Secretaria de Saúde

GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.

MAPA DA SAÚDE

XI Região de Saúde de Pernambuco

SERRA TALHADA – PE

2021

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Paulo Henrique Saraiva Câmara

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE
André Longo Araújo de Melo

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVO
Humberto Maranhão Antunes

DIRETORA GERAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA DA INFORMAÇÃO E CUSTOS EM SAÚDE
Inês Eugênia Ribeiro da Costa

GERENTE DA XI GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
Karla Millene Sousa Cantarelli

COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO
Rosimeire Daniel de Souza

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE
Jorgiane Nunes Lourenço

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Maria José Mourato Cândido Tenório

COORDENAÇÃO REGIONAL DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA
Izabella de Ferraz Barros

COORDENAÇÃO REGIONAL DO NÚCLEO DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS COM MICROCEFALIA
Nathália Arruda Rangel de Souza

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
Tammy Angélica Torres de Carvalho Alves

COLABORAÇÃO
Técnicos da XI GERES e Residentes em Saúde Coletiva

APRESENTAÇÃO

O Mapa Regional de Saúde se constitui numa ferramenta de planejamento. É a descrição e análise geográfica da distribuição de recursos humanos, de ações e serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela iniciativa privada. Dispõe de informações da capacidade instalada da rede existente, dos investimentos, do desempenho aferido a partir da série histórica dos indicadores assistenciais e de saúde, indicadores sociodemográficos e econômicos, de forma a possibilitar a análise da situação de saúde em cada território. Também permite elencar os problemas a serem superados, favorecendo o processo de Planejamento Regional Integrado - PRI (BRASIL, 2014). As informações que constituem o Mapa de Saúde possibilitam aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e dos serviços de saúde, facilitando a tomada de decisão. Para sua elaboração devem-se considerar também as identidades culturais, as necessidades de saúde e a economia de escala (BRASIL, 2014).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição das Macrorregiões de Saúde. Pernambuco/2011. 13
Figura 2- III Macrorregião de Saúde – Sertão. 14
Figura 3- XI Região de Saúde. 15
Figura 4 - Curva de Crescimento Populacional XI Região. 20
Figura 5 - Distribuição de mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 nos municípios da XI Região. 75
Figura 6- Série histórica de gestações acompanhadas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região. 76
Figura 7 – Distribuição de gestantes acompanhadas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 nos municípios da XI Região. 76
Figura 8- Série histórica de gestantes com 07 ou mais consultas de pré - natal cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana na XI Região. 77
Figura 9 - Gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 na XI Região. 77
Figura 10- Série histórica de kits do bebê entregues a cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana na XI Região. 79
Figura 11- Série histórica da classificação de risco das gestantes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região. 80
Figura 12-Série histórica de cobertura vacianal de gestantes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região. 81
Figura 13-Série histórica de gestantes adolescentes cadastradas no Programa Mãe Coruja 82
Figura 14- Série histórica de nascidos vivos acompanhados no Programa Mãe Coruja 84
Figura 15- Distribuição de nascidos vivos acompanhados no Programa Mãe Coruja Pernambucana nos municípios da XI Região em 2019. 85
Figura 16- Série hitórica de crianças com e sem registro civil cadastradas no Programa Mãe 87
Figura 17- Série histórica de óbitos infantis no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região. 88
Figura 18-Série histórica de óbitos maternos no Programa Mãe Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região. 89
Figura 19- Concluintes dos círculos de educação em cultura por módulo em 2019 no Programa Mãe Coruja Pernambucana na XI Região. 89
Figura 20- Rede Cegonha, 2012. 90
Figura 21 - Rede de Urgência e Emergência da XI Região 2012. 95
Figura 22 - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da III Macrorregional (RCPD). 98
Figura 23- Saúde Mental, Cenário Atual da XI GERES, 2018. 101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distância dos municípios para a sede da região de saúde e a capital do Estado. 16
Tabela 2-Área Territorial e Densidade Demográfica dos municípios da XI Região Estimativa 2019. 16
Tabela 3- População da XI Regional por sexo Estimativa 2019. 17
Tabela 4- População da XI Região por faixa. 18
Tabela 5-Taxa de alfabetização de pessoas de 10 anos ou mais por sexo Censo 2010. 20
Tabela 6-IDHM 2010, PIB 2018, Renda per capita 2010. 21
Tabela 7- Taxa de desocupação por grupos de idade 2010. 22
Tabela 8 - Número de empregados no mercado formal, por setores de atividade. 23
Tabela 9-Domicílios particulares por destinação do lixo. 24
Tabela 10 - Domicílios particulares permanentes por forma de abastecimento de água. 24
Tabela 11- Análise bacteriológica de água para consumo humano na XI Região 2020. 25
Tabela 12- Consumidores de energia elétrica na XI Região 2016. 25
Tabela 13- Distribuição de casos notificados de dengue por município nos anos de 2015 a 2019 na XI Regional de Saúde. 26
Tabela 14- Distribuição de casos de dengue por município conforme classificação nos anos de 2015 a 2019 na XI Regional de Saúde. 27
Tabela 15- Taxa de incidência de dengue nos anos 2015 a 2019. 27
Tabela 16- Distribuição de casos de chikungunya por município nos anos de 2015 a 2019 na XI Regional de Saúde. 28
Tabela 17- Distribuição dos Casos notificados de Zika nos anos de 2015 a 2019 na XI Regional de Saúde. 29
Tabela 18- Taxa de detecção de Hanseníase nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 30
Tabela 19- Proporção de cura de casos novos de Hanseníase nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 31
Tabela 20-Proporção de cura de casos novos de Tuberculose nos municípios da XI Região 2015-2019. 31
Tabela 21-Taxa de incidência de Hepatites B nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 32
Tabela 22-Taxa de incidência de Hepatite C nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 33
Tabela 23 - Taxa de incidência de LV nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 33
Tabela 24- Taxa de incidência de LTA nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 34
Tabela 25-Taxa de incidência de AIDS nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 35
Tabela 26-Razão de exames citopatológico do colo do útero nos municípios da XI Região 2017 a 2019. 36
Tabela 27- Frequência de agravos notificados nos municípios 2015 a 2019. 37
Tabela 28-Frequência de notificação por ano segundo município de residência, XI Região 2015 a 2019. 39
Tabela 29- Frequência por ano da notificação segundo agravos de notificação imediata nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 40
Tabela 30- Número de óbitos de menos de um ano, número de nascidos vivos e taxa de mortalidade infantil por município de residência da XI Região de Saúde, período de 2015 a 2019. 40
Tabela 31- Taxa de Mortalidade infantil neonatal precoce dos municípios de residência da XI Região de Saúde, no período de 2015 a 2019. 41
Tabela 32- Mortalidade perinatal ocorrido nos municípios da XI Região de Saúde, no período de 2015 a 2019. 42

Tabela 33- Notificações de casos de mortalidade pós-neonatal nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 43
Tabela 34- Mortalidade proporcional por IRA nos municípios da XI Região 2015 a 2019. ...44
Tabela 35- Mortalidade proporcional po Doença Diarreica Aguda (DDA) em menores de cinco anos nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 45
Tabela 36- Razão de mortalidade materna nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 46
Tabela 37- Coeficiente de mortalidade por AIDS nos municípios da XI Região no período de 2015 a 2019. 47
Tabela 38- Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de Mama nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 48
Tabela 39- Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de Colo de Útero nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 49
Tabela 40- Proporção de óbitos nas internações por IAM nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 50
Tabela 41- Coeficiente de mortalidade por Diabetes Mellitus nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 50
Tabela 42- Coeficiente de mortalidade por ATT nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 51
Tabela 43- Coeficiente de mortalidade por agressão nos municípios da XI Região 2015 a 2019. 52
Tabela 44- Cobertura geral de vacinação do ano 2020 – XI Regional de Saúde. 53
Tabela 45- Demonstrativo de Cobertura de vacinal do ano de 2020, por município – XI Regional de Saúde. 54
Tabela 46- Cobertura de vacinas menor de 1 ano e dTpa para gestante segundo município no ano de 2015 a 2020. 54
Tabela 47- Frequencia de Óbito por DIP segundo município de residência da XI Região....55
Tabela 48- Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais nos municípios de XI Região 2015 a 2019. 56
Tabela 49-Cobertura de Equipes de Saúde da Família, XI GERES, 2020. 58
Tabela 50- Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde XI Região, junho/ 2020. 58
Tabela 51- NASF AB XI Região dezembro/2020. 59
Tabela 52- Programa Academia da Cidade XI Região 2020. 60
Tabela 53- Cobertura de Equipes de Saúde Bucal XI Região, junho 2020. 61
Tabela 54- Cidades da XI GERES que possuem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária 62
Tabela 55- Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizada, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação por quadrimestre 2018-2020. 64
Tabela 56- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV por quadrimestre 2018-2020. 64
Tabela 57- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado por quadrimestre 2018-2020. 65
Tabela 58-Cobertura de exame citopatológico por quadrimestre 2018-2020. 66
Tabela 59- Cobertura vacinal de Poliomielite e de Pentavalente dos municípios da XI Região no segundo quadrimestre/2020. 67
Tabela 60-Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre. 67
Tabela 61- Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada por quadrimestre 208-2020. 68
Tabela 62- Cobertura de Equipes de Saúde da Família XI Região, 2015-2019. 70
Tabela 63- Distribuição da classificação de risco das gestantes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 por município na XI Região. 80

Tabela 64- Distribuição da cobertura vacinal de gestantes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 nos municípios da XI Região. 81
Tabela 65- Distribuição de gestantes adolescentes cadastradas no Programa Mãe Coruja..... 83
Tabela 66- Dsitribuição de crianças acompanhadas através das consultas de puericultura, cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana nos municípios da XI Região em 2019. 83
Tabela 67- Distribuição de registros civis por municípios da XI Região em 2019..... 85
Tabela 68- Número de inscritas e concluintes dos círculos de educação e cultura em 2019 no Programa Mãe Coruja Pernambucana na XI Região..... 87
Tabela 69- Número de leitos obstétricos por estabelecimentos de saúde XI Região 2020. 92
Tabela 70- Números de partos vaginais e cesáreos por município de residência da XI Região em 2019. 94
Tabela 71- Pontos e componentes de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com..... 97
Tabela 72- Serviços de reabilitação na XI Região de Saúde..... 98
Tabela 73- Casos de Síndrome do Zika Congênita na XI Região..... 99
Tabela 74- Componentes da RAPS na XI Região..... 103
Tabela 75- Produção por procedimento do CAPS I Cap. João Luiz Jardim de Sá – Floresta, 2018-2020 (continua). 104
Tabela 76 - Produção por procedimento do CAPS I Tarcísio Sobreira da Silva – São José do Belmonte, 2016-2020. 105
Tabela 77- Produção por procedimento do CAPS AD III Regional - Espaço Nova Vida – Serra Talhada, 2016-2020..... 106
Tabela 78- Produção por procedimento do CAPS II Viva Feliz – Serra Talhada, 2016-2020. 108
Tabela 79- Produção por procedimento do CAPS Infantil Alexandra Martins dos Santos – SerraTalhada, 2017-2020..... 109
Tabela 80- Matriciamento de Equipes de Atenção Básica realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial nos municípios da XI Região de Saúde – PE, 2016 – 2020..... 110
Tabela 81- Orçamento Público em Saúde dos municípios da XI Região 2015 a 2019..... 113
Tabela 82- Orçamento Público em Saúde dos municípios da XI Região 2015 a 2019..... 114
Tabela 83- Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento dos municípios da XI Região 2018 a 2020. 117
Tabela 84– Leitos da Gestão Municipal..... 119
Tabela 85–Recursos financeiros para Covid-19..... 120
Tabela 86– Distribuição da Vacina Sinovac/Butantan na XI Regional de Saúde..... 121
Tabela 87- Distribuição da Vacina Astrazeneca/Fiocruz na XI Regional de Saúde. 122
Tabela 88- Distribuição da Vacina Sinovac/Butantan na XI Regional de Saúde..... 122

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS 13
2.1 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS 14
2.2 DADOS DE INFRAESTRUTURA BÁSICA 23
3. INDICADORES DE SAÚDE 26
3.1 INDICADORES DE MORBIDADE 26
3.1.1 DENGUE 26
3.1.2 CHIKUNGUNYA 28
3.1.3 ZIKA 29
3.1.4 AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO 37
3.2 INDICADORES DE MORTALIDADE 40
3.2.1 TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL 40
3.3 IMUNIZAÇÃO 53
4. ATENÇÃO PRIMÁRIA: ORDENADORA DO SISTEMA DE SAÚDE 57
4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO 57
4.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO 61
4.3 NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 63
4.4 COBERTURA DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA 69
5. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 71
5.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO 71
5.2. REDE MATERNO INFANTIL 72
5.2.1. PROGRAMA MÃE CORUJA 73
5.2.1.2 GESTAÇÕES ACOMPANHADAS 76
5.2.1.3 GESTANTES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL 77
5.2.1.4 KITS DO BEBÊ 79
5.2.1.6 COBERTURA DA VACINA DTPa NAS GESTANTES 81
5.2.1.7 GESTANTES ADOLESCENTES 82
5.2.1.9 CRIANÇAS ACOMPANHADAS COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PUERICULTURA 85
5.2.1.11 MORTALIDADE INFANTIL 88
5.2.1.12 MORTALIDADE MATERNA 88

5.2.1.13 MULHERES QUE CONCLUÍRAM OS MÓDULOS DOS CÍRCULOS DE EDUCAÇÃO E CULTURA 89
5.2.2 RISCO HABITUAL 90
5.2.2.1 REDE CEGONHA 90
5.2.3 ALTO RISCO 93
5.2.4 ASSISTÊNCIA NEONATAL 94
5.3 REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – RUE 95
5.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – RCPD 96
5.4.1 NÚCLEO DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS COM SÍNDROME DO ZIKA CONGÊNITA 99
5.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS 100
5.5.1 FLORESTA: CAPS I Cap. João Luiz Jardim de Sá 104
5.5.2 SÃO JOSÉ DO BELMONTE: CAPS I Tarcísio Sobreira da Silva 105
5.5.3 SERRA TALHADA: CAPS AD III Regional – Espaço Nova Vida 106
5.5.4 SERRA TALHADA: CAPS II – VIVA FELIZ 108
5.5.5 SERRA TALHADA: CAPS Infantil Microrregional Alexandra Martins dos Santos 109
5.6 REDE DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA 111
5.7. SAÚDE INTEGRAL À POPULAÇÃO LGBTQIA+ 112
6 RECURSOS FINANCEIROS 113
7 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE 115
8 GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA 116
9 COVID 119
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 128

1 INTRODUÇÃO

O documento ora apresentado trata do Mapa de Saúde da Região XI. O Mapa de Saúde aborda questões que dizem respeito aos aspectos relacionados ao perfil de gerenciamento dos serviços de saúde à população. Para isso, serão abordados os aspectos sociodemográficos e econômicos, os indicadores de saúde, o conhecimento da rede de atenção, oferta de serviços e seus investimentos. O principal objetivo do Mapa de Saúde é ser uma ferramenta de gestão que apresente um panorama geral da saúde na Região de Saúde, de forma a facilitar o planejamento e intervenções do gestor.

Segundo o Decreto 7.508/2011, um mapa de saúde deve conter descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. Sendo assim, o presente documento contempla tais exigências abordando os temas: Indicadores sociodemográficos e econômicos, Indicadores de saúde, Atenção Primária - ordenadora da rede de atenção, Redes de Atenção à Saúde instituídas e vazios assistenciais, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Governança e Controle Social.

2 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

Indicadores de saúde são usados como parâmetros cujo objetivo é a avaliação Sanitária, com foco na tomada de decisões e programação das ações de saúde. Eles sintetizam as informações mais importantes sobre a real situação de saúde e o desempenho do sistema de saúde. Dessa forma, é imprescindível refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Os indicadores podem ser classificados como: demográficos, socioeconômicos, saúde, recursos, acesso e cobertura (OPAS, 2008).

Figura 1 - Distribuição das Macrorregiões de Saúde. Pernambuco/2011.

Fonte**:** Adaptada do PDR 2011.

2.1 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

Foi homologada na reunião da CIB/PE de 19/09/2011 a nova conformação territorial da saúde que organiza o estado de Pernambuco em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (Plano Diretor de Regionalização, 2011).

A III Macrorregião de Saúde – Sertão, composta pelas VI (Arcoverde), X (Afogados da Ingazeira) e XI (Serra Talhada) Regionais de Saúde, encontra-se localizada em um grande vazio assistencial existente entre Caruaru (II Macro) e Petrolina (IV Macro), de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica.

Figura 2- III Macrorregião de Saúde – Sertão.

Fonte: Elaborada pelo autor.

A XI Gerência Regional de Saúde foi criada através do Decreto nº 29.115 de 12 de abril de 2006, com sede no município de Serra Talhada tem a seguinte composição: Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo. Os municípios da XI Região estão distribuídos entre quatro Regiões de Desenvolvimento-RD:

- Sertão Central: São José do Belmonte;
- Sertão de Itaparica: Carnaubeira da Penha, Floresta, e Itacuruba;
- Sertão do Moxotó: Betânia;
- Sertão do Pajeú: Calumbi, Floresta, Santa Cruz da Baixa Verde, Serra Talhada e Triunfo.

Figura 3- XI Região de Saúde.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Juntos somam 12.258,4 km^2 de área territorial, 239.971 habitantes e densidade demográfica de 19,6 habitantes/km^2. Esta Região de Saúde possui 12,5% do território de Pernambuco e apenas 2,5% da população total do Estado (CIS, 2019).

A XI Região de Saúde faz limites ao sul com o Estado da Bahia e com os municípios de Petrolândia, Inajá e Tacaratu (VI Região de Saúde); ao norte com os Estados da Paraíba e Ceará e com o município de Quixaba (X Região de Saúde); ao oeste com os municípios de Verdejante, Mirandiba, Salgueiro e Belém de São Francisco (VII Região de Saúde) e ao leste com os municípios de Carnaíba (X Região de Saúde), Custódia e Ibimirim (VI Região de Saúde). Os municípios da Região têm os seguintes distritos:

Quadro 1- Distritos dos municípios da XI Região de Saúde.

Municípios	**Divisões Territoriais Internas**
Betânia	Betânia e São Caetano do Navio
Calumbi	Calumbi e Roças Velhas
Carnaubeira da Penha	Carnaubeira da Penha
Flores	Flores, Fátima e Sítio dos Nunes
Floresta	Floresta, Airi e Nazaré do Pico
Itacuruba	Itacuruba
Santa Cruz da Baixa Verde	Santa Cruz da Baixa Verde e Jatiúca
São José do Belmonte	São José do Belmonte, Carmo e Bom Nome
Serra Talhada	Serra Talhada, Bernardo Vieira, Caiçarinha da Penha, Logradouro, Luanda, Pajeú, Santa Rita, Tauapiranga e Varzinha
Triunfo	Triunfo, Canaã e Jericó

Fonte: Condepe/FIDEM.

O Estado de Pernambuco, apesar de estreito no sentido norte-sul, com apenas 187 km de faixa marítima, considerada pequena em comparação a outros estados nordestinos, possui grande extensão no sentido leste-oeste alongando-se por 784 km. Isso faz com que os municípios do sertão localizem-se muito distante da capital, como é o caso dos municípios da XI Região, onde o mais próximo situa-se a 333 km de Recife. Já a distância média dos municípios para Serra Talhada, sede da regional, é de 50,5 Km. A tabela seguinte expõe essas distâncias.

Tabela 1- Distância dos municípios para a sede da região de saúde e a capital do Estado.

Município	Distância da sede da Regional	Distância da capital
Betânia	51 km	398 km
Calumbi	21 km	407 km
Carnaubeira da Penha	73 km	498 km
Flores	46 km	384 km
Floresta	88 km	333 km
Itacuruba	100 km	471 km
Santa Cruz da B. Verde	30 km	408 km
São José do Belmonte	63 km	470 km
Serra Talhada	00 km	410 km
Triunfo	33 km	402 km

Fonte: CIS (2019).

As principais rodovias da XI Região são a BR 232, que se destaca como o principal eixo viário do Estado, a PE 337 que liga o distrito de Sítio dos Nunes com seu município Flores e a PE 340 que liga Sítio dos Nunes ao município de Betânia, a PE 390 que vai de Serra Talhada a Floresta, a PE 365 que é a ligação de Serra Talhada a Triunfo, a PE 320 de Serra Talhada a Afogados da Ingazeira e a PE 430, entroncamento com a BR 232 que segue para São José do Belmonte.

Tabela 2-Área Territorial e Densidade Demográfica dos municípios da XI Região Estimativa 2019.

Município	Área Territorial (Km^2)	Densidade demográfica (hab/Km^2)
Betânia	1.244,07	10,22
Calumbi	179,3	32,01
Carnaubeira da Penha	1.004,67	12,87
Flores	995,56	22,72
Floresta	3.644,17	9,02

Itacuruba	430,04	11,44
Santa Cruz da B. Verde	114,93	109,56
São José do Belmonte	1.474,09	23,04
Serra Talhada	2.980,01	28,98
Triunfo	191,52	79,65
Região de Saúde	12.258,04	19,6

Fonte: CIS (2019).

O Brasil é considerado um país populoso, porém pouco povoado isto é, possui uma grande população absoluta, mas uma baixa densidade demográfica. Os números do IBGE dão conta de uma população de 211.755.692 habitantes, mas com a densidade demográfica de 22,4 hab/km^2 que em comparação com a densidade mundial de 43,6 hab/km^2, pode ser considerada baixa. Verifica-se que a grande concentração de pessoas é encontrada na faixa litorânea no Brasil e que regiões como o Norte são extensas, mas pouco povoadas. Por outro lado, o estado de Pernambuco, por ser mais populoso e possuir área territorial reduzida apresenta a densidade populacional de 89,73 hab/km^2, acima da densidade mundial.

Ao analisar os municípios isoladamente verifica-se que a grande concentração populacional está na Região Metropolitana do Recife e que a maioria dos municípios que compõem a XI GERES apresentam densidade baixa em relação ao estado. Somente o município de Santa Cruz da Baixa Verde apresenta alta densidade demográfica, comparado ao Brasil e Pernambuco.

Tabela 3- População da XI Regional por sexo, estimativa 2019.

Município	Total	Masc.	Fem.
Betânia	12.719	6.367	6.352
Calumbi	5.350	2.771	2.979
Carnaubeira da Penha	12.932	6.573	6.359
Flores	22.624	11.164	11.460
Floresta	32.873	16.200	16.673
Itacuruba	4.918	2.403	2.515
Santa Cruz da Baixa Verde	12.592	6.217	6.375
São José do Belmonte	33.959	16.911	17.048
Serra Talhada	86.350	41.225	45.125
Triunfo	15.254	7.298	7.956
XI GERES	239.971	117.129	122.842

Fonte: CIS (2019).

Tabela 4- População da XI Região por faixa etária.

Município	Menor 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80+
Betânia	206	900	1.271	1.324	1.172	2.213	1.709	1.308	1.007	875	488	246
Calumbi	88	374	560	552	583	948	784	645	466	396	236	118
Carnaubeira da Penha	266	1.191	1.512	1.623	1.452	2.286	1.549	1.064	793	618	369	209
Flores	328	1.411	2.109	2.101	2.116	3.708	2.938	2.640	1.951	1.644	1.072	606
Floresta	682	2.523	3.222	3.520	3.441	6.141	4.602	3.332	2.161	1.699	981	569
Itacuruba	101	391	523	507	422	968	686	540	333	235	151	61
Santa Cruz da Baixa Verde	204	853	1.076	1.242	1.185	2.282	1.769	1.335	1.042	864	465	275
São José do Belmonte	509	2.193	3.193	3.581	3.430	5.975	4.486	3.694	2.751	2.113	1.321	713
Serra Talhada	1.463	5.598	7.379	8.200	8.268	15.773	13.244	10.103	6.680	5.036	2.952	1.654
Triunfo	197	874	1.168	1.408	1.488	2.597	1.977	1.870	1.340	1.176	740	419
XI GERES	4.044	16.308	22.013	24.058	23.557	42.891	33.744	26.531	18.524	14.656	8.775	4.870

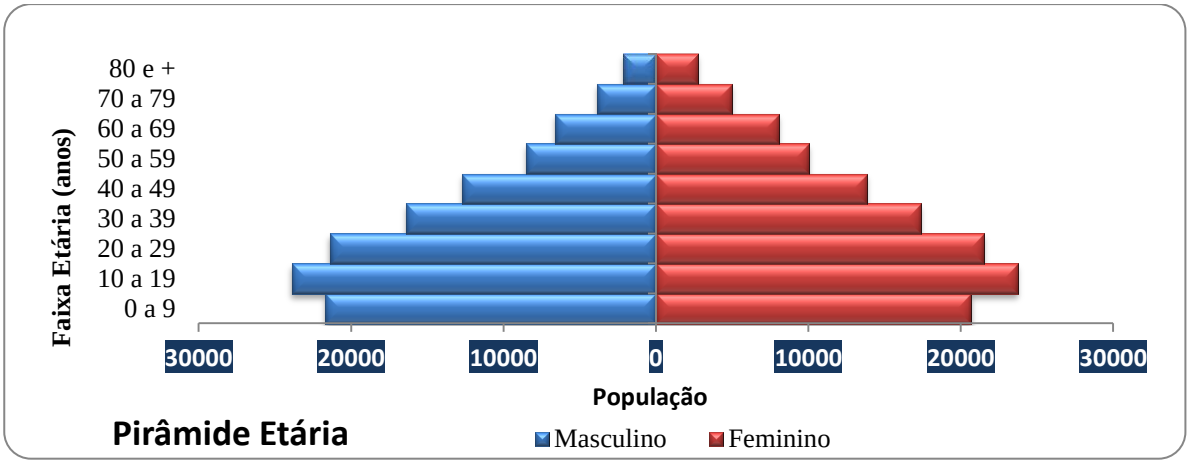
Fonte: CIS (2019).

Quadro 2- Comunidades Quilombolas da XI Região.

Município	Comunidade
Betânia	Sitio Baixas/Associação Quilombola Sítio Baixas Sítio de Brêdos/ Associação Quilombola Sítio Brêdos, Sítio São Caetano, Sítio Teixeira/Associação Quilombola do Sítio Teixeira
Carnaubeira da Penha	Massapê, São Gonçalo Tiririca/Associação dos Remanescentes do Quilombo Tiririca
Flores	Cavalhada
Floresta	Bezerra, Boqueirão, Cabeça de Vaca, Cachoeira, Melancia, Negros do Pajeú
Itacuruba	Ingazeira/ Associação Quilombola Ingazeira, Negros de Gilú/ A. R. Q. Negros de Gilú, Poço dos Cavalos
Serra Talhada	Alto da Luanda, Catolé Ponta da Serra
Triunfo	Águas Claras Segredo

Fonte: Atenção à Saúde da População Negra SES/PE (2020).

Figura 4- Pirâmide Etária XI Região, Estimativa 2019.

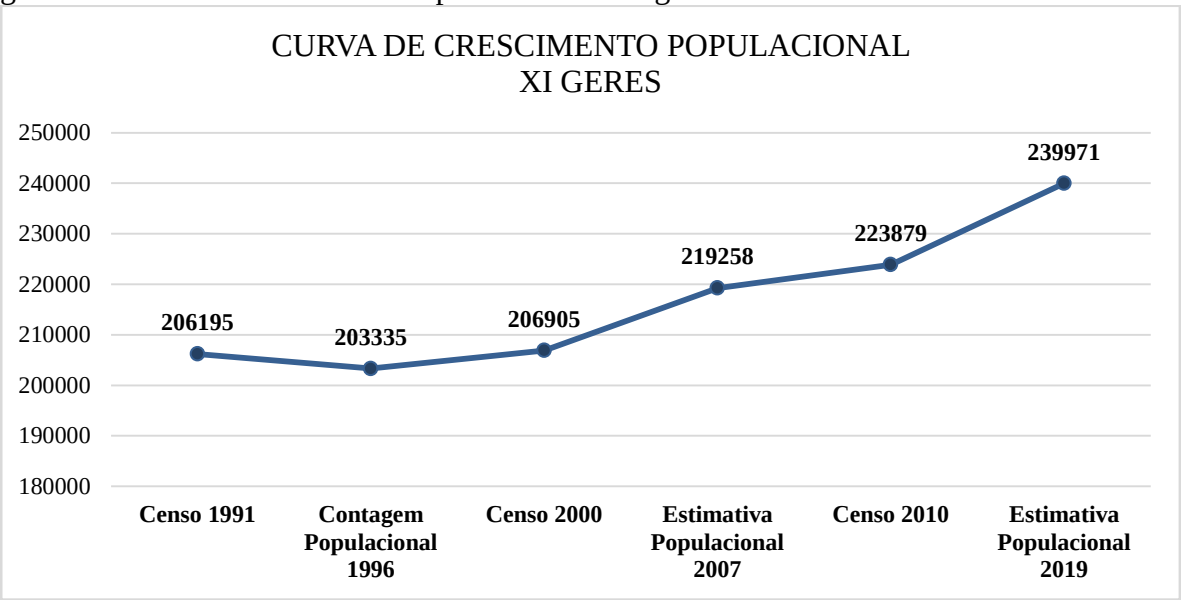


Fonte: Elaborada pelo Autor.

A pirâmide etária é importante na medida em que apresenta como se dá a evolução da população ao longo do tempo, direcionando a tomada de decisão voltada para necessidade que a pirâmide aponta. Ela também avalia a eficácia das políticas públicas a médio e longo prazo.

A pirâmide etária da XI Região é uma pirâmide jovem, típica de países subdesenvolvidos, com sua base larga, apontando alta natalidade e topo estreito, o que significa baixa expectativa de vida. Comumente, na região, encontram-se famílias numerosas, com muitos filhos e dificuldade de acesso melhores condições de vida. Isso reduz a população economicamente ativa, impactando no desenvolvimento local além de reduzir a expectativa de vida, impedindo que muitas dessas pessoas consigam atingir faixas etárias mais velhas. Outro destaque da pirâmide da XI Região é que apesar de nascerem homens e mulheres em igual número, ao longo dos anos se observa que a o estreitamento do eixo no lado masculino, devido a mortalidade maior desse grupo, seja por violência, que atinge os jovens e adultos, especialmente, das classes mais pobres, ou doenças, uma vez que os homens são menos cuidadosos com sua saúde.

Figura 4 - Curva de Crescimento Populacional XI Região.



Fonte: Elaborada pelo Autor.

A Curva de Crescimento Populacional da XI Região mostra uma pequena queda do censo de 1991 a 1996. Na década de 90, o Nordeste sofreu um período de maior estiagem, especialmente no final desses anos, ocasião em que muitas famílias migraram para outros estados, o que poderia explicar essa queda na população da região. Porém, a partir da década seguinte, voltou a crescer, acompanhando o crescimento populacional do Nordeste.

Tabela 5-Taxa de alfabetização de pessoas de 10 anos ou mais por sexo, censo 2010.

Município	**Pessoas com 10 anos ou +**	**Pessoas de 10 anos ou + alfabetizadas**	**Taxa de alfabetização**	**Pessoas de 10 anos ou +**	**Pessoas de 10 anos ou + alfabetizadas**	**Taxa de alfabetização**	**Pessoas de 10 anos ou+**	**Pessoas de 10 anos ou + alfabetizada**	**Taxa de alfabetização**
	Total	Total	Total	Homem	Homem	Homem	Mulher	Mulher	Mulher
Betânia	9.759	6.781	69,48	4.838	3.122	64,53	4.921	3.659	74,35
Calumbi	4.646	3.263	70,23	2.220	1.499	67,52	2.426	1.764	72,71
Carnaubeira da Penha	9.077	6.784	74,74	4.649	3.299	70,96	4.428	3.485	78,70
Flores	18.398	12.878	70,00	9.013	5.961	66,14	9.385	6.917	73,70
Floresta	23.560	19.582	83,12	11.462	9.129	79,65	12.098	10.453	86,40
Itacuruba	3.470	2.795	80,55	1.679	1.314	78,26	1.791	1.481	82,69
Santa Cruz da Baixa Verde	9.775	7.471	76,43	4.784	3.512	73,41	4.991	3.959	79,32
São José do Belmonte	26.955	20.012	74,24	13.320	9.502	71,34	13.635	10.510	77,08
Serra Talhada	65.981	53.014	80,35	31.075	24.204	77,89	34.906	28.810	82,54
Triunfo	12.806	10.836	84,62	6.055	4.985	82,33	6.751	5.851	86,67

Fonte: Condepe/FIDEM.

O Nordeste, de acordo com o IBGE 2010, concentra a metade dos analfabetos do país,

principalmente nas populações rurais. Na XI Região, se mantém essas características, onde em média, 75% das pessoas com 10 anos ou mais são alfabetizadas, necessitando maior incentivo para inserção e a manutenção dos jovens na escola, além de fortalecer as políticas de educação de jovens e adultos. Observa-se também, que a taxa de mulheres alfabetizadas é maior que a taxa dos homens, o que requer um olhar mais cuidadoso com esse público.

Tabela 6- IDHM 2010, PIB 2018, Renda per capita 2010.

Município	IDHM 1991	IDHM 2000	IDHM 2010	PIB (em mil reais) a preços de mercado 2018	Renda Per Capita 2010
Betânia	0,276	0,409	0,559	87.859	22.019
Calumbi	0,321	0,410	0,571	50.248	27.266
Carnaubeira da Penha	0,227	0,331	0,573	78.625	17.002
Flores	0,286	0,420	0,556	170.093	23.631
Floresta	0,417	0,517	0,626	418.863	31.039
Itacuruba	0,392	0,510	0,595	55.404	27.171
Santa Cruz da Baixa Verde	0,320	0,474	0,612	90.615	25.626
São José do Belmonte	0,309	0,439	0,610	271.436	27.514
Serra Talhada	0,401	0,499	0,661	1.373.040	40.734
Triunfo	0,404	0,552	0,670	142.052	38.944

Fonte: Condepe/FIDEM.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM é um norteador das políticas públicas brasileiras, sendo formulado mediante dados sócio demográficos do respectivo município. Esse índice expressa a situação da população referente a oportunidade de viver vida longa e saudável (longevidade), o acesso a educação e renda. O IDHM é expresso na forma de um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

Ao analisar o IDHM dos municípios que compõem a XI Região de Saúde ao longo dos anos de 1991, 2000 e 2010, é possível notar um avanço no desenvolvimento humano regional. Todavia, deve-se salientar que, apesar dos avanços, metade dos municípios da regional, no ano de 2010, estão classificados como tendo um IDHM baixo, ou seja, entre 0,5 e 0,59. O que reforça a importância do fortalecimento das políticas públicas de transferência de renda condicionada, acesso a ações e serviços de saúde, bem como a educação básica, superior e profissionalizante.

No ano de 2010 o município de Flores foi o que apresentou o menor IDHM entre os municípios da regional no valor de 0,556. Já o município de Triunfo, para o mesmo ano, foi o que alcançou o maior IDHM entre os municípios da regional, a saber: 0,67.

Tabela 7- Taxa de desocupação por grupos de idade 2010.

Município	10 a 14 anos	10 anos ou mais	15 a 17 anos	18 a 24 anos	18 anos ou mais	25 a 29 anos
Betânia	4,99	4,08	9,63	8,26	3,79	3,80
Calumbi	7,48	10,24	23,79	20,27	9,78	21,58
Carnaubeira da Penha	11,17	8,11	11,57	17,35	7,81	11,66
Flores	-	5,25	2,79	5,54	5,54	12,61
Floresta	5,42	8,21	19,18	16,36	7,81	11,21
Itacuruba	54,59	18,05	42,91	34,49	16,86	20,16
Santa Cruz da Baixa Verde	5,61	8,88	8,15	14,28	5,78	4,81
São José do Belmonte	7,71	7,69	9,00	16,33	7,63	9,93
Serra Talhada	3,83	7,59	9,84	16,15	7,59	8,40
Triunfo	-	4,24	5,45	8,15	4,30	7,12

Fonte: CIS (2019).

O número de desocupados na XI Região na faixa de 18 a 29 anos varia entre os municípios, alguns com taxas melhores como Betânia e Santa Cruz da Baixa Verde, outros com taxas mais alta como Serra Talhada. No entanto, o mais preocupante entre eles é o município de Itacuruba, com a maior taxa de desocupação da região. Sendo um município com histórico de doenças mentais e alta taxa de suicídio, se destacando no cenário nacional, tem como uma das causas desse quadro, a falta de oportunidades de emprego para a população que foi deslocada da sua antiga sede para uma nova terra, para contrução da Barragem de Itaparica. Esse novo local, segundo queixa dos próprios moradores, tem suas terras inférteis e muitos não podem exercer suas antigas atividades de agricultura e piscicultura.

Tabela 8 - Número de empregados no mercado formal por setores de atividade.

Município	Total	Agropecuária	Extrativa Mineral	Indústria da transformação	Construção Civil	Serviços industriais	Comércio	Serviços	Administração Pública
Betânia	611	3	-	5	-	-	51	118	434
Calumbi	343	-	-	-	-	-	30	13	300
Carnaubeira da Penha	354	1	-	-	-	-	13	9	331
Flores	1.236	-	4	52	46	-	107	306	721
Floresta	3.434	6	1	177	44	-	1.456	632	1.118
Itacuruba	715	38	-	-	-	-	32	29	616
Santa Cruz da Baixa Verde	699	34	-	62	-	-	59	46	498
São José do Belmonte	2.423	9	-	63	45	28	363	550	1.365
Serra Talhada	10.509	29	30	754	295	130	3.610	3.326	2.335
Triunfo	1.143	13	2	21	24	-	234	295	554

Fonte: CIS (2019).

As principais atividades econômicas da região são: a agricultura de subsistência, ovinocaprinocultura, comércio e prestação de serviços com destaque para os pólos de saúde e educação localizados na cidade de Serra Talhada, que atraem recursos para a cidade e mobilizam o comercio local, assim como o polo turístico na cidade de Triunfo, com inúmeros eventos culturais ao longo do ano, garantindo fluxo de turistas mesmo fora da alta temporada. Outro destaque, que é realidade das cidades pequenas no Nordeste, é quantidade alta de trabalhadores na Administração Pública, ou seja, quase a totalidade dos empregos formais é na prefeitura, refletindo a falta de oportunidades em outras atividades. Já Serra Talhada, Floresta e Triunfo não se enquadram nesse perfil, pois os empregados se distribuem em outras ocupações.

2.2 DADOS DE INFRAESTRUTURA BÁSICA

Os elementos que compõem a infraestrutura de uma região são determinantes para o desenvolvimento socioeconômico da mesma, proporcionando melhora na qualidade de vida da população. O investimento em abastecimento adequado de água, esgotamento sanitário, melhora do acesso a energia elétrica destinação do lixo são imprescindíveis para a promoção e prevenção de doenças, além de fortalecer o crescimento do município.

Tabela 9- Domicílios particulares por destinação do lixo.

Município	Total	tad Coleo	Coletado por serviço de limpeza	Coletado em caçamba de serviço de limpeza	Queimado (na propriedade)	Enterrado (na propriedade)	Jogado em terreno baldio ou logradouro	Jogado em rio, lago ou mar	Outro destino
Betânia	3.310	1.091	1.074	17	1.638	28	550	1	2
Calumbi	1.646	528	480	48	837	3	278	3	-
Carnaubeira da Penha	2.615	442	394	48	1.223	13	933	-	4
Flores	6.723	2.927	2.898	29	2.948	11	814	9	14
Floresta	7.207	4.628	4.265	363	1.877	10	667	5	20
Itacuruba	1.142	976	976	-	104	-	60	-	2
Santa Cruz da Baixa Verde	3.335	1.765	1.523	242	1.046	14	499	6	5
São José do Belmonte	8.808	4.958	4.833	125	2.972	59	699	11	109
Serra Talhada	23.026	16.329	16.048	281	4.056	38	2.238	18	347
Triunfo	4.341	2.446	2.418	28	1.579	31	238	2	45

Fonte: CIS (2019).

Dados do Censo 2010 mostram que os municípios da XI Região de Saúde ainda apresentam dificuldades na destinação do lixo, existe uma grande população rural sem coleta de lixo e ainda existem muitos domicílios urbanos que não destinam adequadamente seu lixo, ou seja, depositam em terrenos baldios, rios, etc. Essa forma de descartar o lixo, que é mais comum nas periferias das cidades, leva a problemas de saúde coletiva, como o desenvolvimento de pragas e aparecimento de doenças infecto contagiosas com destaque para a dengue.

Tabela 10 - Domicílios particulares permanentes por forma de abastecimento de água.

Município	Total	Rede geral	Poço ou nascente na propriedade	Poço ou nascente fora da propriedade	Carro pipa	Água da chuva armazenada em cisterna	Água da chuva armazenada de outra forma	Rio, açude, lago ou igarapé	Poço ou nascente na aldeia	Poço ou nascente fora da aldeia	Outra
Betânia	3.310	1.930	402	255	100	169	3	232	-	-	219
Calumbi	1.649	1.248	97	106	15	15	6	88	-	-	74
Carnaubeira da Penha	2.615	490	611	278	501	134	7	224	189	64	117
Flores	6.723	2.991	878	1.517	464	154	11	437	-	-	271
Floresta	7.207	4.710	104	143	1.040	25	3	511	163	-	508
Itacuruba	1.142	967	8	1	109	1	4	26	-	-	26
Santa Cruz da Baixa	3.335	1.650	544	740	61	263	10	10	-	-	57
São José do Belmonte	8.808	5.210	805	1.344	934	103	6	329	-	-	77
Serra	23.026	17.944	1.314	1.001	389	311	66	1.621	-	-	380
Triunfo	4.341	2.040	822	1.115	37	242	18	23	-	-	44

Fonte: CIS (2019).

O abastecimento de água dos municípios não está satisfatório, em função das deficiências na oferta de água, tanto para a população urbana como para a população rural que utiliza poços, barragens ou nascentes com nível reduzido ou totalmente seco nesse período de estiagem. Outro problema para a população rural é que uma grande parcela não dispõe de nenhum tipo de

esgotamento sanitário, o que ocasiona contaminação de fontes de água e do solo por dejetos. Por outro lado, na zona urbana ainda persiste um número considerável de domicílios que não dispõe de saneamento adequado. O somatório dessas deficiências é o maior responsável por parte das doenças que acometem a população da região.

Tabela 11- Análise bacteriológica de água para consumo humano na XI Região 2020.

Município	Quantidade de amostras	Amostras insatisfatórias	Percentual de amostras insatisfatórias
Betânia	129	0	-
Calumbi	131	04	3,05%
Carnaubeira da Penha	149	17	11,4%
Flores	155	0	-
Floresta	126	01	0,78%
Itacuruba	54	03	5,55%
Santa Cruz da Baixa Verde	146	0	-
São José do Belmonte	147	0	-
Serra Talhada	251	0	-
Triunfo	144	04	2,77%

Fonte: SISGUA/2020.

Dos dez municípios da XI Região de Saúde, oito são abastecidos por SAA (Sistema de Abastecimento de Água) COMPESA, Santa Cruz da Baixa Verde é através de sistema de canalização de água por prestadores particulares e Carnaubeira da Penha por sistema de canalização de água municipal. As amostras de água são enviadas para análise bacteriológica mensalmente e analisadas pelo Laboratório de Água da XI Geres. Chama atenção o percentual de amostras insatisfatórias do município de Carnaubeira da Penha, uma vez que o mesmo possui abastecimento de sistema próprio. Já Itacuruba, apesar de ter abastecimento da COMPESA, é o segundo município com mais amostras insatisfatórias.

Tabela 12- Consumidores de energia elétrica na XI Região 2016.

Município	Total	Residencial	Industrial	Comercial	Rural	Poderes públicos	Iluminação pública	Outros
Betânia	4.635	3.478	-	173	875	64	27	18
Calumbi	3.021	1.781	1	125	1.017	43	5	49
Carnaubeira da Penha	4.182	3.023	1	85	923	102	13	35
Flores	9.699	6.311	8	427	2.831	67	38	17

Floresta	11.258	8.770	12	536	1.719	130	69	22
Itacuruba	1.897	1.470	1	76	296	41	9	4
Santa Cruz da Baixa Verde	4.709	3.234	1	263	1.162	41	3	5
São José do Belmonte	14.370	10.847	8	464	2.818	125	64	44
Serra Talhada	40.007	31.027	37	2.443	6.086	279	72	63
Triunfo	7.798	4.601	3	421	2.654	80	28	11

Fonte: Anuário Estatístico de Pernambuco.

3. INDICADORES DE SAÚDE

3.1 INDICADORES DE MORBIDADE

3.1.1 DENGUE

No decorrer dos últimos cinco anos na XI Regional de Saúde é notável que houve uma quantidade maior no número de notificações no município de Serra Talhada com **2.581** casos notificados de dengue, seguido de Santa Cruz da Baixa Verde com **795** casos notificados de dengue**,** São José do Belmonte com **615** casos notificados e Floresta em quarto lugar com **596** casos notificados de dengue. Observa-se que os municípios de Calumbi, Carnaubeira da Penha e Itacuruba, obtiveram o menor número de casos notificados no período de 2015 a 2019.

Tabela 13- Distribuição de casos notificados de dengue por município nos anos de 2015 a 2019 na XI Regional de Saúde.

Município de Residência PE	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Betânia	70	71	2	2	65	210
Calumbi	6	83	6	3	49	147
Carnaubeira da Penha	22	68	0	1	25	116
Flores	114	101	3	0	85	303
Floresta	140	397	8	10	41	596
Itacuruba	50	49	2	2	32	135
Santa Cruz da Baixa Verde	439	214	3	23	116	795
São José do Belmonte	222	114	15	12	252	615

Serra Talhada	918	505	15	52	1091	2581

Fonte: SINAN ONLINE/TABWIN/XI GERES/PE.

Tabela 14- Distribuição de casos de dengue por município conforme classificação nos anos de 2015 a 2019 na XI Regional de Saúde.

	2015			2016			2017			2018			2019		
Município de Residência PE	Not	Conf	Desc	Not	Conf	Desc	Not	Conf	Desc	Not	Conf	Desc	Not	Conf	Desc
Betânia	70	3	65	71	6	64	2	0	2	2	1	0	65	24	41
Calumbi	6	0	6	83	8	74	6	1	5	3	0	2	49	8	38
Carnaubeira da Penha	22	9	13	68	4	63	0	0	0	1	1	0	25	15	10
Flores	114	84	12	101	9	50	3	0	1	0	0	0	85	18	5
Floresta	140	51	87	397	13	373	8	1	7	10	0	10	41	11	25
Itacuruba	50	42	6	49	31	14	2	1	1	2	1	1	32	25	3
Santa Cruz da Bx Verde	439	109	86	214	14	141	3	1	0	23	6	17	116	20	85
São José do Belmonte	222	103	110	114	9	96	15	5	9	12	4	8	252	180	56
Serra Talhada	918	103	481	505	166	295	15	0	12	52	13	37	1091	457	136
Triunfo	162	135	26	172	95	76	10	1	8	6	3	7	104	67	21
Total	2143	639	892	1774	355	1246	64	10	45	111	29	82	1860	825	420

Fonte: SINAN ONLINE/TABWIN/XI GERES/PE.

Tabela 15- Taxa de incidência de dengue nos anos 2015 a 2019.

Município de Residência PE	População	2015	Taxa Incidência	2016	Taxa Incidência	2017	Taxa Incidência	2018	Taxa Incidência	2019	Taxa Incidência
Betânia	12.719	3	23,6	6	47,2	0	0	1	7,9	24	188,7
Calumbi	5.750	0	0	8	139,1	1	17,4	0	0	8	139,1
Carnaubeira da	12.932	9	69,6	4	30,9	0	0	1	7,7	15	116
Flores	22.624	84	371,3	9	39,8	0	0	0	0	18	79,6
Floresta	32.873	51	155,1	13	39,5	1	3	0	0	11	33,5
Itacuruba	4.918	42	854	31	630,3	1	20,3	1	20,3	25	508,3
Santa Cruz da Baixa Verde	12.592	109	865,6	14	111,2	1	7,9	6	47,6	20	158,8
São José do	33.959	103	303,3	9	26,5	5	14,7	4	11,8	180	530,1
Serra Talhada	86.350	103	119,3	166	192,2	0	0	13	15,1	457	529,2
Triunfo	15.294	135	882,7	95	621,2	1	6,5	3	19,6	67	438,1
Total	240.011	639	3644,5	355	1878	10	70	29	13	825	2721,4

Fonte: SINAN_ONLINE/TABWIN/XIGERES/PE/IBGE.

Analisando a taxa de incidência dos municípios da XI Regional de Saúde por ano percebe-se que em 2015 os municípios Flores (371,3%) Itacuruba (854,0%) Santa Cruz da Baixa Verde (865,6%) São José do Belmonte (303,3%) e Triunfo (882,7%) apresentaram alta taxa de incidência para dengue.

Em 2016 apenas Itacuruba (630,3%) e Triunfo (621,2%) apresentaram alta incidência de

casos de dengue. No ano de 2017 e em 2018 nenhum município apresentou alta taxa de incidência para dengue. Em 2019 quatro municípios apresentaram taxa de incidência elevada, Itacuruba (508,3%) São José do Belmonte (530,1%) Serra Talhada (529,2%) e Triunfo com (438,1%)

3.1.2 CHIKUNGUNYA

Em 2015 houve 20 casos notificados de Chikungunya na XI Regional de Saúde, com 03 casos confirmados laboratorialmente. Vale lembrar que neste ano o estado de Pernambuco notificou os primeiros casos autóctones de chikungunya e em 2016 ocorreu a primeira epidemia da doença. Portanto em 2016 houve aumento no número de casos no Estado de PE e também na XI Regional com 1.022 casos notificados e 100 casos confirmados.

No ano de 2017 houve 28 casos notificados e apenas 03 casos confirmados. Em 2018 houve 26 casos notificados e 06 casos confirmados e em 2019 foram notificados 111 e apenas 21 casos confirmados, todos esses notificados nos municípios que pertecem a XI Regional de Saúde.

Tabela 16- Distribuição de casos de chikungunya por município nos anos de 2015 a 2019 na XI Regional de Saúde.

Município de Residência PE	**2015**			**2016**			**2017**			**2018**			**2019**		
	Not	Conf	Desc	Not	Conf	Desc	Not	Conf	Desc	Not	Conf	Desc	Not	Conf	Desc
Betânia	1	0	1	60	1	1	2	0	2	0	0	0	62	7	55
Calumbi	0	0	0	23	0	23	1	0	1	1	0	1	3	0	3
Carnaubeira da Penha	1	0	0	65	3	0	0	0	0	0	0	0	14	0	14
Flores	0	0	0	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Floresta	3	1	0	452	6	0	3	0	3	9	2	7	6	1	5
Itacuruba	0	0	0	14	2	0	1	0	1	1	0	1	11	11	0
Santa Cruz da Baixa Verde	0	0	0	74	32	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São José do Belmonte	2	1	0	35	21	11	11	1	9	5	1	4	2	0	2
Serra Talhada	13	1	2	97	25	8	5	1	4	10	3	7	13	2	1
Triunfo	0	0	0	196	9	5	4	1	3	0	0	0	0	0	0
Total	20	3	3	1022	100	61	28	3	23	26	6	20	111	21	80

Fonte: SINAN ONLINE/TABWIN/XI GERES/PE.

3.1.3 ZIKA

Em 2015, os primeiros casos suspeitos de zika foram registrados, juntamente com os casos de dengue no Sinan online até o mês de novembro no estado de Pernambuco. A partir de dezembro deste mesmo ano, os casos foram registrados no FormSUS e Sinan net através da ficha de notificação individual. Os primeiros municípios a registrarem casos suspeitos de Zika na XI Regional foram Itacuruba e Serra Talhada no ano de 2015 com 05 casos suspeitos.

Tabela 17- Distribuição dos casos notificados de Zika nos anos de 2015 a 2019 na XI Regional de Saúde.

XI Geres Residência	2015	2016	2017	2018	2019
Betânia	0	0	0	0	0
Calumbi	0	0	0	0	0
Carnaubeira da Penha	0	0	1	13	14
Flores	0	0	0	0	0
Floresta	0	2	4	1	7
Itacuruba	4	29	0	0	33
Santa Cruz da Baixa Verde	0	0	0	1	1
São José do Belmonte	0	2	4	2	8
Serra Talhada	1	6	14	25	46
Triunfo	0	0	0	1	1
Total	5	39	23	43	110

Fonte: SINAN ON LINE/TABWIN.

No ano de 2016 houve 39 casos notificados de Zika na XI Regional de Saúde, no qual a maioria dos casos foi notificada em Itacuruba, com o número de 29 casos notificação de Zika, seguidos de Serra Talhada com 06 casos notificados, Floresta e São Jose do Belmonte com 02 casos notificados cada. Nos demais municípios não houve notificação de casos. Em 2017 o município que mais registrou casos foi Serra Talhada com 14 casos notificados de Zika, seguidos de Floresta e São Jose do Belmonte com 04 casos notificados, e apenas 01 caso em Carnaubeira da Penha.

No ano seguinte, 2018, mais uma vez Serra Talhada registrou o maior numero de casos de Zika seguido de Carnaubeira da Penha com 13 casos notificados, 02 em São José do Belmonte e nos municípios de Floresta, Santa Cruz da Baixa Verde e Triunfo registraram apenas 01 caso. Em 2019 nota-se um aumento em comparação com o ano de 2018. O município de Serra Talhada registrou o maior número dos anos anteriores com 46 casos notificados seguido de Itacuruba com

33 casos notificados.

Tabela 18- Taxa de detecção de Hanseníase nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município	Hans casos novos	População Estimada 2017	CN Hans/População estimada por 100.000
Betânia	2	12.719	15,7
Calumbi	17	5.750	295,7
Carnaubeira da Penha	0	12.932	0,0
Flores	15	22.624	66,3
Floresta	32	32.873	97,3
Itacuruba	6	4.918	122,0
Santa Cruz da B. Verde	4	12.592	31,8
São José do Belmonte	27	33.959	79,5
Serra Talhada	139	86.350	161,0
Triunfo	4	15.254	26,2
Total	246	239.971	102,5

Fonte: SINAN ON LINE/TABWIN/XI GERES/PE.

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo bacilo da *Mycobacterium leprae.* A preferência da pele e dos nervos periféricos confere à doença características únicas, tornando o seu diagnóstico simples na maioria dos casos. Constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo, continuando a existir como epidemia em 15 países no final de 2000 (a taxa de prevalência ultrapassava 1,0 / 10.000 habitantes). Embora todos os esforços tenham sido feitos para eliminar essa situação, o Brasil ainda é o segundo maior país do mundo. O Brasil relatou aproximadamente 94% dos casos conhecidos e 94% dos novos casos diagnosticados nas Américas. Nas últimas décadas, a taxa de prevalência diminuiu ano a ano. No entanto, a taxa de detecção de novos casos ainda é muito elevada, e espera-se que a meta de eliminação da doença não seja alcançada quando a prevalência da doença for inferior a 1,0 / 10.000 residentes (ARAUJO, 2003).

A tabela acima reflete que o município de Calumbi apresentou 295,7 por 100 mil habitantes e com isso possui a maior detecção de hanseníase da região, seguido por Serra Talhada com 161,0 e Itacuruba com 122,0. O município de Carnaubeira da Penha não apresentou detecção registrada para o período, sendo importante uma melhor qualidade na atenção básica para detectar e tratar os casos dessa doença negligenciada.

Tabela 19- Proporção de cura de casos novos de Hanseníase nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município	Casos novos	Cura	Cura/Casos novos por 100
Betânia	2	2	100,0
Calumbi	17	13	76,4
Carnaubeira da Penha	0	0	0,0
Flores	15	12	80,0
Floresta	32	27	84,4
Itacuruba	6	3	50,0
Santa Cruz da Baixa Verde	4	3	75,0
São José do Belmonte	27	17	62,9
Serra Talhada	139	108	77,7
Triunfo	4	2	50,0
Total	246	187	76,1

Fonte: SINAN NET/TABWIN.

Tabela 20- Proporção de cura de casos novos de Tuberculose nos municípios da XI Região 2015-2019.

Municípios Residência	Casos Novos	Cura	Cura/Casos novos por 100
Betânia	9	8	89,0
Calumbi	6	5	83,3
Carnaubeira da Penha	4	3	75,0
Flores	3	1	33,3
Floresta	14	13	92,9
Santa Cruz da Baixa Verde	5	2	40,0
São José do Belmonte	17	16	94,1
Serra Talhada	55	48	87,3
Triunfo	6	6	100,0
Total	119	102	85,7

Fonte: SINAN NET/TABWIN/XI GERES/PE.

Os pacientes bacilíferos, ou seja, aqueles que estão ativamente infectados para eliminar bactérias em seu escarro são a principal fonte de infecção. O risco de doença depende das condições de transmissão e da imunidade humana, e o contato próximo com indivíduos bacterianos tornará a disseminação mais fácil (LOMBA, 2020).

A tabela acima retrata a proporção decura de casos novos de tuberculose e o município de Triunfo, dos casos novos, 100% alcançaram a cura, seguido do município de São José do Belmonte com 94,1% de cura e por Floresta com 93,9% de cura. Sendo o município de Flores com

33,3% a menor proporção de cura da região, seguida por Santa Cruz da Baixa Verde com 40,0% de cura.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o índice de cura do país chegue a 85% para começar a reverter à epidemiologia da doença na região. Esse valor indica sucesso no tratamento da tuberculose, reduzindo a disseminação da doença, de forma que o efeito do programa de controle da tuberculose possa ser monitorado indiretamente durante as três esperas de gestão do SUS (SILVA, 2019).

Tabela 21- Taxa de incidência de Hepatites B nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município	**Nº de Casos**	**População Estimada 2017**	**Taxa de incidência de Hepatites B**
Betânia	0	12.719	0,0
Calumbi	0	5.750	0,0
Carnaubeira da Penha	1	12.932	7,7
Flores	0	22.624	0,0
Floresta	2	32.873	6,1
Itacuruba	0	4.918	0,0
Santa Cruz da Baixa Verde	0	12.592	0,0
São José do Belmonte	0	33.959	0,0
Serra Talhada	7	86.350	8,1
Triunfo	0	15.254	0,0
Total	10	239.971	4,2

Fonte: SINAN NET/TABWIN/XI GERES/PE.

A hepatite B ainda é uma das questões importantes de saúde pública no mundo. Cerca de 350 milhões de pessoas, ou que é 5% da população da terra são portadores desde vírus (FERREIRA, 2000).

A tabela acima revela que entre os anos de 2015 a 2019 houve um pequeno número de casos notificados de Hepatite B. Os que apresentaram notificação na região, a taxa média de incidência de hepatite B foi de 4,2 por 100.000 habitantes, onde o município de Serra Talhada apresentou a maior incidência da XI Regional de Saúde com 8,1, seguido de Carnaubeira da Penha 7,7 e Floresta 6,1. Os municípios de Betânia, Calumbi, Flores, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte e Triunfo estão sem notificação, possivelmente pelo fato de subnotificação.

De acordo com levantamento do Ministério da Saúde, a hepatite B foi à causa do maior

número de infeções nos últimos 14 anos. Entre 1999 e 2011, foram detectados 120 mil casos. A doença atinge principalmente a faixa etária de 20 a 39 anos, sendo a incidência maior na região sudeste, com 36,6% dos casos, seguida do sul com 31,6%. Em mais da metade dos casos, a hepatite B é transmitida através da relação sexual.

Tabela 22-Taxa de incidência de Hepatite C nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município	Frequência	População estimada	Taxa de incidência de Hepatite C
Betânia	1	32.873	3,0
Calumbi	0	5.750	0,0
Carnaubeira da Penha	0	12.932	0,0
Flores	0	22.624	0,0
Floresta	0	32.873	0,0
Itacuruba	0	4.918	0,0
Santa Cruz da Baixa Verde	1	12.592	7,9
Serra Talhada	2	86.350	2,3
Triunfo	0	15.254	0,0
Total	4	239.971	1,7

Fonte: SINAN NET/TABWIN/XI GERES/PE.

A hepatite viral é um grave problema de saúde pública relacionada às diferentes características socioeconômicas do território brasileiro por apresentar evolução lenta, alto índice de doenças crônicas, podendo ser fatal, sendo considerada a principal causa de morte em todos os tipos de hepatites.

Os achados mostram a incidência de hepatite C nos municípios da XI Geres onde apenas cinco (05) municípios constam informações no período. Destaca-se com uma maior frequência o município de Santa Cruz da Baixa Verde com 7,9 em relação a sua população estimada, em seguida Betânia com 3,0 também em relação com a sua população e Serra Talhada com 2,3. O Ministério da Saúde reconheceu esse problema e desenvolveu um plano nacional de prevenção e controle da hepatite viral desde 2002, que foi desenvolvido em conjunto com as secretarias de saúde dos estados, municípios e distritos federais, para o bem de toda a população.

Tabela 23 - Taxa de incidência de LV nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município	Frequência	População	Incidência
Betânia	14	12.719	110,1

Calumbi	0	5.750	0,0
Carnaubeira da Penha	27	12.932	208,8
Flores	4	22.624	17,7
Floresta	3	32.873	9,1
Itacuruba	0	4.918	0,0
Santa Cruz da Baixa Verde	4	12.592	31,8
São José do Belmonte	8	33.959	23,6
Serra Talhada	28	86.350	32,4
Triunfo	2	15.254	13,1
Total	90	239.971	37,5

Fonte: SINAN NET/TABWIN/XI GERES/PE.

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença grave que afeta crianças, jovens ou pessoas com sistema imunológico debilitado. Se não for tratada, pode levar à morte em 95% dos casos. Foi reconhecida como uma doença recorrente, com evidente processo de transformação epidemiológica. A leishmaniose visceral é uma doença que requer muita atenção, no campo da saúde pública, todavia, essa doença foi ignorada e o número de casos está aumentando. É fundamental disseminar o conhecimento inerente às doenças ao médico veterinário. Nesse contexto, o objetivo deste estudo descritivo é apresentar os aspectos epidemiológicos da leishmaniose visceral (SOUSA; NUNES; FREIRE, 2019).

A tabela acima reflete que a taxa de incidência de Leishmaniose Visceral nos municípios a região foi de 37,5 por 100 mil habitantes. Destaca-se o município de Carnaubeira da Penha com 208,8 seguido por Betânia com 110,1. Dos municípios que apresentaram dados, o município de Floresta apresentou os menores dados com 9,1. Nos municípios de Calumbi e Itacuruba não constam informações no período, o que deve ser provavelmente subnotificação.

Tabela 24- Taxa de incidência de LTA nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município	Frequência	População estimada	Incidência
Betânia	0	12.719	0,0
Calumbi	0	5.750	0,0
Carnaubeira da Penha	9	12.932	69,6
Flores	1	22.624	4,4
Floresta	1	32.873	3,0
Itacuruba	0	4.918	0,0
Santa Cruz da Baixa Verde	1	12.592	7,9
São José do Belmonte	1	33.959	2,9

Serra Talhada	5	86.350	5,8
Triunfo	4	15.254	26,2
Total	22	239.971	9,2

Fonte: SINAN NET/TABWIN/XI GERES/PE.

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma patologia zoonótica, que afeta a pele e as mucosas. São causadas por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania*. Esse agravo apresenta diferentes manifestações clínicas, sendo as principais a leishmaniose mucocutânea (LMC), leishmaniose cutânea (LC), leishmaniose difusa (LD) e a leishmaniose cutânea disseminada (LCD) (PACHIEGA, 2020).

Tradicionalmente, a epidemiologia da LTA tem sido definida como uma doença zoonótica que é transmitida ao homem quando em contato com vetores na floresta, embora esse conceito tenha sido alterado devido aos resultados de novas pesquisas, apontando que a doença está aumentando nas zonas urbanas (SILVA, 2020).

A tabela reflete que a taxa de incidência de LTA nos municípios e apresentam notificação na região de 9,2 por 100 mil habitantes. O município de Carnaubeira da Penha pode ser considerado endêmico com a maior taxa registada com 69,6 seguido pelo município de Triunfo com 26,2. Os municípios de Betânia, Calumbi e Itacuruba não apresentaram informações no período registrado, o que segure presença de subnotificação.

Tabela 25- Taxa de incidência de AIDS nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município	**Nº AIDS 2015 A 2019**	**População estimada**	**Nº AIDS 2015 A 2019/População estimada por 100.000**
Betânia	6	12.719	47,2
Calumbi	7	5.750	121,7
Carnaubeira da Penha	0	12.932	0,0
Flores	22	22.624	97,2
Floresta	26	32.873	79,1
Itacuruba	5	4.918	101,7
Santa Cruz da Baixa Verde	8	12.592	63,5
São José do Belmonte	14	33.959	41,2
Serra Talhada	108	86.350	125,1
Triunfo	8	15.254	52,4
Total	204	239.971	85,0

Fonte: SINAN NET/TABWIN/XI GERES/PE.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença do sistema imunológico humano resultante da infecção pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana - da sigla em inglês). Este vírus destrói as células responsáveis pela proteção do corpo humano, principalmente linfócitos TCD4+, deixando o indivíduo mais susceptível ao desenvolvimento de doenças oportunistas, que vão de um simples resfriado a infecções mais graves como tuberculose ou câncer. É mais comumente transmitido durante a relação sexual sem uso de preservativo e pela troca de fluidos corporais. O contágio também pode acontecer durante a gravidez, no parto, em transfusões sanguíneas, transplantes de órgãos, pela amamentação e por compartilhamento de agulhas contaminadas (ALVES et al., 2019; BRASIL, 2017).

A taxa de detecção de AIDS vem caindo no Brasil nos últimos anos. Em um período de dez anos, a taxa de detecção apresentou queda de 17,2%: em 2009, foi de 21,5 casos por 100 mil habitantes e, em 2019, foi de 17,8 casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019). Entre os anos de 2015 e 2019 foram registrados na XI Regional de Saúde 204 casos de AIDS, ficando o município de Serra Talhada com a maior taxa de detecção 125,1 /100.000 habitantes, em segundo lugar Calumbi 121,7/ 100.000 habitantes e em terceiro lugar Itacuruba 27 com 101,7/100.000 habitantes. O município de Carnaubeira da Penha, não notificou nenhum caso nesse período. Entre as ações realizadas para a queda na detecção dos casos, estão à ampliação do acesso à testagem e a redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. O diagnóstico precoce e a garantia do tratamento é importante para que a pessoa com o vírus HIV não desenvolva AIDS e controle o vírus no organismo.

Tabela 26- Razão de exames citopatológico do colo do útero nos municípios da XI Região 2017 a 2019.

Município	**Exames citopatológicos 2017 a 2019**	**População Feminina 2018 25 a 59 anos**	**Frequência/POP Feminino por 100.000**
Betânia	11	2544	432,39
Calumbi	129	1215	10.617,28
Carnaubeira da Penha	7	2119	330,34
Flores	13	4704	276,36
Floresta	188	6587	2.854,11
Itacuruba	0	1018	0,00
Santa Cruz da Baixa Verde	30	2594	1.156,52
São José do Belmonte	30	6910	434,15
Serra Talhada	38.271	19664	194.624,69

Triunfo	17	3405	499,27
Total	38.696	50760	76.233,25

Fonte: SIA NET/TABWIN.

O principal objetivo do exame citopatológico é prevenir o câncer ginecológico e também avaliar o papel dos hormônios ovarianos e dos processos inflamatórios. Por esse motivo, é necessário coletar amostras da endocérvice, ectocérvice e da parede lateral da vagina.

De acordo com a tabela a frequência total de exames citopatológicos do colo do útero é de 24,3. Sendo a de menor frequência de exames a região de Carnaubeira da Penha com 16,4, seguida por Serra Talhada e São José do Belmonte. O município de Floresta 44,2 é a maior frequência registrada. Enquanto os municípios de Betânia, Calumbi e Santa Cruz da Baixa Verde não tiveram registros, talvez pelo fato de não existir a notificação.

No Brasil, estima-se que o câncer cervical seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres. Tem um processo evolutivo lento, passando por estágio pré- clínico detectável e curável. Entre todos os tipos de câncer, é o de maior potencial de prevenção e cura. Porém, em países em desenvolvimento como o Brasil, este tipo de câncer ainda é um problema de saúde pública.

Sendo assim, é importante prevenir, e as mulheres devem estar atentas a isso, tomando medidas preventivas e ao mesmo tempo o estado deve propor estratégias de detecção e prevenção de doenças. Pois o custo do investimento é inferior ao custo do tratamento dos diversos tipos de patologias.

3.1.4 AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Tabela 27- Frequência de agravos notificados nos municípios 2015 a 2019.

Agravos Notificado	Frequência
W64 Atendimento Anti-Rabico	3.814
X29 Acidente Por Animais Peconhentos	1.989
N72 Sindrome do Corrimento Cervical Em Mulheres	1.908
Y09 Violencia Interpessoal/Autoprovocada	1.634
T659 Intoxicacao Exogena	1.520
B19 Hepatites Virais	1.450
A920 Febre de Chikungunya	832
A539 Sifilis Nao Especificada	648
B550 Leishmaniose Visceral	360

A309 Hanseniase	295
A169 Tuberculose	244
B58 Toxoplasmose	233
B01 Varicela	223
O981 Sifilis em Gestante	149
Y96 Acidente de Trabalho Grave	143
A928 Doenãa Aguda Pelo Vírus Zika	124
B019 Varicela Sem Complicaãões	85
Z209 Acidente de Trabalho Com Exposicao A Material Biologico	71
R36 Sindrome do Corrimento Uretral Em Homem	70
A53 Sifilis Em Adulto (Excluida A Forma Primaria)	49
B09 Doencas Exantematicas	42
A630 Condiloma Acuminado (Verrugas Anogenitais)	37
A509 Sifilis Congenita	36
J07 Sindrome Respiratoria Aguda	33
G039 Meningite	30
Z21 Gestante Hiv	24
B551 Leishmaniose Tegumentar Americana	22
A379 Coqueluche	19
B26 Caxumba [Parotidite Epidemica]	19
Y59 Eventos Adversos Pos-Vacinacao	16
A60 Herpes Genital (Apenas O Primeiro Episodio)	10
B571 Doenca De Chagas Aguda	4
B24 Aids	205
Z206 Crianca Exposta Hiv	4
B54 Malaria	3
A279 Leptospirose	2
A959 Febre Amarela	2
B659 Esquistossomose	2
A010 Febre Tifoide	1
A809 Paralisia Flacida Aguda Poliomielite	1
A829 Raiva Humana	1
B749 Filariose Nao Especificada	1
P371 Toxoplasmose Congenita	1
Total	16.356

Fonte: SINAN NET/TABWIN/XI GERES/PE.

A tabela acima mostra que no período de 2015 a 2019 os agravos notificados nos municípios da jurisdição da XI Regional de Saúde, no período de 2015 a 2019. O atendimento

antirrábico se destaca com o maior número de casos notificados. É de suma importância a avaliação correta deste atendimento uma vez que a conduta de indicação de aplicação de vacina e soro antirrábico deve ser realizada pelo profissional de saúde devidamente capacitado.

O esquema de profilaxia pode ser de dois tipos: pré-exposição e pós-exposição. A vacina antirrábica humana utilizada é fabricada em cultivo celular, sendo mais potente e segura e apresentando menos risco de reações adversas. É gratuita e encontra-se disponível em toda rede do SUS.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória.

Uma doença de notificação obrigatória ou doença de notificação compulsória é qualquer doença que a lei exija que seja comunicada às autoridades de saúde pública. Os dados permitem às autoridades monitorizar a doença e permitem antever possíveis surtos.

Tabela 28- Frequência de notificação por ano segundo município de residência, XI Região 2015 a 2019.

XI Geres	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Betânia	3	1	4	19	12	39
Calumbi	6	9	18	11	16	60
Carnaubeira da Penha	3	2	10	11	13	39
Flôres	10	3	11	9	17	50
Floresta	1	1	7	46	54	109
Itacuruba	1	0	3	6	2	12
Santa Cruz da Baixa Verde	6	3	9	21	26	65
São José do Belmonte	17	9	28	19	15	88
Serra Talhada	246	193	187	250	253	1.129
Triunfo	2	5	3	17	16	43
Total	295	226	280	409	424	1.634

Fonte: SINAN NET/TABWIN/XI GERES/PE.

De acordo com a tabela acima o município de Serra Talhada se destacou no número de notificação compulsória nos ano de 2015 a 2019, ficando em segundo lugar o município de Floresta seguido do município de São José do Belmonte.

A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente. A

comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

Tabela 29- Frequência por ano da notificação segundo agravos de notificação imediata nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Agravos notificação imediata	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Doença de Chagas Aguda	0	0	0	1	3	4
Doenças Exantemáticas	5	6	9	12	10	42
Febre Amarela	0	0	0	1	1	2
Poliomielite / Paralisia Flácida Aguda	0	0	0	0	1	1
Síndrome Respiratória Aguda	1	6	5	21	0	33
Total	6	12	15	35	15	83

Fonte: SINAN NET/TABWIN/XI GERES/PE.

Dentre as notificações imediatas se destaca as doenças exantemáticas com um total de 42 notificações na XI Regional de Saúde, seguida pela SRAG com 33 notificações. Em 2019 o município de São José do Belmonte notificou um caso de PFA (Paralisia Flácida Aguda), que após investigação foi verificado que se tratava de uma reação vacinal, onde evoluiu para cura. A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

3.2 INDICADORES DE MORTALIDADE

3.2.1 TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Tabela 30- Número de óbitos de menos de um ano, número de nascidos vivos e taxa de mortalidade infantil por município de residência da XI Região de Saúde, período de 2015 a 2019.

Município Residência	<01a	NV 2015 A 2019	< 01a/NV 2015 a 2019 por 1.000

Betânia	18	860	20,9
Calumbi	6	441	13,6
Carnaubeira da Penha	24	1.364	17,6
Flores	15	1.263	11,9
Floresta	44	2.354	18,7
Itacuruba	6	373	16,1
Santa Cruz da Baixa Verde	14	925	15,1
São Jose do Belmonte	37	2.530	14,6
Serra Talhada	103	7.364	14,0
Triunfo	10	918	10,9
Total	277	18.392	15,1

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

A mortalidade infantil é considerada um grave problema de saúde pública mundial, pois, apesar da diminuição global de seus índices, ainda é uma realidade presente em vários países em desenvolvimento. A taxa de mortalidade infantil expressa o número de crianças de um determinado local que morre antes de completar 1 ano de vida a cada mil nascidas vivas.

A tabela descrita acima demonstra a taxa de mortalidade infantil nos municípios da XI Regional de Saúde (GERES) nos anos de 2015 a 2019, esses evidenciam a crescente incidência dos números de notificação. Nesse período houve 277 óbitos em crianças com menos de 1(um) ano de idade, com destaque para o município de Serra Talhada onde ocorreram 103 óbitos e no município de Floresta com 44 óbitos. A média da região é de 15,1 óbitos em crianças com menos de um (01) ano de vida por 1000, os municípios com maior taxa de óbito é Betânia com 20,9 e Floresta 18,7. O município de Triunfo apresenta a menor taxa da Regional com 10,9. Diante da magnitude do problema, a análise dos índices justifica a implantação de uma assistência desde o pré-natal ao parto de qualidade com equipe multidisciplinar, principalmente Neonatologista e o suporte de UTI Neonatal, que serão determinantes na contribuição da diminuição dos óbitos infantis.

Tabela 31- Taxa de Mortalidade infantil neonatal precoce dos municípios de residência da XI Região de Saúde, no período de 2015 a 2019.

Município Residência	**Óbito 0 a 27 dias 2015 a 2019**	**DNV 2015 A 2019**	**Óbito 0 a 27 dias 2015 a 2019/DNV 2015 A 2019 por 1.000**
Betânia	14	861	16,3
Calumbi	6	441	13,6

Carnaubeira da Penha	12	1.369	8,8
Flores	10	1.268	7,9
Floresta	34	2.357	14,4
Itacuruba	5	374	13,4
Santa Cruz da Baixa Verde	10	915	10,9
São Jose do Belmonte	26	2.530	10,3
Serra Talhada	82	7.301	11,2
Triunfo	8	918	8,7
Total	207	18.334	11,3

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

A Mortalidade Infantil (MT) é padronizada pelo número de óbitos de menores de um ano que supera o número de nascidos vivos (multiplicado por 1.000), e indica que nascidos vivos podem evoluir para óbitos. O resultado de vários fatores, falhas de sistemas biológicos, sociais, culturais e de saúde, e intervenções.

A tabela demonstra a Taxa de Mortalidade entre os anos de 2015 a 2019 na XI Regional de Saúde com 207 óbitos em crianças de 0 a 27 dias de vida, chamando a atenção para os municípios de Serra Talhada com 82 óbitos, e no município de Floresta com 34 óbitos, a média da região é de 11,3 óbitos em crianças de 0 a 27dias de vida por 1.000, os municípios com maior média de óbitos são Betânia com 16,3, Floresta com 14,4 e Calumbi com 13,6. Já o município de Triunfo se destacou com menor taxa de mortalidade da regional com 8,7.

O objetivo de reduzir os índices depende muito das condições de vida da população e as ações diretas exigidas pela política saúde públicas, levando em consideração uma boa assistência ao parto de qualidade com equipe multidisciplinar.

Tabela 32- Mortalidade perinatal ocorrido nos municípios da XI Região de Saúde, no período de 2015 a 2019.

Município Residência	Nº de óbitos perinatal	NV	Freqüência/NV por 1.000
Betânia	14	861	16,3
Calumbi	6	441	13,6
Carnaubeira da Penha	12	1.369	8,8
Flores	10	1.268	7,9
Floresta	34	2.357	14,4
Itacuruba	5	374	13,4
Santa Cruz da Baixa Verde	10	915	10,9
São Jose do Belmonte	26	2.530	10,3

Serra Talhada	82	7.301	11,2
Triunfo	8	918	8,7
Total	207	18.334	11,3

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

Diante das informações apresentadas na tabela acima, podemos observar que o município de Betânia apresenta o maior número de mortalidade no período perinatal da XI Regional de Saúde, com 16 óbitos, seguido dos municípios de Floresta e Calumbi ambos com 14 óbitos. Embora esses números representem uma baixa no número de óbitos na Regional ao longo dos anos, ainda sim é preocupante entendendo que são reflexos da assistência no pré-natal, parto e puerpério, devendo estes se adequar para dar respostas as necessidades da população, além da inexistência de UTI Neonatal a nível regional para prestar assistência em tempo oportuno.

Tabela 33- Notificações de casos de mortalidade pós-neonatal nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	**ÓBITO 28 d a 364 d 2015 a 2019**	**DNV 2015 A 2019**	**ÓBITO 28 d a 364 d 2015 a 2019/DNV 2015 A 2019 por 1.000**
Betânia	4	861	4,6
Calumbi	0	441	0,0
Carnaubeira da Penha	12	1.369	8,8
Flores	5	1.268	3,9
Floresta	10	2.357	4,2
Itacuruba	1	374	2,7
Santa Cruz da Baixa Verde	4	915	4,4
São Jose do Belmonte	11	2.530	4,3
Serra Talhada	21	7.301	2,9
Triunfo	2	918	2,2
Total	70	18.334	3,8

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

A mortalidade infantil, em especial a pós - neonatal, é um sensível indicador da qualidade de vida de uma população. A taxa de mortalidade infantil (TMI) é definida como o número de óbitos de crianças menores de um ano, sobre o número de nascidos vivos (multiplicada por 1.000) e mostra o risco de um nascido vivo evoluir a óbito. Para o cálculo da TMI pós - neonatal considera-se óbitos ocorridos entre 28 dias a 01 ano de idade (ARAUJO FILHO et al., 2017; CALDEIRA; FRANÇA; GOULART, 2001)

Os óbitos ocorridos nesse componente estão relacionados aos fatores determinados pelas condições de vida e características socioeconômicas em que a criança vive (de modo especial à renda), educação, saneamento básico, água tratada e acesso aos serviços de saúde. É um evento, em sua grande maioria, prevenível, por meio de políticas públicas efetivas, tecnologias adequadas de atenção à saúde de uma população e através de medidas preventivas e de promoção da saúde (FERRARI et al., 2012). Entre os anos de 2015 a 2019, ocorreram 70 óbitos, nessa faixa etária nos municípios da XI Região de Saúde. O município de Serra Talhada apresentou o maior numero de óbitos 21 casos. Já o município de Calumbi não apresentou nenhum caso de óbito. Quando nos referimos à taxa de mortalidade específica no componente pós - neonatal, o município de Carnaubeira da Penha se destaca com o valor de 8,8 óbitos por 1.000 mil habitantes.

A Taxa de Mortalidade Pós Neonatal no Brasil demonstre tendência decrescente, em grande parte como consequência da queda da fecundidade, aumento do acesso aos direitos sociais básicos e serviços de saúde, cobertura de vacinação estímulo ao aleitamento materno, às ações de imunização, antibioticoterapia e terapia de reidratação oral, entre outros. A mortalidade infantil é um importante indicador das condições da saúde materno infantil e sua redução depende da melhoria efetiva nas condições de vida e de políticas públicas de saúde (ARAUJO FILHO et al., 2017).

Tabela 34- Mortalidade proporcional por IRA nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	**Óbito > 5 anos**	**Óbito por IRA**	**Óbito Por IRA/Óbito > 5 Anos Por 100**
Betânia	22	0	0,0
Calumbi	7	0	0,0
Carnaubeira da Penha	24	0	0,0
Flores	20	3	15,0
Floresta	55	7	12,7
Itacuruba	8	1	12,5
Santa Cruz da Baixa Verde	14	1	7,1
São Jose do Belmonte	41	1	2,4
Serra Talhada	116	8	6,9
Triunfo	10	1	10,0
Total	317	22	6,9

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

As infecções respiratórias agudas (IRA) são mundialmente reconhecidas como sendo uma

das principais causas de morbidade e mortalidade em todas as idades, particularmente em crianças. A alta incidência faz das IRA´s o principal motivo de utilização dos serviços de saúde, sendo responsável por 20% a 40% das consultas em serviços pediátricos em todo o mundo e 12% a 35% dos pacientes internados (DUARTE; BOTELHO, 2000).

Houve um crescimento na mortalidade por IRA na XI Regional de Saúde quando comparado com os dados compilados no ano de 2013 da mesma regional, onde foi possível observar apenas 01 (um) óbito por IRA. A tabela demostra o quantitativo de 22 óbitos por IRA na XI Regional de Saúde, apresentando 6,9% de óbitos por IRA em menores de 05 (cinco) anos. O município de Flores apresentou a maior mortalidade proporcional por IRA > 5 anos, sendo considerados 15%, seguido por Floresta com 12,7% e Itacuruba com 12,5%. Os municípios de Betânia, Calumbi e Carnaubeira da Penha não apresentam óbitos por IRA nesse período.

Tabela 35- Mortalidade proporcional po Doença Diarreica Aguda (DDA) em menores de cinco anos nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Betânia	22	0	0,0
Calumbi	7	0	0,0
Carnaubeira da Penha	24	1	4,2
Flores	20	2	10,0
Floresta	55	3	5,5
Itacuruba	8	1	12,5
Santa Cruz da B. Verde	14	1	7,1
São José do Belmonte	41	4	9,8
Serra Talhada	116	6	5,2
Triunfo	10	0	0,0
Total	317	18	5,7

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

A Doença Diarreica Aguda (DDA) ocupa no território brasileiro o terceiro lugar como causa de mortalidade em crianças menores de cinco anos e o segundo lugar em menores de até 01 (um) ano de idade, sendo que a maioria das crianças, encontram-se em baixas condições socioeconômicas (VIANA; FREITAS; GRIATTI, 2016).

As DDAs acometem todas as faixas etárias, no entanto a população infantil é a mais afetada (PEREIRA; CABRAL, 2008). É uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de cinco anos de idade, em especial, entre os menores de um ano. Isso porque envolve de forma direta ou indireta, um complexo de fatores de ordem ambiental como a origem

da água, destino dos dejetos (PORTELA et al., 2011), nutricional, socioeconômico e cultural (KOSEK et al., 2003), além de possíveis interferências climáticas.

Segundo a tabela acima, o total de óbitos por DDA foi de 18 óbitos, sendo Itacuruba com 12,5%, o município que apresenta maior porcentagem de óbitos por DDA por óbitos de menores de 5 anos, seguido por Flores com 10% e São José do Belmonte com 9,8%. Os municípios de Betânia, Calumbi e Triunfo não apresentaram dados de óbito pode DDA.

Na maioria das vezes, a DDA atinge pessoas que consomem água não tratada e que não seguem os padrões mínimos de higiene. Para redução do número de óbitos por DDA, se faz necessário intensificar a distribuição à população de hipoclorito 2,5% para tratamento de água utilizada para o consumo humano.

Tabela 36- Razão de mortalidade materna nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	**Óbito materno**	**NV**	**Óbito materno /NV 100.000**
Betânia	1	861	116,1
Calumbi	1	441	226,8
Carnaubeira da Penha	2	1.369	146,1
Flores	0	1.268	0,0
Floresta	3	2.357	127,3
Itacuruba	0	374	0,0
Santa Cruz da Baixa Verde	2	915	218,6
São Jose do Belmonte	1	2.530	39,5
Serra Talhada	6	7.301	82,2
Triunfo	0	918	0,0
Total	16	18.334	87,3

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

Devido às complicações na gravidez e do parto, uma mulher morre a cada minuto no mundo. No Brasil, a morte materna é um problema de saúde pública. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), o alto índice de mortalidade materna constitui uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças, que repercute de forma desigual nas mulheres de classes sociais de diversas regiões do Brasil com baixa renda e poucas oportunidades de obtenção de produtos sociais (BRASIL, 2004).

No apresentado acima há ocorrência de 16 óbitos na XI Regional, sendo que o município com maior coeficiente de óbito materno por 100.000 nascidos vivos é o do município de Calumbi

com 226,8, seguido por Santa Cruz da Baixa Verde com 218,6 e por Carnaubeira da Penha com 146,1. Os municípios de Triunfo, Itacuruba e Flores não apresentaram dados de óbito materno.

Tabela 37- Coeficiente de mortalidade por AIDS nos municípios da XI Região no período de 2015 a 2019.

Município Residência	Óbito por AIDS	População estimada	Óbito por AIDS/População estimada por 100.000
Betânia	1	12.719	7,9
Calumbi	0	5.750	0,0
Carnaubeira da Penha	0	12.932	0,0
Flores	4	22.624	17,7
Floresta	2	32.873	6,1
Itacuruba	0	4.918	0,0
Santa Cruz da Baixa Verde	1	12.592	7,9
São Jose do Belmonte	4	33.959	11,8
Serra Talhada	18	86.350	20,8
Triunfo	0	15.254	0,0
Total	30	239.971	12,5

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

A AIDS é causada pelo vírus da imunodeficiência humana, que é o estágio final da infecção pelo HIV. No Brasil, a taxa de mortalidade desse vírus é um problema de saúde pública relacionado, afetando de maneiras diferentes partes da população.

A tabela mostra que alguns municípios da região apresentam um número maior de óbitos por AIDS, como é o caso de Serra Talhada, seguida do município de Flores (17,7) e São José do Belmonte com 11,8. Houve 30 mortos na região. Nos municípios de Calumbi, Carnaubeira da Penha, Itacuruba e Triunfo não há registros para esse período, talvez pelo fato de não existir a notificação.

A prevenção é a medida mais eficaz a ser tomada tanto pela população migrante como pela população científica, para tanto a educação em saúde é imprescindível porque é um instrumento básico de sensibilização e informação. Além da necessidade de ampliar o escopo dos testes rápidos, também é necessário garantir o acesso à terapia antirretroviral de ultima geração. Vários departamentos devem ser mobilizados para a adoção de estratégias e ações voltadas à promoção, prevenção e tratamento.

Tabela 38- Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de Mama nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	Nº de Óbito	População Feminina	Frequência/População Feminina por 100.000
Betânia	8	6.164	129,8
Calumbi	2	2.951	67,8
Carnaubeira da Penha	3	6.111	49,1
Flores	7	11.379	61,5
Floresta	7	15.831	44,2
Itacuruba	4	2.404	166,4
Santa Cruz da Baixa Verde	2	6.166	32,4
São Jose do Belmonte	8	16.712	47,9
Serra Talhada	31	43.589	71,1
Triunfo	4	7.896	50,7
Total	76	119.203	63,8

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES.

O câncer de mama tornou-se um importante problema de saúde pública devido à sua elevada morbimortalidade. Essas neoplasias podem ser as mais preocupantes para as mulheres, principalmente porque trazem o estigma negativo do diagnóstico e seus efeitos psicológicos sobre o desejo sexual e a própria imagem pessoal (LOBO et al., 2014).

No mundo, o câncer de mama é o evento mais comum entre as mulheres. Em 2018, foram 2,1 milhões de novos casos, o equivalente a 11,6% de todos os cânceres estimados. Este valor corresponde a um risco estimado de 55,2 / 100.000 (BRAY et al. 2018; FERLAY et al., 2018). Segundo o Instituto Nacional de Câncer, no Brasil, ocorreram, em 2017, 16.724 óbitos por câncer de mama feminina, o equivalente a um risco de 16,16 por 100 mil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2020).

Apesar dos esforços nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) no sentido de priorizar o diagnóstico precoce do câncer de mama, o que aumenta praticamente 100% a probabilidade de cura, ainda ocorreram entre 2015 e 2019 um total de 76 (setenta e seis) óbitos por neoplasia de mama. O município com maior coeficiente de mortalidade foi Itacuruba com 166,4 seguido de Betânia com 129,8, Serra Talhada com 71,1, e Calumbi com 67,8. Os dados da dessa tabela, demostram que o coeficiente médio foi de 63,8 óbitos por 100.000 mulheres na XI Regional.

Tabela 39- Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de Colo de Útero nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	Óbitos por Neoplasia de Colo de Útero	População Feminina	Óbitos por Neoplasia de Colo de Útero / População Feminino por 100.000
Betânia	0	6.164	0,0
Calumbi	0	2.951	0,0
Carnaubeira da Penha	1	6.111	16,4
Flores	3	11.379	26,4
Floresta	7	15.831	44,2
Itacuruba	1	2.404	41,6
Santa Cruz da Baixa Verde	0	6.166	0,0
São Jose do Belmonte	4	16.712	23,9
Serra Talhada	10	43.589	22,9
Triunfo	3	7.896	38,0
Total	29	119.203	24,3

Fonte: SINAN/TABWIN/XI GERES.

O câncer de colo de útero é considerado um problema de saúde pública, pois atinge todas as classes sociais e regiões econômicas do mundo. É um dos tipos de câncer mais comuns, com aproximadamente 500.000 novos casos ocorrendo a cada ano em todo o mundo, e continua sendo a segunda causa de morte entre as mulheres brasileiras (CASSAROTTO BARASUOL, 2014).

No Brasil, a incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero são muito altas, com 5 a 6 mortes por 100.000 mulheres a cada ano. A alta taxa de mortalidade pode ser atribuída à baixa cobertura dos exames citopatológico, a descontinuidade do tratamento após o diagnóstico precoce das lesões precursoras, a qualidade dos exames citopatológicos e as limitações do sistema de informação do câncer do colo do útero (SISCOLO) que muitas vezes não permite identificar as mulheres em falta com o rastreamento, dificultando assim, o rastreamento adequado da população (SILVA et al., 2013).

Entre os anos de 2015 e 2019 houve um total de 29 óbitos, sendo Floresta (44,2) o município da XI Regional o que apresenta maior índice de coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes do sexo feminino seguido por Itacuruba com 41,6.

Tabela 40- Proporção de óbitos nas internações por IAM nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	Óbitos por IAM	Total de internamento por IAM	Freqüência/População estimada por 100
Betânia	1	6	16,67
Calumbi	2	13	15,38
Carnaubeira da Penha	0	4	0,00
Flores	5	24	20,83
Floresta	2	8	25,00
Itacuruba	0	0	0
Santa Cruz da Baixa Verde	1	18	5,56
São Jose do Belmonte	3	21	14,29
Serra Talhada	50	324	15,43
Triunfo	5	37	13,51
Total	69	455	15,16

Fonte: SIHTABWIN/XI/GERES/PE.

Dentro do grupamento de doenças cardiovasculares mais recorrentes, as doenças isquêmicas do coração estão dentre as principais causas de óbitos no Brasil, sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) a razão isolada mais comum de morte, por isso, quando diagnosticada requer internação hospitalar imediata. (ALMEIDA; 2019)

Na Tabela acima, populacionalmente o município de Santa Cruz da Baixa Verde tem o maior percentual dos óbitos (0,64) ocorridos causados por doenças cardiovasculares e isquêmicas do coração, seguidos de Triunfo (0,55) e Flores (0,51) e Betânia (0.50) com os índices mais elevados. Diante do exposto, destaca-se a importância de atividades preventivas a este agravo de saúde.

Tabela 41- Coeficiente de mortalidade por Diabetes Mellitus nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	Óbitos por DM	População_estimada	Total/População_estimada por 100.000
Betânia	22	12.719	173,0
Calumbi	11	5.750	191,3
Carnaubeira da Penha	13	12.932	100,5

Flores	57	22.624	251,9
Floresta	60	32.873	182,5
Itacuruba	4	4.918	81,3
Santa Cruz da Baixa Verde	33	12.592	262,1
São Jose do Belmonte	65	33.959	191,4
Serra Talhada	178	86.350	206,1
Triunfo	50	15.254	327,8
Total	493	239.971	205,4

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

O Diabetes Mellitus (DM) é definido como um conjunto complexo de alterações metabólicas, representado por hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo proteico, lipídico e dos carboidratos, com previsões alarmantes quanto à evolução de sua prevalência global. Assim, o DM é uma importante causa de morbidade e mortalidade (PINTO, 2019).

Esta tabela retrata maior Risco de óbito por Diabetes Mellitus no município de Triunfo, com coeficiente de 327,8 seguido dos municípios de Flores com 251,9, Santa Cruz da Baixa Verde com 262,1 e Serra Talhada com 206,1, acima da média da região que é de 205,4. Segundo projeções, a doença e complicações relacionadas levaram à morte em 2019 a 4,2 milhões de adultos. Estimativas apontam que a doença está associada a 11% de todas as mortes ocorridas em pessoas entre 20 e 79 anos. O Brasil é o 5º país com maior número de pessoas com a condição, seguindo dados do Atlas de Diabetes.

Tabela 42- Coeficiente de mortalidade por ATT nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	**Óbitos por ATT**	**População estimada**	**Total/População estimada por 100.000**
Betânia	56	12.719	440,3
Carnaubeira da Penha	44	12.932	340,2
Flores	100	22.624	442,0
Floresta	165	32.873	501,9
Calumbi	26	5.750	452,2
Itacuruba	13	4.918	264,3
Santa Cruz da Baixa Verde	58	12.592	460,6
São Jose do Belmonte	153	33.959	450,5

Serra Talhada	399	86.350	462,1
Triunfo	53	15.254	347,4
Total	1.067	239.971	444,6

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

Em março de 2010, as Nações Unidas declararam 2011-2020 como uma Década de Ação de Segurança no Trânsito, e estimulou todos os países a atingirem a meta de estabilizar e reduzir as mortes nas estradas, implementando um plano de ação. A ação centra-se em cinco pilares de intervenção: Fortalecer a gestão, o investimento em infraestrutura viária, a segurança veicular, o comportamento e segurança do usuário no trânsito e o atendimento pré-hospitalar e hospitalar ao trauma (PORTELLA; RIBEIRO, 2011).

A tabela acima apresenta o coeficiente de mortalidade por acidente de trânsito, entre os anos de 2015 a 2019, ela nos mostra que os municípios de Floresta com 501,9, Serra Talhada com 462,1, Santa Cruz da Baixa Verde 460,6, estão ocupando 1°, 2° e 3° município com maior incidência de mortalidade por acidente veicular. O município de Itacuruba apresentou o menor coeficiente da XI GERES com 264,3. Os resultados apresentados trazem importantes informações, necessitando de atenção e iniciativa do poder público. Sabe-se, no entanto a necessidade da implantação de serviço pré-hospitalar móvel (SAMU) para um melhor atendimento necessário.

Tabela 43- Coeficiente de mortalidade por agressão nos municípios da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	**Nº ÓBITO**	**População estimada**	**Óbito/População estimada por 100.000**
Betânia	18	12.719	141,5
Calumbi	5	5.750	87,0
Carnaubeira da Penha	17	12.932	131,5
Flores	24	22.624	106,1
Floresta	84	32.873	255,5
Itacuruba	3	4.918	61,0
Santa Cruz da Baixa Verde	17	12.592	135,0
São Jose do Belmonte	38	33.959	111,9
Serra Talhada	163	86.350	188,8
Triunfo	13	15.254	85,2
Total	382	239.971	159,2

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

A Organização Mundial da Saúde estima que, aproximadamente, 1,6 milhões de

pessoas morrem a cada ano, em decorrência da violência (FILHO, 2007).

A tabela retrata a maior incidência de mortalidade por agressão no município de Floresta, apresentou o coeficiente de 255,5 seguido dos municípios de Serra Talhada com 188,8 e Betânia com 141,5, ambos acima da média da região que é de 159,2. O município de Itacuruba com 61,0 registra o menor coeficiente entre os que apresentaram incidência.

Programas como Pacto pela Vida, Lei Maria da Penha e a Lei Seca estão contribuindo significativamente para a redução destes índices.

3.3 IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunização organiza a política nacional de vacinação da população brasileira, sua principal missão é o controle, erradicação e eliminação das doenças imunopreveniveis. Para a efetivação desse programa, as secretarias estaduais e municipais de saúde tornaram-se de suma importância, de forma, que essas parcerias possibilitam a redução do impacto dessas doenças, na população (BRASIL, 2014).

Na XI Regional de Saúde é enfatizado a importância da cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano e a dTpa em gestante em reuniões como Colegiado de Atenção Primária, Programa Mãe Coruja e Vigilância em Saúde.

No entanto, no ano de 2020, se apresentou um novo cenário mundial com a pandemia do novo Coronavírus, afetando diretamente inúmeros serviços, como Educação, Emprego, Saúde, e consequentemente as ações e programas de saúde existentes no país (JÚNIOR et al, 2020). Não sendo diferente na XI Regional de Saúde que não atingiu os 95% em nenhuma das coberturas apresentadas na tabela abaixo, assim como não atingiu em nenhum dos municípios que compõem a XI Regional de Saúde.

Tabela 44- Cobertura geral de vacinação do ano 2020 – XI Regional de Saúde.

BCG	Rotavírus Humano	Meningocócica C	Penta	Pneumocócica	Poliomielite	Tríplice Viral D1	Tríplice Viral D2	dTpa gestante	Total
86,54%	91,37%	91,16%	94,88%	94,91%	92,75%	92,06%	72,37%	61,89%	86,32%

Fonte: Tabnet/SIPNI-PE/ XI GERES 2021.

Tabela 45- Demonstrativo de Cobertura de vacinal do ano de 2020, por município – XI Regional de Saúde.

Município	BCG	Rotavírus Humano	Maningocócica C	Penta	Pneunocócica	Poliomielite	Tríplice viral D1	Tríplice viral D2	dTpa gestante
Betânia	53,96	92,81	64,75	69,78	94,24	67,63	55,4	56,12	47,18
Calumbi	51,25	13,75	11,25	8,75	11,25	11,25	12,5	6,25	6,45
Carnaubeira da Penha	32	52	45,5	56,5	57	50	64	55	49,78
Flores	35,53	104,57	104,06	99,49	105,08	100	100	67,51	72,59
Floresta	96,49	51,17	55,26	55,85	59,94	52,34	54,68	41,23	57,73
Itacuruba	29,31	63,79	58,62	62,07	63,79	56,9	55,17	50	93,44
Santa Criz da Baixa Verde	20,42	77,46	87,32	92,96	80,99	88,73	100	71,13	67,15
São José do Belmonte	24,4	28,31	30,72	29,52	29,52	28,92	21,89	7,53	15,44
Serra Talhada	106,22	70,5	69,56	73,7	73,04	71,63	87,18	77,38	57,63
Triunfo	51,97	65,79	62,5	67,76	65,79	68,42	61,84	44,08	67,13

Fonte: SES/SIPNI-PE/ XI GERES 2021.

Desde 2017, o Brasil vem registrando uma queda na taxa de cobertura vacinal em todas as regiões brasileiras o que já se tem configurado como um alerta devido ao crescente número de casos de algumas doenças em grandes centros urbanos (JÚNIOR et al, 2020) corroborando com a realidade da XI GERES.

Tabela 46- Cobertura de vacinas menor de 1 ano e dTpa para gestante segundo município no ano de 2015 a 2020.

Ano	BCG	Rotavírus Humano	Meningococo C	Penta	Pneumocócica	Poliomielite	Tríplice Viral D1	Tríplice Viral D2	dTpa gestante
2015	114,11	117,52	112,82	115,93	118,72	117,39	110,9	104,96	57,2
2016	109,71	96,59	98,17	93,44	98,36	89,49	112,95	77,21	44,91
2017	103,86	99,2	100,19	95,18	105,79	94,34	90	66,51	24,46
2018	131,26	113,9	111,6	112,24	117,39	111,13	107,45	80,19	65,86
2019	112,08	111,2	112,52	110,16	113,43	115,42	118,22	95,82	78,78
2020	92,41	89,2	89,34	93,69	92,88	91,8	91,56	71,45	60,75
Total	110,32	104,48	104	103,28	107,64	103,09	105,14	82,68	55,33

Fonte: Tabnet/SIPNI-PE/ XI GERES 2021.

A taxa de abandono é um indicador que mede o percentual de pessoas que desistem do programa de vacinação, ou seja, são pessoas que iniciam o processo de imunização, mas não concluem na sua integridade. Essa recusa da vacinação diante da oferta é preocupante uma vez que atitudes como essas podem provocar o retorno de doenças já erradicadas, como, por exemplo, a Poliomielite. O Programa Mãe Coruja Atenção Básica e Vigilância em Saúde vêm trabalhando com ações educativas para mudar esta realidade na regional.

Também existem problemas internos como falta de recursos humanos, capacitações para as coordenações regionais e municipais no que tange uma grande dificuldade na efetividade do PNI. Apesar dos indicadores de vacinas estarem abaixo do preconizado, a XI Regional de Saúde alcançou 100% de cobertura em todas as campanhas realizadas, garantindo o 1º lugar no Estado no ano de 2020.

Tabela 47- Frequencia de Óbito por DIP segundo município de residência da XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	Nº de Óbito	População estimada	Total/População_estimada por 100.000
Betânia	20	12.719	157,2
Calumbi	6	5.750	104,3
Carnaubeira da Penha	14	12.932	108,3
Flores	42	22.624	185,6
Floresta	29	32.873	88,2
Itacuruba	6	4.918	122,0
Santa Cruz da Baixa Verde	16	12.592	127,1
São Jose do Belmonte	32	33.959	94,2
Serra Talhada	142	86.350	164,4
Triunfo	25	15.254	163,9
Total	332	239.971	138,4

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

As doenças infecciosas e parasitárias (DIP) têm grande relevância para a saúde pública por estarem diretamente associado à pobreza e à qualidade de vida. Podem ser causadas por fungos, vírus, bactérias, protozoários e vermes e tem como mecanismo de transmissão a destruição de tecidos por ação mecânica, reação inflamatória; ação das toxinas produzidas pelos agentes infecciosos e reação de hipersensibilidade com resposta imune do hospedeiro. A análise do comportamento das DIP pode ajudar a avaliar as condições de desenvolvimento de determinada região, através da relação entre níveis de mortalidade e morbidade e condições de vida da população (PAES et al., 1999, SOUZA et al., 2020)

Avaliando o cenário epidemiológico das DIP na XI Região de Saúde, entre os anos de 2015 a 2019 ocorreram 332 óbitos relacionados a essa condição de saúde, distribuídos entre os 10 municípios da região. Serra Talhada é o município com o maior número de casos (142 casos), contudo quando analisamos a taxa de mortalidade específica por doenças infecciosas e parasitárias

o município de Flores se destaca com o valor de 185,55 óbitos por 100 mil habitantes.

Nesse contexto, fica evidente a importância da identificação de áreas críticas para doenças infecciosas e parasitárias e o conhecimento sobre a sua relação com indicadores socioeconômicos, para que ocorra o alinhamento das ações e o fornecimento de subsídios para o estabelecimento de medidas assertivas de controle, planejamento e intervenção, bem como para articular ações intersetoriais de mitigação das causas determinantes desses adoecimentos (SOUZA et al., 2020).

Tabela 48- Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais nos municípios de XI Região 2015 a 2019.

Município Residência	**Nº de Óbito**	**População estimada**	**Total/População_estimada por 100.000**
Betânia	4	12.719	31,4
Calumbi	1	5.750	17,4
Carnaubeira da Penha	5	12.932	38,7
Flores	5	22.624	22,1
Floresta	13	32.873	39,5
Itacuruba	8	4.918	162,7
Santa Cruz da Baixa Verde	7	12.592	55,6
São Jose do Belmonte	21	33.959	61,8
Serra Talhada	49	86.350	56,7
Triunfo	7	15.254	45,9
Total	120	239.971	50,0

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE

A tabela chama a atenção pela alta incidência de mortalidade por Transtornos Mentais, em que todos os Municípios da Região notificaram casos, totalizando 50,0 em 100.000 habitantes. O coeficiente mais elevado foi do município de Itacuruba (162,7/100.000), seguido dos Municípios de São José do Belmonte (61,8/100.000) e Serra Talhada (56,7/100.000).

A alta mortalidade referida acima aponta para a necessidade de políticas de saúde direcionadas aos cuidados de saúde geral do indivíduo com transtornos mentais e melhoria de sua qualidade de vida.

Estudos epidemiológicos podem contribuir para políticas gerais voltadas para a população psiquiátrica, que a partir dos seus resultados podem direcionar as medidas a serem tomadas relacionadas a tratamentos efetivos, adequação dos serviços de saúde, até propostas de moradia, emprego e educação, podendo melhorar os resultados das intervenções, além de diminuir a

mortalidade psiquiátrica e prevenir óbitos por causas não naturais como suicídio e acidente.

4. ATENÇÃO PRIMÁRIA: ORDENADORA DO SISTEMA DE SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida na Conferência de Alma-Ata como "cuidados essenciais à saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança" (BRASIL, 1978).

Entretanto, com a construção social da APS no Brasil, hoje segue uma interpretação que complementa o conceito anterior, como sendo uma estratégia de organização do sistema de saúde, de forma a articular a Atenção Primária como a coordenadora de uma rede de atenção à saúde (MENDES, 2015).

4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A Região de Saúde XI é formada por 10 municípios, com uma média de cobertura da Atenção Primária à Saúde - APS de 90,54 %, sendo que os municípios de Carnaubeira da Penha e Floresta apresentam a menor taxa de cobertura, por terem áreas indígenas que são cobertas por unidades de saúde que estão sob a coordenação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Segue abaixo a tabela que mostra a situação atual da Cobertura da APS nos municípios da Região:

Tabela 49- Cobertura de Equipes de Saúde da Família, XI GERES, 2020.

Município	Pop.	ESF Implant	Est. Pop. Cob. ESF	Cob. ESF %	Est. Pop.	Cob. AB %
Betânia	12.719	6	12.719	100	12.719	100
Calumbi	5.750	2	5.750	100	5.750	100
Carnaubeira da Penha	12.932	2	6.900	53,36	6.900	53,36
Flores	22.624	7	22.624	100	22.624	100
Floresta	32.873	8	27.600	83,96	27.600	83,96
Itacuruba	4.918	1	3.450	70,15	3.450	70,15
Santa Cruz da Baixa Verde	12.592	6	12.592	100	12.592	100
São José do Belmonte	33.959	9	31.050	91,43	31.050	91,43
Serra Talhada	86.350	23	79.300	91,89	83.550	96,76
Triunfo	15.254	6	12.554	100	12.554	100
XI Região de Saúde	239.971	70	217.289	90,54	221.489	92,29

Fonte: E-gestor da atenção básica/outubro de 2020. Período: junho (2020).

Existem setenta unidades básicas de saúde na XI Região de Saúde, as quais estão em funcionamento com as equipes de Saúde da Família, nos seus respectivos municípios.

A Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde da XI Regional de Saúde é de 98,16%, sendo que os municípios de Carnaubeira da Penha e Floresta apresentam a menor taxa de cobertura, de 88,93% e de 90,96%, respectivamente, por terem áreas indígenas que são assistidas por Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Segue abaixo a tabela que mostra a situação atual da Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, nos municípios da Região:

Tabela 50- Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde XI Região, junho/ 2020.

Município	Pop.	Nº ACS	Est. Pop. Cob. ACS	Cobertura ACS %
Betânia	12.719	29	12.719	100
Calumbi	5.750	19	5.750	100
Carnaubeira da Penha	12.932	20	11.500	88,93
Flores	22.624	54	22.624	100
Floresta	32.873	52	29.900	90,96

Itacuruba	4.918	11	4.918	100
Santa Cruz da Baixa Verde	12.592	30	12.592	100
São José do Belmonte	33.959	77	33.959	100
Serra Talhada	86.350	185	86.350	100
Triunfo	15.254	42	15.254	100
XI Região de Saúde	239.971	519	235.566	98,16

Fonte: E-gestor da Atenção Básica (2020).

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Programa Previne Brasil é composto por equipes multiprofissionais, as quais são importantes para o desempenho da atenção primária do município em todos os componentes, conforme cita a Nota Técnica nº 03 de 28, de janeiro de 2020.

Conforme Nota Técnica nº 3 de 2020 e Portaria nº 2979 de 2019, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe. Há Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) cadastrados no SCNES nos municípios da XI Região de Saúde, conforme demonstrados na tabela abaixo.

Tabela 51- NASF AB XI Região dezembro/2020.

Município	**População**	**Quantidade**
Betânia	12.719	1
Calumbi	5.750	-
Carnaubeira da Penha	12.932	-
Flores	22.624	1
Floresta	32.873	-
Itacuruba	4.918	-
Santa Cruz da Baixa Verde	12.592	1
São José do Belmonte	33.959	1

Serra Talhada	86.350	-
Triunfo	15.254	-
XI Região de Saúde	239.971	4

Fonte: E-gestor da Atenção Básica (2020) SCNES.

O Programa Academia das Cidades-PACID foi instituído em Pernambuco por meio do Decreto nº 31.140, de 06 de dezembro de 2007 e consolidada pela Portaria da Secretaria das Cidades de Pernambuco nº 016, de 29 de julho de 2014. O objetivo é contribuir para a potencialização do uso dos espaços públicos de lazer requalificados e adequados para a prática de hábitos saudáveis. As equipes multiprofissionais desenvolvem ações estratégicas de promoção à saúde, articuladas com a Atenção Primária à Saúde.

Tabela 52- Programa Academia da Cidade XI Região 2020.

Município	**População**	**Quant. de Polos**	**Polo**	**CNES**
Betânia	12.719	1	São Caetano	9216081
Calumbi	5.750	1	Centro	6887082
Carnaubeira da Penha	12.932	1	Centro	4018044
Flores	22.624	1	Centro	6867995
Floresta	32.873	1	Praça do Cruzeiro	6881548
Itacuruba	4.918	1	PACID	6498477
Santa Cruz da Baixa Verde	12.592	1	Centro	7284764
São José do Belmonte	33.959	1	Centro	6911633
Serra Talhada	86.350	1	Bom Jesus	7793367
	86.350	1	IPSEP	6872417
Triunfo	15.254	1	Centro	6882080

Fonte: Vigilância em Saúde XI Geres (2020).

Em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal- Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente se constitui em uma série de medidas que visam garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal - eSB), nos diversos instrumentos da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família (ESF). O processo de trabalho das eSB se fundamenta 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, 2004).

A cobertura de equipes de Saúde da Família com equipes de Saúde Bucal na regional é de 83,99%. Já a cobertura da Saúde Bucal na Atenção Básica, na regional é de 85,85%. O município de São José do Belmonte com 50,80% apresentou a menor cobertura da Saúde Bucal na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família, na regional. Os municípios de Betânia, Calumbi, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde e Triunfo apresentaram essa cobertura maior, que foi de 100%.

Segue abaixo tabela que demonstra a cobertura de equipes de Saúde Bucal, nos municípios da Região:

Tabela 53- Cobertura de Equipes de Saúde Bucal XI Região, junho 2020.

Município	Pop.	Nº eSFSB Cob.	Est. Pop. Cob. ESFSB	Cob. ESFSB %	Est. Pop. Cob. SB AB	Cob. SB AB %
Betânia	12.719	6	12.719	100	12.719	100
Calumbi	5.750	2	5.750	100	5.750	100
Carnaubeira da Penha	12.932	2	6.900	53,36	9.900	76,55
Flores	22.624	6	20.700	91,50	20.700	91,50
Floresta	32.873	8	27.600	83,96	27.600	83,96
Itacuruba	4.918	1	3.450	70,15	4.918	100
Santa Cruz da Baixa Verde	12.592	6	12.592	100	12.592	100
São José do Belmonte	33.959	5	17.250	50,80	17.250	50,80
Serra Talhada	86.350	23	79.350	91,89	79.350	91,89
Triunfo	15.254	5	15.254	100	15.254	100
XI Região de Saúde	239.971	64	201.565	83,99	206.033	85,85

Fonte: SIM/TABWIN/XI GERES/PE.

4.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO

Quanto à atenção secundária, somente o município de Serra Talhada possui o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), de referência municipal. Trata-se de CEO tipo I (com 3 cadeiras odontológicas) e com adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Os centros são uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela Atenção Primária

à Saúde (APS) e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal. São os profissionais da APS os responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados quando os casos são mais complexos.

O Brasil Sorridente conta com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)**,** que colaboram com a confecção laboratorial de próteses dentárias, servindo de apoio para USF, UBS, UOM e CEO. A tabela a seguir demonstra as cidades que possuem Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, bem como suas respectivas portarias de credenciamento, a faixa de produção e a gestão.

Tabela 54- Cidades da XI GERES que possuem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

Município	**Portaria**	**Faixa de Produção de Próteses Dentárias**	**Gestão**
Betânia	GM 2759 (12-02-2014)	20-50	Municipal
Calumbi	GM 1670 (07-07-2019)	20-50	Municipal
Carnaubeira da Penha	GM 3577 (06-11-2018)	20-50	Municipal
Floresta	GM 1110 (28-5-2012) GM 2759 (12-12-2014) GM 15 (07-01-2020)	51-80	Municipal
Santa Cruz da Baixa Verde	GM 1585 (02-08-2013)	20-50	Municipal
São Jose do Belmonte	GM 1110 (28-05-2012) GM 3549 (31-10-2018)	20-50	Municipal
Serra Talhada	GM 40 (10-01-2012) GM 2240 (03-11-2016)	51-80	Municipal

Triunfo	GM 40 (10-01-2012) GM 3549 (31-10-2018)	20-50	Municipal

Fonte**:** MS/SAS/SAPS/CGSB.

Uma das linhas de ação do programa em tela são a Ampliação e Qualificação da Atenção Especializada, no que se ver essa necessidade na XI Região de Saúde, especialmente com a implantação de mais Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

4.3 NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para a construção social da APS se faz necessário o desenvolvimento e a implantação das estruturas e dos processos que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas, o que equivale a implementar soluções estruturais e processuais nos perfis de oferta.

O novo modelo de financiamento considera o desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) para o alcance de resultados em saúde. A Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 determina as ações estratégicas e os indicadores do ano de 2020 e estabelece as ações estratégicas para definição dos indicadores dos anos de 2021 e 2022. O conjunto de indicadores do pagamento por desempenho a ser observado na atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP), para o ano de 2020, abrange as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). São indicadores para o ano de 2020:

1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
3. Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico;
4. Cobertura de exame citopatológico;
5. Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
6. Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
7. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Tabela 55- Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizada, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação por quadrimestre 2018-2020.

Município Residência	2018 Q1	2018 Q2	2018 Q3	2019 Q1	2019 Q2	2019 Q3	2020 Q1	2020 Q2
Betânia	10,0	0	21,0	23,0	26,0	36,0	31,0	28,0
Calumbi	0	0	0	13,0	6,0	19,0	6,0	22,0
Carnaubeira da Penha	0	0	0	0	0	0	0	0
Flores	19,0	25,0	36,0	47,0	29,0	46,0	30,0	33,0
Floresta	3,0	5,0	21,0	38,0	34,0	36,0	37,0	33,0
Itacuruba	50,0	61,0	70,0	80,0	76,0	71,0	90,0	84,0
Santa Cruz da Baixa Verde	4,0	28,0	34,0	45,0	31,0	49,0	55,0	45,0
São Jose do Belmonte	6,0	8,0	26,0	16,0	20,0	23,0	22,0	25,0
Serra Talhada	9,0	16,0	37,0	42,0	50,0	48,0	45,0	40,0
Triunfo	15,0	11,0	2,0	4,0	4,0	38,0	53,0	45,0

Fonte: SISAB.

O objetivo do indicador "Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizada, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação" é avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivar a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança. A meta desse indicador é 60% e o parâmetro >=80%. No mesmo, observa-se que apenas o município de Itacuruba alcançou a meta acima de 60%, desde o segundo quadrimestre de 2018 até o segundo quadrimestre de 2020.

Tabela 56- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV por quadrimestre 2018-2020.

Município Residência	2018 Q1	2018 Q2	2018 Q3	2019 Q1	2019 Q2	2019 Q3	2020 Q1	2020 Q2
Betânia	8,0	31,0	44,0	49,0	54,0	73,0	77,0	56,0
Calumbi	6,0	6,0	63,0	6,0	13,0	31,0	29,0	39,0

Carnaubeira da Penha	0	0	0	3,0	3,0	0	6,0	11,0
Flores	25,0	39,0	37,0	70,0	73,0	78,0	88,0	77,0
Floresta	23,0	31,0	38,0	64,0	65,0	71,0	71,0	68,0
Itacuruba	0	11,0	0	12,0	48,0	81,0	95,0	100
Santa Cruz da Baixa Verde	27,0	61,0	73,0	83,0	71,0	74,0	81,0	76,0
São Jose do Belmonte	8,0	24,0	17,0	16,0	33,0	42,0	44,0	24,0
Serra Talhada	23,0	52,0	74,0	79,0	93,0	82,0	74,0	72,0
Triunfo	13,0	4,0	0	8,0	34,0	64,0	62,0	53,0

Fonte: SISAB.

O objetivo do indicador "Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV" é avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivar a realização dos exames de sífilis e HIV visando triar gestantes com essas patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto. A meta deste indicador é 60% e o parâmetro é >=95%. No mesmo, observa-se que apenas o município de Carnaubeira da Penha não alcançou a meta acima de 60% em nenhum dos quadrimestres 2018-2020.

Tabela 57- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado por quadrimestre 2018-2020.

Município Residência	**2018 Q1**	**2018 Q2**	**2018 Q3**	**2019 Q1**	**2019 Q2**	**2019 Q3**	**2020 Q1**	**2020 Q2**
Betânia	26,0	36,0	49,0	28,0	38,0	43,0	42,0	21,0
Calumbi	0	0	0	0	6,0	0	0	4,0
Carnaubeira da Penha	0	0	0	0	3,0	11,0	6,0	3,0
Flores	6,0	24,0	24,0	15,0	14,0	29,0	39,0	46,0
Floresta	12,0	21,0	18,0	16,0	28,0	28,0	27,0	12,0
Itacuruba	8,0	44,0	22,0	28,0	43,0	14,0	10,0	24,0
Santa Cruz da Baixa Verde	25,0	59,0	59,0	75,0	62,0	84,0	81,0	86,0

São Jose do Belmonte	0	10,0	9,0	16,0	25,0	22,0	28,0	24,0
Serra Talhada	10,0	18,0	31,0	39,0	45,0	51,0	49,0	43,0
Triunfo	4,0	6,0	4,0	4,0	25,0	40,0	40,0	38,0

Fonte: SISAB.

O objetivo do indicador "Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado" é avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal; avalia o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal.

A meta deste indicador é 60%, e o parâmetro >=90%. No mesmo, observa-se que apenas o município de Santa Cruz da Baixa Verde alcançou a meta acima de 60%, desde o primeiro quadrimestre de 2019 até o segundo quadrimestre de 2020.

Tabela 58-Cobertura de exame citopatológico por quadrimestre 2018-2020.

Município Residência	**2018 Q1**	**2018 Q2**	**2018 Q3**	**2019 Q1**	**2019 Q2**	**2019 Q3**	**2020 Q1**	**2020 Q2**
Betânia	0	2,0	3,0	5,0	8,0	9,0	11,0	11,0
Carnaubeira da Penha	0	0	0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Flores	7,0	8,0	8,0	8,0	9,0	11,0	13,0	14,0
Calumbi	3,0	3,0	30,0	4,0	4,0	4,0	6,0	5,0
Itacuruba	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	0	0
Santa Cruz da Baixa Verde	8,0	9,0	12,0	14,0	17,0	20,0	22,0	22,0
São Jose do Belmonte	3,0	6,0	6,0	7,0	8,0	9,0	8,0	7,0
Serra Talhada	16,0	23,0	28,0	31,0	32,0	33,0	33,0	33,0
Triunfo	4,0	5,0	5,0	6,0	11,0	16,0	18,0	18,0

Fonte: SISAB.

O objetivo do indicador "Cobertura de Exame Citopatológico" é avaliar a adequação do acesso ao exame preventivo para câncer do colo do útero; expressar a realização de um exame a cada três anos, segundo as diretrizes nacionais; avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero e subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação

da saúde da mulher.

A meta deste indicador é 40% e o parâmetro é >=80%. No mesmo, observa-se que nenhum dos municípios alcançou a meta de 40%; apenas o município de Serra Talhada evoluiu o indicador para mais próximo da referida meta, desde o terceiro quadrimestre de 2018 até o segundo quadrimestre de 2020.

Tabela 59- Cobertura vacinal de Poliomielite e de Pentavalente dos municípios da XI Região no segundo quadrimestre/2020.

Município Residência	**2018 Q1**	**2018 Q2**	**2018 Q3**	**2019 Q1**	**2019 Q2**	**2019 Q3**	**2020 Q1**	**2020 Q2**
Betânia	0	0	0	0	0	0	0	85,0
Calumbi	0	0	0	0	0	0	0	0
Carnaubeira da Penha	0	0	0	0	0	0	0	100
Flores	0	0	0	0	0	0	0	65,0
Floresta	0	0	0	0	0	0	0	65,0
Itacuruba	0	0	0	0	0	0	0	53,0
Santa Cruz da Baixa Verde	0	0	0	0	0	0	0	79,0
São Jose do Belmonte	0	0	0	0	0	0	0	62,0
Serra Talhada	0	0	0	0	0	0	0	61,0
Triunfo	0	0	0	0	0	0	0	49,0

Fonte: SISAB.

O objetivo do indicador “Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente” é avaliar o acesso às ações de imunização; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS.

A meta deste indicador é ≥ 95% e o parâmetro é >=95%. No mesmo, observa-se que nenhum dos municípios alcançou a meta ≥ 95%, desde o primeiro quadrimestre de 2018 até o primeiro quadrimestre de 2020; apenas o município de Carnaubeira da Penha alcançou 100% de cobertura já no segundo quadrimestre de 2020.

Tabela 60-Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.

Município	**2018**	**2018**	**2018**	**2019**	**2019**	**2019**	**2020**	**2020**

Residência	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2
Betânia	0	0	0	0	0	0	0	1
Calumbi	0	0	0	0	0	0	0	5
Carnaubeira da Penha	6,0	20,0	21,0	24,0	20,0	16,0	13,0	12,0
Flores	0	0	0	0	0	0	0	0
Floresta	0	0	0	0	0	0	0	0
Itacuruba	0	0	0	0	0	0	0	4
Santa Cruz da Baixa Verde	0	0	0	0	0	0	0	10
São Jose do Belmonte	0	0	0	0	0	0	0	0
Serra Talhada	0	0	0	0	0	0	0	0
Triunfo	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SISAB.

O objetivo do indicador "Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre" é avaliar se a aferição de pressão arterial (PA) em pessoas com hipertensão, pelo menos uma vez no semestre, está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas ao controle da PA desses usuários; avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas hipertensas na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.

A meta deste indicador é 50% e o parâmetro é >= 90%. No mesmo, observa-se que nenhum dos municípios alcançou a meta de 50%, desde o primeiro quadrimestre de 2018 até o segundo quadrimestre de 2020.

Tabela 61- Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada por quadrimestre 208-2020.

Município Residência	2018 Q1	2018 Q2	2018 Q3	2019 Q1	2019 Q2	2019 Q3	2020 Q1	2020 Q2
Betânia	0	0	0	0	0	0	0	0
Calumbi	0	1,0	0	1,0	1,0	0	1,0	1,0
Carnaubeira da Penha	0	0	0	0	0	0	2,0	2,0
Flores	0	1,0	0	0	0	0	14,0	27,0
Floresta	0	0	0	0	0	0	0	0
Itacuruba	1,0	2,0	2,0	3,0	4,0	7,0	6,0	5,0
Santa Cruz da	3,0	4,0	5,0	5,0	5,0	6,0	14,0	22,0

Baixa Verde								
São Jose do Belmonte	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0
Serra Talhada	0	0	0	0	0	0	0	1,0
Triunfo	0	0	0	1,0	3,0	4,0	4,0	4,0

Fonte: SISAB.

O objetivo do indicador "Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada" é avaliar se a solicitação do exame de hemoglobina glicada, pelo menos uma vez ao ano, em pessoas com diabetes está incorporada na rotina de atendimento das equipes; avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com Diabetes na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.

A meta deste indicador é 50% e seu parâmetro é >= 90%. No mesmo, observa-se que nenhum dos municípios alcançou a meta de 50%, desde o primeiro quadrimestre de 2018 até o segundo quadrimestre de 2020. Além dos indicadores acima abordados, é importante considerar mais alguns ainda vigentes no ano de 2020, como:

4.4 COBERTURA DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA

Em dezembro de 2015 a região de saúde contava com 64 equipes de Saúde da família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. Existiam quatro equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes- equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40h). Não existiam equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas). Pelo IBGE, a população geral da região de saúde era de 234.379 pessoas.

A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica era de 214.761 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 202.957 pessoas.

Em dezembro de 2016 a região de saúde contava com 65 equipes de Saúde da família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. Existiam três equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes- equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40h). Não existiam equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas).

Pelo IBGE, a população geral da região de saúde era de 235.692 pessoas.

A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica era de 214.059 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde

da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 204.609 pessoas.

Em dezembro de 2017 a região de saúde contava com 67 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. Existiam três equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes- equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40h). Não existiam equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas).

Pelo IBGE, a população geral da região de saúde era de 236.958 pessoas.

A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica era de 216.961 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 206.581 pessoas.

Em dezembro de 2018 a região de saúde contava com 67 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. Existiam três equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes- equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40h). Não existiam equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas).

Pelo IBGE, a população geral da região de saúde era de 238.180 pessoas.

A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica era de 217.042 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 206.662 pessoas.

Em dezembro de 2019 a região de saúde contava com 70 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. Não existiam equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes- equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40h); bem como, equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas).

Pelo IBGE, a população geral da região de saúde era de 238.781pessoas.

A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica era de 217.201 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas à Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 217.201 pessoas.

Segue abaixo tabela que demonstra a cobertura de equipes de Saúde da Família, na Região:

Tabela 62- Cobertura de Equipes de Saúde da Família XI Região, 2015-2019.

Ano	Est. Pop. Cob	Cob. AB %	Est. Pop. Cob.	Cob. ESF %
2015	214.761	91,62	202.957	86,59
2016	214.059	90,82	204.609	86,81
2017	216.961	91,56	206.581	87,18

2018	217.042	91,12	206.662	86,76
2019	217.201	90,96	217.201	90,96

Fonte: E-gestor da Atenção Básica 2020.

5. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Portaria Nº 4.279/2010, de 30 de dezembro de 2010 define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado", com o objetivo de promover a integração dessas ações e serviços, fundamentada na atenção contínua e de qualidade, multiprofissional, integral e humanizada.

5.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Desde dezembro de 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o MS já acenava para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências, visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. Na Resolução nº 111, de 15 de fevereiro de 2012 dispõe sobre o Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da XI GERES.

A Rede de Atenção Psicossocial estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde. Na Resolução nº 126, de 09 de agosto de 2012 dispõe sobre o Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial da XI GERES.

A Resolução nº 115, de 22 de março de 2012 dispõe sobre o Plano de Ação da Rede Cegonha da XI GERES que é um conjunto de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de promover cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca também desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

O arranjo atual da Rede de Atenção Oncológica do estado de Pernambuco foi concebido a partir da resolução CIB /PE 3061 de 23 de outubro de 2017 que aprovou a organização da linha de cuidado da Rede de Atenção à Saúde Pessoas com Doenças Crônicas, no Eixo Temático Câncer nas 4 (quatro) Macrorregionais do Estado de Pernambuco, sendo esta resolução um marco na assistência oncológica do estado de Pernambuco, tendo como foco o componente de alta complexidade. O Plano de Atenção para Diagnóstico e o Tratamento do Câncer no Estado de Pernambuco, apresenta a rede de atenção em seus níveis de complexidade visando apontar os caminhos e necessidades para o atendimento integral as pessoas que convivem com câncer.

Nos parágrafos seguintes será descrito o processo de contrução dessas redes, o que possibilitará entender como estão sendo formuladas as intervenções para a reestruturação das mesmas, com vistas à superação da fragmentação e prestação de assistência continuada. No território da XI GERES, de forma melhor estruturada, estão as Rede Urgência e Emergência (RUE), a Rede Cegonha (RC) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Porém, necessitando da implantação de mais dispositivos existentes nas mesmas. Apesar da pactuação do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência já ter sido aprovada na Comissão Intergestores Bipartite CIB/ PE, através da Resolução nº 2189 de 08/01/2013, ainda não foi discutida em Comissão Intergetores Regional (CIR), assim como ocorreu com a Rede de Atenção Oncológica.

5.2. REDE MATERNO INFANTIL

Desde os primórdios, a assistência à Saúde materno e infantil sempre foi associada às questões reprodutivas e não era voltada para uma assistência integral. Foi a partir de 1980, com os movimentos feministas da época, que impulsionaram a construção de novas Políticas Públicas. Na década de 1990 até os anos de 2000, foi um período de criação, formulação e execução de leis, programas e estratégias de saúde pública voltadas para a saúde materno e infantil. Destes,

podemos citar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como também a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), em 2000, cujo objetivo era reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, entretanto não teve o alcance esperado. Como solução, o Ministério da Saúde implantou o programa Rede Cegonha como uma estratégia de um novo modelo de atenção à mulher e à criança, de forma a garantir acesso, acolhimento e resolutividade e, consequentemente, reduzir a mortalidade dessa população (CASSIANO et al., 2014).

5.2.1. PROGRAMA MÃE CORUJA

O Programa Mãe Coruja Pernambucana foi implantado em 2007, ano em que Pernambuco apresentava um cenário marcado pela desigualdade, onde as regiões do estado mostravam diferenças significativas. O Sertão do Araripe e o do Moxotó detinham os piores indicadores de mortalidade infantil, seguidos pelo Sertão do São Francisco, Sertão Central e Agreste Meridional.

Diante deste cenário, o Programa Mãe Coruja Pernambucana insere-se na perspectiva de garantir os direitos reprodutivos das mulheres e o direito à infância desde o primeiro ano de vida, de forma a contribuir diretamente para a melhoria dos indicadores materno-infantis no Estado de Pernambuco, alicerçando-se em dois pilares.

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

A garantia dos direitos reprodutivos liga-se diretamente ao campo da saúde e se faz mediante a efetivação de políticas públicas que permitam: às mulheres, desenvolvimento da gravidez e realização de parto assistido; às crianças, um nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

O horizonte ético de uma proposta voltada para a redução da mortalidade materno-infantil é o próprio compromisso de promoção da saúde e do desenvolvimento de mulheres gestantes e crianças de 0 a 5 anos. Este compromisso toma forma de ação governamental efetiva através da identificação e articulação de eixos estratégicos, assim como dos objetivos e competências institucionais específicas.

O Programa Mãe Coruja Pernambucana foi então implantado no Estado em outubro de 2007, sendo posteriormente oficializado pelo Decreto 30.3503/2007, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, através 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.

Em 2019, o Programa Mãe Coruja completou 12 anos de atividades ininterruptas, destacando-se como política pública de referência nacional para a Primeira Infância e atenção materno-infantil.

Entre 2007 e 2019, o Programa Mãe Coruja monitorou a situação de segurança alimentar das famílias pela aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) com posterior encaminhamento das gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a dois anos de idade em situação de insegurança alimentar para programas sociais que objetivem a redução dos riscos inerentes a tal situação.

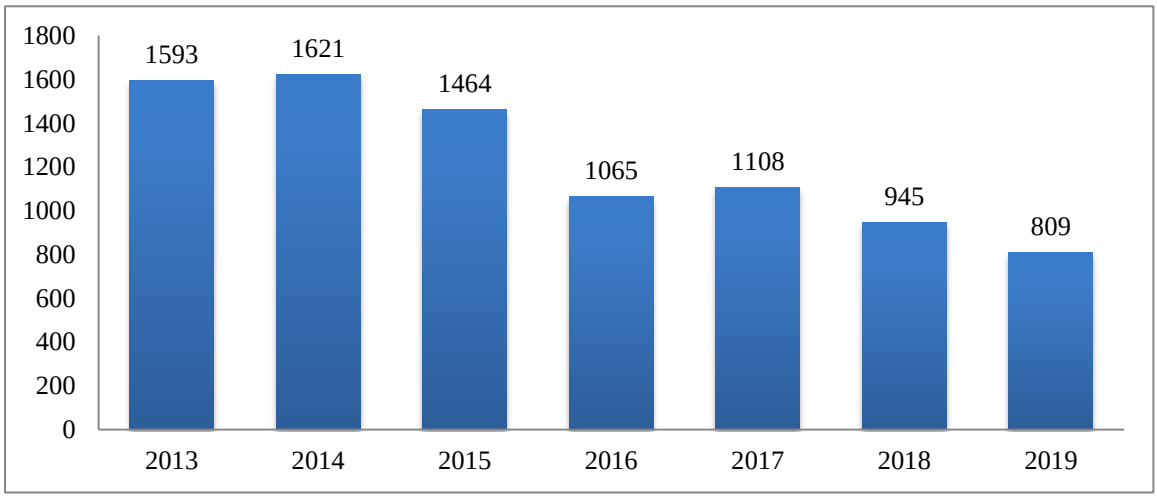
O programa também contabiliza a entrega de mais de 130 mil Kits do Bebê (acessórios de vestuário e higienização da criança), capacitação de aproximadamente 27 mil concluintes em cursos de qualificação profissional (Qualifica Mãe Coruja) para geração de renda alternativa (oficinas diversas incluindo artesanato, decoração de festas infantis, preparação de bolos e tortas e outros alimentos, entre outras), além de mais de 40 mil mulheres matriculadas nos Círculos de Educação e Cultura (CEC) – ações de empoderamento familiar, incentivo e letramento com o objetivo de retorno da beneficiária à educação formal.

O SIS Mãe Coruja – sistema de informação que permite acompanhar e monitorar as ações, identificar e visualizar o panorama situacional, as ações e os encaminhamentos feitos pelos profissionais dos Cantos Mãe Coruja, foi consagrado com o prêmio Excelência em Governo Eletrônico 2017, na categoria e-Administração Pública, que avaliou projetos na área de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), durante o Seminário Nacional de TIC para a Gestão Pública (Secop) 2017.

Tendo em vista as altas taxas de mortalidade infantil, algumas regiões do Estado foram priorizadas para a implantação do Programa e na região que compreende a XI Geres, foi implantado em 2009, tendo a adesão desde então dos 10 municípios que compõem a Regional de saúde, sendo dois técnicos de monitoramento para cada um deles.

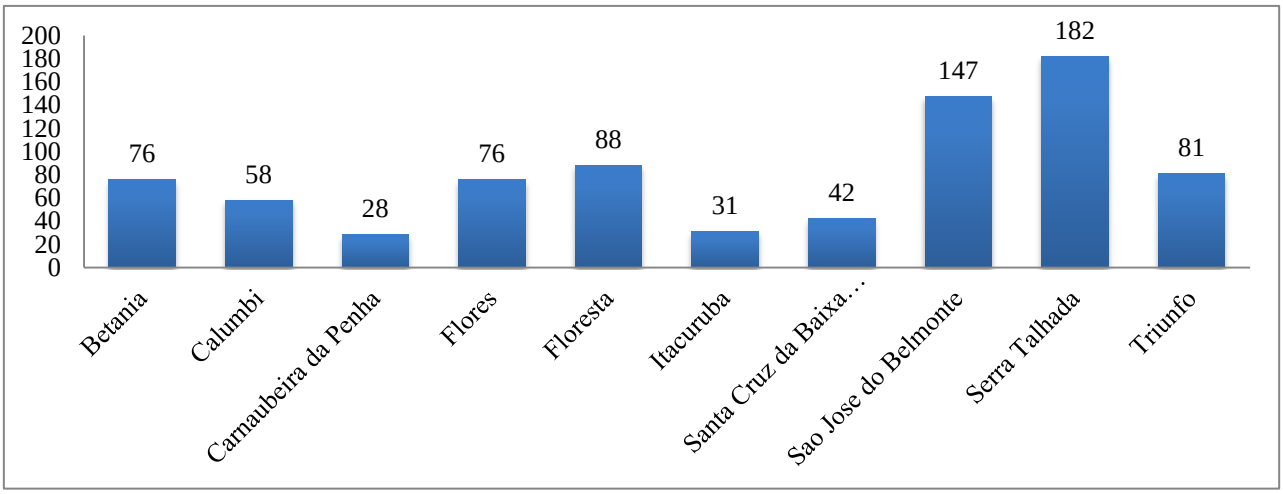
5.2.1.1 MULHERES CADASTRADAS

Figura 5 – Série histórica de mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

Figura 6 - Distribuição de mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 nos municípios da XI Região.



Fonte: Fonte: SIS Mãe Coruja.

Os gráficos acima apresentam dados de mulheres cadastradas no PMCP na XI Região de saúde ao longo dos anos de atuação e também a distribuição por município no ano de 2019.

Percebemos que há uma constante variação no número de cadastros e também que em 2016 há um declínio acentuado se comparado à 2015, contudo, vale salientar que o programa tem ampliado seu olhar e priorizado a qualidade no acompanhamento, não mais se atendo à meta de cadastro. Outro fato relevante entre os anos de 2015 e 2016 foi a ocorrência dos vários casos de

síndromes congênitas pelo zika vírus, o que fez com que a taxa de natalidade sofresse realmente uma queda, o que interferiu visivelmente no número de cadastros, no entanto, entre 2016 e 2019 o cenário epidemiológico já foi tomando outra configuração e voltamos a cadastrar e acompanhar mais mulheres.

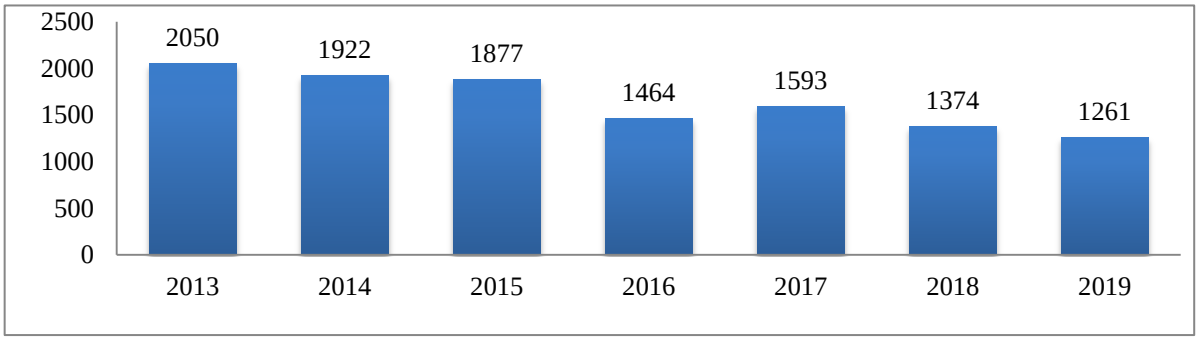
Um outro fator que contribui sensivelmente para um menor número de cadastro que foi visualizado em 2010, ainda continua sendo a procura tardia da mulher pelo pré-natal na unidade de saúde da família, o que de acordo com a Lei que rege o Programa, dificulta o cadastro, uma vez que muitas delas já chegam na unidade com mais de 20 semanas de gestação, não sendo possível seu cadastramento para um acompanhamento efetivo e de qualidade.

Em 2019, continuamos com a missão de localizar mulheres que foram cadastradas em anos anteriores e que por algum motivo, não retornaram ao canto, ficando como "gestação não finalizada" no SIS mãe coruja, tendo sido feita uma força tarefa de todos os profissionais para regularizar no sistema essa situação, para que essas mulheres e suas crianças voltem a ser acompanhadas de maneira adequada.

Vale salientar que o município de Carnaubeira da Penha passará alguns meses por uma sitação complicada, com apenas uma técnica, que chegou ao território com uma grande missão, tendo em vista que é um município com grande extensão territorial e particularidades como as aldeias indigenas, de difícil acesso. Tudo isso dificulta o processo de trabalho e reflete diretamente no menor número de cadastros.

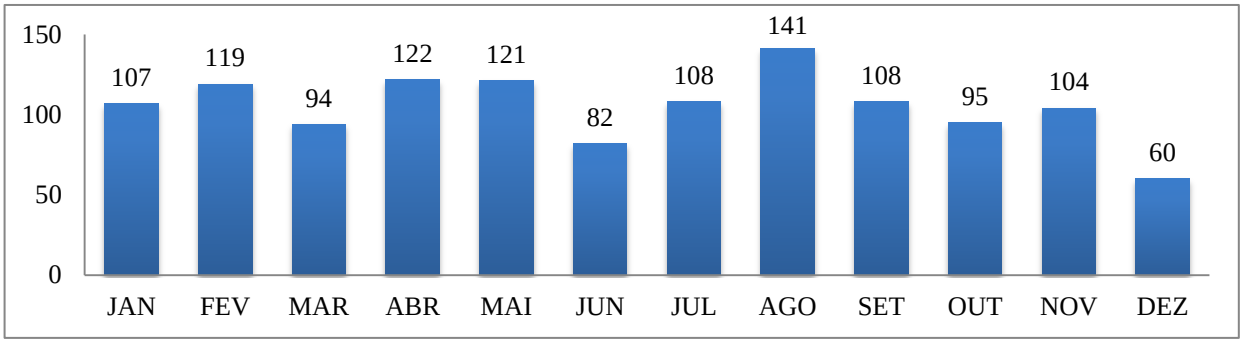
5.2.1.2 GESTAÇÕES ACOMPANHADAS

Figura 7- Série histórica de gestações acompanhadas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

Figura 8 – Distribuição de gestantes acompanhadas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 nos municípios da XI Região.



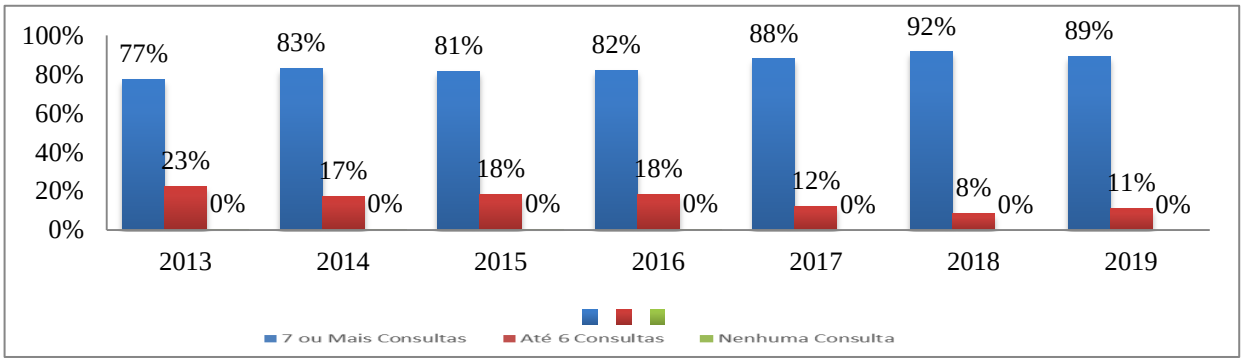
Fonte: SIS Mãe Coruja.

Os gráficos acima apresentam dados referentes às gestações acompanhadas nos 10 cantos mãe coruja, estas também de 1ª, 2ª e 3ª gestação durante os anos de atuação do Programa e mais detalhado nos meses de 2019. O número de gestantes acompanhadas sempre apresenta maiores índices, uma vez que cadastrada, essa mulher na grande maioria das vezes retorna ao canto, muito em função do vínculo estabelecido com os técnicos e pelo entendimento do cuidado que terão pelo Programa ao longo de toda sua gestação.

Os técnicos são sempre muito preocupados e atentos à situação de cada gestante, e isso acaba gerando um vínculo muito positivo, o que acaba trazendo essa mulher de volta ao canto, além dos cuidados que elas sempre observam quando estão com seus filhos nos ESF's e outros equipamentos, gerando um sentimento de empatia e confiança muito benéfico.

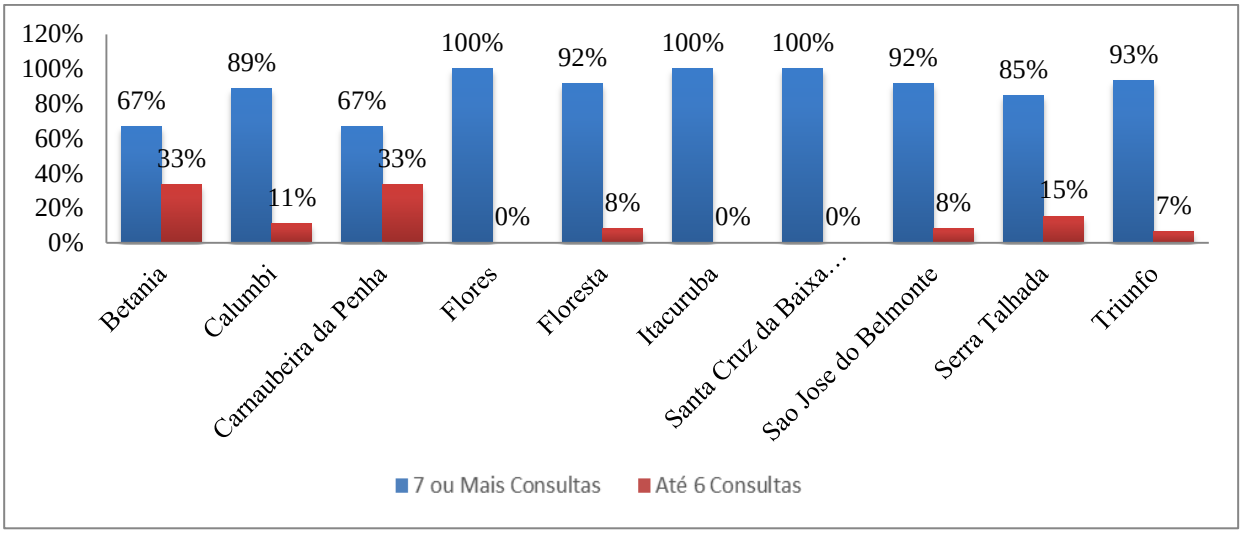
5.2.1.3 GESTANTES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Figura 9- Série histórica de gestantes com 07 ou mais consultas de pré - natal cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

Figura 10 - Gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

Realizar uma consulta de pré-natal de qualidade contribui efetivamente para a saúde da mãe e do bebê e por isso, esse é um indicador de grande relevância para as ações do Programa, uma vez que a realização de no mínimo 07 consultas é pré-requisito para uma gestação saudável, um parto adequado e um puerpério satisfatório. Diante disto, tanto o Programa como as equipes de atenção primária têm sempre uma atenção redobrada quando se fala em consultas de pré-natal, para que as mamães consigam assegurar uma assistência de qualidade.

Assim, verifica-se que as consultas de pré-natal na XI Região de saúde vêm ocorrendo de maneira satisfatória dentro das possibilidades de cada município, com bons índices e bons relatos de acompanhamentos realizados pelas equipes de atenção primária.

Ao longo de 2019, verificamos um número reduzido de mulheres que pariram sem atingir as sete consultas, se compararmos ao quantitativo geral de mulheres acompanhadas. Contudo, houve uma elevação de 8 para 11% de mulheres que pariram sem as sete consultas, pois houveram casos isolados de mulheres que iniciaram o pré-natal tardiamente e outras com erros na DPP (data provável do parto) diante das ultrassonografias realizadas, casos identificados e devidamente informados no sistema de informação.

Entre os motivos que fizeram com que ao menos as sete consultas não fossem realizadas foram a dificuldade de acesso de algumas mulheres, uma vez que temos zonas rurais de grande extensão, o erro na DUM que por vezes fez com que algumas mulheres tivessem seus partos antecipados às suas DPP's e também a dificuldade com algumas equipes, que muitas vezes remarcam o pré-natal sem comunicação prévia à gestante, dificultando assim o retorno das mesmas à unidade de saúde da família, cenário que infelizmente se repete ao longo dos anos.

Para o ano de 2019, destacam-se os municípios de Flores, Itacuruba e Santa Cruz da Baixa Verde, que obtiveram 100% de êxito com o pré-natal de suas gestantes, sendo estes municípios onde as técnicas estão na ponta, atenção básica, ativamente, inovando sempre e buscando chamar cada vez mais a atenção de nossas gestantes para a importância de um pré-natal de qualidade.

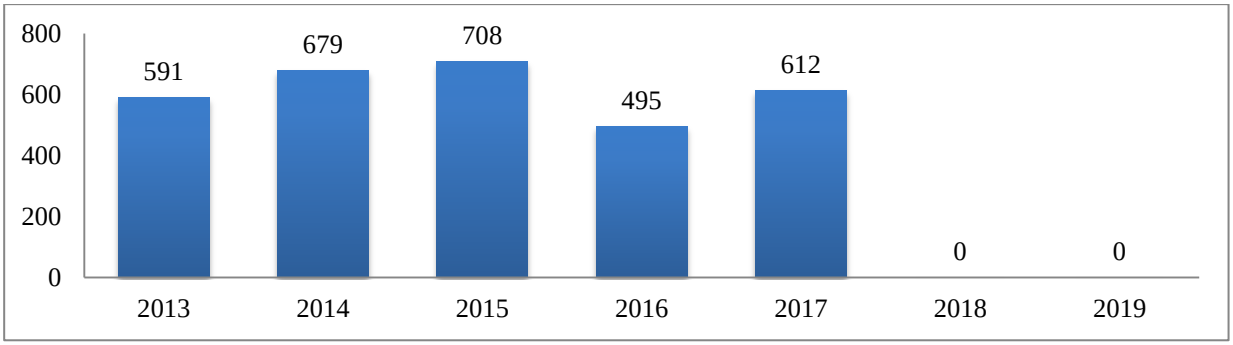
5.2.1.4 KITS DO BEBÊ

Desde a implantação do Programa, o Kit do Bebê sempre foi um grande atrativo para as mães cadastradas, muito em função da vulnerabilidade das mesmas. Diante disso, a entrega destes kits sempre foi uma das prioridades do Programa e sempre se manteve regular.

No entanto, em 2017, esta entrega foi comprometida tendo em vista alguns problemas operacionais e desde maio daquele ano, mesmo as mulheres aptas não receberam seus kits.

No início foi bastante difícil a falta do kit, pois muitas mulheres buscavam apenas esse item ao se cadastrarem, principalmente aquelas que residiam em áreas mais vulneráveis, sem parceiros ou renda fixa. No entanto, foi através dessa falta que podemos fortalecer o vínculo entre os profissionais, o Programa e nossas mulheres e crianças.

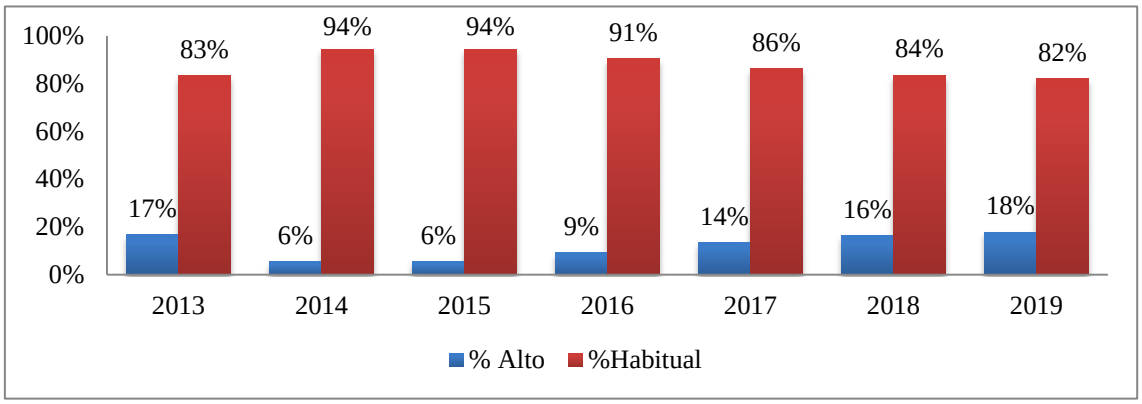
Figura 11- Série histórica de kits do bebê entregues a cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja

5.2.1.5 GESTANTES COM CLASSIFICAÇÃO DE ALTO RISCO NA “CADERNETA DA GESTANTE”

Figura 5- Série histórica da classificação de risco das gestantes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

Tabela 63- Distribuição da classificação de risco das gestantes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 por município na XI Região.

Municípios	Alto		Habitual		Não informado		Não preenchido	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Betânia	23	17%	103	78%	3	2%	3	2%
Calumbi	19	20%	75	80%		0%		0%
Carnaubeira da Penha	9	15%	49	83%	1	2%		0%
Flores	21	21%	80	79%		0%		0%
Floresta	25	18%	101	73%	13	9%		0%
Itacuruba	8	12%	61	88%		0%		0%
Santa Cruz da Baixa Verde	13	19%	54	78%	2	3%		0%
São Jose do Belmonte	17	8%	177	83%	20	9%		0%
Serra Talhada	55	23%	168	71%	13	6%		0%
Triunfo	25	17%	123	83%		0%		0%
Total	215	17%	991	79%	52	4%	3	0%

Fonte: SIS Mãe Coruja.

O trabalho dos Técnicos contribui efetivamente na indução da identificação do risco gestacional de cada gestante atendida e acompanhada, sensibilizando as equipes quanto à importância desta classificação para um acompanhamento adequado da mesma, fortalecendo a rede de atenção, possibilitando o encaminhamento para especialidades em tempo hábil e minimizando os riscos de intercorrências previsíveis e com chances de soluções rápidas e efetivas, que uma vez tomadas, diminuirão consideravelmente os riscos de óbitos maternos e infantis.

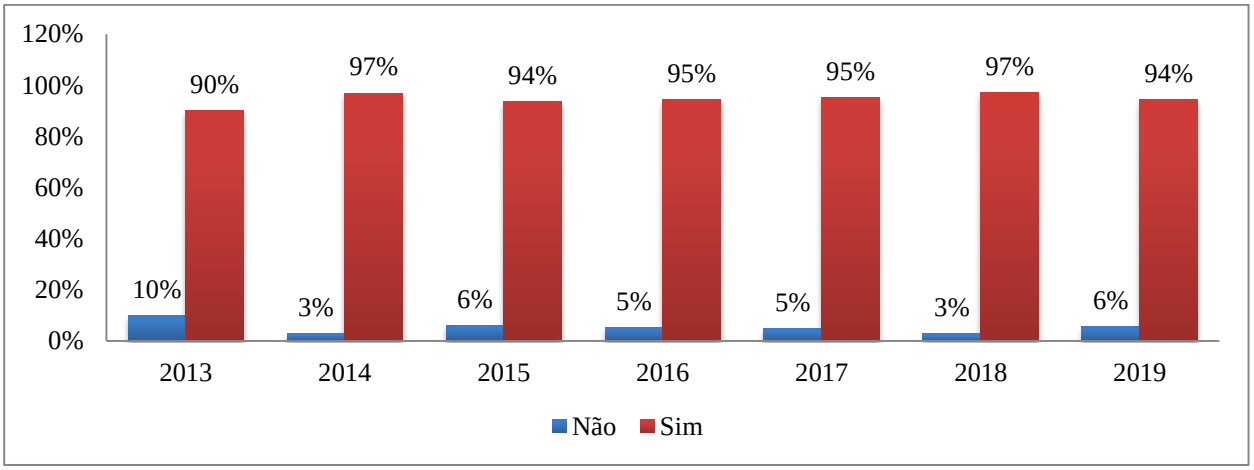
Assim, verificamos que no território da XI Região de saúde, mesmo com todas as

dificuldades que ainda encontramos com a subnotificação da classificação do risco gestacional, entre 2018 e 2019, avançamos, saindo de 16% para 18% para alto risco. Percebemos que o cenário que vem se modificando, graças ao trabalho intensivo tanto da Regional através da realização de oficinas, quanto dos profissionais que diariamente fazem esse monitoramento e incentivo nos municípios.

Os técnicos vêm trabalhando efetivamente na sensibilização das equipes para reversão desta situação, no entanto, esse é um trabalho que exige tempo e também a receptividade por parte dos profissionais da atenção básica, para que eles entendam que a classificação é fator primordial para um acompanhamento mais efetivo e qualificado para cada gestante.

5.2.1.6 COBERTURA DA VACINA DTPa NAS GESTANTES

Figura 6- Série histórica de cobertura vacinal de gestantes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

Tabela 64- Distribuição da cobertura vacinal de gestantes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 nos municípios da XI Região.

Municípios	Não		Sim		Total nº
	Nº	%	Nº	%	-
Betânia	16	12%	116	88%	132
Calumbi		0%	94	100%	94
Carnaubeira da Penha	1	2%	58	98%	59
Flores	1	1%	100	99%	101
Floresta	4	3%	135	97%	139
Itacuruba		0%	69	100%	69

Santa Cruz da Baixa Verde	1	1%	68	99%	69
São Jose do Belmonte	5	2%	209	98%	214
Serra Talhada	42	18%	194	82%	236
Triunfo		0%	148	100%	148
Total	70	6%	1191	94%	1261

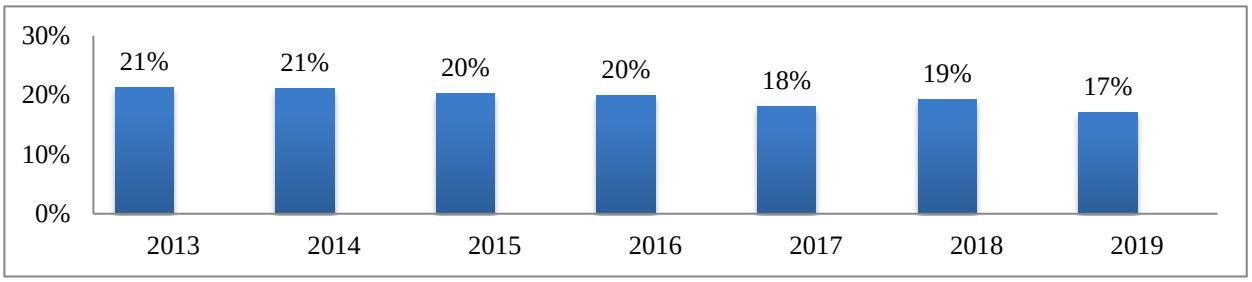
Fonte: SIS Mãe Coruja.

Os índices de cobertura vacinal nos municípios da XI Regional de saúde vêm se mantendo constantes nos últimos anos, no entanto, no ano de 2019 houve uma pequena redução no percentual de gestantes que não completaram o esquema vacinal, diminuindo de 97% em 2018 para 94% em 2019, com 1.191 gestantes que completaram o esquema vacinal correspondente e 70 mulheres que não completaram, ou que por algum motivo não apresentaram o cartão de vacina no decorrer do acompanhamento totalizando 6%.

Nota-se que as mulheres demoraram a completar o esquema vacinal, há ainda aquelas que por motivos diversos, perdem suas carteiras de vacina, tendo que iniciar todo o esquema vacinal, e que por isso apresentam essas pendências. No entanto, vale salientar que mesmo com problemas em algumas unidades com vacinadores e falta de preenchimento do cartão de vacina, os imunos nunca faltam no território da XI GERES e que por isso, a vigilância dos técnicos ainda necessita de maior efetividade para que nossas mulheres não cheguem a parir sem a devida imunização.

5.2.1.7 GESTANTES ADOLESCENTES

Figura 7-Série histórica de gestantes adolescentes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

Tabela 65- Distribuição de gestantes adolescentes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana em 2019 nos municípios da XI Região.

MUNICÍPIOS	ADOLESCENTE	
	Nº	%
Betânia	26	20%
Calumbi	15	16%
Carnaubeira da Penha	10	17%
Flores	17	17%
Floresta	31	22%
Itacuruba	15	22%
Santa Cruz da Baixa Verde	6	9%
São Jose do Belmonte	36	17%
Serra Talhada	48	20%
Triunfo	11	7%

Fonte: SIS Mãe Coruja.

Tabela 66- Distribuição de crianças acompanhadas através das consultas de puericultura, cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana nos municípios da XI Região em 2019.

Municípios	7 ou mais consultas		Até 6 consultas		Total nº
	Nº	%	Nº	%	
Betânia	21	26%	59	74%	80
Calumbi	52	73%	19	27%	71
Carnaubeira da Penha	42	44%	54	56%	96
Flores	15	10%	132	90%	147
Floresta	36	25%	110	75%	146
Itacuruba	49	88%	7	13%	56
Santa Cruz da Baixa Verde	5	4%	107	96%	112
São Jose do Belmonte	51	22%	184	78%	235
Serra Talhada	26	10%	244	90%	270
Triunfo	88	60%	59	40%	147

Fonte: SIS Mãe Coruja.

Sendo a gestação na adolescência uma problemática não só para a nossa Região, mas também para todo o Estado e país, intensificamos as ações com palestras nas escolas, rodas de conversas nas Unidades de Saúde e até mesmo em cada um dos Cantos Mãe Coruja.

Através destas ações, conseguimos avançar, saindo de um percentual de 19% em 2018 para 17% em 2019. A partir disso, observamos um retorno satisfatório no sentido de prevenção desse

indicador, conforme demonstra o gráfico, tivemos uma redução significativa de 429 adolescentes cadastradas em 2013 para 215 em 2019 resultado do trabalho constante dos técnicos.

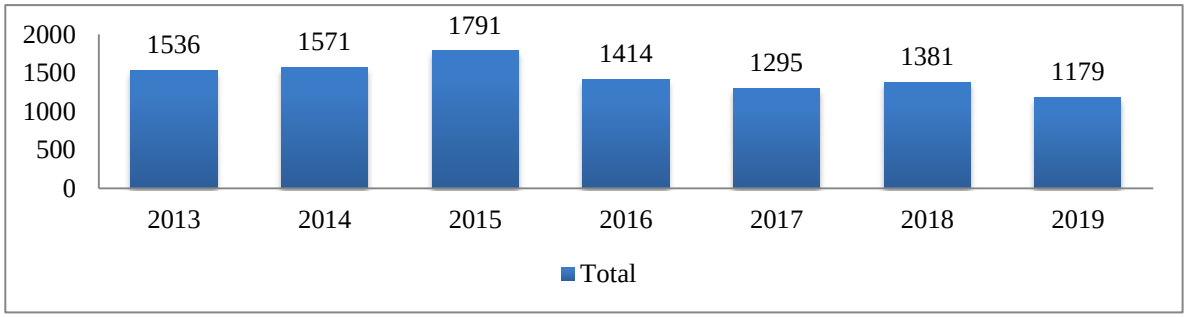
Ao chegarem ao Canto, muitas dessas meninas já chegam grávidas, mas as técnicas procuram ao menos fazer uma conscientização e o envolver a família e o companheiro nesse momento, para que a gravidez não seja reincidente ainda nesse período da adolescência fazendo com que essas meninas sejam também multiplicadoras da informação, formando assim uma rede de informação, o que em longo prazo, pode fazer com que adolescentes próximas não engravidem também.

Desde 2018, os técnicos vêm buscando parcerias para que se trabalhe da melhor forma possível essa temática e nessa perspectiva, o Programa de saúde na escola (PSE), tem se mostrado um grande parceiro. Infelizmente, pela demanda de trabalho, essa parceria ainda é discreta e por enquanto, mostra-se bastante efetiva em municípios de menor porte, como Itacuruba, onde os técnicos conseguem planejar e executar as atividades com adolescentes com maior efetividade. Contudo, continuamos buscando esse êxito com os demais municípios, no intuito de diminuir cada dia mais nossos índices de jovens que engravidam ainda na adolescência.

.

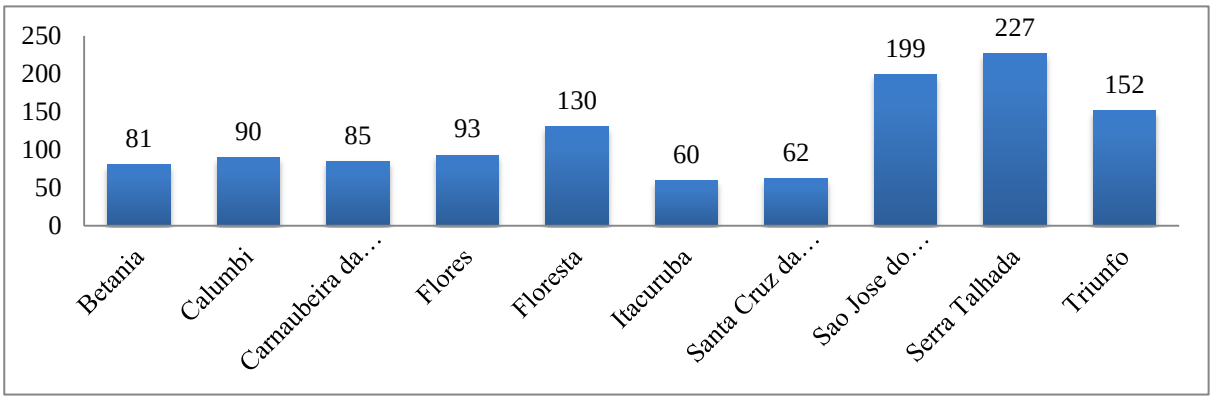
5.2.1.8 CRIANÇAS ACOMPANHADAS/CADASTRADAS

Figura 8- Série histórica de nascidos vivos acompanhados no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

Figura 9- Distribuição de nascidos vivos acompanhados no Programa Mãe Coruja Pernambucana nos municípios da XI Região em 2019.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

O número de nascidos vivos se mantém oscilando no território da XI Região de saúde, com destaque para o ano de 2015 que tivemos um maior número de crianças cadastradas, em 2016, devido o aparecimento da síndrome congênita do zika vírus, houve um declínio nas taxas de natalidade na Regional, permanecendo até os dias atuais.

Em 2019 ainda manteve um menor índice de nascidos vivos acompanhados, pois infelizmente verificamos que muitas mães evadem após o nascimento dos filhos, e mesmo diante das buscas ativas realizadas, muitas vezes é difícil estabelecer contato e alcançar êxito no acompanhamento da criança.

Dentre os municípios da XI Região, verificamos que o município de Carnaubeira da Penha teve um dos menores números de captação de nascidos vivos, muito relacionado ao fato de termos apenas uma técnica para atender a todas as demandas.

5.2.1.9 CRIANÇAS ACOMPANHADAS COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PUERICULTURA

Tabela 67- Distribuição de registros civis por municípios da XI Região em 2019.

MUNICÍPIOS	NÃO		SIM	
	Nº	%	Nº	%
Betânia	0	0%	81	100%
Calumbi	0	0%	90	100%
Carnaubeira da Penha	5	6%	80	94%
Flores	1	1%	92	99%
Floresta	5	4%	125	96%
Itacuruba	0	0%	60	100%

Santa Cruz da Baixa Verde	4	6%	58	94%
São Jose do Belmonte	4	2%	195	98%
Serra Talhada	3	1%	224	99%
Triunfo	0	0%	152	100%

Fonte: SIS Mãe Coruja.

Ao longo de 2019, esse foi um dos nossos maiores desafios, incentivar a qualificação da puericultura nos municípios. Sabemos que os cuidados com uma criança não estão exclusivamente restrito ao cumprimento do calendário vacinal estabelecido pelo MS, a educação e promoção à saúde em seu desenvolvimento integral, se faz necessária, sendo fundamental o envolvimento dos pais, juntamente com os profissionais de saúde e demais áreas pertinentes ao desenvolvimento saudável.

O gráfico acima nos mostra que ao longo dos anos, tivemos um aumento considerável no acompanhamento deste indicador, fruto do trabalho constante dos técnicos. Contudo, apesar de termos tido um aumento no número de consultas ao longo dos anos, esse é um indicador preocupante dentro do nosso território, tendo em vista que não há um entendimento por parte das equipes de saúde da família da importância do mesmo para avaliação no processo de desenvolvimento da criança.

Diante da situação de cada município, ressaltamos que um acompanhamento efetivo não se restringe a pesar e medir a criança, mas sim à atenção à saúde de maneira geral, verificando todos os pontos preconizados na caderneta, que além do peso e estatura, trás também o IMC, a vigilância dos marcos do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, que a longo prazo poderão subsidiar diagnósticos mais precisos frente à alguma necessidade, dentre outros.

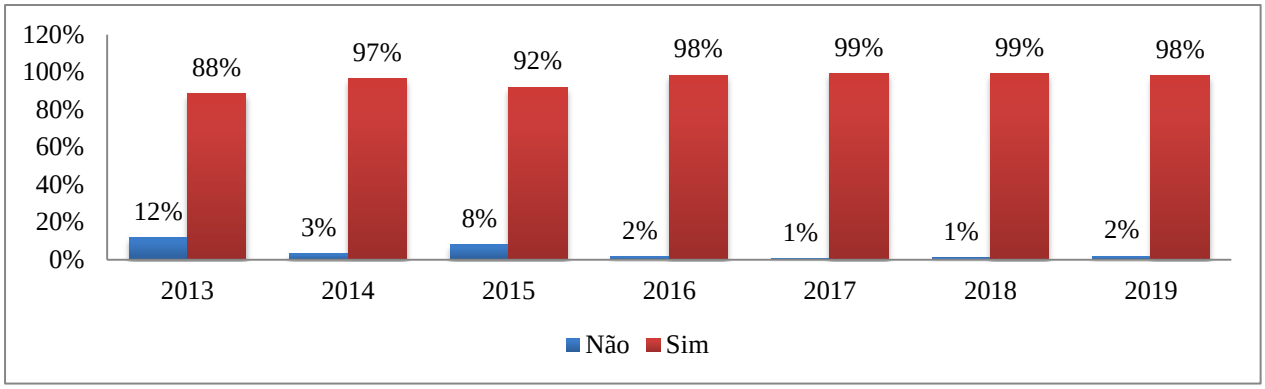
Diante disso, os técnicos tem trabalhado efetivamente na busca e monitoramento precoce destas crianças, na sensibilização dos profissionais de saúde, buscando incentivar a qualificação das consultas de puericultura no território, para um acompanhamento efetivo de nossas crianças. Como também no empoderamento das mães, através de palestras e rodas de conversas; no intuito de salientar a importância de levar o filho todos os meses à unidade de saúde da família, afinal, entendemos que um acompanhamento contínuo e adequado poderá ser responsável pela manutenção adequada da saúde, minimizando assim transtornos futuros.

Vale salientar que o número de crianças com sete ou mais consultas de puericultura em 2019 na XI região caiu sensivelmente, caindo de 47 para 28%, no entanto, essa queda nos anima, pois esse é um número real, isso devido à incessante busca pela qualificação do sistema de informação, onde os técnicos tem redobrado a atenção, corrigindo dados errados e trabalhando

com a informação fidedigna.

5.2.1.10 CRIANÇAS COM REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO

Figura 10- Série hitórica de crianças com e sem registro civil cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

Tabela 68- Número de inscritas e concluintes dos círculos de educação e cultura em 2019 no Programa Mãe Coruja Pernambucana na XI Região.

MÓDULOS	I	II	III	IV
Número de inscritas	527	515	522	617
Número de concluintes	485	491	502	578

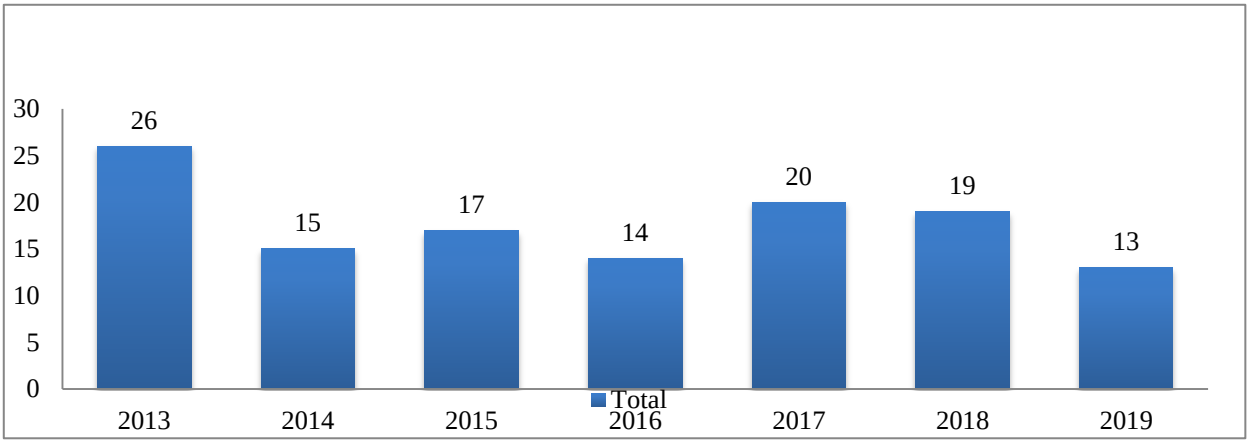
Fonte: SIS Mãe Coruja.

Mesmo o registro de nascimento sendo um documento gratuito e de fácil aquisição, ainda configura-se como uma problemática em muitos lugares do nosso país e infelizmente não é diferente no território da XI Região de saúde. As problemáticas são distintas, dentre elas podemos considerar o êxodo para as grandes metrópoles como São Paulo e Minas Gerais, aonde muitos dos homens que vão em busca de trabalho no corte de cana e construção civil, passando longas temporadas fora de seus domicílios, e que por vezes deixam as esposas grávidas, sendo que estas, por uma questão cultural, não registram seus filhos sem a presença dos pais e por conta disso, as crianças ficam longos períodos sem sua cidadania reconhecida, problema que só é solucionado com a chegada desse pai ao município, que só acontece entre o final de dezembro e início de janeiro do ano seguinte, mesmo com toda a articulação dos técnicos, ainda configura uma problemática bem relevante em nosso território. Outro fator agravante é o reconhecimento da paternidade, e a maior idade para pais.

Diante dessas problemáticas, os técnicos vêm realizando ações pontuais junto aos órgãos responsáveis, com a distribuição de panfletos explicativos que elas mesmas elaboraram, reuniões com gestores, na tentativa de sensibilizar gestão e população quanto à importância da certidão de nascimento para o reconhecimento dos direitos de seus filhos enquanto cidadãos brasileiros. Em 2019, continuamos com grandes avanços, através das parcerias firmadas entre técnicos e os cartórios locais, além de parceiros como o Conselho Tutelar e Assistência social de cada município, que nos ajudaram a identificar cada caso e solucionar grande parte deles. Diante disso, ao final do ano, ficaram apenas os casos mais críticos, que já estão sendo solucionados em cada município.

5.2.1.11 MORTALIDADE INFANTIL

Figura 11- Série histórica de óbitos infantis no Programa Mãe Coruja Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região.

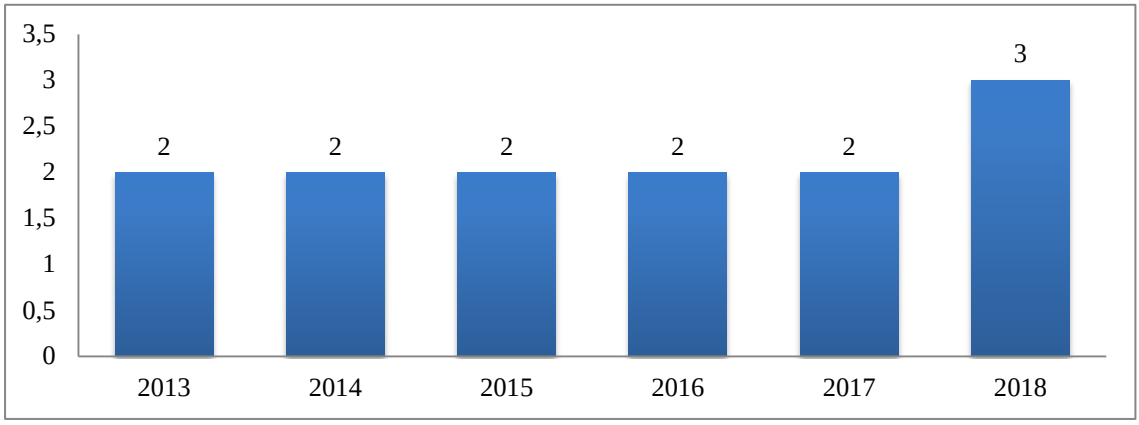


Fonte: SIS Mãe Coruja.

Desde a implantação do Programa na XI Região de Saúde, vimos uma queda no número de óbitos infantis, no entanto, o ano de 2017 foi um ano atípico, pois tivemos um aumento no número de óbitos em praticamente todos os municípios que compõem a Regional, no entanto, de lá para cá, percebe-se a redução dos óbitos a cada ano, saindo de 18 óbitos em 2018 para 13 óbitos em 2019.

5.2.1.12 MORTALIDADE MATERNA

Figura 12-Série histórica de óbitos maternos no Programa Mãe Pernambucana entre 2013 e 2019 na XI Região.



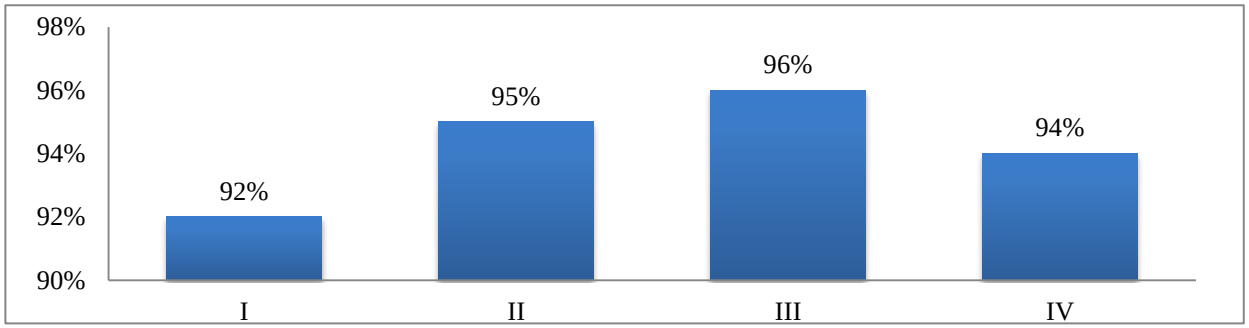
Fonte: SIS Mãe Coruja.

A ocorrência de um óbito materno é um evento que marca uma sociedade, tendo em vista a devastação familiar ao qual está atrelado. Nesse sentido, o Programa vem sempre trabalhando no sentido de minimizar a ocorrência de eventos como estes, tendo em vista que se entende o papel primordial da figura materna no ceio familiar.

Nessa perspectiva, verificamos que nossos esforços não têm sido em vão, já que no ano de 2019, após seis anos ininterruptos de eventos de óbitos, não tivemos nenhum óbito materno na XI Região de saúde.

5.2.1.13 MULHERES QUE CONCLUÍRAM OS MÓDULOS DOS CÍRCULOS DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Figura 13- Concluintes dos círculos de educação em cultura por módulo em 2019 no Programa Mãe Coruja Pernambucana na XI Região.



Fonte: SIS Mãe Coruja.

O círculo de educação e cultura é uma importante ferramenta junto às atividades do PMCP,

tendo em vista que ele estreita laços entre profissionais e educandas, através de cada módulo, cada problemática discutida, cada dinâmica utilizada e das experiências compartilhadas.

A parceria estabelecida entre os CEC's e os técnicos dos Cantos nos possibilita a aproximação com essas gestantes e puérperas, assim como a identificação de casos especiais e muitas vezes a localização de gestantes que por algum motivo se afastaram do Canto, mas que estão nos círculos, por estes estarem mais próximos delas. Percebemos que o número de concluintes sempre fica abaixo do de inscritas, também devido à evasão por conta do parto, das dificuldades encontradas com a locomoção e condições no final da gestação.

5.2.2 RISCO HABITUAL

5.2.2.1 REDE CEGONHA

Segundo a Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011, a Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direto ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Na sua organização, possui 04 componentes: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistemas Logísticos – Transporte Sanitário e Regulação.

Figura 14- Rede Cegonha, 2012.

Fonte: XI GERES.

O mapa acima representa a estruturação da atenção materno-infantil da XI Regional de Saúde, conforme estabelecido pelo Plano de Ação da Rede Cegonha aprovado na reunião da CIR

do dia 22/03/2012, através da Resolução nº 115, o qual foi enviado à Gerência de Atenção à Saúde da Mulher/SES para análise. Após análise a SES enviou o Plano de Ação da Rede Cegonha para o Ministério da Saúde em 05/10/2012 para apreciação.

Durante a pactuação do desenho Regional da Rede Cegonha, ficou acordado que o HOSPAM – Hospital Professor Agamenon Magalhães, será contemplado com 01 Maternidade de Alto risco, onde haverá a implantação de leitos de UTI e UCI neonatal e leitos Canguru, além da implantação do CPN (Centro de Parto Normal) e da CGBP (Casa de Gestante, Bebê e Puérpera). Foi pactuado também que tanto o HOSPAM como o Hospital Cel. Álvaro Ferraz no município de Floresta receberá proposta de ambiência e aquisição de equipamentos, propostas estas que foram devidamente solicitadas e aprovadas pelo MS; aguardando contemplação dessas propostas até o momento.

Ficou acordado que o Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães seria referência para risco habitual para os municípios: Betânia, Calumbi, Flores, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo. Enquanto a maternidade municipal de Floresta Álvaro Ferraz, seria referência para o próprio município e para os municípios Carnaubeira da Penha e Itacuruba. Vale ressaltar que o município de Carnaubeira da Penha ainda tem um fluxo histórico para Hospital Regional Inácio de Sá em Salgueiro, devido ao acesso sanitário facilitado e ao vínculo cultural.

Ainda quanto a Risco Habitual, primariamente em 2012, foi pactuado como rede complementar para toda regional, a maternidade São Vicente e a Maternidade Clotilde Souto Maior. Porém, no momento, para parto de risco habitual os municípios estão tendo como principal referência no território o HOSPAM, que possui 11 leitos, e como rede complementar, o Hospital São Francisco, que possui 07 leitos SUS.

Ainda foi aprovado no plano de ação regional que o HOSPAM, após devida qualificação para alto risco, seria referência Macrorregional para parto de alto risco, e que a referência para UTI Adulto seria o Hospital São Vicente, o qual possui 10 leitos SUS. Porém, até o momento a qualificação do referido hospital não foi efetivada e as parturientes de alto risco do território da XI região de saúde são reguladas principalmente para os municípios de Caruaru e Recife.

O desenho da Rede Cegonha (RC) não foi efetivado na sua totalidade nesta Regional, persistindo a insuficiência de leitos obstétricos e de recursos humanos que possibilitem o funcionamento da estratégia conforme preconizada, bem como aplicabilidade dos leitos de alto risco. Portanto, no momento a rede se encontra em discussão através do Grupo Condutor da Rede Cegonha e Câmara Técnica da CIR; ressalta-se a imperiosa necessidade de repactuação da Rede

na XI Regional de Saúde, devido às mudanças ocorridas de 2012 até os dias atuais.

Dessa forma, torna-se um desafio esse processo de implementação da rede na lógica da regionalização, requerendo assim planejamento e monitoramento contínuos, assim como ferramentas de gestão capazes de subsidiar a tomada de decisões gerenciais em tempo oportuno, apontando evidências de consistência e inconsistência no seu próprio desenho, para redirecionamento e melhoria na organização da rede.

A XI Região de Saúde conta com 422 leitos do SUS e com 93 leitos privados credenciados ao SUS, totalizando 515 leitos para assistência pelo SUS, o que corresponde a 87,14% dos leitos SUS disponíveis na Regional. Em relação aos leitos de Unidade de Terapia Intensiva, existem 10 leitos privados de UTI credenciados ao SUS. Tratando-se de leitos obstétricos, a realidade da desta Regional está demonstrada na tabela abaixo:

Tabela 69- Número de leitos obstétricos por estabelecimentos de saúde XI Região 2020.

Município	Estabelecimento	Tipo	Leitos Existentes
Betânia	Unidade Mista Prof. Alcides Ferreira Lima	Público	Obstetrícia Clínica: 02 Obstetrícia Cirúrgica: 01
Calumbi	Unidade Mista de Saúde Vereador Silvino Cordeiro	Público	Obstetrícia Clínica: 04
Carnaubeira da Penha	Unidade Mista Argemiro José Torres	Público	Obstetrícia Clínica: 02 Obstetrícia Cirúrgica: 02
Flores	Hospital Genézio Francisco Xavier	Público	Obstetrícia Clínica: 05
Floresta	Hosp. Cel. Álvaro Ferraz	Público	Obstetrícia Clínica: 11 Obstetrícia Cirúrgica: 06
Itacuruba	Unidade Mista Dr. Manoel Novaes	Público	Obstetrícia Clínica: 04
Santa Cruz da Baixa Verde	Unidade Mista de Saúde São Francisco	Público	Obstetrícia Clínica: 02 Obstetrícia Cirúrgica: 02
São José do Belmonte	Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes	Público	Obstetrícia Clínica: 04
Serra Talhada	Hosp. Prof. Agamenon Magalhães	Público	Obstetrícia Clínica: 11 Obstetrícia Cirúrgica: 03
	Hosp. São Francisco	Privado/ Conveniado	Obstetrícia Clínica: 0 Obstetrícia Cirúrgica: 07

Triunfo	Maternidade Unidade Mista Felinto Wanderley	Público	Obstetrícia Clínica: 03

Fonte: Datasus/CNES (2020).

A programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes. Estes últimos são fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, desenvolvimento tecnológico, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas, desospitalização na saúde mental podem influenciar diretamente na oferta de leitos.

5.2.3 ALTO RISCO

Gestação de Alto Risco é "aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada" (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas "gestantes de alto risco".

A Portaria MS/GM nº 1.020, de 29 de maio de 2013 trata sobre a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência, em conformidade com a Rede Cegonha.

Na Regional a referência de alto risco é o ambulatório do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães; além do Hospital Agamenon Magalhães e o IMIP, estes em Recife, regulados pela Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE).

Na Regional no período de 2019 houve um total de 119 gestantes encaminhadas pela regulação para atendimento de alto risco, sendo 114 gestantes para o Hospital Regional Professor Magalhães e 5 para o Hospital Agamenon Magalhães, em Recife. No ano de 2020 foram

encaminhadas 117 gestantes, sendo 114 para o HOSPAM e 03 para o Hospital Agamenon Magalhães. No que se refere à quantidade de parto cesárea na Regional, segue tabela abaixo:

Tabela 70- Números de partos vaginais e cesáreos por município de residência da XI Região em 2019.

Nascidos vivos - Pernambuco Município de Residência			
Região de Saúde/Município/ Período 2019	Vaginal	Cesário	Total
Betania	58	94	152
Calumbi	29	48	77
Carnaubeira da Penha	155	94	249
Flores	84	185	269
Floresta	245	240	485
Itacuruba	37	31	68
Santa Cruz da Baixa Verde	69	135	204
Sao Jose do Belmonte	142	371	513
Serra Talhada	317	1208	1525
Triunfo	64	127	191
Total	1200	2533	3733

Fonte: MS/SVS/DASIS SINASC.

Na Regional percebe-se que ainda é grande a quantidade de partos cesárea que chegou a um total de 2.533 em relação ao vaginal com apenas 1.200 partos. Vale destacar os municípios de Itacuruba, Carnaubeira da Penha e Floresta que tiveram o número de parto vaginal maior do que as cesáreas, conforme preconizado pelo estratégia da Rede Cegonha na qualificação e humanização.

5.2.4 ASSISTÊNCIA NEONATAL

Para uma organização da atenção à saúde da criança, deve-se ter ações e serviços que garanta uma atenção integral a essa fase da vida. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) organiza-se a partir da RAS e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna, neonatal e infantil – Rede Cegonha, e na Atenção Básica, sendo coordenadora do cuidado no território (BRASIL, 2018).

A Rede Cegonha contempla também a assistência neonatal, segundo a Portaria MS/GM nº 930, de 10 de maio de 2012; discute sobre a organização da atenção integral ao recém-nascido e as

classificações de leitos de acordo com as necessidades. Dessa forma, as unidades dos leitos para essa população é dividida em:

I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);

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

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

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

5.3 REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – RUE

Figura 15 - Rede de Urgência e Emergência da XI Região 2012.

Fonte: XI GERES.

A Rede de Atenção de Urgência e Emergência (RUE) foi regulamentada através da Portaria MS/GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, que veio para articular e integrar todos os equipamentos de saúde e para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma oportuna. Ela apresenta uma complexidade distinta em relação a outras redes; atende a diferentes condições de saúde, e apresenta vários pontos de atenção, sendo constituída por vários componentes, tais como (BRASIL, 2013):

1) Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde;

2) Atenção Básica;

3) Serviço de atendimento Móvel às Emergências – SAMU e Central de Regulação Médica de Urgências;

4) Sala de Estabilização;

5) Força Nacional de Saúde do SUS;

6) UPA 24h;

7) Componente Hospitalar;

8) Atenção Domiciliar.

O Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência da XI GERES foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Regional - CIR do dia 15/02/12, através da Resolução nº 111, onde foi pactuado a implantação de uma UPA 24 horas tipo I no município de Serra Talhada, devido ao número de habitantes se encontrar entre 50 e 100 mil habitantes; já para os demais municípios pactuou-se a implantação de Salas de Estabilização por terem população inferior a 50.000 habitantes.

Conforme pactuado a implantação da UPA 24 horas, o referido serviço não chegou a funcionar no município de Serra Talhada; assim, houve aprovação na Comissão Intergestores Regional para readequação de rede física do SUS, por meio da Resolução CIR 207, de 17/07/2019. O seu Art. 1º aprova a readequação de rede física do SUS originalmente pactuada UPA 24h para implantação de serviços especializados sem a propositura de atendimento 24 horas no município de Serra Talhada.

A Regional de Saúde foi contemplada com 09 ambulâncias, sendo 08 USB (Unidade de Suporte Básica) e 01 USA (Unidade de Suporte Avançado), ficando essas viaturas redistribuídas entre os dez municípios, sendo que o município de Calumbi ficou coberto por Serra Talhada e Santa Cruz da Baixa Verde ficou coberto por Triunfo primariamente, porém o município de Itacuruba devolveu sua ambulância USB e ficou coberto por Floresta e Santa Cruz da Baixa Verde solicitou a ambulância em tela para ter uma base descentralizada em seu município. Esse trâmite foi realizado oficialmente e passado em CIR. Além de 01 ambulância USB e 01 USA, o município de Serra Talhada foi contemplado também com uma Central de Regulação Macrorregional do SAMU, cuja estrutura física já se encontra pronta para atender as demandas dos 35 municípios que compõem a III Macrorregional. Ressaltamos que esta rede se encontra em fase de discussão de custeio para devida implantação de forma consorciada.

5.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – RCPD

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi regulamentada pela Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, de forma a proporcionar a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. É uma rede transversal e pode contar com equipamentos específicos, como os Centros Especializados de Recuperação.

A RCPD é organizada por meio de 03 componentes:

- Atenção Básica: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Atenção Odontológica;

- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER); Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); oficinas ortopédicas;

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

Tabela 71- Pontos e componentes de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Componente	Ponto de Serviço
Atenção Básica	70 UBS 04 NASF-AB
Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências	01 CEO
Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência	HOSPAM – para atendimento às urgências/emergências odontológicas

Fonte: XI GERES.

A tabela acima apresenta os Pontos de Atenção à Saúde na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, onde no componente da Atenção Básica se encontram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) dos dez municípios; o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), presente em quatro dos dez municípios da Regional sendo eles Betânia, Flores, Santa Cruz da Baixa Verde e São José do Belmonte. No componente da Atenção Especializada existe o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município de Serra Talhada. Na Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência existe

atendimento às urgências e emergências odontológicas, com procedimentos sob sedação e anestesia geral no Hospital Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM), no município de Serra Talhada.

Tabela 72- Serviços de reabilitação na XI Região de Saúde.

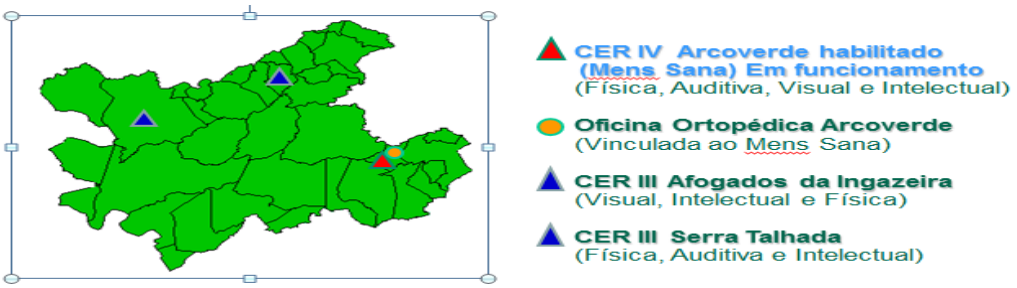
Município	Instituição	Serviço de Reabilitação
Calumbi	Unidade Mista de Saúde Vereador Silvino Cordeiro	Serviço ambulatorial de fisioterapia
Carnaubeira da Penha	Unidade Mista Argemiro José Torres	Ambulatório de reabilitação e fisioterapia
Floresta	Centro de Saúde Professora Cleonice Ferrazde Sá	Ambulatório de reabilitação e reabilitação
Itacuruba	Unidade Mista Dr. Manoel Novaes	Ambulatório de fisioterapia
Santa Cruz da Baixa Verde	Unidade Mista de Saúde São Francisco	Ambulatório de fisioterapia
Serra Talhada	Centro de Reabilitação;	Serviço de fisioterapia; Ambulatório de fisioterapia e serviço de reabilitação

Fonte: Datasus/CNE.

A tabela acima demonstra no componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os serviços de reabilitação ofertados nos municípios de Calumbi, Carnaubeira da Penha, Itacuruba e Santa Cruz da Baixa Verde são realizados em unidade hospitalar. Já nos municípios de Floresta e de Serra Talhada, esses serviços são realizados em Centro Especializado de Reabilitação.

Na XI Região de Saúde, a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), de gestão estadual, é referência para os dez municípios desta regional para consultas especializadas. As interconsultasm ocorrem conforme as necessidades dos pacientes, inclusive dentro das demandas de fisioterapia e reabilitação.

Figura 16 - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da III Macrorregional (RCPD).



Fonte: XI GERES.

A XI Regional tem como principal referência o CER IV MENS SANA em Arcoverde. Conforme o Plano Estadual de Saúde 2020-2023 está previsto na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência um CER III (Física, Intelectual e Auditiva) a ser implantado no município de Serra Talhada. O fluxo atual para essa demanda ocorre de forma espontânea, podendo os municípios da macrorregional se articular diretamente com os serviços de referências.

Considerando o vazio existencial na III Macrorregião, identificam-se alguns desafios a serem vencidos; dentre eles a necessidade de implantar o CER III no município de Serra Talhada, o qual está previsto no desenho da Rede; regular as unidades de reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, garantindo o atendimento aos usuários dos municípios (referência e contrarreferência), nesta Região de Saúde.

Com o objetivo de abranger todo o Estado de PE no atendimento à Síndrome do Zika Congênita (SZC), a Secretaria Estadual de Saúde colocou as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPAEs como referência em reabilitação para as crianças com microcefalia por SZC, onde a XI Regional dispõe da UPAE Dr. José Alves de Carvalho Nunes que, além da referência citada anteriormente, também realiza atendimentos de demanda interna.

É importante ressaltar a necessidade de fortalecimento sobre o atual modelo de tratamento de atendimento das pessoas com deficiência, atrelado ao foco da proposta de atendimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da III Macrorregional, por meio da ação estatal, a partir do princípio da intersetorialidade e integralidade do cuidado em saúde.

5.4.1 NÚCLEO DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS COM SÍNDROME DO ZIKA CONGÊNITA

Tabela 73- Casos de Síndrome do Zika Congênita na XI Região.

Municípios	Notificado	Confirmado	Descartado	Inconclusivo	Investigação
Betânia	02	00	01	00	00
Calumbi	01	01	00	00	00
Carnaubeira da Penha	06	00	05	00	01
Flores	05	03	02	00	00
Floresta	09	01	07	00	01
Itacuruba	02	00	02	00	00
Santa Cruz da B. Verde	12	00	11	01	00

São José do Belmonte	15	01	12	01	01
Serra Talhada	28	03	18	05	03
Triunfo	12	00	12	00	00
Total	92	09	70	07	06

Fonte: SES-PE, área técnica, (2021).

A XI Regional de Saúde possui o total de 09 casos confirmados de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, desses o município de Flores e Serra Talhada apresentam o maior número de casos confirmados que são 03. Floresta e São José do Belmonte, cada um desses com 01 caso confirmado. Dos casos confirmados, possui 01 óbito do município de Calumbi. Em contrapartida 76 casos no total foram descartados. Os casos vivos confirmados, 08 no total, são todas do mesmo período de notificação 2015/2016.

Dos casos inconclusivos 03 são do município de Serra Talhada. Estes ainda não tiveram resultados confirmados devido à falta de localização dos mesmos ao realizar a busca ativa mediante a notificação.

Os casos em investigação são 06 e permanecem em investigação e são casos vivos: 01 caso em Carnaubeira da Penha, 01 caso em Floresta, 01 caso em São José do Belmonte e 03 casos em Serra Talhada.

O Núcleo de Apoio às Famílias das Crianças com Síndrome do Zika Congênita foi criado em 13 de maio de 2016. A sua principal atribuição a nível regional é apoiar na busca ativa das crianças nascidas vivas com suspeitas ou confirmação de microcefalia resgatando seus vínculos com as referências de saúde e seguridade social.

5.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

Em 2011 foi instituída a Portaria GM/M nº 3.088, que trata da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, voltados para a saúde mental e para os usuários em sofrimento psíquico ou dependentes de álcool ou outras drogas. A rede se baseia nos princípios dos direitos humanos, da equidade, autonomia e liberdade, enfatizando o fortalecimento da reforma psiquiátrica, que põe em cheque o modelo hospitalocêntrico e condena os manicômios (reforçado pela crescente criação de CAPS e redução do número de leitos psiquiátricos), ofertando um cuidado integral, por meio de uma equipe multiprofissional e tendo como estratégia a redução de danos e a construção de um projeto terapêutico singular (BRASIL, 2015).

A RAPS é organizada por meio de 07 componentes:

- Atenção Básica: UBS; Equipes de Atenção Básica para população em situação específica; NASF-AB;

- Centro de Convivência;

- Atenção Psicossocial Especializada: CAPS (I, II, III, AD, ADIII, CAPS i);

- Atenção de Urgências e Emergências: UPA e SAMU;

- Atenção Residencial de Caráter Transitório: UA adulto, UA infanto-juvenil; Comunidade terapêutica;

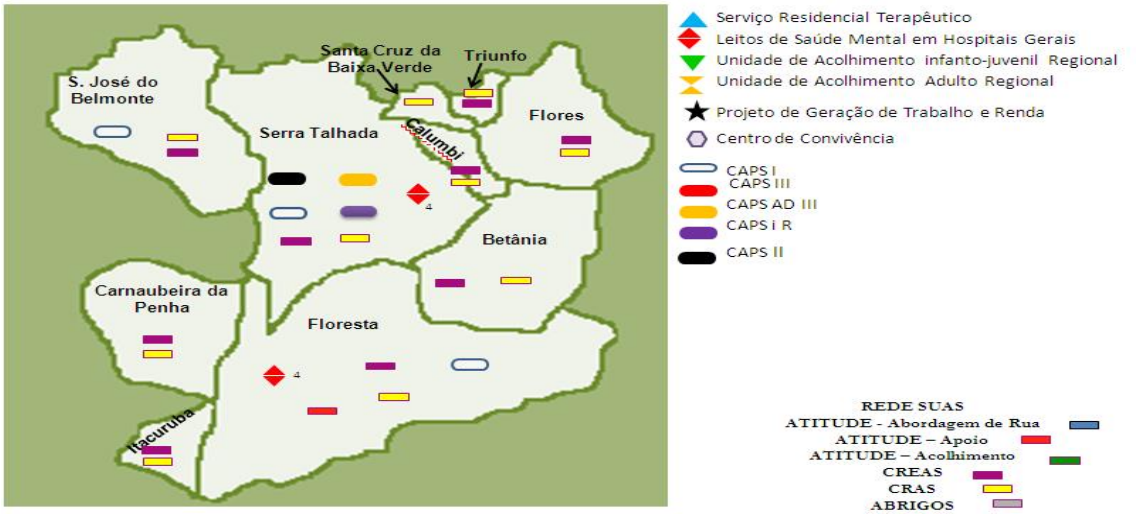
- Atenção Hospitalar: Leitos e enfermaria especializada;

- Estratégia de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico e Programa de Volta para Casa.

- Reabilitação Psicossocial: Cooperativas sociais e oficinas terapêuticas.

A figura abaixo apresenta a Rede de Atenção Psicossocial da XI Região de Saúde, homologada pela Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/PE nº 2615, de 27 de julho de 2014:

Figura 17- Saúde Mental, Cenário Atual da XI GERES, 2018.



Fonte: Resolução CIB/PE nº2615 de (23/07/2014).

O cenário atual da Rede de Atenção Psicossocial da XI Região de Saúde ainda está constituído da seguinte forma:

Floresta: 01 CAPS I; na atenção hospitalar, existe enfermaria especializada em hospital geral, que é o Hospital Coronel Álvaro Ferraz, com disponibilidade de 06 leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, sendo referência microrregional para os municípios de Itacuruba e

Carnaubeira da Penha.

São José do Belmonte: 01 CAPS I.

Serra Talhada: 01 CAPS II; 01 CAPS AD III Regional; CAPS i, este sendo referência microrregional para os municípios de Betânia e São José de Belmonte; o Hospital Memorial Irmã Dulce, que é referência para 59 municípios; 01 Residência Terapêutica, inaugurada em março de 2019, com objetivo de desinstitucionalizar os usuários do Hospital Colônia Vicente Gomes, no município de Barreiros, na Zona da Mata Sul. Também foram pactuados 04 leitos de Atenção Integral em Saúde Mental no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM). Segundo a Portaria nº148 de 31 de janeiro de 2012, esses leitos são destinados ao atendimento de comorbidade. Já para o atendimento de crise, é direcionado o tratamento para os CAPS.

É importante ressaltar que foram aprovados na Comissão Intergestores Regional e encaminhados ao setor de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde para análise, os seguintes projetos: Flores: Implantação de 01 CAPS I; Floresta: Implantação de 01 CAPSi.

Quanto ao fluxo de acesso do usuário aos serviços acima, na Atenção Básica, aqueles que têm necessidade de atendimento devido a transtornos mentais e/ou uso decorrente de álcool e outras drogas podem receber atendimento tanto nas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Isso permite um primeiro acesso ao sistema de saúde antes de um encaminhamento para os demais serviços que compõe a Rede de Atenção.

Outra maneira possível para acessar a Rede de Atenção Psicossocial do SUS é através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios que têm esse serviço funcionando, cujos locais são destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tanto em situações graves ou de crise, quanto em situações de reabilitação. O primeiro atendimento nos CAPS pode ocorrer por demanda espontânea ou referenciada incluindo as situações de crise no território. Assim como em outras situações, o usuário também pode ir sozinho ou acompanhado. Nos municípios que não possuem os CAPS em funcionamento, os atendimentos para situações de crise são realizados na Atenção Básica. Já os tratamentos de usuários com comorbidade e que apresentem necessidade do cuidado são referenciados para os leitos integrais hospitalares em hospitais gerais.Visando melhorar o cenário atual e adequar a necessidade da população, além desses projetos, a Regional apresenta necessidade de ampliação da RAPS, conforme representado na tabela abaixo:

Tabela 74- Componentes da RAPS na XI Região.

Componentes da RAPS	Pontos de Atenção	Novas Necessidades	Existentes
Atenção Básica	NASF-AB	-	04 (Betânia, Flores, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte) *
Atenção Psicossocial e estratégia	Centro de Convivência	10	-
	CAPS I (Betânia, Carnaubeira da Penha, Flores e Triunfo)	04	02 (Floresta e São José Belmonte)
	CAPS i (Floresta e Triunfo)	02	01 (Serra Talhada)
	CAPS AD III Regional	01	01 (Serra Talhada)
	CAPS III Regional	01	
Atenção Hospitalar	Leitos Integrais em Hospitais Gerais	14	8 (4 em Floresta e 4 em Serra Talhada)
Atenção Residenciais de caráter transitório	Unidade de Acolhimento Adulto (Serra Talhada)	01	-
	Unidade de Atendimento Infanto-Juvenil (Serra Talhada)	02	-
Estratégia desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico (Serra Talhada)	01**	1(Serra Talhada)
Estratégia de Reabilitação Psicossocial	Projetos de Geração de Trabalho e Renda	08	-

Fonte: XI GERES.

*Conforme Nota Técnica nº 3/2020 e a Portaria nº 2979/2019, os profissionais que atuavam no NASF-AB podem estar cadastrados nas equipes de Saúde da Família ou nas equipes de Atenção Primária.** Implantação de mais um serviço de Residência Terapêutica ou modificação da modalidade (a discutir, devido à demanda de longa permanência).

Tendo em vista esta tabela referente aos Componentes da RAPS na XI Região, faz-se primordial a implantação dos serviços necessários. Contudo, há necessidade de se rediscutir alguns pontos de atenção à saúde propostos, visando o fortalecimento dessa rede.

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sido um processo contínuo na Regional. Dessa forma, a XI Região de

Saúde vem instituindo uma série de estratégias, visando melhorar o trabalho desenvolvido na Saúde Mental, sendo: Colegiado Regional de Saúde Mental e Grupo Condutor, ambos com reuniões mensais, a fim de fortalecer o cuidado aos usuários. Assim, consolidou-se o papel do Coordenador Municipal de Saúde Mental, de maneira que não mais sobrecarrega os coordenadores de Atenção Básica; bem como, foi desenvolvido o primeiro ciclo de fóruns; projeto de visita aos hospitais de Saúde Mental, existentes no Estado; estratégias de desinstitucionalização; dentre outras, fomentando as discussões municipais intersetoriais.

Nesse contexto, ainda se encontra em fase de implantação o CAPS I no município de Carnaubeira da Penha, o qual será referência microrregional com abrangência para Itacuruba, na perspectiva de atender também as demandas deste último município, que ora vem enfrentando altos índices de transtornos mentais, distúrbios de comportamento e depressão.

Dentre os desafios postos para a RAPS, tem-se a necessidade de qualificação profissional, por meio da Educação Permanente e o fortalecimento do cuidado dos Leitos Integrais, a fim de atingir 100% dos leitos em funcionamento.

O CAPS, como atenção psicossocial especializada no ponto de atenção da RAPS, ordena o cuidado, visando garantir permanentemente o processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. Nesse contexto, é possível observar nas tabelas abaixo o monitoramento, a partir de registros no sistema de informação, dos procedimentos resultantes de ações de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas:

5.5.1 FLORESTA: CAPS I Cap. João Luiz Jardim de Sá

Tabela 75- Produção por procedimento do CAPS I Cap. João Luiz Jardim de Sá – Floresta, 2018-2020.

Procedimentos	2018	2019	2020
Acolhimento Diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	14	29	26
Atendimento Individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	1593	2103	971
Atendimento em Grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	2184	1176	111
Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial	1540	782	505
Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial	147	114	79

Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou Familiares	49	59	16
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	474	409	405
Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus Familiares	42	35	111
Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial	293	342	60
Práticas Expressivas e Comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	218	240	62
Atenção às Situações de Crise	209	318	268
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	88	46	17
Ações de Redução de Danos	14	89	373
Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório Por Centro de Atenção Psicossocial	58	-	6
Ações de Reabilitação Psicossocial	58	270	29
Promoção de Contratualidade no Território	33	37	18
Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência e dos Serviços Hospital	78	89	25
Total	7034	6138	3082

Fonte: Tabnet- DATASUS.

*Na tabela acima, referente à produção do CAPS tipo I, observa-se que não houve a oferta do Apoio a Serviço Residencial de Caráter Transitório no ano de 2019, podendo ter sido por falta de realização ou por falta de registro em sistema de informação. Quanto ao ano de 2020, este apresentou um decréscimo considerável, com apenas 09 procedimentos em relação ao de 2018, com 58 procedimentos. Para os demais procedimentos, houve produção nos três anos consecutivos.

5.5.2 SÃO JOSÉ DO BELMONTE: CAPS I Tarcísio Sobreira da Silva

Tabela 76 - Produção por procedimento do CAPS I Tarcísio Sobreira da Silva – São José do Belmonte, 2016-2020.

Procedimentos	2016	2017	2018	2019	2020
Acolhimento Diurno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	-	-	02	13	194
Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	11	08	59	53	95
Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	1053	304	2018	122	20
Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial	02	02	11	18	95
Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial	-	03	75	61	46

Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou Familiares	-	-	05	07	79
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	-	-	268	483	447
Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus Familiares	-	-	177	714	450
Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial	-	-	-	52	15
Práticas Expressivas e Comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	-	-	-	10	1
Atenção às Situações de Crise	-	-	-	05	34
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	-	-	290	556	749
Ações de Redução de Danos	-	-	-	359	242
Ações de Reabilitação Psicossocial	-	-	-	-	-
Promoção de Contratualidade no Território	-	-	-	-	-
Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência e dos Serviços Hospital	-	-	230	747	834
Total	1066	317	1335	3200	3301

Fonte: Tabnet- DATASUS.

Na tabela acima, referente à produção o CAPS tipo I, observa-se que houve ofertas de Atendimento Individual de Paciente, Atendimento em Grupo de Paciente e Atendimento Familiar de forma contínua, no período de 2016 a 2020. Destacando-se o Atendimento Familiar, que apresentou um número crescente considerável de 95 procedimentos realizados no ano de 2020. Para os demais procedimentos, a produção não se apresentou de forma contínua, no referido período, sugerindo ter sido por falta de realização ou por falta de registro em sistema de informação.

5.5.3 SERRA TALHADA: CAPS AD III Regional – Espaço Nova Vida

Tabela 77- Produção por procedimento do CAPS AD III Regional - Espaço Nova Vida – Serra Talhada, 2016-2020.

Procedimentos	2016	2017	2018	2019	2020
Acolhimento Noturno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	864	647	1755	650	343
Acolhimento em Terceiro Turno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	-	-	-	-	24
Atendimento em Oficina Terapêutica I - Saúde Mental	-	-	-	-	-

Atendimento em Oficina Terapêutica II - Saúde Mental	-	-	-	-	-
Atendimento em Psicoterapia de Grupo	-	-	-	-	-
Atendimento Individual em Psicoterapia	-	-	-	-	-
Acolhimento Diurno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	4168	2673	686	437	1633
Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	370	528	2279	1941	2314
Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	4422	3238	4480	5200	969
Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial	45	413	1036	749	629
Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial	-	40	137	136	107
Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou Familiares	04	98	141	161	120
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	-	17	72	128	112
Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus Familiares	-	22	86	278	20
Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial	-	21	1429	963	123
Práticas Expressivas e Comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	-	282	1199	683	183
Atenção às Situações de Crise	10	01	122	228	563
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	-	10	21	75	45
Ações de Redução de Danos	-	633	1403	452	239
Ações de Reabilitação Psicossocial	-	17	54	446	430
Promoção de Contratualidade no Território	-	03	282	547	1003
Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares	-	04	43	30	30
Total	9883	8647	15225	13104	8887

Fonte: Tabnet- DATASUS.

Na tabela acima, referente à produção CAPS AD III Regional, o procedimento Acolhimento Noturno ora informado no Sistema, indica que no período de 2016 a 2020 houve acolhimento de pacientes nesse turno, uma vez que esse Ponto de Atenção do Componente da RAPS dispõe de leitos de acolhimento noturno e se destina a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas; ocorrendo o seu funcionamento nas vinte e quatro horas do dia, durante os sete dias da semana, incluindo finais de semana e feriados, conforme redefine a Portaria Ministerial nº 130, de 26 de janeiro de 2012.

Quanto ao procedimento Acolhimento em Terceiro Turno, observa-se que houve o registro de 24 atendimentos no ano de 2020. Esse procedimento consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos no período compreendido entre 18 e 21 horas, conforme cita a Portaria Ministerial nº 854, de 22 de agosto de 2012.

Para os demais procedimentos que não apresentaram a produção de forma contínua no período de 2016 a 2020, sugere-se ter sido por falta de realização ou por falta de registro em sistema de informação.

5.5.4 SERRA TALHADA: CAPS II – VIVA FELIZ

Tabela 78- Produção por procedimento do CAPS II Viva Feliz – Serra Talhada, 2016-2020.

Procedimentos	2016	2017	2018	2019	2020
Acolhimento Diurno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	3186	823	93	87	142
Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	810	359	725	915	1674
Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	2630	1116	1361	1013	181
Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial	58	48	120	314	1338
Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial	-	35	93	128	188
Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou Familiares	73	06	27	52	128
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	-	19	46	158	267
Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus Familiares	-	-	36	108	196
Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial	-	152	344	317	79
Praticas Expressivas e Comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	-	207	318	347	155
Atenção às Situações de Crise	-	-	12	135	342
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	-	29	68	111	156
Ações de Redução de Danos	-	07	04	08	57
Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial	-	-	-	11	31
Ações de Reabilitação Psicossocial	-	-	66	176	452
Promoção de Contratualidade no Território	-	-	15	146	622
Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência	-	-	02	21	10

e Emergência e dos Serviços Hospitalares					
Total	6757	2801	3330	4047	6019

Fonte: Tabnet- DATASUS.

Na tabela acima, referente à produção do CAPS II, observa-se que o registro no Sistema sobre o procedimento Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico, ocorreu nos anos de 2019 e 2020, apresentando de 11 e de 31 atendimentos nos respectivos anos; tendo em vista esse serviço ter sido implantado em março de 2019.

Quanto aos demais procedimentos que não apresentaram a produção de forma contínua no período de 2016 a 2020, sugere-se ter sido por falta de realização ou por falta de registro em sistema de informação.

5.5.5 SERRA TALHADA: CAPS Infantil Microrregional Alexandra Martins dos Santos

Tabela 79- Produção por procedimento do CAPS Infantil Alexandra Martins dos Santos – Serra Talhada, 2017-2020.

Procedimentos	2017	2018	2019	2020
Atendimento Individual em Psicoterapia	54	70	-	-
Acolhimento Diurno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	33	17	56	369
Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	635	1129	2003	955
Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	4260	3802	3653	287
Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial	962	1516	3106	4448
Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial	123	171	305	184
Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou Familiares	131	158	192	229
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	92	181	219	234
Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus Familiares	15	45	15	28
Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial	780	1915	2171	301
Praticas Expressivas e Comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	401	2582	2708	301
Atenção às Situações de Crise	02	126	227	510
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	24	174	96	64

Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial			01	-
Ações de Redução de Danos	-	-	-	20
Ações de Reabilitação Psicossocial	-	-	26	358
Promoção de Contratualidade no Território	-	-	27	339
Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares	-	-	-	04
Total	7512	11886	14805	8631

Fonte: Tabnet- DATASUS.

Na tabela acima, referente à produção do CAPS Infantil, observa-se que houve registro no Sistema sobre o procedimento Atendimento Individual em Psicoterapia, com 54 e 70 atendimentos, nos anos de 2017 e 2018, respectivamente. Conforme os novos procedimentos de CAPS citados na Portaria Ministerial nº 854, de 22 de agosto de 2012, o atendimento a um número maior de CIDs permite atenção dos casos mais graves, não reduzidas à questão diagnóstica, pois o que determina o ingresso de uma pessoa na unidade é a avaliação psicossocial do caso. Para o CAPS i em especial, a faixa etária do público a ser atendido é para usuários de até 25 anos.

A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivo também, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, citado na Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Conforme dispõe a Comissão Intergestores Tripartite, na Resolução CIT nº 08/2016, os indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde, as ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica é um indicador que permite avaliar o percentual de implementação dessas ações às equipes de Atenção Primária dos municípios, e tem como média mínima de registro, o quantitativo de 12 ações de matriciamento por ano.

Tabela 80- Matriciamento de Equipes de Atenção Básica realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial nos municípios da XI Região de Saúde – PE, 2016 – 2020.

Município/Estabelecimento	2017	2018	2019	2020
Floresta	-	88	46	17
São José do Belmonte	-	290	556	749
Serra Talhada	63	263	282	265

Total	63	641	884	1031

Fonte: Tabnet- DATASUS.

A tabela acima apresenta as ações de Matriciamento na Saúde Mental com a Atenção Básica, onde o município de Serra Talhada realizou as referidas ações no período de 2017 a 2020. Tratando-se dos municípios de Floresta e de São José do Belmonte, os mesmos apresentam as ações de matriciamento no período de 2018 a 2020 e, por não apresentarem produção no ano de 2017, sugere-se ter sido por falta de realização ou por falta de registro em sistema de informação.

É importante destacar que a XI GERES foi reconhecida pela Gerência de Atenção à Saúde Mental – GASAM/Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco por atingir a meta de 100% na avaliação do indicador Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica, no ano de 2020, realizando mais de 12 ações/ano, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

5.6 REDE DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA

Com o intuito de reduzir a mortalidade, a incapacidade e a incidência de alguns casos específicos, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer foi instituída, através da Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013. Esta pretende 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. São componentes da Rede de Oncologia: Atenção Básica, UBS, Atenção Domiciliar; Atenção Especializada; Atenção Hospitalar (UNACON, CACON); Sistemas de Apoio; Sistema de Regulação; Sistemas Logísticos e Governança.

A XI Regional de Saúde dispõe de assistência de alta complexidade em oncologia na III Macrorregião de Saúde, no entanto a oferta de serviços de diagnóstico e tratamento ainda é insuficiente para atender às necessidades da população. A atenção oncológica enfrenta dificuldades que perpassam os três eixos prioritários da assistência integral Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Especializada Hospitalar.

A primeira referência em Oncologia na XI Regional de Saúde é para o Hospital Memorial Arcoverde no município de Arcoverde, o qual realiza consultas em clínica oncológicas de urologia, mastologia e de cabeça e pescoço; procedimentos de biópsia; e quimioterapia. Já as demais referências são encaminhadas para o Hospital Barão de Lucena, em Recife.

Considerando uma população de 849.754 habitantes na III Macrorregional, há um déficit de serviços habilitados em oncologia (CACON e UNACOM), sendo necessária a habilitação de mais um serviço, conforme o Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

5.7. SAÚDE INTEGRAL À POPULAÇÃO LGBTQIA+

O Estado de Pernambuco ocupa um lugar de vanguarda na luta pela afirmação histórica dos direitos humanos, bem como a necessidade de construção de uma sociedade mais justa e libertária, livre de toda forma de preconceito e discriminação, com o compromisso de responder às necessidades da população, alicerçada às prevalências da saúde.

Levando em consideração a Política Nacional, contexto demográfico e epidemiológico e dos fatores sócio-político-econômico-culturais, o estado elege através da Portaria nº 060 de 11 de março de 2015 a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e + como um dos eixos prioritários, objetivando a qualificação dos níveis de atenção, a equidade na atenção à saúde para esta população e contribuição para a produção de conhecimento sobre a saúde integral LGBTQIA+ com desenvolvimento do protagonismo social desta conquista.

Nesse mesmo sentido, encontra-se a XI Regional de Saúde, que aprovou a Resolução na CIR de 22 de novembro de 2017 pela criação do Primeiro Comitê Técnico Regional de Saúde LGBTQIA+, essa ação demonstra reconhecimento na perspectiva de minimizar os agravos de saúde que afetam essa população na regional. A Secretaria Estadual de Saúde atribui a XI GERES menção honrosa em novembro de 2018 pelo trabalho na construção e implementação dessa Política junto ao Estado de Pernambuco. É importante ressaltar que esta regional é a primeira no país a criar o Comitê Técnico Regional LGBTQIA+.

A criação do Comitê Técnico trouxe grandes avanços, de caráter transversal e intersetorial, envolvendo diversas áreas relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção, cuidado e apoio. As reuniões do Comitê são bimestrais, e ele já está colhendo frutos de algumas ações, como: 100% de presença dos municípios, Hospital Regional (HOSPAM) e UPAE nos fóruns organizados pelo Comitê sobre a política de atenção à saúde LGBTQIA+ e nome social; foi ofertado uma formação com a AMOTRANS com foco no combate à violação de direitos aos travestis e transexuais.

Algumas outras conquistas ganharam destaque, como no município de Itacuruba e Floresta. No primeiro foi assinado o decreto de lei municipal que garante a utilização do nome

social em todos os equipamentos públicos nesse município. Já em Floresta é criado o projeto de lei municipal para aprovação de nome social em todos os equipamentos públicos e um projeto de implantação da coordenação municipal de Atenção a Saúde Integral da População LGBTQIA+.

6 RECURSOS FINANCEIROS

O Financiamento do SUS é realizado através das três esferas do governo, de acordo com a CF de 1988 e o estabelecimento das fontes de recursos para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde, além de atender a um dos pilares da "Seguridade Social".

Como estratégia de garantir acesso da população como o financiamento do sistema de saúde, foi criado o Sistema de Informação sobre Orçamento Públicos em Saúde (SIOPS). Este é um instrumento informatizado que permite o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde sem prejuízos das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas (Ministério da Saúde).

O preenchimento de dados do SIOPS tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios, e conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidos em portarias, pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF (Datasus).

Tabela 81- Orçamento Público em Saúde dos municípios da XI Região 2015 a 2019.

		Betânia	**Calumbi**	**Carnaubeira da Penha**	**Flores**	**Floresta**
Despesa total com saúde por habitante (R$)	2015	371,84	556,37	375,80	387,38	506,15
	2016	435,24	604,62	337,08	406,06	515,89
	2017	463,17	601,09	445,87	355,21	550,39
	2018	552,47	746,71	485,46	418,46	641,77
	2019	576,98	753,88	485,48	441,23	575,22
% despesa com investimentos/ despesa total	2015	7,07	11,42	13,39	1,90	1,70
	2016	12,62	1,46	4,24	1,59	5,84
	2017	4,77	0,00	3,69	5,92	3,46
	2018	6,88	11,58	17,25	5,77	4,85
	2019	3,26	0,61	7,43	6,62	2,79
% transferências SUS/despesa	2015	57,15	42,01	38,56	42,05	32,39
	2016	51,30	37,47	54,02	47,51	39,52
	2017	58,03	44,30	21,01	55,32	39,94

total com saúde	2018	55,80	42,17	47,43	52,67	41,62
	2019	70,03	51,07	29,03	68,00	43,76
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	2015	18,63	19,64	17,32	20,67	24,10
	2016	15,65	15,01	17,68	19,35	20,25
	2017	17,95	17,15	26,70	17,25	22,58
	2018	20,81	16,56	19,97	16,30	24,00
	2019	21,28	15,00	21,10	17,80	19,36
Despesa total com saúde	2015	4.662.556,18	3.196.344,64	4.736.151,68	8.750.043,73	16.100.017,71
	2016	5.479.244,95	3.471.101,26	4.282.929,02	9.167.641,79	16.587.036,23
	2017	5.830.867,54	3.450.874,86	5.665.231,27	8.019.663,20	17.696.061,11
	2018	6.981.505,92	4.283.125,47	6.216.351,73	9.443.415,10	20.846.663,45
	2019	7.310.863,82	4.337.043,90	6.231.638,95	9.985.585,48	18.726.725,02

Fonte: CIS (2019).

Tabela 82- Orçamento Público em Saúde dos municípios da XI Região 2015 a 2019.

		Itacuruba	**Santa Cruz da Baixa Verde**	**São José do Belmonte**	**Serra Talhada**	**Triunfo**
Despesa total com saúde por habitante (R$)	2015	837,19	464,81	380,87	442,53	431,35
	2016	835,62	545,23	339,91	465,25	472,22
	2017	887,76	608,92	397,90	446,78	599,51
	2018	962,45	672,26	552,22	480,65	647,62
	2019	1.048,84	518,70	601,49	577,33	571,08
% despesa com investimentos/despesa total	2015	0,35	2,11	1,20	9,69	2,06
	2016	1,22	3,85	4,71	4,86	7,09
	2017	1,95	10,05	10,58	4,92	9,17
	2018	3,82	15,88	9,00	3,68	11,32
	2019	3,43	1,40	8,26	3,82	6,22
% transferências SUS/despesa total com saúde	2015	18,42	56,98	34,53	62,36	36,82
	2016	21,69	59,76	45,27	61,36	73,23
	2017	22,03	64,63	40,95	63,61	31,39
	2018	22,43	55,28	61,30	70,08	45,85
	2019	20,74	72,71	33,80	64,21	36,83
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	2015	17,20	21,66	22,72	19,16	16,82
	2016	15,61	17,12	23,95	20,90	16,49
	2017	19,69	17,55	27,00	19,35	19,86
	2018	17,19	22,79	16,17	15,64	24,26
	2019	19,98	18,92	22,54	18,15	21,73

Despesa total com saúde	2015	3.980.003,96	5.752.077,57	12.826.684,97	37.328.364,02	6.578.030,42
	2016	4.016.844,27	6.782.151,87	11.469.394,54	39.532.246,60	7.194.287,40
	2017	4.267.445,66	7.574.314,84	13.425.950,69	37.962.889,54	9.133.511,66
	2018	4.675.600,45	8.403.887,06	18.667.345,40	41.127.865,23	9.857.377,84
	2019	5.106.817,12	6.499.803,32	20.387.443,49	49.520.255,28	8.717.511,76

Fonte: CIS/2019.

No levantamento realizado nos últimos cinco anos (2015 a 2019), sobre o percentual dos recursos próprios aplicados em saúde, percebe-se que os municípios da XI Região de Saúde vêm cumprindo com o percentual mínimo de 12% exigido na Lei Complementar 141/2012 que regulamenta os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios em ações e serviços públicos em Saúde. Dentre os municípios da Região de Saúde, destacam-se os municípios de Floresta e São José do Belmonte com os maiores percentuais aplicados em saúde com recursos próprios.

7 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A CIES Regional é uma instância intersetorial e interinstitucional permanente vinculada à CIR. É constituída por representantes da XI Regional de Saúde, Instituições de Ensino Superior e Técnicos dos cursos da área de saúde e correlatos, que tenham sede e/ou interface na XI Regional, trabalhadores do SUS, Secretários Municipais de Saúde, Gerência Regional de Educação e dos movimentos sociais. Participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde – PEPS. A CIR tem atribuição de coordenar a estruturação da CIES Regional, como também de aprovar o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS. Este é o norteador para as atividades da CIES na implementação de ações e intervenções na área de educação em saúde.

O PAREPS foi construído coletivamente pela CIES Regional e pela CIR, mediante o planejamento das ações de educação na saúde. Principais cursos realizados pela CIES Regional: Qualificação da Assistência Materna no território de abrangência da XI GERES; Aperfeiçoamento para ACS e ACE, abordando as arboviroses; Capacitação para profissionais do NASF-AB.

Os principais desafios da CIES Regional é a maior inserção do Controle Social, Movimentos Sociais e Instituições de Ensino; subsidiar as ações de educação em saúde a partir da necessidade da população; insuficiência de recursos financeiros e humanos para execução das ações previstas no PAREPS.

8 GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

A Comissão Intergestores Regional da XI GERES foi instituída através da Resolução CIB/PE nº 1284 de setembro/2008, tem caráter permanente e é uma instância colegiada. É composta por representante da Secretaria Estadual de Saúde em nível regional e por todos os gestores municipais pertencentes a XI Região de Saúde. A presidência e a vice-presidência da CIR são exercidas respectivamente pela Gerência da XI Regional e pelo representante regional do COSEMS/PE.

As sessões ordinárias acontecem mensalmente nas 3ª quartas feiras de cada mês e extraordinariamente, quando necessário. No período de fevereiro a dezembro de 2019, houve uma média de 80% de participação dos gestores municipais nas sessões CIR, ordinárias e extraordinárias. No ano de 2020, ano atípico devido à pandemia do Coronavírus, a partir do mês de abril as sessões foram realizadas de forma remota até o mês agosto. No mês de setembro as sessões da CIR foram realizadas de forma híbrida, ou seja, presencial para os secretários (10) e de forma remota para os técnicos municipais, havendo uma boa participação. As decisões na CIR são por consenso. As pactuações do ano de 2020 foram voltadas para o enfrentamento da Covid-19.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido ações no âmbito da gestão do SUS, com vistas a fomentar o planejamento ascendente, a discussão do rateio dos recursos e a fortalecer o processo de regionalização em saúde e de organização do sistema. Dentre as prioridades do MS, está à reformulação dos sistemas de informações do SUS, de forma a facilitar o planejamento e monitoramento das ações e serviços de saúde. (Manual do usuário do sistema DigiSUS).

Em 2018, o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias municipais e estaduais desenvolveram estratégias para implementação do DigiSUS Gestor-Módulo Planejamento, visando à substituição dos Sargsus. O DigiSUS Gestor foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 750/2019, que tem como foco o registro e monitoramento dos instrumentos do SUS, considerando que são responsabilidade legal de todos os entes federados.

Diferente do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS que institui a alimentação obrigatória apenas do RAG, o DigiSUS estabeleceu a necessidade de publicar todos os instrumentos de planejamento (PMS, PAS RDQA E RAG), dando transparência ao ciclo de planejamento (Nota Técnica 02/2020 DGP/SES).

A implantação do DigiSUS na Regional demandou um grande esforço da equipe da Geres, pois tivemos muito problema com a instabilidade do sistema, mas não podemos deixar de observar

que foi um grande avanço, principalmente por este sistema ser um repositório dos Instrumentos de Planejamento, em razão disso as novas gestões municipais não terão problemas em encontrar os referidos instrumentos nos seus municípios.

A alimentação do DGMP pelos municípios é acompanhada mensalmente e seu monitoramento é apresentado na CT da CIR e nas reuniões da Comissão Intergestores Regional, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 83- Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento dos municípios da XI Região 2018 a 2020.

Instrumento	Ano	Betânia	Calumbi	Carnaubeira da Penha	Flores	Floresta
PMS	2018	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
	2019	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
	2020	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
PAS	2018	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
	2019	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
	2020	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
1º RDQA	2018	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
	2019	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
	2020	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
2º RDQA	2018	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
	2019	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
	2020	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
3º RDQA	2018	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
	2019	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
	2020	2021	2021	2021	2021	2021
RAG	2018	Aprovado	Aprovado	Avaliado	Aprovado	Aprovado
	2019	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
	2020	2021	2021	2021	2021	2021
PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA	2018	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado
	2019	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado
	2020	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado	Homologado pelo Estado

Fonte: XI GERES.

Dentre os princípios organizativos do SUS está a participação e controle social, que têm seu principal campo de atuação nos conselhos de saúde e conferências. Nesses espaços a população e sociedade organizada neles representados, tem o poder de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, bem como, no caso dos conselhos, formular estratégias e controlar a execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme garantido na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Podemos observar nos municípios que compõem a XI GERES, uma subutilização desses espaços diante do seu importante papel na mudança da situação de saúde desses municípios, onde as ações devem ser guiadas tendo como prioridades as reais necessidades dessa população. Além disso, nota-se a necessidade da atuação efetiva no poder fiscalizatório para garantir que as propostas discutidas com a comunidade nas conferências sejam concretizadas nos instrumentos de gestão e colocadas em prática.

Como forma de fortalecer a participação e controle social, é de extrema importância que sejam respeitadas a paridade de seus representantes na composição dos Conselhos e Conferências, além da ampla divulgação para a população sobre o papel e ações desenvolvidas nesses espaços.

A Ouvidoria é o setor responsável por receber manifestações como reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados por determinado órgão. O Departamento de Ouvidoria do SUS (0800.286.2828) recebe as manifestações dos usuários do Sistema de Saúde (SUS) por meio de vários canais como: carta, internet, telefone e atendimento presencial. Assim, é de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta da população em geral, com espaços do cidadão, contribuindo para o fortalecimento da democracia e da gestão participativo no SUS (SESPE, 2012).

Nos últimos anos a ouvidoria da XI Região tem conseguido avanços no atendimento ao cidadão, porém ainda é necessário reduzir a resistência dos gestores e melhorar o acesso da população a esse mecanismo de defesa dos seus direitos. Em 2020 devido a pandemia de COVID-19 houve a redução da oferta de alguns serviços de saúde, ocasionando uma demanda menor à ouvidoria.

É importante destacar que ouvidoria da XI regional conquistou o 2° lugar no prêmio de “Ouvidoria de GERES mais eficientes” em 2018, referente ao ano de 2017. A premiação tem o objetivo de estimular e reconhecer iniciativas de ouvidorias das regionais de saúde.

9 COVID

Em 3 de fevereiro de 2020, foi declarado Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), por meio da Portaria MS n° 188, e conforme Decreto n° 7.616, de 17 de novembro de 2011. Nesse contexto, fez-se necessário discutir e traçar estratégias com o objetivo de nortear a atuação do MS na resposta à pandemia, buscando uma atuação coordenada no âmbito do SUS. Logo, foram previstas estratégias que contemplam o conjunto de ações das redes assistenciais, atenção primária, urgência/ emergência, rede hospitalar, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde, bem como, ações de comunicação, mobilização e publicidade.

Diante da situação exposta, o Estado de Pernambuco elaborou o Plano de Contingência para Infecção pelo Coronavírus, norteando o planejamento e elaboração do Plano de Contingência para Infecção pelo Coronavírus da XI Região de Saúde, através do qual possibilitou melhor assistência aos municípios para o desenvolvimento das suas ações emergenciais e as pactuações sobre os leitos de enfermaria e leitos de terapia intensiva sob Gestão Municipal e Estadual, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), através dos protocolos do Ministério da Saúde (MS).

Sob Gestão Estadual, foram pactuados leitos nas seguintes unidades: Hospital Professor Agamenon Magalhães - HOSPAM, Hospital Eduardo Campos - HEC (construção de uma ala) e Hospital de Campanha para Covid-19 (anexo ao HEC), que incluíam leitos de enfermaria e UTI, este com um total de 60 leitos distribuídos entre o HOSPAM (10 leitos) e o HEC (50 leitos). Já na Gestão Municipal foram pactuados os leitos de retaguarda conforme o quadro x. A ocupação dos leitos citados é monitorada diariamente pela XI GERES.

Tabela 84– Leitos da Gestão Municipal.

Município	Qt de leitos enfermaria
Betânia	6
Calumbi	3
Carnaubeira da Penha	6
Flores	11
Floresta	16
Itacuruba	2
Santa Cruz da Baixa Verde	6
São José do Belmonte	12
Serra Talhada	31

Triunfo	5
TOTAL	98

Fonte: XI GERES.

Para custeio e investimento das ações de enfrentamento da Covid-19, os municípios receberam em 2020 os recursos financeiros descritos conforme tabela.

Tabela 85–Recursos financeiros para Covid-19.

Município	Custeio	Investimento
Betânia	R$ 1.888.003,19	R$ 20.850,00
Calumbi	R$ 740.877,59	R$ 61.264,00
Carnaubeira da Penha	R$ 819.701,18	R$ 3.475,00
Flores	R$ 2.978.873,99	R$ 183.792,00
Floresta	R$ 2.565.022,35	R$ 403.009,00
Itacuruba	R$ 575.654,82	R$ 3.475,00
Santa Cruz da Baixa Verde	R$ 2.021.733,10	R$ 20.850,00
São José do Belmonte	R$ 2.288.777,75	R$ 265.263,00
Serra Talhada	13.274.272,13	R$ 697.786,00
Triunfo	R$ 1.807.444,83	R$ 17.375,00

Fonte: FNS.

O monitoramento de casos da Covid-19 (SRAG) e a Taxa de Transmissão pelo Núcleo de Gestão por Resultado-Seplag/SES são acompanhados mensalmente através de relatórios apresentados na CIR.

A partir da informação dos tipos de diagnósticos disponíveis pelo Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN/PE, houve uma pactuação entre as gerentes que compõe a III macrorregional, para garantir um fluxo de envio diário das amostras. Além disso, foram realizados treinamentos para coleta de amostra, estabelecimento de fluxo e apresentação das atualizações de Notas Técnicas lançadas pela SES e LACEN com toda a rede de serviços de saúde que compõem a XI GERES.

Dentre as ações realizadas pela Vigilância em Saúde está o acompanhamento do instrumento de notificação de casos alimentados pelas unidades de saúde públicas e privadas, coleta de RT-PCR, teste rápido, distribuição de insumos (swabs, teste rápidos e sacos impermeáveis para cadáver). Além disso, monitora eventos, redes sociais e junto aos serviços de saúde emite alertas para as unidades de saúde sobre a situação epidemiológica global, com orientações para a preparação de resposta, com medidas de prevenção e controle para a infecção

humana pelo COVID-19 e realiza ações de sensibilização dos profissionais de saúde e população em relação à etiqueta respiratória e higiene das mãos.

Em janeiro deram início as atividades de imunização contra a COVID -19, onde foram recebidas orientações do Programa Estadual de Imunização - PEI e repassando aos coordenadores municipais em reuniões remotas e presenciais.

A distribuição da vacina para Covid-19 na XI GERES iniciou da seguinte forma: 19 de janeiro de 2021, 14.062 doses da vacina Sinovac/Butantan destinadas aos povos indígenas vivendo em terras indígenas e trabalhadores de saúde; 26 de janeiro de 2021, 690 doses da vacina Sinovac/Butantan direcionada para 5% dos trabalhadores da saúde, de gestão municipal, mais 5% de perda e arredondamentos; 2.070 doses da vacina Astrazeneca/Fiocruz para os idosos de 85 anos e mais + sendo 5% de perda + arredondamentos e 07 de fevereiro de 2021, 1.960 doses da vacina Sinovac/Butantan para profissionais de saúde.

Tabela 86– Distribuição da Vacina Sinovac/Butantan na XI Regional de Saúde.

Municípios	Povos indígenas vivendo em terras indígenas a vacinar	Povos indígenas dose 1 + dose 2	Trabalhador de saúde a vacinar	30% dos trabalhadores de saúde dose 1+ dose 2	Total geres
Betânia	-	-	355	213	213
Calumbi	-	-	122	73	73
Carnaubeira da Penha	4.504	9.008	251	150	9.158
Flores	-	-	397	238	238
Floresta	570	1.140	715	429	1.569
Itacuruba	134	268	100	60	328
Santa Cruz da Baixa Verde	-	-	255	153	153
São José do Belmonte	-	-	698	419	419
Serra Talhada	-	-	2.870	1.722	1.722
Triunfo	-	-	313	188	188
Total	5.208	10.416	6.077	3.645	14.062

Tabela 87- Distribuição da Vacina Astrazeneca/Fiocruz na XI Regional de Saúde.

MUNICÍPIOS	TOTAL A LIBERAR DOSE 1
Betânia	120
Calumbi	60
Carnaubeira da Penha	80
Flores	240
Floresta	230
Itacuruba	40
Santa Cruz da Baixa Verde	120

Tabela 88- Distribuição da Vacina Sinovac/Butantan na XI Regional de Saúde.

Municípios	Trabalhador de Saúde a vacinar	Total a liberar com arredondamento dos frascos - 10 doses cada
Betânia	355	120
Calumbi	122	40
Carnaubeira da Penha	251	80
Flores	397	130
Floresta	715	230
Itacuruba	100	40
Santa Cruz da Baixa Verde	255	80
São José do Belmonte	698	230
Serra Talhada	2.870	910
Triunfo	313	100
Total	6.077	1960

Os Colegiados de Atenção Primária aconteceram de forma remota, neles foram apresentados os informes, notas técnicas, protocolos de manejo clínico, portarias e decretos ministeriais e estaduais das diversas Políticas Estratégicas e Programas de Atenção à Saúde. Nessa conjuntura, objetivou-se orientar a organização e continuidade das ações de enfrentamento à pandemia.

O FAST-TRACK do Ministério da Saúde foi um dos instrumentos essenciais a ser utilizados nos serviços da Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de agilizar o atendimento de casos de Síndrome Gripal na Atenção Primária à Saúde, incluindo os casos de COVID-19, priorizando pacientes em risco de infecção, principalmente idosos acima de 60 anos, e evitar o contágio local com outros pacientes.

Outro dispositivo discutido e analisado, nesse cenário, foi a Portaria MS n° 1445 de 29 de maio de 2020, que instituiu os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, tendo como um dos objetivos identificar precocemente os casos suspeitos de infecção pelo Sars-CoV-2. Nessa circunstância, foi implantado o referido serviço nos municípios de Betânia, Flores, Itacuruba, Serra Talhada e Triunfo.

O monitoramento da rotina da Atenção Básica (AB) frente ao coronavírus foi realizado a partir do acompanhamento dos serviços da Estratégia da Saúde da Família, visando dar apoio aos municípios para continuidade da assistência e do cuidado ao pré-natal de alto risco e risco habitual; ao puerpério/cuidado ao recém-nascido a partir da visita domiciliar e do acompanhamento realizados pela equipe de Saúde da Família; à puericultura de rotina e casos especiais; à atenção odontológica com consultas de pré-natal no 1º trimestre e acolhimento à urgência/emergência aos usuários em geral; às doenças crônicas de rotina e aos descompensados.

Na rotina da AB, acompanhou-se também a assistência, o cuidado de rotina de casos especiais dos idosos, continuidade do funcionamento da sala de vacina em casos de campanha e/ou de rotina. Sobre os atendimentos, estes estavam sendo realizados a partir do agendamento/demanda espontânea, o funcionamento estava sendo de maneira convencional/estendido e as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde se mantiveram em rotina normal ou alterada.

Conforme Nota Técnica MS N° 12/2020, o Colegiado de Saúde Mental discutiu as recomendações da RAPS sobre as estratégias de organização no contexto do Coronavírus (COVID-19). Nesse cenário foram exigidos esforços de toda a RAPS para o emprego urgente de medidas de prevenção, controle, contenção de riscos, danos, agravos à saúde pública, cuidados especiais na atenção psicossocial devido ao potencial agravamento de crises e sofrimentos psíquicos na população.

Na Saúde Bucal, houve articulação com os municípios da regional para discutirem a retomada da assistência odontológica de forma segura, com condução, de forma remota, pela Coordenação Estadual de Saúde Bucal. Foi discorrido sobre o momento adequado para a retomada dos procedimentos odontológicos eletivos, de modo que este acontecesse de forma planejada, gradual, baseada em evidências científicas, protocolos das autoridades sanitárias e no cenário epidemiológico local.

O Programa Mãe Coruja está inserido no território dos dez municípios que compõem a XI Região de saúde, sempre esteve muito presente na vida das mulheres e suas famílias através do contato nos Cantos Mãe Coruja e das visitas em suas residências. No entanto, vimos esse cenário

sofrer drástica mudança com a chegada da Pandemia da COVID-19 que exigiu alterações no processo de trabalho, sobretudo dos técnicos que trabalham na linha de frente no "corpo a corpo" com as gestantes e crianças, procurando estabelecer vínculos afetivos e parcerias com os atores dos municípios através das várias tecnologias disponíveis, para os devidos encaminhamentos e monitoramento de nosso público alvo.

A partir da situação epidemiológica do momento, em 23 de março de 2020, iniciou-se o processo de trabalho de forma remota, utilizando dispositivos como celulares, computadores e aplicativos, que pudessem manter a equipe em contato com as famílias atendidas pelo Programa, seja por mensagens, ligações e vídeo chamadas quando necessário. Foram elaboradas e enviadas 06 notas técnicas aos profissionais dos Cantos e Coordenadores Regionais sobre o “Processo de trabalho no Canto Mãe Coruja durante a pandemia” e os “Cuidados e prevenções com a COVID-19 para os profissionais, gestantes e crianças”.

A comunicação com a equipe central, comitê de assessoramento e coordenadores regionais precisou ser revista para dar continuidade ao processo de trabalho. Através de lives e webpalestras foram realizadas as atividades e programações, entre cursos de qualificação, Círculos de Educação e Cultura, bem como as ações informativas. Com o avanço das ações e seguindo as medidas de prevenção e controle, em Agosto/2020 foi retomado o trabalho presencial nos Cantos Mãe Coruja e as buscas ativas às mulheres e crianças, exceto atividades coletivas presenciais.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração e desenvolvimento do mapa de saúde é possível identificar a realidade do quadro em que os municípios se encontram, possibilitando uma visão geral das melhorias implantadas, bem como conseguir constatar os principais entraves a serem superados na XI Região de Saúde.

Para adequada realização das ações de saúde, o planejamento se faz essencial, neste ponto a XI GERES apresenta avanços com a efetiva participação e regularidade dos gestores nas reuniões da CIR possibilitando um espaço para discussão, pactuação e tomada de decisões.

Com efetivação do processo de planejamento todos os municípios que compõem a XI Região de Saúde construíram seus Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão, mesmo percebendo-se a necessidade da participação mais ativa por parte dos Conselhos Municipais de Saúde no acompanhamento da elaboração desses instrumentos.

Com o novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde, o setor de Atenção à Saúde tem se articulado com os gestores municipais, objetivando fortalecer o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, buscando melhorar continuamente o cuidado, com a organização dos registros e regularidade do envio dos dados e informações de produção, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Assim, a captação ponderada e os indicadores de desempenho apresentarão reflexos positivos e significativos, quando avaliados quadrimestralmente, garantindo não apenas o incentivo financeiro, mas também uma assistência de qualidade para os usuários.

Mesmo com a pactuação das Redes de Atenção à Saúde, como a Rede de Urgência e Emergência, a Rede Cegonha, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção Oncológica e a Rede Materno Infantil, ainda é possível observar a existência de grandes desafios na implementação das mesmas, que apesar dos serviços serem regulados os pacientes ainda são encaminhados para assistência fora do seu território.

Como ponto de partida para a construção da Rede de Atenção Psicossocial é possível observar a consolidação do Colegiado de Saúde Mental, como instância para melhor conduzir os serviços ofertados na Regional, que possibilitou a pactuação e aprovação em CIR dos projetos para implantação de: 01 CAPS I em Flores e 01 CAPSi em Floresta, encaminhados para GASAM. Com isso a XI GERES foi reconhecida pela Gerência de Atenção à Saúde Mental – GASAM/SES, por atingir a meta de 100% na avaliação do indicador “Ações de Matriciamento realizada por CAPS com equipes de Atenção Básica”, realizando mais de 12 ações/ano, conforme preconizado

pelo Ministério da Saúde.

No contexto da Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Assexual e outros grupos de gênero e sexualidade (LGBTQIA+), a XI Região de Saúde se destaca como sendo a primeira no Estado e no país a criar o Comitê Técnico Regional LGBTQIA+ e, por meio dele, houve forte sensibilização dos gestores municipais que levou a aprovação de Projeto de Lei para utilização do nome social em todos os equipamentos públicos, nos municípios de Itacuruba e Floresta.

São muitos os desafios para a plena estruturação e funcionamento da Rede Cegonha levando a um aumento no número de discussões referentes a essa problemática, porém ainda observam-se elevados índices de mortalidade materno-infantil por causas evitáveis devido falhas que se iniciam desde o pré-natal até a assistência ao parto.

Por outro lado, no ano de 2019, no contexto de gestação de alto risco, considerando o componente Parto, os municípios de Itacuruba, Carnaubeira da Penha e Floresta se destacaram com o número de parto vaginal maior do que os cesáreos, conforme preconizado pela estratégia da Rede Cegonha na qualificação e humanização.

No âmbito da Vigilância em Saúde, em algumas localidades da referida região ainda são perceptíveis à ausência de dados nos sistemas de informações, principalmente dos casos de Hanseníase, Leishmaniose (Tegumentar e Visceral) e Tuberculose, os quais necessitam de maior atenção por parte das equipes de saúde. Diante disso, ocorreram processos de capacitação através de seminários anuais de Leishmaniose e de Hanseníase, realizados na sede da GERES com a participação dos coordenadores municipais e apoiadores técnicos.

É necessário desenvolver um modelo integrado de acompanhamento de modo que intensifique os processos de monitoramento de notificações de agravos. Os colegiados de Vigilância em Saúde, como espaço de conhecimento e pactuação, são fundamentais para a discussão das ferramentas necessárias aos registros dos dados referentes aos indicadores de saúde.

O processo de descentralização dos diagnósticos laboratoriais trouxe avanços para a XI Região de Saúde. Até o ano de 2015 o Laboratório Regional de Saúde Pública da XI GERES funcionava apenas nas análises de culicídeos, triatomíneos e a água para consumo humano. A partir de 2016, foram implantados diversos diagnósticos como: dengue IgM, chikungunya Igm, hepatites virais (B e C), as leishmanioses visceral humana e canina, leishmaniose tegumentar americana, tuberculose (baciloscopia e cultura), hanseníase, malária, esquistossomose. Diante de tantos diagnósticos foi necessário ampliar o espaço físico a fim de garantir a sua execução, além da chegada de novos equipamentos atrelada também a ampliação dos recursos humanos.

Com tamanha evolução houve a contemplação no ano de 2019, pelo Ministério da Saúde, com o equipamento para quantificação de carga viral rápida para HIV e HCV, sendo destaque em vários meios de comunicação desse Estado e cujo serviço ofertado atende as demandas dos Serviços de Atendimento Especializado - SAE do sertão (Salgueiro, Ouricuri, Araripina e Serra Talhada).

Diante do exposto, percebemos a importância deste instrumento a fim de orientar o planejamento das ações e estratégias a serem tomadas nesta Região de Saúde para fortalecer as Redes de Atenção a Saúde bem como garantir uma melhor assistência a saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agencia Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco. Disponível em: <http://www.condepefidem.pe.gov.br/web/condepe-fidem>

2. ALMEIDA, Geovane Jesus; STURBELLE, Isabel Cristina Saboia. Índice de internações por infarto agudo do miocárdio no norOPASdeste do brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, DESAFIOS CONTEPORÂNEOS PARA A SUSTENTABILIDADE E EQUIDADE EM SAÚDE. 2019.

3. ALVES, Ana Paula Barbosa *et al*. Vulnerabilidade a transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV): representações sociais de universitários indígenas do instituto insikiran de formação superior indígena. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 11, n. 8, p. 1-9, 2019.

4. ARAUJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1767-1776, 2017.

5. BAGGIO, Mayarha Patricia Dequigiovanni. **O uso de baculovírus como ferramenta para produção de antígenos vacinais e kits diagnósticos de doenças humanas: raiva, febre amarela, dengue e Zika.** 2019.184f. Tese (Dourato) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde pós-graduação em Patologia Molecular, Brasília, 2019.

6. BARASUOL, Mônica Estela Casarotto; SCHIMIDT, Débora Berger. Neoplasia do colo do útero e seus fatores de risco: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.6, n.3, p.138-153,2014.

7. BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. O CAPS no processo do matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 14., Rio de Janeiro. **Anais**. Rio e Janeiro: Associação Brasileira de Psicologia Social, 2007.

8. BRASIL. Ministério da Saúde **.Resolução CIT n. 08, de 24 de novembro de 2016**, dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. *Brasília, DF: Ministério da Saúde.* Disponível em: <http://www.conass.org.br/conass-informa-n-205-publicada-resolucao-cit-n-8-que-dispoe-sobre-o-processo-de-pactuacao-interfederativa-de-indicadores-para-o-periodo-2017-2021-relacionados-prioridades-nacionais-e/>. Acesso em: Fev de 2021.

9. BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**, institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à atenção à saúde na gestação de alto risco, incluída a casa de gestante, bebê e puérpera (cgbp), em conformidade com a rede cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde.Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.htm>. Acesso em Fev de 2021.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **HIV e AIDS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2409-hiv-e-aids. Acesso em: 05 jan. 2020.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>. Acesso em Fev de 2021.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponívelem:<http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio_Mantenedora.asp?Estado=26&NomeEstado=PERNAMBUCO>. Acesso em Nov de 2020.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Covid-19: Fast-track para a atenção primária em locais com transmissão comunitária fluxo rápido: versão 6 / Coronavirus CoViD-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org ›. Acesso em Fev de 2021.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em Out de 2020.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em Fev de 2021.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Sobre os Novos Procedimentos de CAPS.** DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: Disponível em:<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/29/Documento-Sobre-Procedimentos-de-CAPS-RAAS-PSI.pdf>. Acesso em Fev de 2021.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em Fev de 2021.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 03, de 28 de janeiro de 2020**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em Jan de 2021.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 12/2020**, apresenta para os gestores e profissionais de saúde as evidências disponíveis e contribuir para melhor compreensão acerca dos riscos às gestantes e puérperas diante da pandemia de COVID-19, sugerindo assim medidas protetivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>. Acesso em Dez de 2020.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.578, DE 19 DE JUNHO DE 2020**,restabelece a transferência mensal de recursos financeiros para o custeio mensal da Unidade de Suporte Básico (USB) destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) do Município de Caçu (GO).Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.578-de-19-de-junho-de-2020-262754200>. Acesso em Dez de 2020.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012**, republicada em 21 de maio de 2013 - institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (unidade de acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde.Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0121_25_01_2012_rep.html>. Acesso em Fev de 2021.

23. BRASÍL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1975, de 06 de agosto de 2020**, redencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-1-975>.Acesso em Dez de 2020.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde,2011.Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em Nov de 2020.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**, redefine o centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em Fev de 2021.

26. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003**, institui a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em Fev de 2021.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em Fev de 2021.

28. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em Nov de 2020.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: < https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em Fev de 2021.

30. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**, estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (sus). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: < https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf >. Acesso em Fev de 2021.

31. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://bvsm. saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em Fev de 2021.

32. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**, tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do sistema único de saúde os seguintes atributos dos procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html>. Acesso em Fev de 2021.

33. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**, institui a política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (sus). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html >. Acesso em Fev de 2021.

34. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**, define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério

da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em Fev de 2021.

35. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto- Humanização no Pré-Natal e Nascimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em Dez de 2020.

36. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde ,2015.Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf>. Acesso em Nov de 2020.

37. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2019**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

38. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

39. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

40. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação em saúde para a atenção básica**. Disponível em: <http://sisab.saude.gov.br>. Acesso em 14 de janeiro de 2021.

41. BRASIL.Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da rede de atenção das urgências e emergências no sistema único de saúde**, Brasília, 2013.

42. BRASIL. Sistema de Informação de Mortalidade. Brasília, 2019.

43. BRASIL. Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Brasília, 2019.

44. BRASIL. Sistema de Informação do Programa Mãe Coruja Pernambucana. Brasília, 2019.

45. BRASIL. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Brasília, 2019.

46. BRUM, Jorge Wilson Andrade. et al. Parasitoses oportunistas em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 280-88, 2013.

47. Cadernos de Informações em Saúde. Disponível em <http://portal.saude.pe.gov.br/aplicativo/secretaria/cadernos-de-informacoes-em-saude>

48. CALDEYRO, Barcia Roberto. et al. **Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto**. **Del CLAP**, n. 519,1973.

49. CARMONA, Ana Paula; RAMOS, Maria Natália. Gravidez desejada na adolescência: Determinante étnico-cultural ou sócio-comportamental. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, p. 219-228, 2019.

50. CHEDID, Grace Reiter. **Estudo da mortalidade materna no município de Dourados Mato Grosso do Sul de 2002 a 2005**. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde).Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

51. DUARTE, Dirce MG; BOTELHO, Clóvis. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. **Jornal de Pediatria**, vol. 76, n 3, p. 207-12, 2000.

52. EVANGELISTA, Maria José de Oliveira. **Programa de Proteção à Gestante do Estado de Sergipe: impacto sobre a saúde materno infantil.** 2008. 105 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

53. FILHO, Adauto Martins Soares. et al . Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 7-18, 2007.

54. FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 16-29, jan/mar. 2017.

55. FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: o Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde, 2008, Minas Gerais. 2008,**Anais**:Porto Alegre: p. 1-29, 2008.

56. FRANCISCO, Analu Bernardo. **Exposição ocupacional e acidentes com material biológico entre profissionais da área de saúde.** 2019. 50f. Monografia de Especialização – Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

57. FREITAS, André Ricardo Ribas; NAPIMOGA, Marcel; DONALISIO, Maria Rita. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.29, n.2, 2020.

58. GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre nascidos vivos em municípios de Minas Gerais. 2011. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas René Rachou, Minas Gerais. 2011.

59. HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; SOUSA, Clóvis Arlindo de; SILVA, Cristiane Amorin da. Fatores de risco para mortalidade neonatal em Blumenau, Santa Catarina: linkage entre bancos de dados. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 2, p. 209-217, 2005.

60. LUZ, Kleber Giovanni; SANTOS, Glauco Igor Viana dos; VIEIRA, Renata de Magalhães. Febre pelo vírus Zika. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v.24, n.4, p.785-788, 2015.

61. MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde,CONASS, 2015. 193 p.: il. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em Out de 2020.

62. MINAYO, Maria Cecília de Souza. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Revista Saúde e Sociedade**,São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21-31, 2013.

63. NILL JÚNIOR. **Os do sul deverá gerir os SAMU Regional no Sertão**. Disponível em: < https://nilljunior.com.br/>. Acesso em Fev de 2021.

64. OLIVEIRA JÚNIOR, João Paulo de. et al. Correlação entre cobertura da atenção básica e taxa de imunização: evidências para as capitais do nordeste. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 17, n.1, p. 81-96, 2020.

65. OLIVEIRA, CHRISTYNE GOMES TOLEDO DE. **Indicadores cognitivos, lingüísticos, comportamentais e acadêmicos em pré-escolares prematuros e nascidos a termo**. 2008. 259f. Dissertação (mestrado) – UFES / Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

66. OLIVEIRA, Heluza Monteiro de et al. Doença diarreica aguda em menores de 5 anos em um hospital da fronteira do Brasil. **Revista científica de Amazonas**, v. 3, n. 5, p. 32-42, 2020.

67. PAES, Neir Antunes; SILVA, Diego José da. Estimativas da mortalidade infantil no semiárido brasileiro: uma terceira via às estimativas oficiais. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 38468-38484, 2020.

68. PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Pernambuco é o 1º estado a aderir a Rede Cegonha**. Disponível em: < http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/pernambuco-e-o-1o-estado-aderir-rede-cegonha>. Acesso em Nov de 2020.

69. PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Plano de atenção para diagnóstico e o tratamento do câncer no estado de Pernambuco**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/oncologia>. Acesso em Fev de 2021.

70. PERNAMBUCO. **Decreto nº 31.140 de 6 de Dezembro de 2007**, Dispõe sobre a Academia da Cidades. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Pernambuco, 2007. Disponível em: <http://www.alepe.pe.gov.br/proposicao-texto-completo/?docid =789C3F1C0BDA4E28032574F700644655>. Acesso em Dez de 2020.

71. PERNAMBUCO. **Portaria Secretaria das Cidades de Pernambuco nº 016 do dia 29 de julho de 2014**, institui o programa academia das cidades no âmbito do poder executivo estadual e dá outras providências. Diário Oficial de Pernambuco, Recife, PE, 07 dez. 2007. Disponível em:<http://www.portais.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=17459268&folderId=69852&name=DLFE-74304.pdf>. Acesso em Fev de 2021.

72. PINTO, Márcia Santos. et al. Tendência da mortalidade por Diabetes Mellitus no Paraná, Brasil, entre 1984 e 2014. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 57-67, 2019.

73. PORTELA, Gustavo Zoio; RIBEIRO, José Mendes. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, p. 1719-1732, 2011.

74. RIQUETTA, Atalaha Carvalho Barcellos. et al. **Aplicativo para dispositivo móvel direcionado aos usuários das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas de Curitiba.** 2018.119f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

75. SANTOS, Elieni Paula dos et al. Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 390-398, 2016.

76. SANTOS, Joselito. Análise de depoimentos de mulheres mastectomizadas sobre o câncer de mama. 2007. 159 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional; Cultura e Representações). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

77. SILVA, Isnandia Andréa Almeida .et al. Phenolic profile, antioxidant activity and palynological analysis of stingless bee honey from Amazonas, Northern Brazil. **Food chemistry**, v. 141, n. 4, p. 3552-3558, 2013.

78. SILVA, Sheila Lopes da. Violência contra a mulher no município de Panambi/RS e a efetividade da Lei Maria da Penha. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA. 2015.

79. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Agravos de Notificação. Brasília, 2019.

80. SOUZA, Luis Roberto de. Condicionantes sociais na delimitação de espaços endêmicos de hanseníase. 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

81. SOUZA, Maria de Lourdes de et al. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 318-323, 2010.

82. WETZEL, Christine. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

83. OLIVEIRA JUNIOR, João Paulo de.et al. Correlação entre cobertura da atenção básica e taxa de imunização: evidências para as capitais do nordeste. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, Belo Horizonte, v. 17, n1, JAN/MAR 2020.

84. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.