

ANÁLISE SITUACIONAL DA IX REGIÃO DE SAÚDE
PERNAMBUCO

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Eduardo Henrique Accioly Campos

VICE GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

João Lyra Neto

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

Antônio Carlos Figueira

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE COORDENAÇÃO GERAL

Ana Paula Soter Menezes

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Teresa Campos de Jesus Neta

GERENTE DA IX GERES

Danyella Kessea Travassos Torres de Paiva

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

Joelma de Jesus Rodrigues

COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO E PLANEJAMENTO

Adriana Severina de Sousa

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Aline Jerônimo da Silva

SANITARISTA DE APOIO AO PLANEJAMENTO

Terezinha Barreto dos Santos

COLABORADORES

Equipe Técnica

REVISÃO

Danyella Kessea Travassos Torres de Paiva

Joelma de Jesus Rodrigues

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

Ana Maria Parente de Brito	Apoiadora Institucional de Vigilância em Saúde - Região de Saúde
Carla Mara Gomes de Araújo	Analista em Saúde – Laboratório de Saúde Pública/IX Região de Saúde
Edmilson Cursino dos Santos Junior	Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco – R2
Expedito Araújo da Silva	Coordenação de Vigilância Ambiental – IX Região de Saúde
Ernaldo dos Santos	Coordenação Vigilância Epidemiológica – IX Região de Saúde
Fernanda E. Sena Barbosa	Residencia Multiprofissional em Saúde Coletiva – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Secretaria Estadual de Saúde – SES – R2
Gisléa Kândida Ferreira da Silva	Residencia Multiprofissional em Saúde Coletiva – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Secretaria Estadual de Saúde – SES – R2
Jacilene de Alencar Matos	Coordenação do PNI – IX Região de Saúde
Joice de Souza Lima	Apoiadora Institucional de Vigilância em Saúde – Região de Saúde
Josimar Leandro Horas	Supervisão de Vigilância Ambiental – IX Região de Saúde
Katia Sampaio Coutinho	Sanitarista do Programa SANAR
Larissa Melo Santiago	Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco – R2
Laura Milena Fortunato Chaves	Residencia Multiprofissional em Saúde Coletiva – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Secretaria Estadual de Saúde – SES – R2

Leônia Carvalho de Medeiro	Coordenação Programa Mãe Coruja Pernambucana
Max Antônio Lopes dos Santos	Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco – R2
Maria de Fatima Américo Bezerra Nunes	Técnica SIM – SINASC – IX Região de Saúde
Nayame Leite Bezerra	Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco – R2
Olivia Juliana de Carvalho Feitosa	Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco – R2
Patrícia Cadeira Novais	Ccoordenação de Atenção Basica – IX Região de Saúde
Priscila Tamar Alves Nogueira	Residencia Multiprofissional em Saúde Coletiva – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Secretaria Estadual de Saúde – SES – R2
Rayana Nayara Figueiredo Teles	Apoiadora SIM, SINASC, SINAN – IX Região de Saúde
Rosália Ferreira Diniz Neta	Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco – R2
Thaisyara de Melo Brabosa Lima	Residencia Multiprofissional em Saúde Coletiva – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Secretaria Estadual de Saúde – SES – R2

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE FIGURAS	
SIGLAS	

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

- 1** Condições Sociosanitárias
- 1.1** Caracterização da região
- 1.2** Limites, localização divisões territoriais da região
- 1.3** Municípios abrangentes
- 1.4** Distância dos municípios a sede da região de saúde e a capital
- 1.5** Principais rodovias da região do Araripe
- 1.6** Densidade demográfica
- 1.7** População total - distribuição por sexo, faixa etária e situação do domicílio
- 1.8** Grupos sociais organizados
- 1.9** Principais atividades econômicas
- 1.10** Renda
- 1.11** Produto interno bruto
- 1.12** Índice de desenvolvimento humano
- 1.13** Escolaridade
- 1.14** Abastecimento de água, tipo de instalação sanitária e tipo de destino de lixo
- 2** Mortalidade
- 2.1** Mortalidade infantil
- 2.2** Mortalidade infantil neo-natal
- 2.3** Mortalidade infantil pós neo-natal
- 2.4** Mortalidade perinatal

- 2.5 Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda
- 2.6 Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda
- 2.7 Razão de mortalidade materna
- 2.8 Mortalidade geral por capítulo CID-10
- 2.9 Coeficiente de mortalidade por AIDS
- 2.10 Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de Mama
- 2.11 Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de Colo de Útero
- 2.12 Coeficiente de mortalidade por infarto agudo do miocárdio
- 2.13 Coeficiente de mortalidade por doença cerebro-vascular
- 2.14 Coeficiente de mortalidade por diabetes millitus
- 2.15 Coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito e transporte
- 2.16 Coeficiente de mortalidade por agressão
- 2.17 Coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias
- 2.18 Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais
- 2.19 Coeficiente de mortalidade por uso de álcool de outras drogas
- 2.20 Taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil
- 3 Natalidade
 - 3.1 Cobertura de nascidos vivos
 - 3.2 Proporção de nascimentos ocorridos nos municípios de residência
 - 3.3 Proporção de partos normais
- 4 Morbidade
 - 4.1 Taxa de incidência de dengue
 - 4.2 Índice de infestação predial por aedes-aegypt
 - 4.3 Taxa de detecção de hanseníase
 - 4.4 Taxa de incidência de tuberculose
 - 4.5 Taxa de incidência de hepatite B
 - 4.6 Taxa de incidência de hepatite C
 - 4.7 Taxa de incidência de leshimaniose visceral
 - 4.8 Taxa de incidência de leshimaniose tedumentar americana
 - 4.9 Taxa de incidência de AIDS
 - 4.10 Casos de intoxicação exôgena
 - 4.11 Pricipais causas de internação
- 5 Atenção Básica

- 5.1 Proporção de cura de casos novos de hanseníase
- 5.2 Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
- 5.3 Razão de exames citopatológicos do colo do útero
- 5.4 Cobertura vacinal contra pólio, poliomielite, hepatite B, pentavalente, influenza e influenza na pessoa idosa
- 5.5 Cobertura vacinal contra influenza na população idosa
- 5.6 Proporção de crianças menores de um ano com vacinas em dias
- 5.7 Cobertura da primeira consulta odontológica programática
- 5.8 Proporção de imóveis visitados em pelo ou menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
- 5.9 Média de visita domiciliar do ACS por família
- 5.10 Proporção de nascidos vivos em mães com sete ou mais consultas de pré-natal
- 5.11 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer
- 5.12 Percentual de hipertensos cadastrados/acompanhados
- 5.13 Percentual de diabéticos cadastrados/acompanhados
- 5.14 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo
- 5.15 Prevalência de desnutrição em menores de dois anos
- 5.16 Proporção de internação por doença diarréica aguda
- 5.17 Proporção de internação por IRA
- 5.18 Proporção de internação por diabetes e suas complicações
- 5.19 Proporção de internação por insuficiência cardíaca congestiva
- 5.20 Proporção de internação por acidente vascular cerebral
- 5.21 Proporção de internação por causas sensíveis à atenção básica
- 5.22 Proporção de internação por notificação de acidentes de trabalho
- 6 Estrutura do sistema de saúde
 - 6.1 Estabelecimentos de saúde e serviços
 - 6.2 Tipos de estabelecimentos SUS (por natureza)
 - 6.3 Distribuição de leitos do SUS e não SUS
 - 6.4 Distribuição de leitos complementares SUS e não SUS
 - 6.5 Estabelecimentos por tipo de convênio

- 6.6** Serviços
- 6.7** Equipamentos
- 6.8** Profissionais
- 7** Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde
 - 7.1** Ofertas de serviços especializados
 - 7.2** Ofertas de centros de referência em saúde do trabalhador
 - 7.3** Ofertas do centro de testagem e acompanhamento – CTA/SAE
 - 7.4** Ofertas de serviços de pronto-atendimento e unidades de pronto-atendimentos
 - 7.5** Ofertas de centros especializados de reabilitação
 - 7.6** Ofertas de serviços de apoio diagnóstico
- 8** Coberturas de serviços de saúde
 - 8.1** Cobertura populacional de equipe saúde da família
 - 8.2** Cobertura populacional de equipes de saúde bucal
 - 8.3** Cobertura populacional de programa de agentes comunitários de saúde
 - 8.4** Razão de equipes de saúde da família por núcleo de apoio a saúde da família – NASF
 - 8.5** Cobertura de centro de especialidade odontológico
 - 8.6** Cobertura municipal e populacional de serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU
 - 8.7** Cobertura de exames de patologia clínica
 - 8.8** Cobertura de exames de sorologia para dengue
 - 8.9** Cobertura de exames de sorologia para HIV
 - 8.10** Cobertura de exames de sorologia para hepatite
 - 8.11** Cobertura de exames de ultrassonografia
 - 8.12** Razão de mamografias realizadas na faixa etária de 50 à 69 anos
 - 8.13** Cobertura de biópsia de mama
 - 8.14** Cobertura de cirurgia de mama
 - 8.15** Cobertura de exames de radiologia
 - 8.16** Média de consultas médicas
 - 8.17** Cobertura de consultas básicas de urgência
 - 8.18** Cobertura de consultas de urgência pré-hospitalar e trauma
 - 8.19** Cobertura de consultas médicas em atenção básica

- 8.20** Cobertura de consultas médicas em atenção especializada
- 9** Redes de atenção
 - 9.1** Rede cegonha
 - 9.2** Rede de urgência e emergência
 - 9.3** Rede psicossocial
 - 9.4** Rede de cuidados a pessoa com deficiência
 - 9.5** Rede interestadual de saúde do vale São Francisco
 - 9.6** Central de regulação interestadual de leitos
- 10** Fluxo de acesso
 - 10.1** Fluxo dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade
 - 10.2** Fluxo dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade
 - 10.3** Regionalização da alta complexidade – rede PE/BA
 - 10.4** Fluxo das internações de média complexidade
 - 10.5** Fluxo das internações de alta complexidade
- 11** Recursos financeiros
 - 11.1** Despesas totais em saúde por habitante
 - 11.2** Percentual de despesas em investimentos em relação a despesas totais
 - 11.3** Percentual de transferências SUS em relação a despesas totais
 - 11.4** Percentual de recursos próprios aplicados em saúde – EC29
 - 11.5** Despesa total em saúde
- 12** Gestão do trabalho e educação em saúde
 - 12.1** Gestão de pessoas
 - 12.2** Quantidade/categoria profissional por natureza do vínculo
 - 12.3** Núcleo de educação permanente profissional
 - 12.4** Plano de cargos e carreira
- 13** Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde
 - 13.1** Instituições e suas capacidades e especialidades técnicas
- 14** Gestão
 - 14.1** Desenvolvimento da gestão municipal
 - 14.2** Descentralização dos recursos MAC
 - 14.3** Participação na CIR, CIB e COSEMS
 - 14.3.1** Comissão Intergestora Regional - CIR
 - 14.3.2** Câmara técnica

- 14.4** Funcionamento das CIES
- 14.5** Funcionamento regular dos Conselhos de Saúde
- 14.6** Conselhos gestores de unidades
- 14.7** Qualificação da Atenção Básica
- 14.8** Posicionamento no PDR
- 14.9** Instrumentos de planejamento de gestão
 - 14.9.1** Plano municipal de saúde
 - 14.9.2** Programação anual de saúde
 - 14.9.3** Relatório anual de gestão
 - 14.9.4** Relatório detalhado do quadrimestre
- 14.10** Gestão do Fundo Municipal de Saúde
- 14.11** Mecanismos de regulação – centrais e protocoloss
- 14.12** Mesa de negociação
- 14.13** Municipalização dos serviços
- 14.14** Alimentação regular dos sistemas nacionais de informação
- 14.15** IDSUS por município
- 15** Considerações finais
- 16** Referências

LISTA DE GRÁFICOS

	Gráficos	Páginas
Gráfico 1	Curva de Crescimento Populacional da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Gráfico 2	Cobertura Vacinal contra Influenza na População Idosa, Residente da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Gráfico 3	Variação Média de Visita Domiciliar do ACS dos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Gráfico 4	Evolução Percentual de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré Natal na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Gráfico 5	Proporção de Nascido Vivos com Baixo Peso ao Nascer na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.	
Gráfico 6	Taxa de Prevalência de Desnutrição em < 2 anos Residente da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Gráfico 7	Despesa de Saúde por Habitantes, por municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Gráfico 8	Percentual de Despesas em Investimentos em Relação a Despesa Total por municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Gráfico 9	Percentual de Transferência do SUS em Relação a Despesa Total, por municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Gráfico 10	Percentual de Recursos Próprios Investidos em Saúde de Acordo (EC 29/2000) e Lei nº 141/2012, pelos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Gráfico 11	Despesa Total com Saúde, por município da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	

LISTA DE TABELAS

	Tabelas	Paginas
Tabela 1	Distribuição da População por Sexo da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.	
Tabela 2	Distribuição da População por Faixa etária de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.	
Tabela 3	População dos Municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.	
Tabela 4	Distribuição da População da IX Região de Saúde por Ano Censitário, segundo Situação de Domicílio. Pernambuco, 2010.	
Tabela 5	Distribuição do PIB por município da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2011.	
Tabela 6	Proporção de Domicílios por Tipo de Abastecimento de Água da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.	
Tabela 7	Proporção de Domicílios por Instalação Sanitária da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.	
Tabela 8	Proporção de Domicílios por Destino do Lixo, segundo Ano Censitário da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.	
Tabela 9	Número e Taxa de Mortalidade Infantil de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Tabela 10	Número e Taxa de Mortalidade Neonatal de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Tabela 11	Número e Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Tabela 12	Número e Taxa de Mortalidade Perinatal de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Tabela 13	Número e Percentual de Óbitos Proporcional por DDA em < de 5 anos de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Tabela 14	Número e Percentual de Óbitos Proporcional por IRA em < de 5 anos de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	

- Tabela 15** Razão da Mortalidade Materna de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 16** Número e Taxa de Mortalidade Específica por AIDS de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 17** Número e Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasia de Mama de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 18** Número e Taxa de Mortalidade Específica por Câncer de Colo de Útero de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 19** Número e Taxa de Mortalidade Específica por Infarto Agudo do Miocárdio de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 20** Número e Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Cárdio Vasculares de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 21** Número e Taxa de Mortalidade Específica por Diabetes Mellitus de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 22** Número e Taxa de Mortalidade Específica por Acidente de transporte Terrestre de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 23** Número e Taxa de Mortalidade Específica por Agressão de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 24** Número e Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Infecciosas e Parasitárias de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 25** Número e Taxa de Mortalidade Específica por Transtornos Mentais de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 26** Número e Taxa de Mortalidade por Uso de Álcool e Outras Drogas de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013

- Tabela 27** Número e Taxa de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 28** Cobertura de Nascidos Vivos por Município de Residência da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 29** Proporção de Nascimentos Ocorridos por município da Gestante na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 30** Número e Taxa de Partos Normais de Mulheres, Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 31** Taxa de Incidência de Dengue, segundo Município de Residência da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 32** Índice de Infestação Predial por *Aedes aegypti* na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 33** Número e Coeficiente de Detecção de Hanseníase em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 34** Taxa de Incidência de Tuberculose em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 35** Taxa de Incidência de Hepatite B em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 36** Taxa de Incidência de Hepatite C em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 37** Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 38** Taxa de Incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 39** Taxa de Incidência de AIDS em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 40** Casos de Intoxicação Exógena, segundo município de Residência da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013

- Tabela 41** Proporção de Cura de Casos Novos de Hanseníase em Residência da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 42** Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Baculífera em Residência da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 43** Razão de Exames Citopatológicos de Colo de Útero em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 44** Cobertura Vacinal em Residência da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Tabela 45** Proporção de Crianças < de 1 ano de residentes com Esquema Vacinal em Dia na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Tabela 46** Cobertura de 1ª Consulta Odontológica Programática em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 47** Número e Proporção de Imóveis Visitados por Ciclo no Programa de Controle de Dengue na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Tabela 48** Média de Visita Domiciliar do ACS por Família nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 49** Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré Natal nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 50** Proporção de Crianças com Peso ao Nascer nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 51** Percentual de Hipertensos Cadastrados/Acompanhados de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 52** Percentual de Diabéticos Cadastrados/Acompanhados de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013

- Proporção de Crianças < de 4 meses com Aleitamento Materno Exclusivo nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 53**
- Número e Taxa de Prevalência de Desnutrição em < de 2 anos em Residentes nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 54**
- Proporção de Internações por DDA em < de 5 anos Residentes nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 55**
- Proporção de Internações por IRA em < de 5 anos Residentes nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 56**
- Proporção de Internações por Diabetes e suas Complicações em < de 5 anos Residentes nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 57**
- Taxa de Internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva em Residentes nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 58**
- Proporção de Internações por Acidente Vascular Cerebral em Residentes nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 59**
- Proporção de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária em Residentes nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 60**
- Número de Notificações por Acidentes de Trabalho em Residentes nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 61**
- Distribuição de Leitos de Internamentos SUS e Não Sus por Tipo da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Tabela 62**
- Distribuição da Cobertura Populacional das Equipes de Saúde da Família na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 63**
- Cobertura Populacional das Equipes de Saúde Bucal na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 64**
- Cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
- Tabela 65**

Tabela 66	Razão de Equipes de Saúde da Família por Núcleo de Apoio a Saúde da Família na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
Tabela 67	Cobertura de centro de Especialidades Odontológica na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
Tabela 68	Cobertura de Exames de Patologia Clínica na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
Tabela 69	Cobertura de Exames de Sorologia de Dengue na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
Tabela 70	Cobertura de Exames de Sorologia de HIV na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
Tabela 71	Cobertura de Exames de Hepatite na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
Tabela 72	Cobertura de Exames de Ultrassonografia na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013
Tabela 73	Razão de Mamografia realizadas na População Alvo na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
Tabela 74	Cobertura de Biopsia de Mama na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
Tabela 75	Cobertura de Cirurgia de Mama na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
Tabela 76	Cobertura de Exames de Radiologia realizados na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
Tabela 77	Média de Consultas Médicas na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
Tabela 78	Cobertura de Consultas Básicas de Urgência na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
Tabela 79	Cobertura de Consultas de Urgência Pré Hospitalar na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
Tabela 80	Cobertura de Consultas Médicas Básicas na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
Tabela 81	Cobertura de Consultas Médicas em tenção Especializada na IX Região de Saúde, Pernambuco, 2008-2013
Tabela 82	Distribuição dos Indicadores de Despesa em Saúde por Habitante na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013

- Distribuição de Despesa e Investimentos em Relação a
- Tabela 83** Despesa Total na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
- Tabela 84** Distribuição de Transferência SUS em Relação a Despesa Total na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
- Tabela 85** Distribuição de Recursos Aplicados em Saúde, EC/29 na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
- Tabela 86** Distribuição de Despesa Total em Saúde na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2010-2013
- Tabela 87** Percentual de Alimentação dos Sistemas de Informação, segundo municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Lista de Quadros

	Quadros	Paginas
Quadro 1	Características Geopolíticas dos Municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.	
Quadro 2	Limites e Distancias dos Municípios da IX Região de Saúde para as Principais Centros. Pernambuco, 2013	
Quadro 3	Área Territorial dos Municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 4	Densidade Demográfica por Municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 5	Grupos Sociais Organizados na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 6	Índice de Desenvolvimento Humano, segundo Municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 1991-2000	
Quadro 7	Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 8	Índice de Rendimento do Aluno nas escolas Estaduais, segundo Municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 9	Frequência de Residentes por Capitulo, segundo Ano de Óbito na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013	
Quadro 10	Principais Causas de Internações na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 11	Distribuição de Estabelecimentos SUS por Natureza na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 12	Distribuição de Leitos SUS na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 13	Número de Estabelecimentos por Tipo de Convenio, segundo Tipo de Atendimento Prestado na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 14	Número de Leitos de Internações Existentes por Tipo de Prestador, segundo Especialidade na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Quadro 15	Número de Equipamentos por Categoria na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	

- Quadro 16** Distribuição de profissionais que atendem pelo SUS na IX Região de Saúde, Pernambuco, 2013
Distribuição de Profissionais que Atendem pelo SUS na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Quadro 17** Distribuição de Serviços Apoio Diagnostico SUS e Não SUS, segundo municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Quadro 18** Distribuição de serviços de apoio diagnóstico SUS e não SUS, segundo municípios da IX Região de Saúde, Pernambuco, 2013
Distribuição de Serviços Especializados Implantados, segundo municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Quadro 19** Referência de Parto de Risco Habitual e Alto Risco da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2012
- Quadro 20** Planilha de Investimento de Custeio, segundo Portaria Ministerial para Implantação da Rede Cegonha na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2012.
- Quadro 21** Planilha de Ambiência dos Serviços que realizam Partos para Implantação da Rede Cegonha na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2012.
- Quadro 22** Proposta de Ampliação da RAUE, segundo componente aprovadas no Colegiado Intergestores Regional da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2012.
- Quadro 23** Unidades de Saúde Integrantes da Rede Regional de Assistência A Saúde e da Rede de Atenção as Urgências na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.
- Quadros 24** Fluxo de Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.
- Quadro 25** Fluxo de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.
- Quadro 26** Fluxo de Internações de Média Complexidade da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.
- Quadro 27** Fluxo de Internações de Alta Complexidade da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

- Quadro 28** Quantidade de Profissionais Médicos nos Serviços Público/Privado que atendem pelo SUS, segundo município da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.
- Quadro 29** Quantidade de Profissionais de Saúde nos Serviços Público/Privado, segundo Tipo de Atendimento SUS e Não SUS na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.
- Quadro 30** Instituições de Ensino com Cursos na Área de Saúde na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.
- Quadro 31** Percentual de Frequência dos Secretários nas Reuniões da CIR. IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Quadro 32** Calendário das Reuniões da CIR. IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Quadro 33** Composição da Câmara Técnica. IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Quadro 34** Municípios com Reformas, Ampliação, Construção e Aquisição de Equipamentos para UBS, aprovados em CIR. IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013
- Quadro 35** Distribuição de Repasse do Fundo Municipal de Saúde nos Municípios. IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013

LISTA DE FIGURAS

	Figuras	Paginas
Figura 1	Mapa da Localização Geográfica da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Figura 2	Mapa dos Municípios Abrangentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Figura 3	Mapa das Principais Rodovias da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Figura 4	Mapa dos Municípios da IX Região de Saúde por Faixas Populacionais. Pernambuco, 2013	
Figura 5	Pirâmide Populacional da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Figura 6	Fluxo da Assistência Integral as Urgências da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Figura 7	Desenho da Rede Psicossocial da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013	
Figura 8	Mapa das Macrorregiões da Rede Interestadual Pernambuco/Bahia	
Figura 9	Histórico de Implantação da Rede Interestadual Pernambuco/Bahia	
Figura 10	Hospitais de Referência da Rede PE/BA Média Complexidade Ambulatorial, por municípios	
Figura 11	Encaminhador /Recebedor da IX Região de Saúde, Conforme PPI, 2006	
Figura 12	Alta Complexidade Ambulatorial	
Figura 13	Mapa da IV Macrorregião do Vale do São Francisco e Araripe	

SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
AEM	Auto Exame da Mama
AESD	Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
AMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
AME	Aleitamento Materno Infantil
AME	Ambulatório Médico especializado
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ATT	Acidente de Transporte Terrestre
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BA	Bahia
BCG	Bacillus Calmetti-Guérin
BR	Rodovia
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPAM	Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CGS	Conselho de Gestores de Saúde
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CID	Codificação Internacional das Doenças
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço
CISAPE	Consortio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPN	Casa de Parto Normal

CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIL	Central de Regulação Interestadual de Leitos
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Cobertura Vacinal
DAB	Departamento da Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDA	Doenças Diarreicas Aguda
DETRAN	Departamento Estadual de Transito
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmitida
EC	Emenda Constitucional
ECG	Ecocardiograma
ECM	Exame Clínico da Mama
EJA's	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRE	Gerência Regional de Educação
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPP	Hospital de Pequeno Porte
HVB	Hepatite do Vírus B
HVC	Hepatite do Vírus C
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICSAP	Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDEB/PE	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica de Pernambuco
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

IMIP	Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPP	Índice de Infestação Predial
IRA	Infecção Respiratória Aguda
IX GERES	Nona Gerencia Regional de Saúde
KM	Quilômetro
KM²	Quilômetro Quadrado
LER/	Lesão do Esforço Repetitivo
DORT	
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
LV	Leishmaniose Visceral
MAC	Média e Alta Complexidade
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa do Agente Comunitário de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PDR	Plano Diretor Regional
PE	Pernambuco
PEFAP	Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ/AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPT	Plano Preventivo Terapêutico
PROCAPE	Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Saúde

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAUE	Rede de Atenção as Urgências e Emergências
RD	Região de Desenvolvimento
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
RIDE	Rede Integrada de Desenvolvimento
RM	Razão de Mamografia
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SADT	Serviço de Apoio Diagnostico e Terapêutica
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANAR	Programa de Enfrentamento da Doenças Negligenciadas
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Público em Saúde
SISFAD	Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue
SISMAMA	Sistema de Informação do Programa de Controle do Câncer de Mama
SISREG	Sistema de Regulação
SOTE	Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializado
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TFD	Tratamento Fora Domicilio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAE	Unidades Pernambucanas de Atendimento Especializado
USA	Unidade de Suporte Avançado
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

APRESENTAÇÃO

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

Para nortear as ações interfederativas, o decreto prevê a realização do planejamento de forma ascendente e integrada, isto é, do nível local ao federal, estabelecendo metas e indicadores, sendo indutor das políticas de saúde, inclusive, para a iniciativa privada. As informações do perfil epidemiológico de cada região, subsidiarão a construção do “Mapa da Saúde”, identificando as necessidades de cada local de acordo com os recursos financeiros disponíveis. Dessa forma, o cidadão poderá conhecer as ações e os serviços de saúde ofertados, organizados em redes de atenção à saúde.

INTRODUÇÃO

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

O Sistema Único de Saúde é uma concepção vitoriosa, cuja implantação nas duas décadas passadas exigiu um sério compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Permanece como um grande desafio a integração das redes de atenção à saúde, a qualificação para o exercício da coordenação do cuidado e a organização dos pontos de atenção especializados, capazes de assegurar que a linha de cuidado seja plenamente articulada com base na Atenção Primária (APS).

A elaboração de um instrumento de planejamento regional com enfoque de modelos assistenciais de organização dos serviços e ações em saúde coerentes com a problemática de cada município e viáveis para mudanças que venham a impactarem na qualidade de vida e nos indicadores de saúde, traz a necessidade de construção do planejamento em âmbito estadual de maneira regionalizada, de modo que o Plano Estadual expresse o desenho das regiões e das redes de atenção à saúde organizadas no território. O produto do planejamento regional construído a partir da elaboração do Mapa de Saúde com a respectiva análise situacional da Região de Saúde identifica as necessidades, a capacidade instalada, os vazios assistenciais, tornando-se a base para o processo de planejamento, auxilia a tomada de decisão quanto às intervenções no território e a direcionalidade do investimento, contribui na visualização da matriz diagnóstica das redes prioritárias e reintegrará o Plano Estadual de Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública.

Espera-se, com este Mapa de Saúde, contribuir com Gestores e Trabalhadores de Saúde na formulação do SUS. A análise propicia o conhecimento de saúde da região na qual está inserida, na perspectiva de melhorar o desempenho dos serviços e a situação de saúde da população.

1. CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO

A IX Região de Saúde abrange onze municípios, localizados no alto sertão do Araripe, sendo: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri (sede), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade. Limita-se ao norte com os municípios do Estado do Ceará, oeste com os municípios do Estado do Piauí, leste com os municípios da VII Região de Saúde e ao sul com os municípios da VIII Região de Saúde.

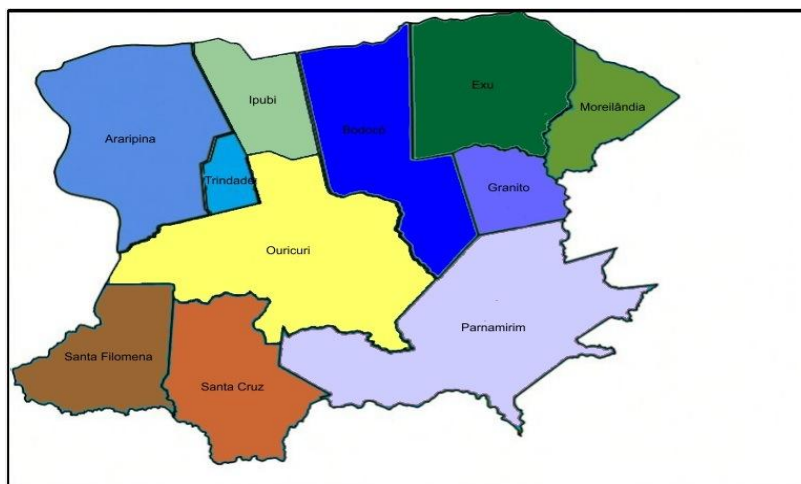
1.2. LIMITES, LOCALIZAÇÃO, DIVISÕES TERRITORIAIS DA REGIÃO

Figura 01 – Mapa da Localização Geográfica da IX Região de Saúde no Estado de Pernambuco



1.3. MUNICÍPIOS ABRANGENTES

Figura 2 – Mapa dos Municípios abrangentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.



1.4. DISTÂNCIA DOS MUNICÍPIOS A SEDE DA REGIÃO DE SAÚDE E A CAPITAL

Quadro 1 – Características Geopolíticas dos Municípios da IX Região de Saúde.
Pernambuco, 2013.

Municípios	Características	
Araripina	População (2013)	80.575
	Área (Km ²)	1.892,59
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	42,57
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	764
	Distância da sede da GERES (Km)	68
Bodocó	População (2013)	36.781
	Área (Km ²)	1.616,49
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	22,75
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	639
	Distância da sede da GERES (Km)	23
Exu	População (2013)	32.076
	Área (Km ²)	1.337,49
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	23,98
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	606
	Distância da sede da GERES (Km)	68
Granito	População (2013)	7.187
	Área (Km ²)	521,94
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	13,77
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	592
	Distância da sede da GERES (Km)	65

Ipubi	População (2013)	30.037
	Área (Km ²)	861,42
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	34,87
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	665
	Distância da sede da GERES (Km)	32
Moreilândia	População (2013)	11.241
	Área (Km ²)	404,57
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	27,79
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	577
	Distância da sede da GERES (Km)	78
Ouricuri	População (2013)	67.688
	Área (Km ²)	2.422,88
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	27,94
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	602
	Distância da sede da GERES (Km)	0
Parnamirim	População (2013)	20.988
	Área (Km ²)	2.595,92
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	8,09
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	550
	Distância da sede da GERES (Km)	61
Santa Cruz	População (2013)	14.487
	Área (Km ²)	1.255,93
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	11,53
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	674

	Distância da sede da GERES (Km)	58
Santa Filomena	População (2013)	13.977
	Área (Km ²)	1.005,04
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	13,91
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	717
	Distância da sede da GERES (Km)	80
Trindade	População (2013)	27.756
	Área (Km ²)	229,55
	Densidade demográfica (Hab/Km ²)	120,92
	Clima	
	Altitude (m)	
	Distância da capital (Km)	645
	Distância da sede da GERES (Km)	29

Quadro 2 – Limites e Distância dos Municípios da IX Região de Saúde para os Principais Centros. Pernambuco, 2013.

Municípios	Limites	Acesso Rodoviário
Araripina	Norte: Estado do Ceará Sul: Ouricuri Leste: Ipubi e Trindade Oeste: Estado do Piauí	Distância da capital (Km): 764 Distância da sede da GERES (Km): 68
Bodocó	Norte: Estado do Ceará Sul: Pamamirim Leste: Exu e Granito Oeste: Ipubi e Ouricuri	Distância da capital (Km): 629 Distância da sede da GERES (Km): 23

Exu	Norte: Estado do Ceará Sul: Granito Leste: Moreilândia Oeste: Bodocó	Distância da capital (Km): 606 Distância da sede da GERES (Km): 68
Granito	Norte: Exu e Moreilândia Sul: Parnamirim Leste: Serrita Oeste: Bodocó	Distância da capital (Km): 592 Distância da sede da GERES (Km): 65
Ipubi	Norte: Estado do Ceará Sul: Ouricuri Leste: Bodocó Oeste: Araripina e Trindade	Distância da capital (Km): 665 Distância da sede da GERES (Km): 32
Moreilândia	Norte: Estado do Ceará Sul: Granito Leste: Serrita Oeste: Exu	Distância da capital (Km): 577 Distância da sede da GERES (Km): 78
Ouricuri	Norte: Araripina, Trindade e Ipubi Sul: Santa Cruz e Santa Filomena Leste: Parnamirim e Bodocó Oeste: Estado do Piauí	Distância da capital (Km): 602 Distância da sede da GERES (Km): 0
Parnamirim	Norte: Granito, Serrita e Bodocó Sul: Santa Maria da Boa Vista e Orocó Leste: Terra Nova e Cabrobó Oeste: Ouricuri e Santa Cruz	Distância da capital (Km): 550 Distância da sede da GERES (Km): 61

Santa Cruz	Norte: Ouricuri Sul: Lagoa Grande Leste: Parnamirim e Santa Maria da Boa Vista Oeste: Dormentes e Santa Filomena	Distância da capital (Km): 674 Distância da sede da GERES (Km): 58
Santa Filomena	Norte: Ouricuri Sul: Dormentes Leste: Santa Cruz Oeste: Estado do Piauí	Distância da capital (Km): 717 Distância da sede da GERES (Km): 80
Trindade	Norte: Araripina Sul: Ouricuri	

1.5 PRINCIPAIS RODOVIAS DA REGIÃO DO ARARIPE

Rodovia: PE-545

Principais pontos de passagem da rodovia: Entrada da PE-585 (Posto da Serra) - Exu - PE- 507 (para Moreilândia) - Timorante - Bodocó –Entrada da BR-316 (Ouricuri) (MP/082-2003) Extensão (Km): 75,30

Região de Desenvolvimento: Sertão do Araripe.

Rodovia: PE-555

Principais pontos de passagem da rodovia: Entrada – BR-316 (Parnamirim) - Veneza - Urimamã - PE-604 (P/ Jutai) – Entrada – BR-428 (Lagoa Grande).

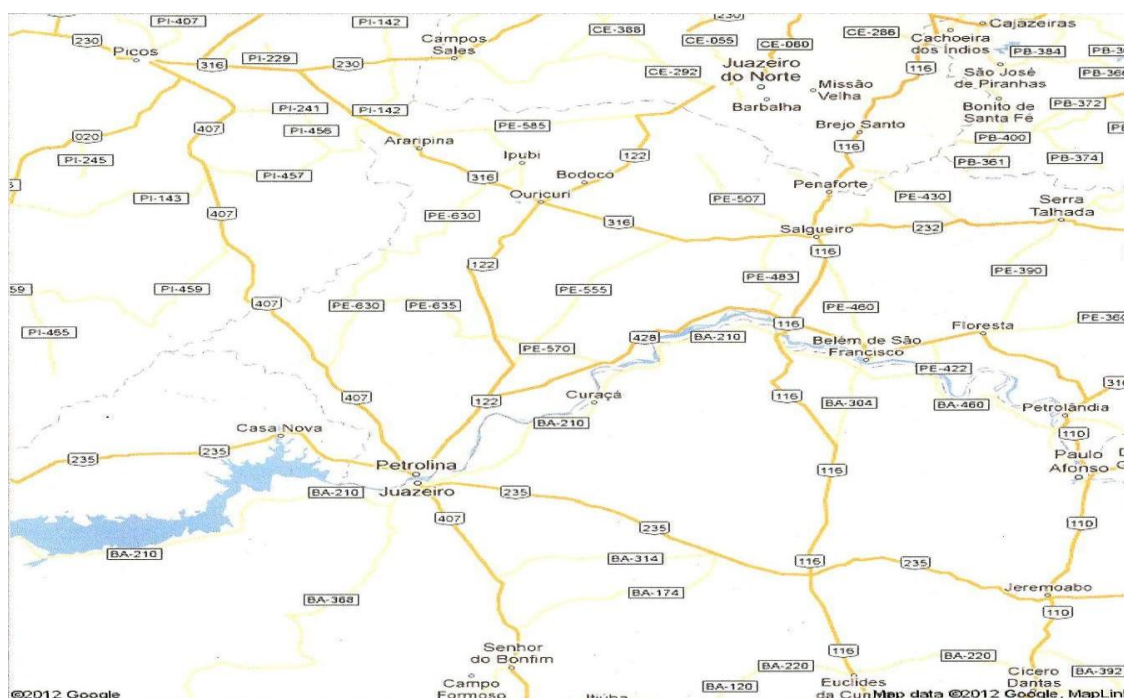
Extensão (Km): 93,80

Região de Desenvolvimento: Sertão Central / Sertão do São Francisco.

Rodovia: BR-316 e BR-122

Principais pontos de passagem da rodovia: ocupa posição central e de destaque na região interligando aos estados do Ceará e Piauí a Região de Desenvolvimento do Araripe.

Figura 3 – Mapa Principais Rodovias da IX Região de Saúde



Quadro 3 – Área Territorial dos Municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Municípios	Área (km²)
Araripina	1.892,59
Bodocó	1.616,49
Exu	1.337,49
Granito	521,94
Ipubi	861,42
Moreilândia	404,57
Ouricuri	2.422,88
Parnamirim	2.595,92
Santa Cruz	1.255,93
Santa Filomena	1.005,04
Trindade	229,55
Total da Macro/média	14.143,82

Fonte: IBGE – Cidades, 2014

O Território Sertão do Araripe - PE abrange uma área de 14.143,82 Km², sendo composto por 11 municípios: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade.

O Município de Parnamirim está localizado na Região de Desenvolvimento do Sertão Central do Estado de Pernambuco, porém, tem sua participação e identidade socioeconômica, político-institucional relacionadas ao território Sertão do Araripe onde participa do fórum territorial, já tendo solicitado ao Conselho Estadual de Desenvolvimento Rural sua inclusão como município integrante deste território. O município integra também o Pólo Sindical do Araripe e o CISAPE – Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano (Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável do Sertão do Araripe, 2011).

1.6. DENSIDADE DEMOGRÁFICA

Quadro 4 – Densidade demográfica por município da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Municípios	Densidade demográfica (hab/Km²)
Araripina	42,57
Bodocó	22,75
Exu	23,98
Granito	13,77
Ipubi	34,87
Moreilândia	27,79
Ouricuri	27,94
Parnamirim	8,09
Santa Cruz	11,53
Santa Filomena	13,91
Trindade	120,92
Total	24

Fonte: IBGE, Censo (2010) e Estimativas, 2014

Com relação à densidade demográfica, a partir dos dados do IBGE 2013, o território apresenta uma média de aproximadamente 24 hab/km².

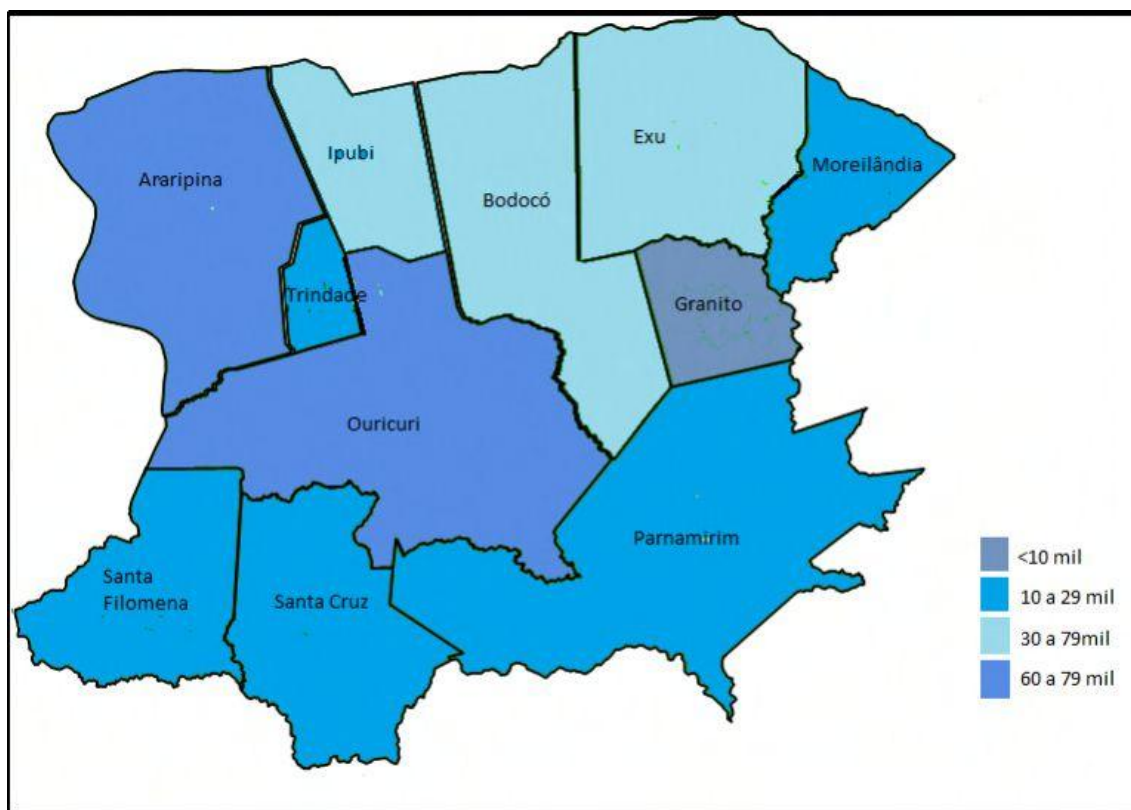
1.7. POPULAÇÃO TOTAL - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO

Em 2013, segundo estimativa do IBGE, a população do território era de 342.809 habitantes. É importante observar que no período de 2008 a 2013 houve um crescimento de 3,8% que mesmo discreto, pode ter relação com os incentivos e programas que beneficiaram esta população.

A análise dos dados populacionais utilizados neste documento está baseada nas informações censitárias e estimativas do IBGE.

Dos onze municípios desta região de saúde, apenas dois tem população maior que 50.000 habitantes, Araripina e Ouricuri e 54% dos municípios possuem população abaixo de 30.000 habitantes (figura 4), segundo as faixas populacionais.

Figura 4 -Mapa dos municípios da região, segundo faixas populacionais



Fonte: IBGE – Censo (2010) e Estimativas (2013)

Segundo a Nota Técnica 01/2009 do CONASS, no Brasil há enormes diferenças entre os estados e dentro dos estados mais de 75% dos municípios tem menos de 20.000 habitantes, uma escala insuficiente para a organização de redes de atenção a saúde de forma eficiente e com qualidade. Por isso, as redes deveriam se organizar

com autossuficiência em média complexidade nas microrregiões e com certa suficiência em alta complexidade.

A composição da população da IX Região de Saúde segundo sexo em 2013 (Tabela 1), era de 169.679 (49,5%) do sexo masculino e 173.130 (50,5%) do sexo feminino. Corroborando com as estatísticas no estado de Pernambuco que no ano de 2013 apresentou a proporção de 48,1% no sexo masculino e 51,9% no feminino.

Tabela 1 - Distribuição da população por sexo na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

Sexo	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Masculino	165.998	167.820	162.283	163.486	164.587	169.679
Feminino	164.242	165.584	165.583	166.813	167.943	173.130
Total	330.240	333.404	327.866	330.299	332.530	342.809

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas (2008-2009-2011-2012 e 2013).

A distribuição da população por faixas etárias de idade em um país é consequência das taxas de crescimento populacional, da expectativa de vida e das migrações (Mendonça, 2000).

Nos países desenvolvidos, a estrutura etária é caracterizada pela presença marcante da população adulta e da percentagem expressiva de idosos. O envelhecimento da população obriga o Estado a destinar boa parte dos seus recursos econômicos para a aposentadoria e os serviços de saúde.

Tabela 2 - Distribuição da população por faixa de residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

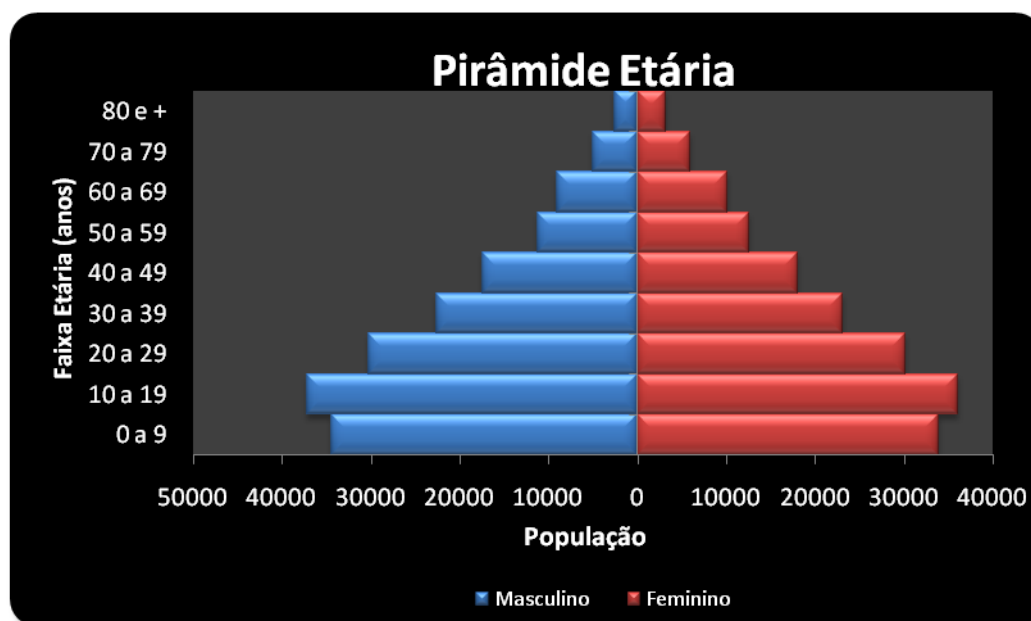
Faixa etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Menor 1 ano	7.534	7.493	6.272	6.562	6.611	6.544
1 a 4	29.982	29.799	25.178	25.127	25.297	26.340
5 a 9	38.098	37.929	33.946	34.202	34.441	35.513
10 a 14	33.411	34.106	37.777	38.057	38.324	39.514
15 a 19	32.591	31.290	32.280	32.518	32.735	33.746
20 a 29	60.131	60.933	57.791	58.222	58.615	60.427

30 a 39	41.122	42.015	43.666	43.992	44.289	45.661
40 a 49	32.161	33.088	33.968	34.219	34.442	35.507
50 a 59	22.252	22.682	22.775	22.939	23.089	23.797
60 a 69	18.096	18.550	18.309	18.443	18.563	19.134
70 a 79	9.797	10.340	10.431	10.505	10.576	10.895
80 e + Ignorada	5.065	5.179	5.473	5.513	5.548	5.715
Total	330.240	333.404	327.866	330.299	332.530	342.809

Fonte: IBGE, Censos (2010) e Estimativas (2008-2009-2011-2012 e 2013).

Ao analisar a pirâmide populacional da região (Figura 5), observa-se um alargamento da base, indicando um quantitativo significativo de jovens e adultos, embora apresente uma tendência crescente da população de idosos com certo equilíbrio entre a população masculina e feminina.

Figura 5 - Pirâmide populacional da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.



Fonte: IBGE, Censos (2010) e Estimativas (2008-2009-2011-2012 e 2013).

Tabela 3 - População dos municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

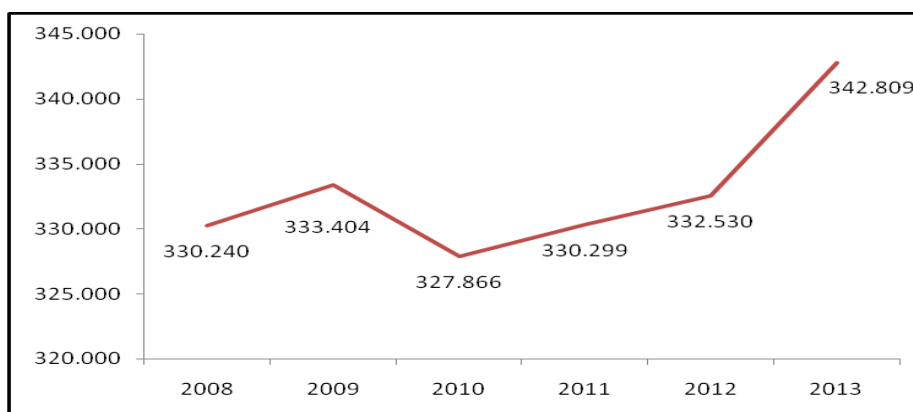
Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	79.104	79.876	77.302	77.794	78.270	80.577
Bodocó	34.712	34.987	35.158	35.422	35.676	36.783
Exu	31.236	31.087	31.636	31.576	31.518	32.076
Granito	6.882	6.959	6.855	6.913	6.968	7.191
Ipubi	26.973	27.353	28.120	28.510	28.887	30.037
Moreilândia	10.643	10.589	11.132	11.134	11.020	11.246
Ouricuri	66.077	66.979	64.358	64.944	65.510	67.689
Parnamirim	19.813	19.851	20.224	20.327	20.425	20.990
Santa Cruz	14.466	14.782	13.594	13.773	13.946	14.487
Santa Filomena	14.465	14.692	13.371	13.468	13.561	13.977
Trindade	25.869	26.249	26.116	26.438	26.749	27.756
Total	330.240	333.404	327.866	330.299	332.530	342.809

Fonte: IBGE, Censos (2010) e Estimativas (2008-2009-2011-2012 e 2013).

Observa-se na Tabela 3 que o município de Araripina é o mais populoso da região com 80.577 habitantes, seguido de Ouricuri com 67.689 habitantes. Granito possui a menor população com 7.191 habitantes.

Em relação ao crescimento populacional percebe-se um aumento de 3,7% nos anos de 2008 a 2013 (Gráfico 1). Segundo Rodolfo Pena (2014) “A população brasileira, por enquanto, não está ficando menor, apenas está crescendo em um ritmo mais lento”. O que não difere da região do Araripe Pernambucano.

Gráfico 01 - Curva do crescimento populacional da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.



Fonte: IBGE, Censo (2010) e Estimativas (2008-2009-2011-2012-2013)

Tabela 4 - Distribuição da população da IX Região de Saúde por ano censitário de 2010, segundo situação do domicílio. Pernambuco, 2013.

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

Fonte: IBGE, Censos (2010) e Estimativas (2008-2009-2011-2012 e 2013).

Observa-se na Tabela 4 que 52,9% da população concentra-se na zona urbana, enquanto 47,1% na área rural. Para se comparar internacionalmente o grau de urbanização da região, a mesma deve ultrapassar os 50% de pessoas na área urbana, o que percebe-se na região analisada. (IBGE 2010)

1.8. GRUPOS SOCIAIS ORGANIZADOS (ASSOCIAÇÕES DE MORADORES, SINDICATOS, CLUBES DE SERVIÇOS)

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

A existência de um movimento social requer uma organização muito bem desenvolvida, o que demanda a mobilização de recursos e pessoas muito engajadas. Os movimentos sociais não se limitam a manifestações públicas esporádicas, mas trata-se de organizações que sistematicamente atuam para alcançar seus objetivos políticos, o que significa haver uma luta constante e em longo prazo dependendo da natureza da

causa. Em outras palavras, os movimentos sociais possuem uma ação organizada de caráter permanente por uma determinada bandeira. (Ribeiro, 2004).

O quadro 5 apresenta os grupos sociais organizados da região, através da pesquisa realizada pela Secretaria Estadual de Ação Social em 2012. A falta de informação do município de Parnamirim, deve-se ao fato do município pertencera outra região de desenvolvimento ou por não haver registro no órgão competente.

Quadro 5 - Grupos Sociais Organizados da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Municípios	Razão Social	Controle Social
Araripina	Associação dos Moradores do Bairro Alto da Boa Vista Associação Lar Geriátrico Nossa Senhora Imaculada Conceição Lions Club de Araripina Pastoral da Criança – Araripina Secretaria Municipal do Trabalho e Ação Social de Araripina	Conselho Municipal da Assistência Social Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Municipal de Saúde Conselho Municipal da Merenda Conselho Municipal do Idoso Conselho Municipal de Educação
Bodocó	Paróquia são José – Bodocó Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Bodocó Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente SOS Comunidade Bodocó	Conselho Municipal da Assistência Social Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Municipal de Saúde Conselho Municipal de Educação Conselho Municipal do Idoso Conselho Mun. dos Direitos da Pessoa com Deficiência Conselho Municipal de Segurança Alimentar
Exu	Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Ação Social de Exú1 Paróquia Bom Jesus dos Aflitos	Conselho Municipal da Assistência Social Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Municipal de Saúde
Granito	Secretaria municipal de Desenvolvimento Social de Granito	Conselho Municipal da Assistência Social Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Municipal de Saúde Conselho Municipal do Idoso
Ipubi	Associação Municipal de Mulheres Ipubiense Pastoral da Criança - Ipubi 1 Secretaria Municipal de Assistência Social de Ipubi	Conselho Municipal da Assistência Social Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Municipal de Saúde

Moreilândia	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Moreilândia 1	Conselho Municipal da Assistência Social Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Municipal de Saúde Conselho Municipal do Idoso
Ouricuri	Paróquia de São Sebastião – Ouricuri Lions clube – Ouricuri sertão Secretaria Municipal de Ação Social de Ouricuri	Conselho Municipal da Assistência Social Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Municipal de Saúde Conselho Municipal do Idoso
Parnamirim	Não dispõe registro	
Santa Cruz	Associação dos Moradores da Vila Nova Diocese de Petrolina Secretaria Municipal de Ação Social de Santa Cruz	Conselho Municipal da Assistência Social Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Municipal do Idoso Conselho Municipal de Saúde
Santa Filomena	Associação de Mulheres do Interior de Santa Filomena; Associação de Agric. do Sítio Baixa Alegre e Sítio vizinhos; Associação de Capri ovinocultores de Santa Filomena; Associação dos Produtores Agropecuária do Sítio Fidel; Associação dos Produtores Rurais do Livramento; Associação Regional Comunitária dos Agricultores Grupo Integrante Sertão Secretaria Munic. de Assist. Social de Santa Filomena	Conselho Munic. de Desenvolvimento Local Sustentável; Conselho Municipal da Assistência Social; Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Municipal de Saúde Conselho Municipal de Educação Conselho Municipal da Merenda Conselho Municipal de Segurança Alimentar Conselho Estadual de Assistência Social
Trindade	Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania, Inclusão e Desenvolvimento Social de Trindade.	Conselho Municipal da Assistência Social Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Conselho Estadual de Assistência Social Conselho Estadual de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes

Fonte: Secretaria de Ação Social, 2012

1.9. PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS

Pernambuco é a 10ª economia do país e participa com 2,5% do Produto Interno Bruto (PIB), (IBGE, 2010). O estado cresceu 4,2% ao ano entre 2002 e 2010, um pouco acima da média nacional para o período que foi de 4%. Nos nove anos analisados, a soma das riquezas produzidas pelos municípios pernambucanos subiu de R\$ 35,25 bilhões para R\$ 95,18 bilhões, o maior valor desde o início da série histórica em 2002 (Diário de Pernambuco, 2012).

A economia do Sertão do Araripe tem como principal atividade a exploração da gipsita no chamado Pólo Gesseiro, responsável por 95% da produção brasileira de gesso. A região concentra 40% das reservas de gipsita do mundo. Além disso, destacam-se a caprinovinocultura, a produção de mandioca e a apicultura.

Os municípios de Araripina, Ipubi, Trindade e Ouricuri dependem da atividade gesseirana fabricação do gesso e na manufatura de artefatos utilizados, principalmente na construção civil e no setor hospitalar. Em 2006, existiam no Sertão do Araripe 350 empresas, entre mineradoras, calcinadoras e fabricantes de pré-moldados. A produção regional era de 2,5 milhões de toneladas/ano de gesso e o setor gerava 12 mil empregos diretos e 60 mil indiretos (PE-A/Z, 2012). A participação da atividade gesseira no emprego formal nos municípios de Trindade é de 50,67%, Ipubi 41,26% e Araripina 27,96%.

A extração e exploração por grandes grupos têm contribuído com o fortalecimento e o desenvolvimento da economia local. No entanto, a indústria gesseira depende de melhorias nas estradas e da construção de um gasoduto para aumentar a produção e a qualidade do produto (JC, 2002).

No município de Bodocó destaca-se a bacia leiteira, que registra grande influência nas atividades do comércio, da produção do leite a fabricação de derivados (queijos e doces) ao mesmo tempo em que apresenta incremento significativo na agropecuária.

A produção de mel no Estado de Pernambuco foi de 2.094,4 toneladas em 2010 representando 5,5% da produção nacional que foi de 38.017,4 toneladas. A microrregião de Araripina é o principal destaque desta produção com 74,5%, e nesta microrregião o município de Araripina produziu sozinho 655 toneladas, representando 31,3% da produção estadual (IBGE, 2010).

No intuito de melhorar a economia e também o escoamento do gesso na região, está sendo construída a Ferrovia Transnordestina com dois grandes eixos de transporte por trilhos. O projeto prevê a interligação por trilhos de bitola largados cerrados

nordestinos aos portos de Suape em Pernambuco e Pecém no Ceará por meio de uma ferrovia de 1.728 km. Um primeiro eixo ferroviário oeste-leste, partindo de Eliseu Martins no Cerrado Piauiense avança por Trindade e Salgueirano Sertão Pernambucano seguindo pela via férrea existente (que será requalificada) em direção a Suape, na região metropolitana do Recife. Um segundo eixo partirá de Salgueiro no sentido norte para Missão Velha, Sertão Cearense, continuando pela via existente (a ser melhorada) até Pecém, na região metropolitana de Fortaleza (Albuquerque, 2012).

1.10 RENDA

A dimensão renda e condições de vida da população reúnem um conjunto de variáveis que proporcionam uma visão da situação atual do Estado de Pernambuco, correlacionando os resultados locais com os números encontrados para a Região Nordeste e o Brasil, considera ainda, quando possível, qual o comportamento de uma determinada variável segundo as Regiões de Desenvolvimento existentes no Estado (Pernambuco, 2012).

O Estado de Pernambuco apresentou uma renda média domiciliar de R\$ 442,00, acima do valor calculado para a Região Nordeste, entretanto, 50% inferior ao rendimento apurado no país. Quando se examina a situação dos municípios pernambucanos, fica evidente que a Região Metropolitana congrega o maior número de municípios entre aqueles que apresentam um rendimento domiciliar per capita mais alto. Entre os dez municípios com os melhores índices, cinco estão nesta região de desenvolvimento (RD), sendo Recife, Olinda, Jaboatão, Paulista e Camaragibe, além do arquipélago de Fernando de Noronha. Na lista ainda estão elencados os municípios de Caruaru (RD Agreste Central), Petrolina (RD Sertão do São Francisco), Garanhuns (RD Agreste Meridional) e Santa Cruz do Capibaribe (RD Agreste Setentrional). O destaque nesse conjunto vai para Noronha e Recife, que apresentam rendimentos médios acima do valor nacional R\$ 932,00 e R\$ 894,00 respectivamente (Albuquerque, 2011).

1.11 PRODUTO INTERNO BRUTO

No Território do Sertão do Araripe, a variação do PIB em valores correntes no intervalo dos anos 2010 e 2011 apresentou um crescimento igual à 2,4%. Nas projeções para o período predomina a valorização do PIB per capita na região (Brasil, 2011).

O PIB per capita no período de 2008 a 2011 de maior renda foi do município de Trindade, passando de R\$ 3.288,00 para R\$ 6.158,00 um aumento em média de 40% ao ano e de menor renda foi o município de Bodocó de R\$ 3.718,00 para R\$ 4.898 com um aumento médio de 32%. No entanto, o aumento do PIB per capita não significa melhoria na qualidade de vida de seus munícipes, pois ainda é presente a concentração de riquezas (IBGE, 2010).

Tabela 5 - Distribuição do PIB por município da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2011. Pernambuco, 2013.

Municípios	Per capita (em R\$ 1,00)				Valores correntes (em R\$ milhões)			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Araripina	3.965	4.362	5.373	5.689	313,61	348,44	415,66	442,55
Bodocó	3.718	3.897	4.767	4.898	129,05	136,36	167,71	173,50
Exu	3.546	4.005	4.909	5.324	110,77	124,50	155,32	168,10
Granito	4.051	4.527	5.796	5.563	27,88	31,49	39,74	38,46
Ipubi	3.512	4.041	4.969	5.221	94,73	110,52	139,73	148,86
Moreilândia	3.500	4.085	4.554	4.824	37,25	43,24	50,72	53,71
Ouricuri	3.504	4.004	4.820	5.272	231,56	268,20	310,07	342,37
Parnamirim	3.763	4.553	5.129	5.932	74,55	90,38	103,74	120,57
Santa Cruz	3.288	3.666	4.292	4.941	47,56	54,18	58,34	68,05
Santa Filomena	2.776	3.101	3.999	4.215	40,15	45,57	53,28	56,76
Trindade	3.841	4.280	5.421	6.158	99,36	112,36	141,57	162,80
Média da Região	3.588	4.047	4.912	5.276	109,68	124,41	148,72	161,43

Fonte: IBGE 2010: PIB per capita a preços Correntes (2009) reais.

1.11. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

A desigualdade social e de renda também é verificada nesta Região. O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH que mede a qualidade de vida baseado em renda, longevidade e educação é de 0,621, enquanto que no Estado é de 0,705 e no Brasil 0,699, confirmando a necessidade de investimentos que contribuam para o desenvolvimento da região. (PDR/PE, 2011). O Índice de Desenvolvimento Humano varia de 0 a 1, quanto mais se aproxima de 1, maior o IDH de um local.

De acordo com os dados divulgados em novembro de 2010 pela ONU, o Brasil apresenta um IDH de 0,699 valor considerado alto e atualmente ocupa o 73.º lugar no ranking mundial. A cada ano o país tem conseguido elevar o seu IDH, fatores como aumento da expectativa devida população e taxa de alfabetização estão diretamente associados a esse progresso (O Guia do Brasil, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) tem como objetivo avaliar e instrumentalizar os municípios com uma distribuição mais equânime dos recursos públicos, buscando expressar a oferta e o acesso da população aos serviços.

O IDHM de Pernambuco passou de 0,440 em 1991 para 0,673 em 2010. Essa melhora modificou o status do Estado de muito baixo para médio. De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Urbano no Brasil elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), Pernambuco ocupa a 19.ª posição no ranking nacional no que diz respeito ao IDHM.

Os municípios do Araripe em 2000 que registraram os melhores desempenhos foram Trindade (0,77) e Ipubi (0,73). Entretanto, os piores desempenhos foram de Santa Cruz e Santa Filomena (0,58) e Exu (0,59).

Quadro 6 - Índice de Desenvolvimento Humano, segundo municípios do Araripe entre os anos de 1991 e 2000.

Municípios	Índice de Desenvolvimento Humano	
	1991	2000
Araripina	0,53	0,65
Bodocó	0,5	0,61
Exu	0,5	0,59
Granito	0,52	0,6
Ipubi	0,61	0,73
Moreilândia	0,5	0,62
Ouricuri	0,5	0,61
Parnamirim	0,56	0,67
Santa Cruz	0,45	0,58
Santa Filomena	0,44	0,58
Trindade	0,68	0,77

Fonte: Cadernos de Informações de Saúde /SES-PE, 2014

1.12. ESCOLARIDADE

O Censo de 2010 do IBGE demonstra uma redução no índice de analfabetismo no país nos últimos dez anos (2000 a 2010). Em 2000, o número de analfabetos correspondia a 13,63% da população (15 anos ou mais de idade) esse índice diminuiu para 9,6% em 2010, entretanto, ainda há muito a ser feito para a erradicação do analfabetismo no Brasil. Outro dado importante destaca que em 2006, 97% das crianças de sete a quatorze anos frequentavam a escola.

Esta redução no índice de analfabetismo deve-se principalmente, aos maiores investimentos feitos em educação no Brasil nos últimos anos. Os Governos municipais, estaduais e federais têm dedicado uma atenção especial a esta área. O Programa de bolsa educação tem tirado milhares de crianças do trabalho infantil para ingressarem nos bancos escolares. Programas de Educação de Jovens e Adultos (EJAs) também tem favorecido este avanço educacional. Tudo isto aliado a políticas de valorização dos professores, principalmente em regiões carentes, tem resultado em dados positivos (Brasil, 2014).

Em 2010, o Ministério da Educação (MEC) divulgou o resultado do IDEB do ano de 2009. Segundo o índice, os níveis de ensino nas escolas em Pernambuco, tanto as estaduais como municipais e da rede privada, obtiveram o melhor rendimento. No ensino fundamental, a média foi de 4,1 para as séries que vão do 1.º ao 5.º anos e 3,4 para as séries do 6.º ao 9.º anos, registrando um crescimento de meio ponto com relação aos números de 2007. A média do último ano de ensino médio também recebeu nota 3,3. A meta agora é chegar à nota 6 em 2022, média considerada padrão de primeiro mundo. (Lindoso, 2011).

A Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco registrou no censo escolar de 2010 um total de 2.0500.672 alunos matriculados na rede ensino (escolas municipais, estaduais, federais e particulares), destes 1.247.839 do sexo masculino e 1.256.833 do sexo feminino, correspondendo a 49,9 e 50,1 respectivamente. Do total de 10.294 escolas existentes 5.268 na zona urbana e 5.026 na zona rural.

O Sistema de Avaliação Educacional de Pernambuco e as Metas para a Educação Básica constituem uma política pública cuja diretriz é assegurar a melhoria da qualidade social da educação pública. Isto requer o comprometimento de todos os professores, gestores, comunidade escolar, estudantes e suas famílias. O trabalho baseado em metas e em resultados faz parte do Programa de Modernização da Gestão Pública adotado pelo Governo de Pernambuco. Na Educação, o objetivo é melhorar os indicadores educacionais do Estado, sobretudo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica de Pernambuco (IDEB), que impulsionará a elevação do Índice de

Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em virtude da similaridade na metodologia (PE, 2014).

A Gerência Regional de Educação– GRE Sertão do Araripe com sede no município de Araripina, em 2012 registrou no censo escolar um total de 52.963 matrículas nos municípios que compõem esta gerência. Os municípios de Moreilândia e Parnamirim compõem a GRE Sertão Central localizada no município de Salgueiro, sendo os dados apresentados no (Quadro 7) correspondem a 09 municípios que estão dentro do território da GRE Sertão do Araripe.

Uma das dificuldades encontradas para captação de informações da educação, refere-se à ausência do registro do censo escolar realizado pela GRE Sertão do Araripe nas escolas municipais e estaduais, o que ocasiona a restrição na coleta de dados. Observa-se no Quadro 7 que na última década a proporção de alfabetizados na região do Araripe correspondeu a 65,52%, representando um aumento de 14,06% na proporção de alfabetizados em relação a década anterior.

Quadro 7 - Proporção da população residente alfabetizada por faixa etária da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

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

Fonte: IBGE/Censos

Em relação ao Índice de Rendimento dos alunos da rede estadual nos municípios da IX Região de Saúde, destacam-se com os menores índices de aprovação os municípios de Araripina e Bodocó com 71%, o maior percentual de reprovação encontra-se no município de Santa Filomena com 17%, no que diz respeito à evasão, o município de Bodocó apresenta o maior percentual com 13%, sendo considerado o município com um dos piores indicadores de rendimento escolar no ano de 2012, segundo censo escolar da GRE Sertão do Araripina.

Quadro 8 - Índice de Rendimento do aluno nas escolas estaduais, segundo municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Municípios	Aprova dos	%	Reprova dos	%	Evadido s	%	Matricul ados
Araripina	7.733	71	1.351	12	1.233	11	10.899
Bodocó	4.766	71	918	14	845	13	6.740
Santa Filomena	1.942	73	456	17	187	7	2.674
Ouricuri	8.996	74	1.272	10	1.380	11	12.216
Santa Cruz	2.610	76	431	12	290	8	3.456
Exu	4.019	78	518	10	377	7	5.160
Trindade	3.950	78	516	10	305	6	5.065
Ipubi	4.300	78	631	11	280	5	5.493
Granito	986	78	146	12	34	3	1.260
Total	39.302	74	6.239	12	4.931	9	52.963

Fonte: Censo Escolar/GRE Sertão do Araripe, 2012.

1.13. ABASTECIMENTO DE ÁGUA, TIPO DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA E TIPO DE DESTINO DE LIXO

O Brasil possui um grande desafio quanto ao saneamento básico, principalmente em relação à coleta e o tratamento de esgoto, em muitos municípios a preocupação ainda é o acesso à água de qualidade. Os investimentos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) embora tenham o intuito de melhorar o saneamento no Brasil, foram inicialmente destinados aos sistemas de abastecimento de água, coleta de resíduos e o esgotamento sanitário. O tratamento de esgoto, mesmo estando presente neste planejamento, não recebeu uma dimensão clara dos investimentos realizados (Dantas, 2012).

Dados do IBGE de 2009 e 2010, nos anos de 2007 e 2008 houve uma melhora significativa do saneamento no Brasil, principalmente em relação ao abastecimento de água. Segundo o Instituto Trata Brasil, (2013) revela que 54% da população brasileira não possui coleta de esgoto, sendo nos Estados do Norte e Nordeste encontrado o percentual de apenas 8% e 19%, respectivamente. Em relação ao abastecimento de água, 90% das casas estão ligadas à rede.

Tabela 6 - Proporção de domicílios por tipo de abastecimento de água da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

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

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

A incidência de doenças de veiculação hídrica associadas à má qualidade da água consumida por parte significativa da população do semiárido, especialmente a que reside nas zonas rurais e a precariedade ou inexistência de estruturas de tratamento de esgoto, reflete principalmente nos indicadores de mortalidade infantil na região. Costa (2009) desenvolveu uma pesquisa em que relacionou a queda significativa de doenças, como por exemplo a diarreia, sobre a população infantil de áreas rurais de Pernambuco após a implantação de sistemas regulares de abastecimento de água ou mesmo de tratamento de água em sistemas simplificados.

Observa-se na Tabela 7 que mesmo com os esforços de melhorias e investimentos do governo, um grande contingente de domicílios ainda não possuem instalações sanitárias 23,71%, se comparado este dado a última década, representa uma melhoria de 27,83%.

Tabela 7 - Proporção de Domicílios por Tipo de Instalação Sanitária da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

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

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Na Tabela 8, observa-se o destino do lixo nos domicílios, sendo ainda percebido um cenário totalmente inapropriado, na medida em que mais de 70% do lixo gerado nos municípios do Araripe estão sendo lançados à céu aberto e ou queimado, sem nenhum

tipo de tratamento. Quanto aos aterros sanitários para o descarte dos resíduos sólidos, nenhum município da região dispõe, utilizam os lixões para o descarte. Com exceção do lixo hospitalar, onde uma empresa recolhe o lixo contaminado do Hospital Regional Fernando Bezerra, HEMOPE e de alguns Hospitais e Unidades de Saúde dos municípios.

Tabela 8 - Proporção de domicílios por tipo de destino de lixo segundo ano censitário da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Coleta de lixo	1991	2000	2010
Coletado	17,94	32,89	51,76
Queimado (na propriedade)	1,29	15,02	28,89
Enterrado (na propriedade)	0,05	0,67	0,56
Jogado	79,33	50,53	18,03
Outro destino	1,39	0,89	0,76

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Quanto à limpeza urbana, nos municípios de Araripina, Ouricuri, Trindade e Parnamirim, os serviços são totalmente terceirizados, Exu, Moreilândia, Santa Cruz e Santa Filomena são parcialmente realizados por empresas terceirizadas e nos municípios de Bodocó e Ipubi são realizados pelas prefeituras.

2. MORTALIDADE

2.1 MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil é obtida através do percentual dos óbitos de crianças menores de um ano de idade por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a composição da mortalidade infantil por períodos, neonatal (precoce e tardio) e pós-neonatal. Percentuais elevados de óbitos neonatais estão preponderantemente associados a fatores da gestação e do parto, enquanto que, no período pós-neonatal, predominam as causas ambientais (Opas, 2002). O coeficiente de mortalidade infantil vem sendo muito usado na saúde pública, reflete as condições de vida de uma população, uma vez que a criança com menos de um ano de vida é extremamente sensível as condições ambientais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera aceitável taxa de mortalidade infantil de 10 óbitos por mil nascidos vivos. De acordo com o pacto pela saúde 2010 e 2011, em 2009 o Brasil obteve a taxa de 14,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

Historicamente a região nordeste apresenta os maiores índices de mortalidade infantil. Em relação ao estado de Pernambuco, no ano de 2012 o estado permaneceu com uma taxa de mortalidade infantil de 14,21 por mil nascidos vivos. A Tabela 9 apresenta consistente tendência de redução da mortalidade infantil na IX Região de Saúde. Em 2012 a taxa de mortalidade diminuiu para 17,84 por mil nascidos vivos, redução de 25,84% em comparação ao ano de 2008. Os municípios de Trindade, Santa Cruz e Parnamirim foram os que apresentaram maior variação negativa no período de 2008 a 2012. Apesar da diminuição significativa da mortalidade infantil nesses municípios outros variam em determinados períodos em patamares elevados, enquanto o município de Moreilândia se destaca com uma variação positiva proporcionalmente em 347,0%.

Tabela 9 – Número e Taxa de Mortalidade Infantil de Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2012. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012(*)	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	46	26,82	36	19,78	43	25,41	29	16,41	37	21,82
Bodocó	17	27,96	22	34,32	11	17,94	11	19,74	11	18,70
Exu	12	19,42	8	14,49	11	18,00	17	14,55	8	14,54
Granito	1	8,70	5	45,05	2	19,23	2	8,77	1	8,77
Ipubi	13	22,18	14	22,47	20	32,10	12	19,70	8	12,36
Moreilândia	1	6,17	1	7,09	6	42,5	4	22,72	4	27,58
Ouricuri	25	17,20	31	25,06	22	20,99	21	19,57	22	19,40
Parnamirim	9	22,44	3	7,75	4	10,05	3	7,46	6	15,62
Santa Cruz	13	48,87	8	24,31	5	11,90	6	20,76	4	14,81
Santa Filomena	6	25,00	3	11,23	5	18,45	3	12,34	4	18,43
Trindade	19	33,50	12	18,98	19	29,59	11	17,26	8	13,55
Total	162	24,07	143	21,21	148	22,52	119	18,30	113	17,84

Fonte: SINASC; SIM. (*) Dados preliminares

2.2 MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL

Reflete o número de óbitos de menores de 28 dias de vida a cada mil nascidos vivos, em determinado período e local. O indicador estima o risco de um nascido vivo morrer antes dos 28 dias, reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (Opas, 2002). A mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil no Brasil, onde atualmente as afecções perinatais representam a principal causa de óbitos neonatal e infantil. Respondem ainda por 50% das mortes de menores de 5 anos (VICTORA, 2001). A prematuridade tem sido registrada entre os principais grupos de causas de mortes neonatais no mundo, assim como as infecções, asfixia, hipóxia e mal formações congênitas. Não menos importante as afecções respiratórias são também causas de óbitos neonatais com grande número de registros no país.

A análise da série histórica demonstra uma variação negativa de 13,88% na IX região de saúde quando se compara os anos de 2012 e 2008. Porém, observa-se uma redução menor em relação a mortalidade infantil. O estado de Pernambuco no ano de 2012 apresentou uma variação negativa de 9,86% na redução dos óbitos neonatais.

Tabela 10 - Número e Taxa de Mortalidade Neonatal de Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2012. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012(*)	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	34	19,77	29	15,91	31	18,32	24	13,57	27	15,90
Bodocó	8	13,16	17	26,56	9	14,66	8	14,31	7	11,88
Exu	8	12,94	5	9,06	7	11,46	9	16,82	6	10,91
Granito	1	8,70	4	36,04	2	19,23	2	17,86	1	8,77
Ipubi	5	8,47	7	11,18	15	23,92	5	8,13	6	9,26
Moreilândia	1	6,13	1	7,14	3	19,87	4	22,73	4	27,59
Ouricuri	17	11,68	21	16,98	15	14,30	13	11,07	17	14,99
Parnamirim	7	17,41	2	5,17	4	10,05	2	4,98	6	15,63
Santa Cruz	7	26,22	8	24,32	5	11,90	6	20,27	3	11,11
Santa Filomena	6	25,00	3	11,24	4	14,71	3	12,30	3	13,76
Trindade	11	19,37	9	14,24	10	15,58	4	6,27	5	8,46
Total	105	15,56	106	15,72	105	105,96	80	12,27	85	13,40

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

2.3 MORTALIDADE INFANTIL PÓS NEONATAL

É calculado através do número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário. A taxa de mortalidade neonatal tardia também acompanhou tendência de declínio nos anos analisados na IX Região de Saúde. Houve significativa redução da taxa de 8,60 em 2008 para 4,42 em 2012, ocasionando em uma variação negativa de 48,60%.

Observa-se na Tabela 11 que todos os municípios apresentaram variação negativa com exceção de Granito, Moreilândia, Parnamirim e Santa Filomena por não registrar óbitos regularmente no período. O município de Santa Cruz obteve a maior variação negativa seguido por Ipubi, Trindade e Bodocó respectivamente. Observa-se ainda que os municípios de menor população apresentaram uma redução mais significativa do que municípios mais privilegiados socioeconomicamente como Ouricuri e Araripina.

Os óbitos infantis tendem a concentrar-se no período neonatal, sobretudo durante a primeira semana de vida, enquanto essa proporção declina no período pós-neonatal. Esse perfil reflete a melhoria das condições de vida e a implementação de ações básicas de proteção da saúde infantil, reduzindo principalmente a mortalidade associada a fatores ambientais.

Tabela 11 – Número e Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia de Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2012. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012(*)	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	12	6,98	7	3,84	12	7,09	5	2,83	10	5,89
Bodocó	9	14,80	5	7,81	2	3,26	3	5,37	4	6,79
Exu	4	6,47	3	5,43	4	6,55	8	14,95	2	3,64
Granito	0	-	1	9,01	0	-	0	-	0	-
Ipubi	8	13,56	7	11,18	5	7,97	7	11,38	2	3,09
Moreilândia	0	-	0	-	3	19,87	0	-	0	-
Ouricuri	8	5,49	10	8,08	7	6,67	8	6,81	5	4,41

Parnamirim	3	7,46	1	2,58	0	-	1	2,49	0	-
Santa Cruz	6	22,47	0	-	0	-	0	-	1	3,70
Santa Filomena	0	-	0	-	1	3,68	0	-	1	4,59
Trindade	8	14,08	3	4,75	9	14,02	7	10,97	3	5,08
Total	58	8,60	37	5,49	43	6,53	39	5,98	28	4,42

Fonte: SINASC; SIM. (*) Dados preliminar

2.4 MORTALIDADE PERINATAL

O período perinatal começa com 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias incompletos após o nascimento (Brasil, 2005). O coeficiente de mortalidade perinatal é um importante indicador das condições de saúde materna e neonatal e reflete a qualidade da assistência ofertada.

Em 2012, a taxa de mortalidade perinatal do estado de Pernambuco foi de 19,42 por mil nascidos vivos, redução de 5,77% em comparação ao ano de 2008. De acordo com a série histórica analisada na Tabela 12, observa-se um declínio neste coeficiente, passando de 34,39 no ano de 2008 para 22,24 em 2012, representando uma redução na variação de 35,33%. A maior redução proporcional no período foram nos municípios de Santa Cruz e Trindade 65,4% e 65% respectivamente. Em contrapartida, o município de Moreilândia obteve um aumento na variação de 293,5% persistindo uma grande diferença na região, revelando municípios com redução significativa dos óbitos e outros com aumento acentuado. Dessa forma, é necessária a realização de estudos em nível regional para a aplicação de metodologias que enfoquem a evitabilidade dos óbitos perinatais, a fim de subsidiar o planejamento de ações e estratégias que impactem na redução do indicador em todos os municípios da IX Região.

A redução deste indicador pode estar ligado ao progresso da assistência à gestante durante o período pré-natal, pré parto, e especialmente, durante o parto, porém, embora tenha ocorrido um declínio nas taxas de mortalidade perinatal, a situação ainda representa uma preocupação para a gestão local. Os resultados desta análise sugerem que são necessárias iniciativas, em especial para uma melhor assistência a esta população, principalmente mediante a implantação de rotinas e fluxos que garantam a adequada assistência ao período gravídico-puerperal.

Tabela 12 – Número e Taxa de Mortalidade Perinatal de Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2012. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012(*)	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	64	37,21	59	32,36	62	36,64	38	21,49	42	24,73
Bodocó	22	36,18	38	59,38	15	24,43	10	17,89	14	23,77
Exu	20	32,36	11	19,93	16	26,19	17	31,78	10	18,18
Granito	2	17,39	6	54,05	3	28,85	4	35,71	2	17,54
Ipubi	14	23,73	20	31,95	27	43,06	8	13,01	8	12,35
Moreilândia	2	12,27	1	7,14	8	52,98	5	28,41	7	48,28
Ouricuri	38	26,10	48	38,80	27	25,74	24	20,44	30	26,46
Parnamirim	16	39,80	4	10,34	5	12,56	5	12,44	8	20,83
Santa Cruz	20	74,91	15	45,59	10	23,81	7	23,65	7	25,93
Santa Filomena	12	50,00	5	18,73	9	33,09	4	16,39	5	22,94
Trindade	22	38,73	19	30,06	24	37,38	9	14,11	8	13,54
Total	232	34,39	226	33,51	206	31,31	131	20,10	141	22,24

Fonte: SINASC; SIM. (*) Dados preliminares

2.5 MORTALIDADE PROPORCIONAL POR DOENÇA DIARREICA AGUDA (DDA) EM MENORES DE CINCO ANOS

A doença diarreica aguda (DDA) é uma causa importante de mortalidade no país, estando relacionada a precárias condições de vida em consequência, principalmente, da ausência de saneamento básico.

De acordo com a Tabela 13 os municípios de Exu, Ipubi, Ouricuri, Santa Cruz e Trindade apresentaram aumento no número de óbitos, ao contrário de Araripina e Bodocó que reduziram quando comparados aos anos de 2008 e 2012. Os municípios de Granito, Moreilândia e Santa Filomena não apresentaram registro de óbitos. Observa-se que o índice de mortalidade infantil por diarreia em menores de 05 anos reduziu em 26,58% no período analisado, passando de 6,81 no ano de 2008 para 5,00 no ano de 2012.

A identificação e o monitoramento do perfil epidemiológico das DDA e o conhecimento da realidade e seus condicionantes indicam sobretudo, a natureza das ações em saúde pública que devem ser tomadas para seu controle e prevenção. As baixas taxas de mortalidade por diarreia observadas na Região podem ser justificadas por serem consideradas comuns e tratadas com certa naturalidade pela população e

pelos profissionais de saúde, fatores que contribuem para a subnotificação de casos e surtos de DDA, dificultando as investigações e o estabelecimento de causas.

Tabela 13 – Número e Percentual de Óbitos Proporcional por DDA em Menores de 5 anos Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2012. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012(*)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Araripina	5	8,93	1	2,56	1	1,92	1	3,03	0	-
Bodocó	3	17,65	0	-	0	-	1	6,25	0	-
Exu	1	6,67	1	9,09	1	8,33	1	5,26	1	8,33
Granito	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Ipubi	1	6,67	2	13,33	0	-	2	14,29	2	20,00
Moreilândia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Ouricuri	2	6,25	3	8,33	3	11,11	1	3,70	2	7,41
Parnamirim	0	-	1	25,00	0	-	0	-	0	-
Santa Cruz	1	6,25	0	-	1	14,29	0	-	0	-
Santa Filomena	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Trindade	0	-	2	10,53	1	4,35	2	14,29	2	18,18
Total	13	6,81	10	6,02	7	4,02	8	5,59	7	5,00

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

2.6 MORTALIDADE PROPORCIONAL POR INFECÇÃO RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EM MENORES DE CINCO ANOS

O indicador de mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de cinco anos reflete as condições socioeconômicas e de atenção básica à saúde da criança, principalmente diante de fatores ambientais que favorecem a ocorrência de infecções respiratórias, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção básica à saúde na infância.

Observa-se na Tabela 14 que os municípios de Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi, Ouricuri e Trindade reduziram o índice de mortalidade por IRA no período de 2008 a 2012, mesmo tendo passado por frequentes oscilações no decorrer desses anos. Apenas Santa Cruz apresentou aumento do indicador. Os municípios de Granito, Moreilândia, Santa Filomena e Parnamirim não apresentaram óbitos relacionados a essa causa. O índice de mortalidade por Infecção Respiratória Aguda em menores de

05 anos foi reduzido em 51,29% no período analisado, passando de 7,33 no ano de 2008 para 3,57 no ano de 2012.

A Região do Araripe, onde estão localizados os municípios da IX Região de Saúde, possui como atividade socioeconômica a extração da gipsita e produção de gesso, o que caracteriza a região como polo gesseiro do país. Esta forma de produção pode ocasionar problemas respiratórios na população, principalmente nos municípios com maior atividade como Araripina, Ipubi e Trindade.

A Vigilância de Fatores de Risco não Biológicos na região desenvolve apenas as ações do VIGIAGUA (Vigilância da qualidade da água), as demais atividades são inexistentes, implicando na carência de informações que forneceriam subsídios para o planejamento de programas e ações de prevenção e controle. Uma vez que as situações detectadas como de risco à saúde, decorrente de contaminações ambientais, integrariam com a vigilância epidemiológica quanto à incidência, a prevalência das doenças e no impacto das ações utilizadas, além das ações de saneamento, visando o controle ou a eliminação dos riscos.

Tabela 14 – Número e Percentual de Óbitos Proporcional por IRA em Menores de 5 anos Residentes na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2012. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012(*)	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	2	3,57	2	5,13	3	5,77	1	3,03	1	2,27
Bodocó	0	-	2	9,09	0	-	2	12,50	1	8,33
Exu	1	6,67	2	18,18	0	-	1	5,26	0	-
Granito	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Ipubi	3	20,00	3	20,00	2	9,09	0	-	0	-
Moreilândia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Ouricuri	3	9,38	1	2,78	1	3,70	0	-	2	7,41
Parnamirim	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Santa Cruz	2	12,50	0	-	0	-	1	14,29	0	-
Santa Filomena	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Trindade	3	14,29	0	-	2	8,70	2	14,29	1	9,09
Total	14	7,33	10	6,02	8	4,60	7	4,90	5	3,57

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

2.7 RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) a mortalidade materna é definida como o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (CID 10, 2008). Por se tratar de óbitos evitáveis e sensíveis as desigualdades socioeconômicas e fragilidades da rede de saúde, este indicador retrata, o acesso à assistência, as condições de saúde e de atenção à saúde da mulher. Constitui-se um dos indicadores mais adequados para avaliar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde de forma integral, assim como é extremamente sensível à pobreza e a desigualdade social.

Na tabela 15, ao analisar a variação da razão de óbitos maternos ocorridos na IX Região de Saúde em 2008 e 2013, identifica-se que este indicador apresentou uma queda de 64,87%. Este mesmo cenário se repete no âmbito nacional e estadual, onde a razão de mortalidade materna reduziu em 5,72% e 14,25%, respectivamente, no mesmo período analisado. No ano de 2013 o Brasil apresentou aproximadamente 54 óbitos de mulheres em cada 100 mil nascidos vivos, e esse número deverá ser reduzido até 2015 para 35/100 mil, segundo os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). No Estado de Pernambuco em 2008, o indicador foi de 66,8 e em 2013 passou para 57,28, segundo dados do Painel da Mortalidade Materna do DATASUS.

Este declínio na IX Região de Saúde pode estar atrelado a uma melhora na assistência da atenção primária a mulher durante a gestação, com ações voltadas ao estímulo na realização do pré-natal em tempo oportuno e o cumprimento mínimo de consultas estabelecido pelo Ministério da Saúde. Também pode estar ligada a instituição dos comitês de óbito materno e infantil onde há reuniões periódicas para discussão e investigação dos casos e direcionamento de ações que visam elucidar as causas de óbitos, possibilitando melhorias nas ações de saúde. Outro fato que pode justificar esta redução foi a criação do Programa Mãe Coruja, instituído em 2007 com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, além de assegurar uma boa gestação e puerpério tanto à mulher quanto à criança. Inicialmente, implantado na IX Região de Saúde, devido apresentar a época, os maiores coeficientes de morbimortalidade materna, fetal e infantil do Estado.

O enfrentamento da problemática da morte materna, implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas de saúde sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população.

Tabela 15 – Razão de Mortalidade Materna de Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM
Araripina	3	174,62	1	54,94	1	59,10	2	113,18	4	235,98	1	66
Bodocó	2	328,94	0	-	0	-	0	-	1	170,64	0	-
Exu	1	162,33	1	180,50	0	-	0	-	0	-	0	-
Granito	0	-	0	-	0	-	0	-	1	877,19	0	-
Ipubi	2	341,29	1	160,51	0	-	2	328,40	0	-	0	-
Moreilândia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Ouricuri	2	137,64	2	161,68	1	95,41	0	-	2	176,36	1	88,57
Parnamirim	0	-	1	258,39	1	251,25	0	-	1	260,41	0	-
Santa Cruz	0	-	0	-	0	-	1	349,65	0	-	0	-
Santa Filomena	0	-	1	374,53	0	-	1	411,52	0	-	0	-
Trindade	0	-	3	474,68	0	-	0	-	1	169,49	1	163,39
Total	10	148,54	10	148,32	3	45,66	6	92,3	10	157,92	3	52,18

Fonte: DATASUS/ SINASC, SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.8 MORTALIDADE GERAL POR CAPÍTULO CID – 10

O perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma importante. A transição epidemiológica e demográfica vem ocorrendo de forma acelerada com redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias e aumento das doenças crônicas.

A IX Região de Saúde apresentou uma taxa de mortalidade geral com variação inferior de 4,18% quando comparada ao Estado de Pernambuco 7,42% e do Brasil

12,16%. No Quadro 9 observa-se um aumento de 1.888 óbitos em 2008 para 1.967 em 2013, podendo estar atribuído à qualidade e o aumento dos registros no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que a partir de 2009 com a publicação da Portaria n.º 1.378/2013 de 09 de julho de 2013, definiu as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde, onde os registros passaram a ser de uso obrigatório em todo território nacional, condicionando o repasse de recurso ao Fundo Municipal de Saúde.

A análise por causa de morte apontou um aumento de 15,76% das doenças cardiovasculares nos anos de 2008 e 2013 permanecendo relevante, com taxas superiores quando comparada aos valores estadual 1,21% e nacional 5,93%. Por outro lado, os óbitos por causas externas apresentam diminuição de 4,6%, atribuindo-se, em parte, pela subnotificação dos casos, já que está incluso nesse indicador os acidentes de transporte terrestre. A IX Região de Saúde apresenta as maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito registradas no Estado de Pernambuco, sendo necessário implementar as ações de promoção e educação da população em parceria com os outros atores sociais na prevenção e redução dos acidentes. A terceira causa de morte foram as neoplasias com 26,76% de aumento sendo superior quando comparado a estatística estadual de 16,7%. O índice de mortalidade por doenças respiratórias variou de 6,04% em 2008 a 7,67% em 2013. Com relação à algumas afecções originadas no período perinatal, houve redução de 38,41%.

Quadro 9 – Frequência de residentes por capítulo CID 10 segundo ano do óbito da IX Região de Saúde nos anos de 2008 e 2013. Pernambuco, 2013.

Causa (Capítulo CID10)	2008	%	2013	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	485	25,69	585	29,74
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	319	16,90	317	16,11
II. Neoplasias (tumores)	198	10,49	251	12,76
X. Doenças do aparelho respiratório	114	6,04	151	7,67
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	109	5,77	136	6,91
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	203	10,75	130	6,62
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	224	11,86	96	4,88
XI. Doenças do aparelho digestivo	58	3,07	86	4,37
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	56	2,97	77	3,92

V. Transtornos mentais e comportamentais	27	1,43	39	1,98
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	13	0,69	31	1,58
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	28	1,48	25	1,27
VI. Doenças do sistema nervoso	20	1,06	22	1,12
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	9	0,48	14	0,71
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	9	0,48	3	0,15
XV. Gravidez parto e puerpério	10	0,53	2	0,10
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	0,26	2	0,10
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,05	0	0,00
Total	1.888	100,00	1.967	100,00

Fonte: SIM, – Situação da base de dados em: 04/2015

2.9 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AIDS

A mortalidade por AIDS no Brasil nos anos de 2008 a 2012 apresentou uma variação de 0,32%, indicando uma diminuição na ocorrência de óbitos, sendo inferior as taxas apresentadas pelo Estado de Pernambuco onde a variação foi de 31,87% com um aumento significativo da mortalidade por esta causa. Ao analisar a série histórica da IX Região de Saúde, somente a partir de 2009 os municípios de Araripina, Bodocó e Trindade registraram óbitos (Tabela 16). Diante desse cenário, a variação de óbitos na Região entre os anos de 2009 a 2013 foi de 62,22% apresentando-se superior quando comparado às estatísticas estadual e nacional.

Em 2011 e 2012 Araripina obteve um aumento da taxa de mortalidade de 296,12%, enquanto que em 2013 o percentual de óbitos se revelou inferior entre os anos analisados. Os municípios de Bodocó, Ouricuri e Ipubi apresentaram nos anos de 2009, 2011 e 2012 taxas de 2,86, 3,08 e 3,46 respectivamente, o que representa entre um e dois óbitos para os anos apresentados. No período de 2010 e 2012, o município de Exu permaneceu com 01 óbito por AIDS, com uma variação de 0,32% das mortes por esta causa. Observa-se ainda que os municípios de Santa Cruz e Santa Filomena apresentaram taxas superiores de 7,26 e 7,37 entre os anos de 2011 e 2012, respectivamente, podendo ser atribuído ao porte populacional quando comparado aos demais municípios. Considerando os dados acumulados de 2009 a 2013, o município de Trindade registrou uma variação de 183,72%, o que demonstra um crescimento na taxa de mortalidade. Granito, Moreilândia e Parnamirim não apresentaram óbitos no período.

Os dados apontam que para o alcance na redução dos óbitos por AIDS, as condições de diagnóstico, a qualidade da assistência, as ações educativas, a adoção de medidas individuais de prevenção, bem como o aprimoramento da vigilância epidemiológica e seus sistemas de informações, são fundamentais para produção do conhecimento que subsidie o planejamento e as ações programáticas na área de atuação de HIV/AIDS.

Tabela 16 - Número e Taxa de Mortalidade Específica por AIDS de Residentes na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	TX
Araripina	0	-	1	1,25	0	-	1	1,29	4	5,11	2	2,48
Bodocó	0	-	1	2,86	0	-	0	-	0	-	0	-
Exu	0	-	0	-	1	3,16	0	-	1	3,17	0	-
Granito	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Ipubi	0	-	0	-	0	-	0	-	1	3,46	0	-
Moreilândia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Ouricuri	0	-	0	-	0	-	2	3,08	0	-	0	-
Parnamirim	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Santa Cruz	0	-	0	-	0	-	1	7,26	0	-	0	-
Santa Filomena	0	-	0	-	0	-	0	-	1	7,37	0	-
Trindade	0	-	1	3,81	0	-	1	3,78	0	-	3	10,81
Total	0	-	3	0,90	1	0,31	5	1,51	7	2,11	5	1,46

Fonte: IBGE e SIM, – Situação da base de dados em: 04/2015

Nota: Para evitar distorções dos pequenos números, não foram calculadas as taxas para os municípios com população inferior a 50.000 habitantes, e sim utilizado os números absolutos.

2.10 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA DE MAMA

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), esta é a primeira causa de morte por câncer dentro da população feminina no país. No estado de Pernambuco a taxa de

mortalidade no ano de 2013 foi de 7,18, sendo considerado um pouco superior ao do Brasil com 7,11.

Observa-se na série histórica (Tabela 17) que a maior parte dos municípios apresentou taxas superiores de mortalidade quando comparado as nacional e estadual para o ano de 2013. Granito, Ipubi e Santa Cruz não apresentaram óbitos por esta causa no ano. Durante os anos de 2008 a 2013 os municípios de Moreilândia e Parnamirim apresentaram redução nas taxas de mortalidade com 17,86 e 9,69 respectivamente. A variação da IX Região de Saúde, no mesmo período, foi positiva totalizando um aumento de 89,78% no número de óbitos pela doença.

Tabela 17 – Número e Taxa de Mortalidade Específica por neoplasia da mama em Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	3	7,50	1	2,48	1	2,53	2	5,04	5	12,5 1	4	9,72
Bodocó	2	11,7 9	0	-	0	-	0	-	1	5,62	3	16,3 5
Exu	1	6,43	0	-	5	30,9 6	4	24,8 0	4	24,8 7	3	18,3 2
Granito	0	-	1	28,7 5	0	-	0	-	0	-	0	-
Ipubi	1	7,40	2	14,6 0	3	21,0 3	1	6,91	3	20,4 7	0	-
Moreilândia	1	19,2 4	0	-	1	18,0 5	0	-	1	18,2 3	1	17,8 6
Ouricuri	0	-	3	9,03	3	9,19	1	3,03	2	6,02	4	11,6 5
Parnamirim	0	-	2	20,3 9	0	-	0	-	1	9,96	1	9,69
Santa Cruz	0	-	1	13,9 6	0	-	0	-	2	28,7 2	0	-
Santa Filomena	0	-	0	-	1	15,1 2	0	-	1	14,9 1	1	14,4 7
Trindade	1	7,67	2	15,1 2	1	7,56	1	7,47	2	14,7 7	1	7,12
Total	9	5,48	12	7,25	15	9,06	9	5,40	22	13,1 0	18	10,4 0

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.11 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO

Em 2013, o Brasil apresentou uma taxa de mortalidade por câncer de colo de útero de 2,6, um pouco menor que a do Estado de Pernambuco de 2,7 que quando comparadas à IX Região de Saúde, destaca-se com uma taxa elevada de 10,40.

Na Tabela 18 observa-se que para o ano de 2013, Bodocó, Exu, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade não registraram óbitos, os municípios de Ouricuri (2,91) e Ipubi (13,13) reduziram a mortalidade por este tipo de câncer, apenas Granito destaca-se com um coeficiente de 28,00 óbitos, considerado elevado para o tamanho da população. A variação da taxa de mortalidade entre os anos analisados foi de 55,2%, representando um aumento nos óbitos.

Em 2011 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer para controle do câncer do colo do útero e mama, além da ampliação e qualificação da assistência oncológica. As ações são direcionadas para o fortalecimento da gestão regional, qualificação das equipes, qualidade dos exames, garantia do diagnóstico e tratamento das lesões precursoras, mobilização social e melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer, na perspectiva de contribuir de forma significativa na redução dos óbitos.

Tabela 18 - Número e Taxa de Mortalidade Específica por Câncer do Colo do Útero em Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	2	5,00	3	7,43	0	-	1	2,52	4	10,01	1	2,43
Bodocó	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Exu	0	-	0	-	0	-	1	6,20	0	-	0	-
Granito	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	28,00
Ipubi	5	36,98	1	7,30	0	-	2	13,83	0	-	2	13,13
Moreilândia	1	19,24	0	-	0	-	0	-	1	18,23	0	-
Ouricuri	1	3,05	3	9,03	1	3,06	2	6,07	3	9,02	1	2,91
Parnamirim	2	20,42	0	-	0	-	1	10,01	0	-	0	-
Santa Cruz	0	-	2	27,93	2	29,48	0	-	0	-	0	-
Santa Filomena	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Trindade	0	-	2	15,12	1	7,56	2	14,95	0	-	0	-

Total	11	6,70	1	6,64	4	2,42	9	5,40	8	13,10	5	10,40
--------------	-----------	-------------	----------	-------------	----------	-------------	----------	-------------	----------	--------------	----------	--------------

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.12 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Apesar dos avanços terapêuticos dos últimos anos, as doenças cardiovasculares ainda são descritas como a primeira causa de morte no Brasil e no estado de Pernambuco. Dentre as várias doenças cardiovasculares, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é considerado o de maior prevalência, além de evoluir para mortalidade na maior parte dos casos.

No ano de 2013, o coeficiente de mortalidade por IAM no Brasil foi de 42,44 considerado inferior quando comparado ao estado de Pernambuco e a IX Região de Saúde, onde a taxa foi de 58,51 e 52,22 óbitos por 100.000 habitantes, respectivamente. Na Tabela 19 é possível observar uma redução da taxa de mortalidade por IAM nos municípios de Araripina (39,71), Ipubi (53,27) e Parnamirim (33,35). Nos demais, houve aumento significativo na taxa de mortalidade, chamando a atenção para os municípios de Moreilândia (71,14) e Santa Filomena (121,63) que apresentaram uma variação positiva de 278,6% e 193,2%, respectivamente.

A variação entre os anos analisados foi de 19,7% representando um aumento na taxa, que pode ser justificado pela transição epidemiológica e o conseqüente aumento das doenças crônicas não transmissíveis.

Tabela 19 - Número e Taxa de Mortalidade Específica por Infarto Agudo do Miocárdio de Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	TX
Araripina	35	44,25	31	38,81	24	31,05	24	30,85	36	45,99	32	39,71
Bodocó	13	37,45	14	40,01	9	25,60	24	67,75	13	36,44	14	38,06
Exu	13	41,62	9	28,95	18	56,90	19	60,17	31	98,36	19	59,23
Granito	1	14,53	5	71,85	3	43,76	6	86,79	1	14,35	2	27,81
Ipubi	18	66,73	18	65,81	21	74,68	14	49,11	18	62,31	16	53,27
Moreilândia	2	18,79	3	28,33	2	17,97	5	44,91	8	72,60	8	71,14
Ouricuri	27	40,86	23	34,34	21	32,63	23	35,42	36	54,95	39	57,62
Parnamirim	12	60,57	4	20,15	5	24,72	12	59,03	13	63,65	7	33,35

Santa Cruz	5	34,56	5	33,82	9	66,21	5	36,30	6	43,02	7	48,32
Santa Filomena	6	41,48	4	27,23	7	52,35	3	22,28	9	66,37	17	121,63
Trindade	12	46,39	13	49,53	12	45,95	7	26,48	7	26,17	18	64,85
Total	144	43,60	129	38,69	131	39,96	142	42,99	178	53,53	179	52,22

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.13 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CÉREBRO VASCULAR (DCV)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 2013, o acidente vascular cerebral (AVC) ou doença cerebrovascular é a segunda causa de mortalidade no mundo. No Brasil, este agravo corresponde à primeira causa de morte, acompanhando a tendência dos países em desenvolvimento (Lotufo, 2009). Nesse sentido, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares constitui um importante indicador do risco de morte, capaz de dimensionar sua magnitude enquanto problema de saúde pública.

Observa-se na série histórica da Tabela 20 que os municípios de Araripina, Ouricuri, Santa Cruz e Santa Filomena apresentaram as maiores reduções, Ipubi, Parnamirim, Trindade e Moreilândia aumento nas taxas de mortalidade, dentre eles, Moreilândia com a maior variação percentual (278,40%) e os municípios de Bodocó, Exu e Granito mantiveram-se estáveis na variação com 0,67%, 2,62% e 4,26%, respectivamente.

Ressalta-se a necessidade de monitoramento das ações de atenção primária à saúde, com foco no controle dos fatores de risco, sobretudo em relação à hipertensão arterial e a diabetes. Outro elemento que merece destaque é o preenchimento adequado do campo “causa do óbito” na Declaração de Óbito, sendo necessário maior empenho dos municípios no processo de investigação dos óbitos por este acometimento. As ações nessa direção podem impactar na redução da subnotificação de óbitos por doenças cerebrovasculares na região.

Tabela 20 – Número e Taxa de Mortalidade específica de residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Município	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	40	50,57	46	57,59	46	59,51	27	34,71	26	33,22	34	42,20

Bodocó	19	54,74	10	28,58	12	34,13	19	53,64	25	70,08	20	54,37
Exu	15	48,02	6	19,30	9	28,45	14	44,34	9	28,56	15	46,76
Granito	1	14,53	2	28,74	1	14,59	2	28,93	3	43,05	1	13,91
Ipubi	16	59,32	27	98,71	20	71,12	12	42,09	12	41,54	24	79,90
Moreilândia	1	9,40	3	28,33	4	35,93	2	17,96	4	36,30	4	35,57
Ouricuri	39	59,02	31	46,28	33	51,28	45	69,29	43	65,64	29	42,84
Parnamirim	6	30,28	2	10,08	9	44,50	4	19,68	15	73,44	8	38,11
Santa Cruz	11	76,04	8	54,12	8	58,85	8	58,08	8	57,36	8	55,22
Santa Filomena	6	41,48	6	40,84	11	82,27	11	81,68	3	22,12	4	28,62
Trindade	6	23,19	14	53,34	10	38,29	11	41,61	12	44,86	18	64,85
Total	160	48,45	155	46,49	163	49,72	155	46,93	160	48,12	165	48,13

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.14 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR DIABETES MELLITUS (DM)

Constitui-se um importante indicador, pois estima o risco de morte por este acometimento, além de dimensionar sua magnitude enquanto problema de saúde pública. O aumento da incidência de diabetes tem sido relacionado às modificações de estilo de vida que levam à obesidade, ao sedentarismo e ao consumo de uma dieta rica em calorias (TOSCANO, 2014).

Ao analisar a mortalidade por diabetes mellitus da IX Região de Saúde no ano de 2013 observa-se um coeficiente de 26,25 mortes por 100.000 habitantes, inferior quando comparado ao Estado de Pernambuco (38,23) e ao Brasil (28,50). No que concerne aos municípios, é possível observar que Araripina (34,75), Bodocó (38,06), Exu (37,41) e Santa Cruz (34,51) apresentaram aumento da taxa quando comparada às demais cidades da região. Granito apresentou o maior coeficiente de mortalidade por diabetes mellitus, equivalente a 41,72, este valor pode ser atribuído ao porte populacional do mesmo. A variação deste coeficiente no período de 2008 e 2013 foi crescente, representando um aumento de 17,1%. Destaca-se que não houve notificação no SIM por esta causa nos municípios de Granito em 2010 e 2012 e Santa Filomena em 2011, ressaltando a necessidade de verificar possíveis subnotificações de óbitos por diabetes, sobretudo nos locais que não apresentaram registro no decorrer do período.

Os valores apresentados na Tabela 21 sugerem a tendência de crescimento, tornando-se necessária a avaliação das ações de captação e acompanhamento dos diabéticos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que as ações de prevenção impactam de forma positiva na redução de internações. No que diz respeito ao campo de atuação da vigilância em saúde, ressalta-se a necessidade do adequado preenchimento do campo “causa do óbito”, na declaração, viabilizando a investigação epidemiológica, reduzindo a subnotificação dos casos.

Tabela 21 – Número e Taxa de Mortalidade específica por DM de residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	21	26,55	32	40,06	35	45,28	11	14,14	27	34,50	28	34,75
Bodocó	3	8,64	4	11,43	7	19,91	8	22,58	5	14,02	14	38,06
Exu	4	12,81	7	22,52	13	41,09	11	34,84	10	31,73	12	37,41
Granito	4	58,12	2	28,74	0	-	3	43,40	0	-	3	41,72
Ipubi	4	14,83	7	25,59	9	32,01	8	28,06	10	34,62	3	9,99
Moreilândia	1	9,40	1	9,44	1	8,98	4	35,93	4	36,30	1	8,89
Ouricuri	14	21,19	14	20,90	15	23,31	26	40,03	20	30,53	12	17,73
Parnamirim	5	25,24	4	20,15	3	14,83	2	9,84	3	14,69	5	23,82
Santa Cruz	3	20,74	5	33,82	8	58,85	3	21,78	4	28,68	5	34,51
Santa Filomena	10	69,13	6	40,84	9	67,31	0	-	3	22,12	2	14,31
Trindade	5	19,33	7	26,67	5	19,15	9	34,04	9	33,65	5	18,01
Total	74	22,41	89	26,69	105	32,03	85	25,73	95	28,57	90	26,25

Fonte: IBGE, SIM, – Situação da base de dados em: 04/2015

2.15 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO E TRANSPORTE (ATT)

O impacto dos acidentes sobre a saúde da população tem contribuído para a diminuição da qualidade e expectativa de vida entre adolescentes e jovens, além do alto impacto nos custos sociais com cuidados em saúde, com previdência, com absenteísmo ao trabalho e à escola (Organização Mundial de Saúde, 2009). Nesse contexto, o Ministério da Saúde priorizou a temática do trânsito e nos últimos anos vem implementando políticas voltadas para a vigilância, a prevenção e a promoção da saúde que visam à redução das lesões no trânsito e da violência e a melhoria da qualidade de vida da população.

O Brasil ocupa o 5.º lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito. Essas taxas elevadas de mortalidade estão associadas à maior prevalência de fatores de risco, tais como a insegurança, a ausência de educação no trânsito e o consumo de álcool.

Segundo o Boletim de Acidentes de Transportes Terrestres (Janeiro a novembro de 2013), a IX Região de Saúde ocupou o primeiro lugar no Estado de Pernambuco por Regiões de Saúde com a taxa de ocorrência de 79,7. O município de Ouricuri destacou-se em 2013, com o 2.º lugar entre os municípios do Estado, com as maiores taxas de ocorrência, apresentando 200,3 vítimas por 10.000 habitantes.

No decorrer dos anos algumas ações foram implantadas, a nível estadual o Decreto n.º 36.568/2011 que instituiu o Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto (CEPAM) devido a epidemia de acidentes causados por motos em Pernambuco, gerando mortes, incapacidade física, traumas psicológicos e perdas econômicas importantes. Tem-se como meta a redução em 6,7% das mortes de trânsito por ano e em 10 anos uma redução de 50% nas mortes de trânsito, meta pactuada pelo Brasil com a ONU. No ano de 2012, houve redução das mortes por acidentes de trânsito em 24%, superando a meta estabelecida de 6,7%.

Na IX Região de Saúde em 2012 foi instituído o Comitê Regional de Prevenção aos Acidentes de Moto (CRPAM), que é constituído pela Gerência Regional de Saúde, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, DETRAN Regional e IBAMA. Outra estratégia que começou a ser estimulada foi a municipalização do trânsito, no sentido de atribuir responsabilidades ao município na organização do trânsito com consequente redução dos óbitos.

Na Tabela 22 observa-se que a taxa de mortalidade específica por ATT foi crescente entre os anos 2008 a 2012 com redução significativa no ano de 2013, podendo ser atribuída às ações integradas entre os órgãos públicos na região.

Tabela 22 - Número e Taxa de Mortalidade Específica por ATT de Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	38	48,04	35	43,82	43	55,63	41	52,70	40	51,11	39	48,40
Bodocó	12	34,57	9	25,72	10	28,44	16	45,17	14	39,24	7	19,03
Exu	12	38,42	17	54,69	12	37,93	7	22,17	13	41,25	9	28,06
Granito	1	14,53	4	57,48	0	-	1	14,47	3	43,05	3	41,72
Ipubi	7	25,95	11	40,21	9	32,01	8	28,06	14	48,46	10	33,29
Moreilândia	4	37,58	3	28,33	1	8,98	1	8,98	3	27,22	5	44,46
Ouricuri	27	40,86	16	23,89	31	48,17	36	55,43	27	41,22	18	26,59
Parnamirim	6	30,28	13	65,49	5	24,72	4	19,68	9	44,06	10	47,64
Santa Cruz	5	34,56	5	33,82	6	44,14	5	36,30	7	50,19	4	27,61
Santa Filomena	1	6,91	1	6,81	1	7,48	5	37,13	2	14,75	3	21,46
Trindade	10	38,66	11	41,91	18	68,92	19	71,87	27	100,94	14	50,44
Total	123	37,25	125	37,49	136	41,48	143	43,29	159	47,82	122	35,59

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.16 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AGRESSÃO

Considera-se que existe violência, quando em uma situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, causando danos a uma ou mais pessoas. As mortes violentas no Brasil ao longo das últimas décadas vêm assumindo proporções cada vez maiores, o que tem gerado um intenso debate nos mais variados setores da sociedade. O número de homicídios no Brasil registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), passou de 30.745 em 1991 para 45.343 em 2000. Isso representa um aumento de 50,2%, bem superior ao

incremento da população que foi de 15,6% no mesmo período. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Observa-se na Tabela 23 uma oscilação na taxa de mortalidade específica no decorrer da série histórica, ocorrendo um aumento nas taxas nos municípios de Bodocó de 11,52 para 38,06 e Ipubi de 22,24 para 43,28. No município de Santa Cruz houve uma redução de 34,56 para 6,90.

Tabela 23 – Número e Taxa de Mortalidade específica por agressão de residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Município	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	22	27,81	21	26,29	14	18,11	29	37,28	22	28,11	14	17,37
Bodocó	4	11,52	8	22,87	3	8,53	6	16,94	9	25,23	14	38,06
Exu	10	32,01	11	35,38	8	25,29	14	44,34	0	-	6	18,71
Granito	0	-	3	43,11	2	29,18	1	14,47	3	43,05	0	-
Ipubi	6	22,24	9	32,90	4	14,22	9	31,57	9	31,16	13	43,28
Moreilândia	0	-	4	37,78	4	35,93	2	17,96	2	18,15	3	26,68
Ouricuri	28	42,37	35	52,26	16	24,86	16	24,64	19	29,00	23	33,98
Parnamirim	3	15,14	9	45,34	6	29,67	6	29,52	7	34,27	7	33,35
Santa Cruz	5	34,56	10	67,65	7	51,49	3	21,78	2	14,34	1	6,90
Santa Filomena	2	13,83	3	20,42	5	37,39	5	37,13	1	7,37	2	14,31
Trindade	20	77,31	16	60,95	12	45,95	14	52,95	9	33,65	26	93,67
Total	100	30,28	129	38,69	81	24,71	105	31,79	83	24,96	109	31,80

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.17 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (DIP)

Conforme mostra a série histórica da Tabela 24, a IX Região de Saúde expressou um aumento de 32,43% na taxa de mortalidade específica por doenças

infecto parasitárias. Os municípios de Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Santa Filomena e Trindade também apresentaram um aumento neste coeficiente nos anos de 2008 a 2013. Já para os municípios de Araripina, Bodocó, Exu e Parnamirim houve uma redução no coeficiente de mortalidade por DIP no mesmo período.

Chama-se a atenção para as oscilações que os municípios apresentaram no decorrer do período, colocando em questão a confiabilidade dos dados. No intervalo de tempo de 2008 a 2011 Exu, Ipubi, Ouricuri e Trindade apresentaram um aumento de 196,64%, 183,8%, 72,46% e 291,46% respectivamente. Entretanto, neste mesmo período, os municípios de Araripina, Granito, Parnamirim e Santa Cruz diminuíram em 30,10%, 100%, 75,63% e 47,49% concomitantemente.

A subnotificação contribui para a redução da confiabilidade dos dados, uma vez que a redução do número de casos notificados pode está relacionada tanto com a redução real do número de casos quanto à falta de notificação por parte dos serviços de saúde. A notificação e o monitoramento são de extrema importância para o conhecimento do comportamento das doenças infecciosas e parasitárias e os motivos de sua ocorrência, a fim de produzir resultados confiáveis que servirão de base para a elaboração das políticas e ações de saúde local.

Tabela 24 – Número e taxa de mortalidade específica por Doenças Infecto Parasitárias de residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Município	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	16	20,23	18	22,53	14	18,11	11	14,14	19	24,27	11	13,65
Bodocó	7	20,17	7	20,01	5	14,22	6	16,94	6	16,82	5	13,59
Exu	4	12,81	5	16,08	4	12,64	12	38,00	5	15,86	3	9,35
Granito	1	14,53	0	-	0	-	0	-	2	28,70	1	13,91
Ipubi	4	14,83	2	7,31	4	14,22	12	42,09	7	24,23	12	39,95
Moreilândia	2	18,79	1	9,44	0	-	2	17,96	0	-	4	35,57
Ouricuri	10	15,13	16	23,89	23	35,74	17	26,18	18	27,48	23	33,98
Parnamirim	4	20,19	6	30,23	6	29,67	1	4,92	6	29,38	1	4,76
Santa Cruz	6	41,48	1	6,76	1	7,36	3	21,78	3	21,51	6	41,42

Santa Filomena	0	-	3	20,42	3	22,44	1	7,43	3	22,12	5	35,77
Trindade	2	7,73	7	26,67	5	19,15	8	30,26	6	22,43	6	21,62
Total	56	16,96	66	19,80	65	19,83	73	22,10	75	22,55	77	22,46

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.18 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR TRANSTORNOS MENTAIS

Os transtornos mentais incluem-se entre as patologias de alta incidência, difícil identificação e prognósticos variados. A Tabela 25 apresenta a taxa de mortalidade por transtornos mentais nos municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Analisando os municípios da IX Região de Saúde observa-se que a taxa de mortalidade em Araripina em 2008 foi de 7,58 enquanto que em 2013 a taxa passou para 21,10 ocorrendo uma variação de 178,36% dos óbitos por transtornos mentais. No município de Bodocó a menor taxa apresentada refere-se no ano de 2012 com 5,61. Em Exu, a variação da mortalidade por esta causa chegou a 65,20% entre os anos de 2008 a 2012.

O município de Granito registrou informação de óbitos apenas no ano de 2009 (14,37) e em 2010 (14,59), mantendo 01 óbito para cada ano. No município de Ipubi houve a manutenção de 01 a 02 óbitos durante o período, porém em 2012 a taxa foi de 10,39 o equivalente a 3 óbitos, reduzindo a taxa para 6,66% em 2013.

Com base nos resultados, verifica-se que o município de Moreilândia apresentou maiores percentuais em 2009 (28,33) se mantendo com 01 óbito, sem registro nos anos de 2011 e 2013. Ouricuri apresentou uma variação de 199,95% com maiores taxas em 2013 (13,30). Apenas nos anos de 2008 (10,09) e 2013 (9,53) Parnamirim registrou 02 óbitos. Em Santa Cruz, foram declarados em 2008, 02 óbitos com percentual de 10,09 reduzindo os valores no ano de 2013 (9,53) equivalente a 01 óbito. Em Santa Filomena a redução da mortalidade por transtornos mentais chegou a 45,40% entre os anos de 2009 a 2011, o mesmo ocorreu no município de Trindade com variação de 44,07% entre os anos de 2008 a 2013.

Com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria n.º 3.088/2011 que institui a criação e implantação de pontos de assistência à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, a assistência a esses pacientes evoluiu significativamente.

Tabela 25 - Número e taxa de mortalidade por transtornos mentais de residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	6	7,58	15	18,78	12	15,52	6	7,71	9	11,50	17	21,10
Bodocó	4	11,52	0	-	4	11,38	3	8,47	2	5,61	5	13,59
Exu	3	9,60	2	6,43	2	6,32	3	9,50	5	15,86	0	-
Granito	0	-	1	14,37	1	14,59	0	-	0	-	0	-
Ipubi	1	3,71	1	3,66	2	7,11	0	-	3	10,39	2	6,66
Moreilândia	1	9,40	3	28,33	1	8,98	0	-	1	9,07	0	-
Ouricuri	3	4,54	6	8,96	4	6,22	5	7,70	3	4,58	9	13,30
Parnamirim	2	10,09	0	-	0	-	0	-	0	-	2	9,53
Santa Cruz	2	13,83	0	-	1	7,36	0	-	0	-	1	6,90
Santa Filomena	0	-	2	13,61	1	7,48	1	7,43	0	-	0	-
Trindade	5	19,33	3	11,43	4	15,32	2	7,56	1	3,74	3	10,81
Total	27	8,18	33	9,90	32	9,76	20	6,06	24	7,22	39	11,38

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.19 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Este coeficiente estima o risco de morte pelo uso de álcool e outras drogas e dimensiona a magnitude desses eventos como problema de saúde pública, refletindo a importância das ações efetivas da Política Nacional do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo

variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro.

Neste sentido, a necessidade da prevenção, tratamento e de educação voltada para os usuários de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intra-setoriais possíveis aos Programas do Ministério da Saúde, o mesmo ocorrendo em relação a outros Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersetorial. (POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2003)

Ao observar a Tabela 26, percebe-se o grande número de casos não notificados ou com coeficiente igual à zero, o que propõe investigação e análise desses dados. Nos números contidos, destacam-se os dois maiores municípios da região, Araripina e Ouricuri, com uma variação nos anos de 2008 e 2013 respectivamente de 96,43% e 338,94%. A variação no total da região nos mesmos anos foi de 23,24%.

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que 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 integra o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2012, na IX Região de Saúde houve a criação do Colegiado Regional de Saúde Mental que discute todas as questões relacionados ao álcool e outras drogas, desde a avaliação e condução dos serviços nos municípios até o processo de educação permanente.

Tabela 26 – Número e taxa de mortalidade por uso de álcool e outra drogas de residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Município	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	6	7,58	11	13,77	10	12,94	4	5,14	6	7,67	12	14,89
Bodocó	4	11,52	0	-	4	11,38	1	2,82	1	2,80	4	10,87
Exu	2	6,40	0	-	2	6,32	2	6,33	5	15,86	0	-
Granito	0	-	1	14,37	1	14,59	0	-	0	-	0	-
Ipubi	1	3,71	1	3,66	2	7,11	0	-	2	6,92	2	6,66

Moreilândia	1	9,40	3	28,33	0	-	0	-	1	9,07	0	-
Ouricuri	2	3,03	4	5,97	4	6,22	5	7,70	3	4,58	9	13,30
Parnamirim	2	10,09	0	-	0	-	0	-	0	-	2	9,53
Santa Cruz	2	13,83	0	-	1	7,36	0	-	0	-	1	6,90
Santa Filomena	0	-	2	13,61	1	7,48	1	7,43	0	-	0	-
Trindade	5	19,33	3	11,43	4	15,32	2	7,56	1	3,74	2	7,21
Total	25	7,57	25	7,50	29	8,85	15	4,54	19	5,71	32	9,33

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

2.20 TAXA DE MORTALIDADE EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL

A população de mulheres em idade fértil entre 10 e 49 anos de idade (OMS, 2008) representa uma parcela importante da população geral e constitui ainda uma fração considerável da força produtiva do país. Desempenha também um papel social fundamental para a constituição e manutenção da família, incluindo a concepção e o cuidado durante o crescimento dos filhos.

Em relação a este indicador, observou-se uma redução de 2,04% entre os anos de 2008 e 2013 na IX Região de Saúde. Os municípios que apresentaram as maiores reduções foram Exu, Bodocó e Ipubi com 50,5%, 43% e 38%, respectivamente. Em contrapartida, os municípios de Granito, Moreilândia e Trindade, apresentaram elevado crescimento no indicador, com 359,4%, 172,4% e 60%, respectivamente.

Em Pernambuco, a taxa foi de 114,4 em 2008 e 108,0 em 2012, diminuindo 5,6% nos anos citados. Esta análise permite entender que a IX Região de Saúde acompanhou a tendência de redução observada do estado, reforçando a importância e a necessidade de identificar e conhecer os principais problemas de adoecimento e óbito deste grupo populacional, visando subsidiar o planejamento das ações e intervenções direcionadas a real necessidade da mulher nesta fase da vida.

Tabela 27 – Número e taxa de mortalidade de mulher em idade fértil de residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx
Araripina	33	135,29	35	141,87	29	116,05	31	123,27	30	118,57	41	157,41
Bodocó	11	108,01	9	87,89	11	101,10	6	54,73	11	99,62	7	61,51
Exu	13	141,41	6	65,96	10	101,33	9	91,33	5	50,88	7	69,94
Granito	1	49,09	2	98,04	0	-	0	-	1	46,49	5	225,53
Ipubi	11	138,24	6	74,32	7	80,02	14	157,84	14	155,76	8	85,61
Moreilândia	1	32,03	1	32,49	2	58,74	3	88,11	1	29,68	3	87,26
Ouricuri	21	107,31	29	146,28	22	108,50	18	87,97	32	155,03	23	107,85
Parnamirim	10	170,27	12	204,92	5	82,40	3	49,19	6	97,91	7	111,15
Santa Cruz	4	97,47	7	167,26	4	98,18	7	169,53	4	95,65	4	92,08
Santa Filomena	3	74,76	2	49,49	4	100,83	3	75,09	1	24,86	4	96,43
Trindade	6	77,17	15	189,78	9	107,39	5	58,94	11	128,13	11	123,51
Total	114	116,07	124	125,24	103	100,22	99	95,62	116	111,28	120	111,67

Fonte: IBGE; SIM – Situação da base de dados em: 04/2015

3. NATALIDADE

3.1 COBERTURA DE NASCIDOS VIVOS

As informações dos nascidos vivos ocorridos em uma região são essenciais na construção de indicadores de saúde e demográficos, como coeficiente de mortalidade infantil, proporção de baixo peso ao nascer e taxas de fecundidade. Esses indicadores podem ser utilizados em atividades de vigilância epidemiológica e planejamento, assim como na avaliação de políticas, ações e serviços de saúde (FRIAS, 2007).

A IX Região de Saúde apresentou uma diminuição dos nascimentos na maioria dos municípios, o que corrobora com Pernambuco e o Brasil, onde houve nos anos de 2008 e 2013, uma redução de 2,6% e 1,0% de nascimentos, respectivamente.

Na Tabela 28 observa-se que na IX Região de Saúde, dos onze municípios, em nove houve diminuição de nascidos vivos. As maiores reduções ocorreram em Granito e Ipubi, respectivamente com variação nos anos de 2008 e 2013 de -37% e -27%. Nesses mesmos anos, a variação dos municípios que compõem a Região foi de -13%.

A IX Região de Saúde apresentou tendência estacionária entre os anos de 2008 e 2012, mantendo-se sempre acima da meta de 95% proposta pelo Ministério da Saúde. No entanto, no ano de 2013 ocorreu redução para 84%.

Tabela 28 - Cobertura de Nascidos Vivos por municípios de residência da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013	VARIAÇÃO 2008-2013
Granito	121%	106%	105%	104%	107%	76%	-37%
Ipubi	109%	121%	104%	100%	104%	79%	-27%
Ouricuri	103%	85%	76%	94%	98%	91%	-12%
Bodocó	86%	98%	97%	90%	97%	90%	5%
Exu	92%	85%	101%	90%	97%	93%	1%
Parnamirim	96%	95%	100%	102%	97%	72%	-25%
Araripina	98%	105%	96%	101%	96%	82%	-16%
Moreilândia	95%	81%	95%	117%	94%	84%	-11%
Trindade	98%	110%	109%	104%	93%	91%	-7%
Santa Filomena	94%	112%	110%	94%	84%	69%	-25%
Santa Cruz	84%	108%	137%	88%	78%	71%	-15%
Total	97%	99%	97%	98%	96%	84%	-13%

Fonte: SINASC – IX Região de Saúde (PE), situação da base de dados no dia 08/04/2015.

3.2 PROPORÇÃO DE NASCIMENTOS OCORRIDOS NOS MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA

A Tabela 29 demonstra uma redução na proporção de nascimentos ocorridos por residência da gestante. O único município com variação positiva nos anos de 2008 e 2013 foi Bodocó (14%), os demais apresentaram variação negativa, sendo as mais significativas em Moreilândia (-58%) e Trindade (-57%).

É importante ressaltar o Programa Mãe Coruja Pernambucana na estruturação e qualificação da rede materno-infantil, que entre os anos de 2008 e 2009, estruturou as maternidades municipais da região para a realização de partos de risco habitual, tendo sido disponibilizados recursos financeiros para reforma da infraestrutura física e aquisição de equipamentos. Proporcionou ainda para todos os profissionais o curso de Humanização da Assistência ao Parto e implantou a primeira Maternidade Mãe Coruja do Estado, localizada no Hospital Regional Fernando Bezerra, sendo esta uma unidade de referência para partos de média complexidade. Além disso, a nível nacional houve discussão e construção da Rede Cegonha.

Tabela 29 - Proporção de Nascimentos ocorridos no município de residência da gestante da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013	VARIAÇÃO 2008-2013
Araripina	97%	96%	93%	94%	92%	88%	9%
Bodocó	47%	45%	41%	36%	34%	54%	14%
Exu	43%	43%	43%	41%	34%	25%	44%
Granito	39%	51%	39%	38%	33%	16%	58%
Ipubi	56%	57%	46%	39%	41%	32%	42%
Moreilândia	12%	30%	37%	42%	21%	5%	58%
Ouricuri	89%	78%	72%	87%	89%	86%	3%
Parnamirim	59%	51%	33%	36%	30%	30%	49%
Santa Cruz	41%	43%	32%	43%	37%	29%	29%
Santa Filomena	57%	45%	39%	48%	34%	27%	52%

Trindade	64%	70%	71%	69%	53%	27%	57%
Total	54%	55%	49%	52%	45%	38%	29%

Fonte: SINASC – IX Região de Saúde (PE), Situação da base de dados no dia 08/04/2015.

3.3 PROPORÇÃO DE PARTOS NORMAIS

Nas últimas décadas tem ocorrido em todo o mundo uma crescente incidência de cesáreas e redução do parto natural. Nos países da América Latina a incidência de parto pelo processo cirúrgico em 1960 era de 2% a 5%, em 2002 era de 30% a 35% (FABRI, SILVA E LIMA ET AL, 2002). No Brasil, este problema atinge proporções ainda maiores onde em 1994 as taxas de cesáreas eram de 38,98% passando para 47,39% em 2007(DIAS E DESLANDES, 2004).

Em 2007, no Estado de Pernambuco essa taxa foi de 34,20%. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico. O Brasil tem apresentado alto índice de cesarianas, principalmente no setor privado, um Estudo da Fiocruz em 2014 sobre parto e nascimento no Brasil, revela que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, sendo que, no setor privado é de 88%.

Na Tabela 30, observa-se uma redução de pelo menos 10% de partos normais nos anos de 2008 e 2013 nos municípios e a Região apresentou uma variação de -20,55%. Portanto, é importante a valorização e o fortalecimento das ações a nível Nacional (Rede Cegonha) e Estadual (Programa Mãe Coruja Pernambucana) no acompanhamento dessas gestantes, na qualidade do pré-natal e principalmente sobre a informação à respeito do processo de parto, para que assim, em condições normais, a gestante tenha decisão na escolha do procedimento no parto.

Tabela 30 – Número e proporção de partos normais de mulheres residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Município	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Araripina	1.171	68,08	1219	66,87	1102	65,13	1158	65,50	1026	60,42	832	54,95
Bodocó	427	70,23	465	72,66	400	65,15	335	59,93	331	56,20	299	56,10
Exu	410	66,34	358	64,86	367	60,07	309	57,76	281	51,09	247	51,67

Granito	83	72,17	79	71,17	67	64,42	65	58,04	61	53,51	45	48,39
Ipubi	447	75,76	467	74,60	424	67,62	415	67,48	411	63,43	318	61,87
Moreilândia	112	68,71	79	56,43	91	60,26	117	66,48	69	47,59	69	42,33
Ouricuri	870	59,75	686	55,46	574	54,72	588	50,09	578	50,97	528	46,81
Parnamirim	271	67,41	257	66,41	239	60,05	242	60,20	213	55,47	167	54,75
Santa Cruz	179	67,04	223	67,78	214	50,95	194	65,54	175	64,81	125	53,65
Santa Filomena	174	72,50	187	70,04	184	67,65	165	67,62	123	56,42	111	63,43
Trindade	366	64,44	405	64,08	367	57,17	318	49,84	287	48,56	311	50,82
Total	4.510	66,84	4.425	65,61	4.029	61,23	3.906	59,92	3.555	56,06	3.052	53,10

Fonte: IBGE; SINASC - Situação da base de dados no dia 08/04/2015.

4. MORBIDADE

4.1 TAXA DE INCIDÊNCIA DE DENGUE

A taxa de incidência traduz a ideia de intensidade com que acontece a morbidade em uma população e orienta as ações da vigilância epidemiológica, nesse caso, para o controle da dengue. A doença constitui um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo por sua magnitude e gravidade dos casos, sendo considerado um desafio quanto ao controle e prevenção em países tropicais. Devido à sua dependência do clima, a população de *Aedes aegypti* e, conseqüentemente, a transmissão da dengue apresenta forte sazonalidade. Épocas mais quentes e chuvosas do ano costumam ser marcadas por um grande aumento no número de casos registrados da doença (RIBEIRO AF, et al, 2006).

A IX Região caracteriza-se por um clima semiárido, onde as chuvas são irregulares, seguido por longo período de seca. Essas características favorecem o aumento do número de criadouros e conseqüentemente o desenvolvimento do vetor. Analisando a Tabela 31 percebe-se uma diminuição significativa da incidência de dengue entre os anos de 2008 e 2013, com uma variação de 27,22%. Todos os municípios com exceção de Granito, Ipubi e Ouricuri tiveram um aumento significativo da incidência dos casos durante a série histórica.

Considerando a alta porcentagem de ocorrências assintomáticas, a dificuldade de diagnóstico, além da subnotificação, é possível que o número de casos registrados da dengue em 2009 e 2013 seja um limite inferior para a real incidência da doença.

Tabela 31 - Taxa de incidência de dengue segundo município de residência da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N.º	TX	N.º	TX	N.º	TX	N.º	TX	N.º	TX	N.º	TX
Araripina	42,98		6,26		46,57		116,98		470,88		90,87	
Bodocó	149,80		8,57		366,92		319,01		244,61		38,76	
Exu	35,22		0,00		135,92		60,17		1.615,25		97,82	
Granito	29,06		0,00		379,29		101,26		0,00		-100,00	
Ipubi	315,13		0,00		10,67		203,44		21,34		-1.376,91	
Moreilândia	0,00		0,00		8,98		62,87		188,65		100,00	
Ouricuri	158,91		35,83		402,44		41,57		212,87		25,35	
Parnamirim	60,57		75,57		98,89		9,84		707,08		91,43	
Santa Cruz	345,64		0,00		904,81		0,00		1.213,77		71,52	
Santa Filomena	13,83		0,00		127,14		0,00		1.166,70		98,81	
Trindade	3,87		3,81		7,66		15,13		34,46		88,78	
Total	107,19		14,40		201,00		99,30		487,39		78,01	

Fonte: SINAN/ IX Região de Saúde - Situação da base de dados no dia 08/04/2015.

4.2 ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL POR AEADES AEGYPT

O índice de infestação predial (IIP) é um método simplificado de amostragem com o objetivo de facilitar a obtenção pelos serviços de saúde de informações que contribuam na avaliação de programas. A metodologia para apuração dos resultados consta de uma classificação de estratos segundo o índice de infestação predial. A classificação dos índices indica um risco baixo de infestação quando apresenta $\leq 0,9$; médio entre 1,0 a $< 3,9$ e alto $\geq 4,0$. (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm estimulado a adoção de tais métodos na realização de levantamentos periódicos. Observa-se que no período de 2008 a 2012 todos os municípios passaram por situação de alerta, e ao final de 2012 apenas Granito, Parnamirim e Trindade estavam dentro dos parâmetros recomendados pelo Ministério. Em 2013, apenas o município de Parnamirim permaneceu com índice baixo de infestação (0,35), enquanto que Santa Filomena obteve o maior índice (9,22), refletindo a alta infestação do vetor. Este cenário reflete a necessidade de ações integradas entres os diversos setores, tais como: saúde, infraestrutura, desenvolvimento urbano, serviços de abastecimento de água, coleta de esgoto, resíduos sólidos e educação, além do envolvimento da população.

Tabela 32 – Índice de Infestação Predial por *Aedes aegypt* na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	4,60	4,62	3,48	3,31	3,03	3,55
Bodocó	7,39	9,83	8,59	7,23	7,43	5,83
Exu	2,22	5,19	5,24	4,20	6,18	4,63
Granito	1,26	0,57	1,16	0,80	0,48	2,88
Ipubi	3,04	1,68	2,41	2,79	2,10	5,96
Moreilândia	5,26	3,56	3,50	3,90	3,48	3,73
Ouricuri	9,02	6,28	7,48	4,26	1,44	4,23
Parnamirim	1,94	2,27	1,97	1,05	0,96	0,35
Santa Cruz	3,26	4,91	6,04	4,73	3,49	1,50

Santa Filomena	0,69	1,02	0,90	1,26	1,46	9,22
Trindade	3,51	3,56	0,20	0,70	0,56	4,63
Total	42,19	43,49	40,97	34,23	30,61	46,51

Fonte: SISFAD

4.3 COEFICIENTE DE DETECÇÃO ANUAL DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. É considerada um problema de saúde pública devido ao fato de atingir pele e nervos periféricos podendo causar incapacidades físicas. É uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória.

No ano de 2013 a IX Região de Saúde diagnosticou 152 casos novos de hanseníase, obtendo uma taxa de detecção de 44,3/100.000 habitantes, taxa superior ao do Estado de Pernambuco com 28,7/100.000 habitantes o que ainda é considerado alto, segundo parâmetros nacionais.

Conforme mostra a série histórica da IX Região de Saúde o município de Trindade apresentou uma taxa de 85,04 (2008) e 180,14 (2013) ocorrendo dessa forma um aumento significativo de 111,83%. Os municípios de Araripina, Bodocó, Ipubi, Ouricuri e Parnamirim acompanharam a tendência de aumento na série histórica apresentada. Enquanto os municípios de Exu (26,96%) e Moreilândia (5,42%) apresentaram declínio. Em 2013, Granito e Santa Cruz não apresentaram informações, o que mostra a importância da notificação e acompanhamento permanente da doença pelos serviços de saúde.

Sabe-se que por ser tradicionalmente uma doença negligenciada, e ter forte influência nas condições socioeconômicas e culturais da população a relação com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico torna-se relevante para o controle da hanseníase. É essencial a realização de ações intersetoriais, com foco na prevenção, mas principalmente na promoção e educação em saúde.

Tabela 33 – Número e Coeficiente de Detecção de Hanseníase em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
Araripina	28	35,40	46	57,59	25	32,32	33	42,42	26	33,22	37	45,92
Bodocó	4	11,52	10	28,58	6	17,06	8	22,58	9	25,32	7	19,03
Exu	16	51,22	8	25,74	14	44,25	11	34,84	11	34,9	12	37,41
Granito	1	14,53	2	28,76	1	14,58	0	0,00	3	43,05	0	0
Ipubi	5	18,54	8	29,25	5	17,78	5	17,54	7	24,23	7	23,3
Moreilândia	1	9,40	1	9,45	1	8,98	1	8,98	2	18,15	1	8,89
Ouricuri	23	34,81	22	32,85	34	52,85	39	60,05	33	50,37	35	51,71
Parnamirim	1	5,05	2	10,08	2	9,89	1	4,92	2	9,79	2	9,53
Santa Cruz	1	6,91	0	0	1	7,36	1	7,26	1	7,17	0	0
Santa Filomena	0	0,00	3	20,42	2	15,01	1	7,43	2	14,75	1	7,15
Trindade	22	85,04	38	144,76	40	153,16	29	109,69	55	205,62	50	180,14
Total	102	30,89	140	41,99	131	39,95	129	39,06	151	45,41	152	44,34

Fonte: SINAN

4.4 TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como todo por ser mundialmente um problema de saúde pública, além de ser considerado programa prioridade no Brasil (BRASIL, 2010). Taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios.

A IX Região de Saúde apresentou em 2013 uma incidência de 16,84 por 100.000 habitantes, considerada inferior quando comparada ao Estado de Pernambuco (62,04) e ao Brasil (43,87). A variação na taxa da Região foi de 2,65% de redução.

Ao analisar a Tabela 34 no que se refere aos anos de 2008 e 2013 destaca-se que os municípios de Bodocó e Ouricuri apresentaram redução da taxa de incidência com variação negativa de (51,35%) e (30,30%) respectivamente. Granito e Parnamirim não notificaram casos de tuberculose no ano de 2013 e Santa Filomena não registrou casos da doença nos últimos cinco anos.

Apesar da redução na incidência dos casos na Região e aumento da taxa em alguns municípios no ano de 2013 pode-se considerar que os registros estão abaixo do preconizado que seria 4% do total de sintomáticos respiratórios do local. Nesse sentido, faz-se necessário intensificar as ações no que diz respeito à busca ativa, detectando os

casos suspeitos e alertar os profissionais para a necessidade de uma anamnese minuciosa, visando a investigação dos principais fatores associados à doença.

Tabela 34 – Taxa de Incidência de Tuberculose em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

MUNICÍPIO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	TX	TX	TX	TX	TX	TX
Araripina	13,90	27,50	7,80	12,90	19,20	15,33
Bodocó	28,80	31,40	22,70	16,90	19,60	14,01
Exu	12,80	16,10	19,00	22,20	19,00	22,20
Granito	14,50	0,00	29,20	14,50	14,40	0,00
Ipubi	14,80	21,90	21,30	0,00	6,90	31,15
Moreilândia	0,00	18,90	9,00	9,00	27,20	9,07
Ouricuri	19,70	13,40	34,20	20,00	12,20	13,73
Parnamirim	20,20	10,10	19,80	39,40	14,70	0,00
Santa Cruz	13,80	13,50	7,40	14,50	7,20	21,51
Santa Filomena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,37
Trindade	30,90	38,10	15,30	18,90	33,60	33,64
Total	17,30	20,70	18,30	16,00	16,50	16,84

Fonte: SINAN - NET/Coordenação de Vigilância Epidemiológica, IX Região de Saúde.

4.5 TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE B

A incidência da hepatite B varia de maneira ampla, dependendo da área geográfica. No Brasil, a infecção é mais prevalente nos estados do Amazonas, Mato Grosso e na região sul (7). Nesta última, a incidência é maior na região oeste do estado do Paraná e noroeste de Santa Catarina (Ferreira, 2004).

Encontrou-se 8 notificações de casos confirmados de hepatite B no período de 2008 a 2013, na IX Região de Saúde. Percebe-se que houve no período três anos (2008, 2009 e 2013) silenciosos para este agravo. Considerando o longo período em que esses dados estão compreendidos, o total de casos notificados é provavelmente inferior ao realmente existente.

Embora observe-se na Tabela 35, que apenas cinco municípios na região apresentaram casos, destaca-se Parnamirim com a maior incidência 4,92/100.000 habitantes. A maior frequência de casos nos anos da análises foi em Araripina com variação 1,55% entre 2010 e 2012, a região obteve uma variação no mesmo período de 200% de aumento na indecência de casos. Portanto, diante da frequência de agravos,

torna-se importante traçar estratégias nos municípios de controle e prevenção mais eficazes no combate dessas infecções, uma vez que a vacina da HVB já está disponível para todas as crianças quando nascem, para os adolescentes até 19 anos e para todos os pacientes de risco na rede pública.

Tabela 35 – Número e Taxa de Incidência de Hepatite B em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
Araripina					1	1,29	1	1,29	1	1,27		
Bodocó							1	2,82	1	2,80		
Exu							1	3,16				
Granito												
Ipubi												
Moreilândia												
Ouricuri									1	1,52		
Parnamirim							1	4,92				
Santa Cruz												
Santa Filomena												
Trindade												
Total					1	0,30	4	1,21	3	0,90		

Fonte: SINAN IX Região de Saúde

4.6 TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE C

A Organização Mundial da Saúde estima que há cerca de 100 milhões de indivíduos infectados pelo vírus da Hepatite C (VHC) em todo mundo (AYUB, 2000).

Em relação à Hepatite C, os dados na IX Região de Saúde, na Tabela 36, mostram que 44,44% dos casos confirmados estão em Araripina e Bodocó, nos anos da análise, com (2 casos em cada município). O ano de 2011 foi o de maior incidência da Hepatite C, com 0,90/100.000 habitantes. Entre os anos 2008 e 2013, houve uma variação no aumento de casos de 93,33% na região.

Ressalta-se que o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, quando tabuladas as Hepatites Virais são unificados as Hepatites por Vírus B e C, dificultando uma análise mais fidedigna sobre estes agravos. Para os casos de hepatite C, ainda não existe nenhuma vacina disponível no mercado, e a única forma de

profilaxia é o monitoramento e orientação aos indivíduos de risco. Desta forma, estima-se diminuir a incidência de casos desta doença.

Tabela 36 – Taxa de Incidência de Hepatite C, Segundo Município de Residência da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2013

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
Araripina	1	1,26							2	2,55		
Bodocó							1	2,82			1	2,71
Exu							1	3,16				
Granito												
Ipubi												
Moreilândia												
Ouricuri											1	1,47
Parnamirim							1	4,92				
Santa Cruz												
Santa Filomena												
Trindade					1	3,82						
Total	1	0,30			1	0,30	3	0,90	2	0,60	2	0,58

Fonte: SINAN IX Região de Saúde

4.7 TAXA DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL – LV

A leishmaniose visceral (LV), infecção zoonótica que afeta animais e o ser humano, é causada pelo protozoário *Leishmania chagasi*, transmitido pelo mosquito *Lutzomyia longipalpis* e o cão é o principal reservatório da doença no meio urbano, é uma doença de alta letalidade, caracterizando-se por causar comprometimento do estado geral do organismo (Brasil,2006).

Analisando a Tabela 37 é notória a redução da taxa de incidência da LV na IX Região de Saúde com 30,98% nos anos de 2008 e 2013, seguindo a tendência de redução ocorrida em Pernambuco e no Brasil no mesmo período, 20,83% e 18,09%, respectivamente.

De acordo com a série histórica, observa-se uma oscilação na taxa, no ano de 2009 foram registrados 12 casos, significando o ano com maior taxa 13, 54% e 2012 registrou 4 casos, apresentando o menor percentual com 6,37%. As taxas de incidência apresentaram um pico e posteriormente uma queda, o que pode estar relacionado com

as atividades de vigilância e controle desenvolvidas e/ou a um comportamento cíclico da doença.

A análise desses dados deve ser cada vez mais valorizada na gestão de saúde, por apontar novos subsídios para o planejamento e a avaliação das ações baseadas no diagnóstico da distribuição da doença e dos riscos ambientais. Uma razão fundamental para a execução das estratégias de redução da LV está na efetivação de um sistema de vigilância permanente.

O processo de expansão geográfica e urbanização da LV conduzem à necessidade de se estabelecer medidas mais eficazes de controle. Reduzir as taxas de letalidade e o grau de morbidade através do diagnóstico e tratamento precoce dos casos humanos, bem como a diminuição dos riscos de transmissão mediante controle da população de reservatórios e vetores, são os principais objetivos a serem alcançados.

Tabela 37 – Número e Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
Araripina	-	-	5	6,25	-	-	1	1,28	-	-	-	-
Bodocó	-	-	-	-	1	2,84	-	-	-	-	-	-
Exu	1	3,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Granito	-	-	1	14,36	-	-	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moreilândia	-	-	-	-	1	8,97	1	8,98	2	18,14	1	8,89
Ouricuri	8	12,10	4	5,97	5	7,77	1	1,53	2	3,05	5	7,38
Parnamirim	2	10,09	1	5,03	-	-	2	9,83	-	-	-	-
Santa Cruz	1	6,91	1	6,76	1	7,35	-	-	-	-	1	6,90
Santa Filomena	-	-	1	6,80	-	-	-	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	-	-	-	-	1	3,78	-	-	-	-
Total	12	9,78	13	13,54	8	8,21	6	7,69	4	6,37	7	6,75

Fonte: SINAN

4.8 TAXA DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA – LTA

A Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA é uma doença infecciosa de evolução crônica, causada por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitida por

insetos, genericamente conhecidos como flebotomíneos, que pode acometer pele e mucosas do nariz, boca, faringe e laringe (Brasil,200). É considerada pela Organização Mundial da Saúde - OMS, como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pelo seu alto coeficiente de detecção e capacidade de produzir deformidades.

Como observado na Tabela 38, nos anos de 2008 e 2013 houve um discreto aumento na taxa de incidência de LTA na IX Região de Saúde, passando de 5,31 em 2008 para 5,38 em 2013, um aumento na variação de 1,31% o que não ocorre no âmbito estadual e nacional que reduziram a taxa com uma variação de 45,65% e 14,14% respectivamente. Entre os anos observados houve uma oscilação no número de casos dos municípios da IX Região, atingindo o pico em 2009 com 20,78 de taxa, destacando-se o município de Santa Filomena com o registro de 10 casos de LTA e taxa de 68,06 neste ano.

Para a redução da detecção de casos de LTA, deve ser atribuída ao impacto direto das medidas de controle sanitário aplicadas na Região. As Secretarias Municipais de Saúde, por meio da Vigilância em Saúde, devem trabalhar no controle da leishmaniose, pensando na gravidade da doença e na responsabilidade com a saúde pública, muito mais que investigar os casos, mapear e delimitar as áreas de risco, recolher os cães contaminados e montar armadilhas a fim de capturar os mosquitos flebotomíneos, responsáveis pela transmissão humana através de picada. Além disso, é de importância fundamental a educação em saúde da população exposta ao risco para o apoio e a continuação das medidas de controle adotadas visando a prevenção de LTA e de outras doenças endêmicas.

Tabela 38 – Número e Taxa de Incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
Araripina	2	1,26	1	1,25	2	2,58	-	-	1	1,27	1	1,24
Bodocó	-	-	-	-	3	8,52	1	3,16	1	2,80	-	-
Exu	-	-	-	-	-	-	8	25,33	1	3,17	4	12,47
Granito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moreilândia	1	9,39	-	-	1	8,97	2	17,96	-	-	-	-
Ouricuri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parnamirim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,76
Santa Cruz	1	6,91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Filomena	-	-	10	68,06	2	14,95	-	-	-	-	-	-

Trindade	-	-	-	-	-	-	1	3,78	-	-	-	-
Total	4	5,31	11	20,78	8	10,68	12	15,20	3	2,17	5	5,38

Fonte: SINAN e IBGE

4.9 TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil possui 656.701 casos registrados de AIDS, de acordo com o último Boletim Epidemiológico. Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença e a taxa de incidência de AIDS no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes.

Na Tabela 39, observa-se a ausência de casos notificados nos anos de 2009 e 2012. Apenas os municípios de Santa Cruz, Santa Filomena, Ouricuri e Trindade apresentaram pelo menos 1 caso de AIDS nos anos analisados.

Tabela 39 – Taxa de Incidência de AIDS em Residentes da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

Municípios	2008	2010	2011	2013
Araripina	0	0	0	0
Bodocó	0	0	0	0
Exu	0	0	0	0
Granito	0	0	0	0
Ipubi	0	0	0	0
Moreilândia	0	0	0	0
Ouricuri	0	0	1,5	0
Parnamirim	0	0	0	0
Santa Cruz	20,7	0	0	0
Santa Filomena	0	7,4	0	0
Trindade	0	0	0	3,6
Total	0,9	0,3	0,3	0,3

SINAN NET

4.10 CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Intoxicação é a manifestação, através de sinais e sintomas, dos efeitos nocivos produzidos em um organismo vivo como resultado da sua interação com alguma substância química (exógena). As substâncias químicas podem ser encontradas no ambiente (ar, água, alimentos, plantas, animais peçonhentos ou venenosos etc.) ou isoladas (pesticidas, medicamentos, produtos de uso industrial, produtos de uso domiciliar etc.) (JESUS, BELTRÃO E ASSIS et al, 2012)

A notificação das Intoxicações Exógenas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) iniciou-se em 1997, quando a Portaria nº 168 inseriu a intoxicação por agrotóxicos na Lista Nacional das Doenças de Notificação Compulsória. Em 2004, a Portaria nº 777 estabeleceu que as intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), a partir daquele momento, deveriam ser tratadas como um agravo à saúde do trabalhador de notificação compulsória, sendo registrados no SINAN NET. (JESUS, BELTRÃO E ASSIS et al, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as intoxicações, acidentais ou intencionais são importantes causas de agravos à saúde. Estima-se que 1,5 a 3% da população intoxica-se todos os anos. Para o Brasil, isto representa aproximadamente 4.800.000 casos novos a cada ano, destes, 0,1 a 0,4% das intoxicações resultam em óbito.

Na IX Região de Saúde, nos dois primeiros anos analisados (2008 e 2009) observa-se a ausência de casos notificados em 50% dos municípios seja pela falta de casos ou pela subnotificação. Nos anos de 2008 a 2011 percebe-se um aumento das notificações com 79,49% dos casos.

Tabela 40 – Casos de Intoxicação Exógena, Segundo Município de Residência da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	0	4	11	9	7	11
Bodocó	2	1	1	14	13	4
Exu	0	0	3	11	10	12
Granito	0	0	0	4	3	0
Ipubi	2	1	1	8	16	6
Moreilândia	0	0	0	4	1	1
Ouricuri	2	5	19	179	155	82
Parnamirim	1	0	1	6	7	2

Santa Cruz	0	0	1	14	4	1
Santa Filomena	0	0	2	3	2	1
Trindade	0	1	0	7	20	2
Total	7	12	39	259	238	122

Fonte: SINAN

4.11 PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO

Quadro 10 – Dez Principais Causas de Internações na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Diagnóstico CID10 (categoria)	Frequência
O80 Parto único espontâneo	2.649
O42 Ruptura prematura de membranas	1.827
A09 Diarréia e gastroenterite originária infecção presumida	1.556
J12 Pneumonia viral NCOP	501
O03 Aborto espontâneo	397
I50 Insuficiência cardíaca	306
B95 Estr/estafilococo causa doenças clas. outro cap.	272
I10 Hipertensão essencial	260
J18 Pneumonia p/microorg NE	259
N39 Outros transtornos do trato urinário	252
Total	8.279

Fonte: SIH

Dentre as principais causas de internações, na IX Região de Saúde, a primeira causa de internação foram as relacionadas ao Parto com (54% do total das internações em 2013) a segunda, as gastroenterites infecciosas e complicações (19% das internações em 2013), e a terceira, as pneumonias viral (6% internações em 2013).

A elevada representatividade das internações por gastroenterites infecciosas e complicações nas populações residentes na região com uma maior concentração de pobreza, é sabido que as precárias condições socioeconômicas aumentam o risco de diarréia, principalmente quando associadas à falta de saneamento básico e a deficientes condições de vida.

A análise dos dados permitiu a descrição da situação de internações da região, considerando-se as duas principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária, foram as gastroenterites e suas complicações e as pneumonias virais que, em conjunto, representaram 25% do total de internações.

5. ATENÇÃO BÁSICA

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde foi incorporada ao Sistema Único de Saúde recebendo a denominação de Atenção Básica com o objetivo de reorientar o modelo assistencial médico-privatista vigente por um modelo universal e integrado (MENDES, 2002).

Atualmente, o Programa Saúde da Família (criado em 1994), representa a referência para o processo de reformulação da Atenção Básica em saúde no Brasil. Assim, passa a ser organizada a partir da integração entre a unidade de saúde e a comunidade, tendo como base um território adscrito. As equipes de saúde são compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é constituir uma referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias (MENDES, 2002).

As principais ações da Atenção Básica a serem executadas sob a responsabilidade das equipes do Programa Saúde da Família, são de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Controle da Hipertensão, Diabetes Mellitus e Tuberculose, eliminação da Hanseníase, Saúde Bucal, imunização, oferta de medicamentos essenciais, entre outras.

Ressalta-se na Atenção Básica a importante participação de profissionais de nível básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem que também são responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como o permanente ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões.

5.1 PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DA COORTES

Este indicador representa o êxito no tratamento de hanseníase e a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes.

No ano de 2013 os municípios de Ipubi (75%) e Trindade (86%) apresentaram taxas inferiores a meta de 90% de cura de casos novos preconizada pelo Ministério da Saúde, os demais municípios alcançaram a meta. Apesar desses resultados, faz-se necessário o fortalecimento das ações através do assessoramento às Equipes de Saúde da Família, contribuindo para o diagnóstico precoce, o monitoramento, tratamento e reabilitação dos casos diagnosticados.

Tabela 41 – Proporção de Cura de Casos Novos de Hanseníase em Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	88,9	78,8	97,0	83,3	97,0	96,4
Bodocó	80,0	100	100	66,7	100	100
Exu	85,7	77,3	88,9	100	89,0	92,3
Granito	*	*	100	100	*	100
Ipubi	100	83,3	100	100	100	75,0
Moreilândia	100	0	100	100	*	97,4
Ouricuri	94,6	96,0	95,8	88,9	100	100
Parnamirim	66,7	*	0	100	50	100
Santa Cruz	*	100	0	*	*	100
Santa Filomena	*	*	100	66,7	100	100
Trindade	85,7	77,3	82,1	91,9	91,00	86,7
Total	87,9	80,3	89,4	87,3	94,8	93,2

Fonte: SINAN/ CVE/ IX GERES, 2015

*Sem casos registrados

5.2 PROPORÇÃO DE CURA NAS COORTES DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA

O plano global de controle da tuberculose previsto para o período de 2006-2015 pela Organização Mundial de Saúde objetiva reduzir a carga da doença. Uma das metas é a redução da prevalência e da mortalidade em 50% até o ano de 2015, além de verificar a qualidade da assistência aos pacientes, possibilitando o monitoramento das ações, avaliando as medidas de controle (OMS, 2007).

Na análise da Tabela 42 verifica-se que no ano de 2013 a proporção de cura apresentada pelos municípios de Ipubi (75%), Moreilândia (100%), Ouricuri (100%),

Santa Filomena (100%) e Trindade (100%) encontra-se dentro da meta estabelecida pelo Estado de Pernambuco e pelo Programa SANAR de curar 75% dos casos de tuberculose. Araripina (66,60%), Bodocó (66,60%), e Exu (66,70%) apresentaram resultados inferiores ao parâmetro preconizado. Granito, Parnamirim e Santa Cruz não registraram casos de tuberculose. A variação da IX Região de Saúde no que se refere aos anos de 2008 e 2013 foi negativa com diminuição de 4,02%, podendo estar relacionado às dificuldades de acesso dos usuários aos serviços de saúde ou ineficácia das ações existentes.

Alcançar a meta preconizada é obter êxito nas ações referentes ao tratamento da tuberculose, diminuindo a transmissão da doença e a evolução dos casos ao óbito, e como estratégia de intervenção, propõe-se o Tratamento Diretamente Observado (TDO) que contribui para o aumento dos percentuais de cura dos casos.

Tabela 42 – Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Bacilífera em Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	85,7	100	50	75	100	66,6
Bodocó	100	60	57,1	50	100	66,6
Exu	100	33,3	100	100	100	66,7
Granito	*	*	100	100	*	*
Ipubi	0	80	50	*	100	75
Moreilândia	8	0	0	100	66,7	100
Ouricuri	91,7	100	94,4	90,9	100	100
Parnamirim	100	*	100	100	50	*
Santa Cruz	100	50	*	50	100	*
Santa Filomena	*	*	*	*	*	100
Trindade	40	75	100	100	85,7	100
Total	82,0	73,5	78,5	88,4	87,5	78,7

Fonte: SINAN/ CVE/ IX GERES, 2015

*Sem casos registrados

5.3 RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO

O indicador expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero na população feminina de 25 a 64 anos e possibilita ainda, avaliar a oferta de exames. O Ministério da Saúde estabelece que um terço da população feminina seja prioritário na

realização do exame, considerando a razão de 0,75. Para o estado de Pernambuco a razão é de 0,48 (PACTO/COAP).

A tabela 43 apresenta a razão de exames dos municípios da região, demonstrando que mesmo com o aumento da oferta do exame pelo Estado, a captação das mulheres ainda permanece um desafio a ser perseguido pelos municípios. Nesse sentido, é essencial a construção de um plano de ação, identificando e priorizando os problemas de forma sistematizada com vistas a melhoria desse indicador.

A análise entre os dados de 2012 e 2013 aponta para uma evolução da razão na IX Região de Saúde, de 0,32 para 0,35 respectivamente. Considerando os anos da análise, houve uma variação percentual positiva de 9,37% do citopatológico na região. Os municípios de Granito, Ipubi, Moreilândia e Parnamirim apresentaram as maiores reduções percentuais nos dois últimos anos, sendo -96% para Moreilândia e -65% para Parnamirim.

Tabela 43 – Razão de Exames Citopatológicos de Colo de Útero em Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Arapipina	1.176,00	0,22	0,23	0,30	0,39	0,55
Bodocó	292,00	0,89	0,54	0,58	0,67	0,83
Exu	2,00	-	-	-	-	-
Granito	30,00	0,41	0,85	0,46	0,59	0,31
Ipubi	135,00	0,48	0,73	0,43	0,53	0,37
Moreilândia	-	0,53	0,69	0,27	0,53	0,02
Ouricuri	114,00	0,26	0,22	0,13	0,10	0,17
Parnamirim	74,00	0,58	0,39	0,27	0,20	0,07
Santa Cruz	73,00	0,45	0,66	0,43	0,52	0,43
Santa Filomena	20,00	0,24	0,38	0,18	0,11	0,31
Trindade	148,00	0,21	0,39	0,24	0,27	0,32
Total	0,35	0,34	0,35	0,27	0,32	0,35

Fonte: SISCOLO

No ano de 2013 foi realizada a ampliação de 02 novos Laboratórios que realizam o exame citopatológico contratualizados pelo Estado nos municípios de Petrolina e Salgueiro como referência para os municípios desta região. O município de Exu tem serviço de laboratório terceirizado no Estado do Ceará, razão pelo qual não se tem registro dos exames citológicos, exceto em 2008.

5.4 COBERTURA VACINAL CONTRA: POLIOMIELITE, HEPATITE B, PENTAVALENTE, INFLUENZA, INFLUENZA NA POPULAÇÃO IDOSA

A cobertura vacinal nos chamados “países em desenvolvimento” ainda está aquém da esperada. Ela é um importante indicador de saúde das populações e da qualidade da atenção dispensada pelos serviços. Este indicador serve para estimar o nível de proteção da população contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação (Queiroz, 2013).

Tabela 44 – Cobertura Vacinal de Residentes da IX Região de Saúde no ano de 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	BCG	Hepatite B	Rotavírus Humano	Pneumocócica 10V	Meningocócica C	Pentavalente	Tríplice Viral D1	Poliomielite	Tetavalente
Araripina	86,25	96,83	83,02	94,74	97,79	97,68	97,17	107,92	95,13
Bodocó	41,47	107,91	107,36	115,44	107,54	111,67	112,23	115,26	106,12
Exu	41,50	113,36	92,52	106,73	102,24	109,72	117,23	110,47	113,86
Granito	28,57	94,64	73,21	110,71	94,64	98,21	100,00	91,07	94,64
Ipubi	54,99	127,21	86,25	96,89	109,98	102,45	145,57	132,41	111,15
Moreilândia	9,66	86,36	91,48	115,91	114,20	98,86	101,14	123,89	86,36
Ouricuri	152,81	91,99	89,10	97,87	97,19	104,94	108,35	102,47	89,10
Parnamirim	40,80	90,55	97,51	95,77	95,52	96,52	103,98	99,75	88,56
Santa Cruz	35,25	90,48	77,63	87,46	80,00	85,08	80,95	89,83	89,80
Santa Filomena	51,03	62,81	74,07	90,12	90,53	87,65	93,39	88,48	61,98
Trindade	51,81	95,28	97,33	112,24	101,57	117,11	122,01	143,49	94,34
Total	74,94	96,17	89,06	100,38	99,57	102,55	107,46	111,65	93,73

Fonte: SI/PNI. Situação da base de dados nacional em 03/2015.

Observa-se na Tabela 44 que o município com a maior cobertura para BCG foi Ouricuri 152,81%, Moreilândia e Granito apresentaram as menores coberturas 9,66% e 28,57%, respectivamente.

Em relação a vacina contra hepatite B, a região mantém um percentual homogêneo de 96,17%, porém, destaca-se o município de Santa Filomena com a menor cobertura de 62,81%. A vacina Pentavalente, que reúne em uma só dose cinco doenças (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenza tipo b e hepatite B), foi introduzida na região a partir do segundo semestre de 2013.

Para a vacina de Rotavírus, verificam-se coberturas acima de 83% na maioria dos municípios.

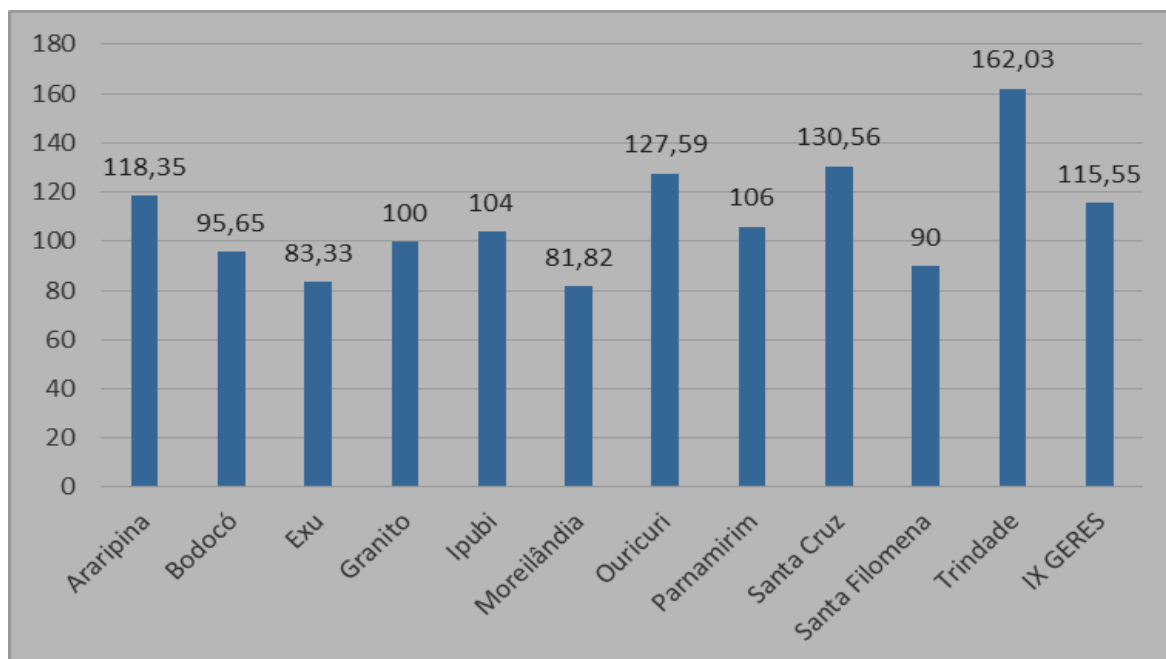
Para as coberturas acima de 110% (Trindade e Ipubi) atribui-se a frequência com que são realizadas as campanhas nacionais de imunização contra a poliomielite, oferecendo múltiplas oportunidades para a vacinação e ainda erro de registro. A variação nas coberturas nos municípios de Moreilândia e Santa Cruz correspondem a estratificação populacional, será realizado um censo vacinal com o objetivo de comprovar a existência da população flutuante.

5.5 COBERTURA VACINAL CONTRA INFLUENZA NA POPULAÇÃO IDOSA

Desde o ano de 1999, o Ministério da Saúde implantou a vacinação contra gripe no Brasil com o objetivo de proteger os grupos de maior risco contra as complicações desta doença, ou seja, os idosos e os portadores de doenças crônicas como as doenças pulmonares e cardiovasculares, pacientes imunocomprometidos, transplantados, dentre outros (BRASIL, 2005). Até o ano de 2007, a meta estabelecida para a vacinação em idosos era de 70%, porém, no ano de 2008, mediante as atualizações das estimativas populacionais pelo IBGE, que evidenciaram um aumento da população idosa, a meta foi ampliada para 80% (FRANCISCO; BARROS; CORDEIRO, 2011).

A cobertura vacinal contra influenza na IX Região de Saúde em 2013, apresentou valores diferentes nos municípios, porém, os onze municípios atingiram a meta de 80%. Os municípios de Trindade e Santa Cruz alcançaram valores de 162,03% e 130,56% respectivamente, provavelmente por erro de registro ou por vacinação fora da faixa etária preconizada (Gráfico 02).

Gráfico 02 – Cobertura Vacinal contra Influenza na População Idosa Residentes da IX Região de Saúde em 2013. Pernambuco, 2013.



Fonte: SI/PNI. Situação da base de dados nacional em 03/2015.

5.6 PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM VACINA EM DIA

A cobertura vacinal (CV) é um importante indicador de saúde das populações e da qualidade da atenção dispensada pelos serviços básicos de saúde. Pode ser entendida como a proporção de crianças menores de um ano que receberam o esquema completo de vacinação em relação aos menores de um ano existentes na população (Moraes, 2003).

Em 2013 a cobertura vacinal em crianças menores de um ano na IX Região de Saúde foi de 95,44%. A tabela 45 apresenta a proporção de crianças menores de um ano com esquema vacinal básico no período de 2008 a 2013. Observa-se que houve melhora do desempenho da Regional com uma variação positiva de 1,73%. Apenas os municípios de Araripina e Trindade não conseguiram atingir a meta nos anos analisados. Comparando-se o alcance das metas 36% (quais municípios) dos municípios permaneceram sempre acima da meta de 95% preconizada pelo Ministério da Saúde, enquanto que 18% (quais municípios) não atingiram a meta. Os demais municípios 46% (quais municípios) vêm apresentando oscilações durante os anos analisados.

É imprescindível que as equipes de saúde aprimorem a qualidade do atendimento. O registro realizado nas salas de vacina das UBS consiste em estratégia importante, pois fornece informações fidedignas acerca das doses aplicadas, contribui

para o alcance das metas e permite realizar a estimativa de retorno das crianças para as próximas doses.

Tabela 45 – Proporção de Crianças Menores de 1 ano, Residentes com Esquema Vacinal em dia da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	90,62	90,30	92,09	91,60	91,92	94,45
Bodocó	95,92	98,85	97,08	93,12	92,84	96,78
Exu	98,15	95,91	98,20	96,18	97,21	98,46
Granito	95,74	95,77	97,60	98,24	97,04	99,02
Ipubi	95,93	97,20	94,98	94,23	92,31	95,43
Moreilândia	96,53	98,51	98,98	97,86	98,24	98,85
Ouricuri	91,31	93,56	95,59	95,71	96,29	95,86
Parnamirim	97,44	97,30	98,00	98,25	97,17	94,99
Santa Cruz	97,92	98,50	98,15	98,28	97,26	98,61
Santa Filomena	93,87	97,65	97,08	98,61	97,03	97,08
Trindade	89,20	89,36	90,44	91,03	90,72	89,92
Total	93,82	94,65	95,43	94,55	94,05	95,44

Fonte: SIAB – Situação da base em 16/04/2015

5.7 COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA

Reflete o acesso ao tratamento odontológico do Programa de Saúde Bucal desenvolvido pela Equipe na Atenção Primária por meio da consulta odontológica programática. O ingresso ao programa é feito a partir da avaliação do exame clínico odontológico com fins de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico – PPT. Ao município compete alimentar regularmente os sistemas de informação a fim de evitar a perda dos registros, cabendo ao gestor o monitoramento e avaliação dos dados, que o instrumentalizará para adoção de estratégias de intervenção junto às Equipes de Saúde.

Observa-se que no ano de 2013, a IX Região apresentou uma cobertura de 8,93 considerado inferior quando comparado ao Estado de Pernambuco (15,48) e ao Brasil (14,68). A variação entre os anos de 2008 a 2013 foi de 30,88% na redução da cobertura. Destaca-se a diminuição significativa no número de consultas nos municípios de Exu (14,41), Moreilândia (3,65), Ouricuri (5,63), Santa Cruz (4,55) e Santa Filomena (1,82). Os demais municípios apresentaram aumento significativo como observado na Tabela 46.

Tabela 46 – Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática de Residentes da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	0,80	3,13	3,15	2,86	9,23	5,33
Bodocó	7,93	11,06	10,70	15,01	8,05	12,51
Exu	35,56	14,44	9,92	6,94	8,10	14,41
Granito	14,95	3,23	3,50	6,13	16,52	22,57
Ipubi	2,12	6,98	6,95	-	15,51	8,86
Moreilândia	42,01	11,54	21,00	8,55	5,77	3,65
Ouricuri	22,33	6,97	6,36	51,34	3,32	5,63
Parnamirim	10,24	17,06	11,81	14,08	16,72	22,04
Santa Cruz	24,40	11,94	5,69	4,83	22,26	4,55
Santa Filomena	3,78	3,55	6,89	4,18	1,28	1,82
Trindade	4,86	23,37	17,15	11,29	6,83	10,96
Total	12,92	9,20	8,09	15,60	8,90	8,93

Fonte: SIA, 2015

5.8 PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE

Tabela 47 – Número e Proporção de Imóveis Visitados por Ciclo no Programa de Controle da Dengue na IX Região de Saúde em 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		4º Ciclo		5º Ciclo		6º Ciclo		Total Pactuado
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Araripina	26.161	96	25.731	93	25.830	92	25.907	92	26.973	94	26.111	90	26.080
Bodocó	7.444	96	7.474	95	7.533	95	7.543	96	7.679	96	7.692	93	7.714
Exu	7.521	97	7.373	95	7.441	96	7.625	96	7.530	97	7.843	97	7.521
Granito	1.756	99	1.906	99	1.824	99	1.875	98	2.012	99	1.926	94	1.801
Ipubi	8.596	99	8.248	96	8.148	95	8.579	98	8.634	98	8.857	99	8.649
Moreilândia	3.212	98	3.278	98	2.794	95	3.460	96	3.653	97	3.534	96	3.028
Ouricuri	17.541	98	17.291	96	18.258	95	17.887	96	18.530	93	19.074	96	18.175
Parnamirim	4.041	92	3.551	92	4.309	92	4.318	92	4.519	93	4.550	93	4.4042
Santa Cruz	2.675	90	3.191	97	3.007	96	3.063	96	3.076	97	3.115	97	3.046
Santa Filomena	2.675	96	2.701	96	1.587	59	2.707	94	2.564	89	2.559	90	2.677
Trindade	5.818	78	7.277	77	7.641	81	11.843	94	13.215	99	14.189	99	10.749
Total	87.440	93	88.021	94	88.372	94	94.807	101	98.385	105	99.450	106	93.482

Fonte: SISFAD – Situação da base em 26/04/2015

A concentração populacional nas áreas urbanas da Região do Araripe equivale a 52,89%, distribuídas em 93.482 imóveis cadastrados na base de dados do Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue – SISFAD do ano de 2013. No trabalho de combate e controle da dengue, os dados são divididos em seis ciclos durante o ano, ou seja, cada ciclo corresponde a cada dois meses trabalhados, embora se registre pendências e desatualização na base de dados, a maioria dos municípios atingiram um percentual acima de 90% de imóveis visitados nos seis ciclos, exceto os municípios de Santa Filomena (3º ciclo com 59%) e Trindade (1º, 2º e 3º ciclos com menos de 80%). Sendo que o Ministério da Saúde preconiza 100% dos imóveis visitados por ciclo, observa-se que no consolidado da região nos últimos três ciclos do ano de 2013, registra valores acima de 100%.

MÉDIA DE VISITAÇÃO DOMICILIAR DO ACS POR FAMÍLIA

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) representa o elo entre a equipe e a comunidade e essa parceria contribui na melhoria das coberturas vacinais, na adesão ao Pré-Natal no primeiro trimestre, no aleitamento materno exclusivo, na busca ativa de doenças crônicas, na redução da mortalidade materno-infantil, dentre outros. A visita domiciliar possibilita o fortalecimento do vínculo do ACS com a comunidade na área adscrita.

A Tabela 48 demonstra que ao longo dos anos a média de visita domiciliar por família em 90,9% dos municípios foi inferior a uma visita/mês por família. Destaca-se o município de Exu que manteve a média de 1,02 visita/mês por família nos anos analisados. A meta preconizada pelo Ministério da Saúde é de no mínimo 1 visita por mês por família e pode-se atribuir como dificuldades na realização da visita domiciliar a má distribuição das famílias de acordo com a população preconizada para cada ACS, áreas descobertas, grandes distâncias nas áreas rurais, além da ausência do planejamento das atividades de rotina dos ACS.

Tabela 48 – Média de Visita Domiciliar do ACS por Família nos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

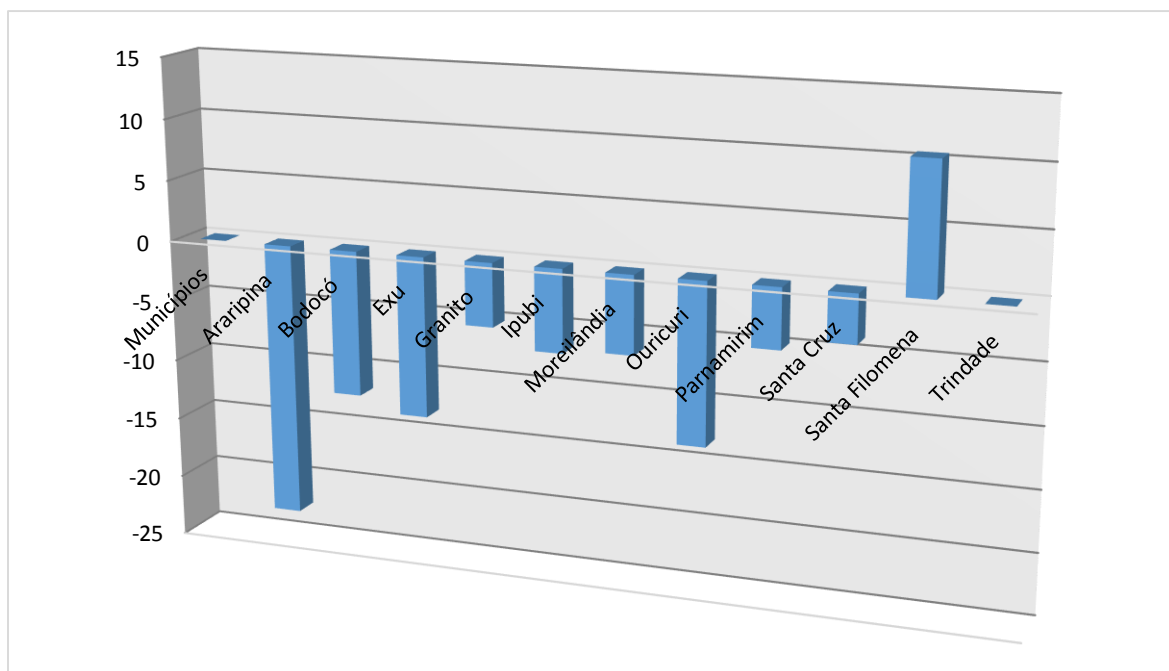
Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	0,89	0,95	0,96	0,98	0,78	0,69
Bodocó	1,09	1,01	1,05	1,00	0,85	0,96
Exu	1,14	0,98	1,02	1,00	1,01	0,99
Granito	0,96	0,92	0,21	0,94	0,83	0,91
Ipubi	1,03	0,84	0,86	0,86	0,95	0,96
Moreilândia	0,78	0,86	0,87	0,92	0,99	0,73
Ouricuri	0,91	0,98	0,97	0,96	0,98	0,79
Parnamirim	1,02	1,02	1,01	1,01	0,99	0,97
Santa Cruz	0,76	0,77	0,76	0,99	0,99	0,73
Santa Filomena	0,86	0,17	0,96	0,89	0,83	0,95
Trindade	1,00	1,01	1,01	0,92	0,93	1,00
Total	0,97	0,81	0,90	0,96	0,90	0,83

Fonte: SIAB - Situação da base em 17/04/2015

Embora não haja grande variação na média de visitas do ACS entre os municípios da região, indicando oscilações nos anos analisados, observa-se no Gráfico 3 que a variação apresenta-se negativa em quase todos os municípios, entre os anos de 2008

e 2013, com exceção de Santa Filomena, embora também não tenha conseguido atingir a média de uma visita ao mês.

Gráfico 3 – Variação da Média de Visita Domiciliar do ACS nos municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.



Fonte: SIAB - 2015

5.9 PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM SETE OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Constitui-se um importante indicador uma vez que avalia a realização de consultas de pré-natal a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a assistência ao parto. Sendo ainda possível analisar a cobertura do atendimento pré-natal e inferir situações de desigualdade que demandem intervenções específicas.

A meta do Pacto pela Saúde no Estado de Pernambuco é de 60% ou mais. A IX região de Saúde apresentou no período analisado uma tendência ascendente de 85,64% no intervalo de 2008-2013 com crescimento ano a ano. Em 2013, a taxa foi de 66,72% ultrapassando a meta pactuada.

Em relação aos municípios, observa-se que todos apresentaram uma proporção superior à meta estimada pelo estado no ano de 2013. O bom desempenho alcançado pela IX Região no decorrer dos anos analisados pode ser atribuída à ampliação das Equipes de Saúde da Família, a implantação da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP) e a adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da

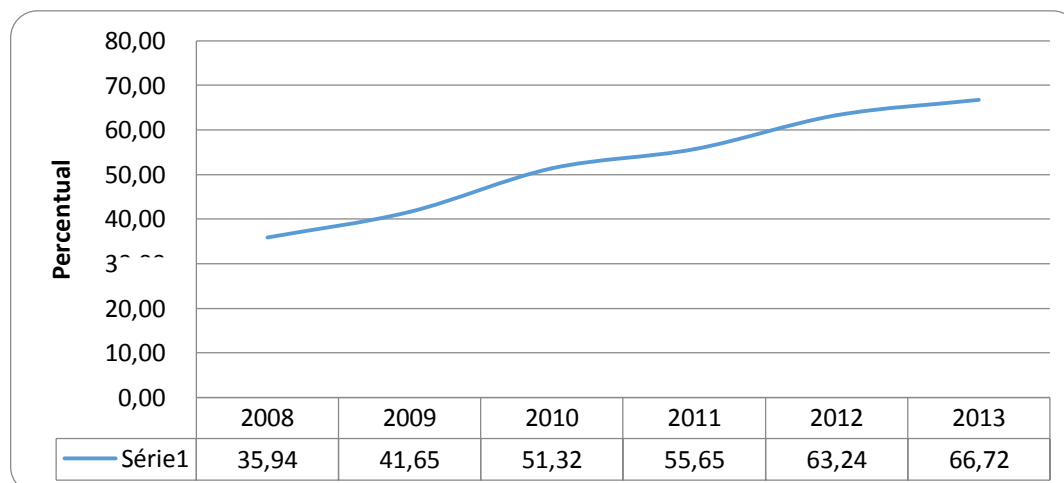
Qualidade (PMAQ). Por meio destas medidas, ocorreu um aumento nas ações de monitoramento e avaliação da regional de saúde junto aos municípios, instituindo uma rotina de acompanhamento das ações de qualificação da Atenção Primária à Saúde nos municípios, bem como possibilitou a estes, o ganho de incentivos financeiros, conforme foram sendo alcançadas as metas.

Tabela 49 – Proporção de Nascidos Vivos de Mães com Sete ou mais Consultas de Pré-Natal nos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	30,70	35,33	51,89	52,88	64,08	63,61
Bodocó	46,55	56,88	64,33	70,84	70,97	77,49
Exu	28,80	32,25	38,46	59,07	75,82	74,48
Granito	28,70	27,93	38,46	50,89	74,56	74,19
Ipubi	36,61	49,52	62,04	56,91	59,72	69,07
Moreilândia	55,21	43,57	54,30	62,50	66,90	68,10
Ouricuri	35,23	41,31	43,57	56,13	58,82	61,08
Parnamirim	45,52	51,94	53,52	50,00	61,20	62,30
Santa Cruz	43,07	49,85	63,81	54,39	54,07	70,39
Santa Filomena	53,75	55,43	62,13	72,13	67,43	76,00
Trindade	27,64	31,17	39,10	41,85	54,65	64,05
Total	35,94	41,65	51,32	55,65	63,24	66,72

Fonte: SINASC Situação da base em 26/04/2015

Gráfico 4 - Evolução percentual de Nascidos Vivos de Mães com Sete ou mais Consultas Pré-Natal na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.



5.11 PROPORÇÃO DE CRIANÇAS COM BAIXO PESO AO NASCER

Este indicador revela o percentual de crianças com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, avaliando de maneira geral, os níveis de desenvolvimento socioeconômico e o de assistência materno-infantil, subsidiando iniciativas de intervenção na qualidade do pré-natal e orientação as ações para os fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e outras) nas gestantes com predisposição à recém-nascidos de baixo peso. Além disso, permite identificar as crianças de risco com a finalidade de priorizar seu acompanhamento pelas equipes de Atenção Básica.

Durante o período analisado, a IX Região de Saúde apresentou oscilação com redução nos anos de 2008 a 2009 (5,83%) e aumento nos anos de 2009 a 2013 (14,39%). O município de Exu de 2008 a 2009 reduziu em 25,35% e aumentou em 76,73% de 2009 a 2013. Granito exibiu em praticamente todos os anos variações bem expressivas. No período de 2008 a 2013, Parnamirim reduziu em 31,51%, entretanto, Santa Cruz e Santa Filomena aumentaram 71,95% e 86,65%, respectivamente (Tabela 50).

A saúde do recém-nascido pode ser analisada sob diversas formas, entre elas o peso ao nascer, sendo um fator importante na determinação da morbimortalidade neonatal e pós neonatal. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o baixo peso ao nascer como o fator isolado mais importante na sobrevivência infantil (SINGH *et al.*, 2010), o que destaca a importância de se conhecerem as características dos subgrupos de peso e seus fatores de risco.

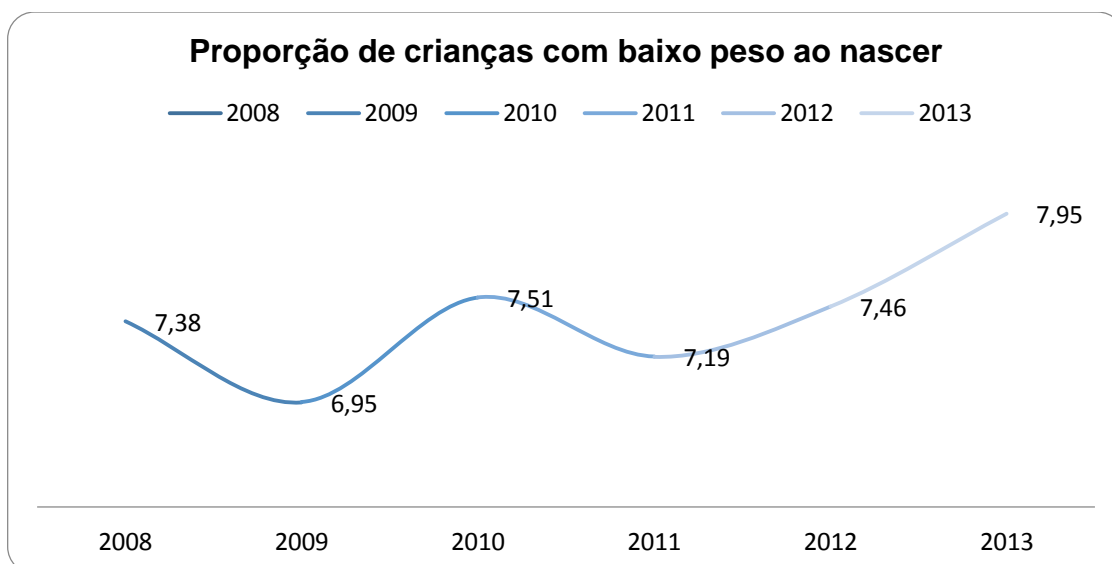
Tabela 50 – Proporção de Crianças Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer nos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	9,01	7,24	8,51	8,48	8,01	9,25
Bodocó	7,40	7,19	8,31	6,26	9,68	7,88
Exu	7,77	5,80	6,38	7,66	6,73	10,25
Granito	6,09	9,01	10,58	4,46	2,63	7,53
Ipubi	7,12	5,43	9,41	6,83	7,87	7,78
Moreilândia	6,75	8,57	5,96	7,95	8,97	6,13
Ouricuri	6,94	8,65	7,53	7,07	7,05	6,91
Parnamirim	6,22	5,94	5,53	4,73	6,51	4,26
Santa Cruz	5,99	6,08	7,14	7,43	6,30	10,30
Santa Filomena	3,75	5,62	4,78	3,69	6,42	6,29

Trindade	6,87	6,01	5,76	7,68	6,77	7,03
Total	7,38	6,95	7,51	7,19	7,46	7,95

Fonte: SINASC Situação da base em 26/04/2015

Gráfico 5– Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.



2.12 PERCENTUAL DE HIPERTENSOS CADASTRADOS/ACOMPANHADOS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica complexa, multicausal e multifatorial que se configura um problema de saúde pública não só no Brasil, mas no mundo. Estima-se que 15 a 20% da população brasileira adulta apresenta esta doença, sendo na população idosa a prevalência de 65%, representando um alto custo social, pois são cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (Brasil, 2001).

Observa-se na Tabela 51 oscilações entre os municípios nos anos da análise, embora a região registre percentuais acima de 90%. Os municípios de Granito e Ipubi apresentam dificuldades no alcance da meta. O Ministério da Saúde preconiza que pelo menos 80% dos hipertensos cadastrados devem ser acompanhados pelas Equipes de atenção básica (Brasil, 2006). O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) estima 100% de acompanhamento. Houve uma variação positiva no aumento de acompanhamento de 2,24% os anos de 2008 a 2013 na região.

Os usuários cadastrados no Programa de Hipertensão, na grande maioria, realizam apenas tratamento medicamentoso e não são acompanhados

sistematicamente. Encontra-se sedimentado por vários estudos que a pratica regular de atividade física, assim como a dieta balanceada, impedem ou retardam o aparecimento da Hipertensão Arterial como podem contribuir de forma significativa para a redução dos níveis de Pressão Arterial nos hipertensos (BRASIL, 2002).

Tabela 51 – Percentual de hipertensos cadastrados que são acompanhados dos Residentes nos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	83,77	97,74	98,38	97,42	96,57	94,91
Bodocó	98,35	98,45	98,31	91,22	97,00	98,21
Exu	97,68	95,80	96,75	96,28	96,52	97,21
Granito	82,03	79,58	78,02	81,84	76,51	87,28
Ipubi	91,74	87,01	85,63	68,45	87,33	90,82
Moreilândia	100,00	99,91	99,82	99,63	100,00	99,86
Ouricuri	90,83	94,61	93,14	94,13	93,50	96,21
Parnamirim	99,84	99,95	99,91	99,67	99,04	99,60
Santa Cruz	99,13	98,67	98,88	99,13	97,59	90,95
Santa Filomena	94,33	99,29	98,69	95,25	95,04	94,48
Trindade	96,37	96,10	94,55	90,97	87,60	96,71
Total	93,61	95,68	95,22	91,42	94,33	95,71

Fonte: SIAB - Situação da base em 12/04/2015

2.13 PERCENTUAL DE DIABÉTICOS CADASTRADOS/ACOMPANHADOS

King *et al* (2001) relata que de acordo com os indicadores da OMS, 2003 o mundo vive uma epidemia de diabetes. Em 1985, a doença atingia aproximadamente 30 milhões de pessoas, esse número aumentou para 135 milhões em 1995 e em 2000 foi para 177 milhões. A OMS estima que a prevalência de diabetes deve alcançar 333 milhões de pessoas em 2025. No Brasil, estima-se que em 2025 a Diabetes Mellitus atingirá cerca de 11,6 milhões de pessoas. Embora os países desenvolvidos apresentem uma maior prevalência da doença, a incidência tende a ser maior nos países em desenvolvimento como consequência do envelhecimento da população e das mudanças nos padrões nutricionais que levam ao aumento do sobrepeso e da obesidade. (NOVAES, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, 100% dos diabéticos cadastrados devem ser acompanhados mensalmente pelos agentes comunitário de saúde. A IX Região de

Saúde manteve o acompanhamento acima de 95% no período de 2008 a 2013, com variação de positiva de 0,35%. Moreilândia obteve os melhores percentuais com média de 99,91%. Os municípios de Granito e Ipubi apresentaram o desempenho abaixo da média da região em todos os anos analisados. (Tabela 52).

Tabela 52 – Percentual de diabéticos cadastrados que são acompanhados dos Residentes nos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	89,04	97,59	98,97	97,49	96,89	93,45
Bodocó	99,24	99,17	99,13	96,57	97,54	98,69
Exu	97,80	96,03	97,87	96,54	97,14	97,25
Granito	91,25	90,09	77,90	89,11	78,39	92,98
Ipubi	94,89	92,47	88,76	92,31	92,76	91,13
Moreilândia	100,00	100,00	99,94	100,00	100,00	99,56
Ouricuri	92,58	96,98	97,33	97,28	95,59	97,67
Parnamirim	99,95	99,83	98,46	99,74	99,79	99,88
Santa Cruz	99,42	99,16	99,83	99,85	98,29	92,42
Santa Filomena	96,76	99,81	98,65	96,47	95,25	94,79
Trindade	96,85	96,90	95,77	93,95	91,59	97,13
Total	95,47	97,11	96,64	96,46	95,77	95,81

Fonte: SIAB - Situação da base em 12/04/2015

2.14 PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE QUATRO MESES COM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Inúmeras estratégias foram elaboradas e implementadas no Brasil com o intuito de reduzir os índices de morbimortalidade infantil através do combate ao desmame precoce, visto que a amamentação se transformou em um dos principais objetos de preocupação para os formuladores de políticas públicas em favor da saúde da criança (Ramos, 2003).

Na Tabela 53 foram calculadas as taxas do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) para as crianças menores de 4 meses e observa-se que 90,9% dos municípios estão bem abaixo dos 80% recomendados pela OMS, exceto Ipubi, que em 2013 atingiu 80,77% com uma variação positiva de 9,01%, enquanto que a variação na região foi inferior com 0,61% para o mesmo período. Destacam-se os municípios de Exu, Ouricuri e Santa Cruz com os menores percentuais, abaixo de 70% em todos os anos da análise.

Embora a região disponha de uma cobertura da ESF acima de 80%, a proporção do AME continua aquém do esperado. Estratégias de promoção ao aleitamento materno podem servir como uma importante intervenção nos primeiros meses de vida da criança, destacando o papel do profissional de saúde aliado a outras questões que influenciam diretamente o aleitamento materno.

Tabela 53 – Proporção de crianças menores de quatro meses com Aleitamento Materno Exclusivo nos municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	74,99	73,21	79,48	78,48	71,54	73,00
Bodocó	75,22	75,29	73,11	74,30	72,85	71,91
Exu	64,34	64,84	67,16	67,69	67,27	66,24
Granito	69,31	69,16	66,88	71,04	68,51	64,93
Ipubi	74,09	74,22	74,77	76,93	77,62	80,77
Moreilândia	68,54	74,54	69,41	65,01	63,50	66,61
Ouricuri	65,43	66,77	65,15	67,64	65,68	63,74
Parnamirim	68,36	74,17	73,71	70,50	67,81	66,24
Santa Cruz	62,99	64,18	63,77	68,49	63,16	64,04
Santa Filomena	60,21	67,79	66,35	69,91	74,70	66,53
Trindade	73,32	75,70	73,40	71,86	66,96	67,56
Total	69,75	71,15	71,13	72,34	70,17	70,18

Fonte: SIAB - Situação da base em 12/04/2015

2.15 PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM MENORES DE DOIS ANOS

Existem importantes diferenças nas prevalências de desnutrição infantil entre os países e fatores como nível de desenvolvimento econômico, distribuição de riquezas, estabilidade política, prioridades nos gastos públicos e padrão sociocultural podem influenciá-las (SAWAYA, 1997). A OMS estima que mais de 20 milhões de crianças nasçam com baixo peso a cada ano. Cerca de 150 milhões de crianças menores de 5 anos têm baixo peso para a sua idade e 182 milhões (32,5%) têm baixa estatura.

A Tabela 54 retrata a prevalência da desnutrição infantil no período de 2008 a 2013 da IX Região de Saúde e confirma a existência de certo grau de oscilação. Ocorreu uma variação de -73,82% da prevalência de desnutrição quando analisados os municípios na região. O ano de 2013, apresenta os melhores índices de redução da prevalência de risco nutricional e desnutrição, onde 81,82% dos municípios registram

taxas inferiores a 2%. Destaca-se com taxas superiores Parnamirim e Santa Cruz com 3,07% e 2,07, respectivamente. O combate à desnutrição depende muito da atenção à saúde da criança, que envolve desde acesso ao saneamento básico, a orientação adequada das famílias e o atendimento hospitalar.

Tabela 54 – Número e Taxa de Prevalência de Desnutrição em Menores de 2 anos Residentes em Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
Araripina	574	2,85	924	4,21	745	3,90	574	2,45	519	1,73	270	0,98
Bodocó	516	3,30	186	1,40	158	1,13	57	0,44	48	0,40	43	0,39
Exu	515	3,99	340	2,57	304	2,44	230	2,31	153	1,51	35	0,62
Granito	45	2,00	38	1,71	81	3,61	59	2,42	60	2,78	3	0,15
Ipubi	582	4,37	430	3,13	347	2,37	273	1,96	195	1,37	84	0,70
Moreilândia	155	4,19	183	4,00	129	2,71	102	2,21	124	2,68	55	1,40
Ouricuri	1.475	5,37	1.351	5,19	1.039	3,89	921	3,75	642	3,68	304	1,93
Parnamirim	595	6,90	486	5,70	367	4,83	328	4,08	251	3,43	165	3,07
Santa Cruz	257	5,22	312	6,24	168	3,28	85	1,77	70	1,66	75	2,07
Santa Filomena	186	3,36	95	2,05	123	2,47	83	1,90	109	2,96	34	1,07
Trindade	726	6,43	646	5,69	580	4,78	393	3,45	282	2,61	87	1,04
Total	5.626	4,47	4.991	4,01	4.041	3,27	3.105	2,58	2.453	2,10	1.155	1,17

Fonte: SIAB - Situação da base em 05/04/2015

O gráfico 6 ilustra o declínio da prevalência da desnutrição infantil na IX Região de Saúde de acordo com os dados dos anos 2008 a 2013 com redução percentual de 4,47% para 1,17%.

Gráfico 6 – Taxa de Prevalência de Desnutrição em Menores de 2 anos Residentes em Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.



2.16 PROPORÇÃO DE INTERNAÇÃO POR DOENÇA DIARREICAS AGUDA (DDA) EM MENORES DE CINCO ANOS

O comportamento da morbidade de crianças menores de cinco anos é considerado o parâmetro básico para o estabelecimento das necessidades de saúde desse grupo da população. Alguns autores consideram as informações sobre as taxas e causas de hospitalização importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida e indiretos da resolubilidade ambulatorial.

No período de 2008 a 2013, a média das internações por gastroenterite e diarreia de origem presumível nas unidades hospitalares foi de 33,38%. Entretanto, observa-se (Tabela 55) que houve uma variação positiva de 19,07% na redução das internações entre 2010 e 2013, podendo ser atribuído ao nível de atenção primária, ao emprego de medidas efetivas em domicílio, tais como, reidratação oral, repouso e dieta branda.

Tabela 55 – Proporção de Internações por DDA em Menores de 5 anos Residentes nos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	23,45	39,85	36,63	40,45	39,91	38,62
Bodocó	18,48	16,10	18,07	23,26	34,29	25,00
Exu	29,51	54,55	56,85	33,33	51,22	14,81
Granito	30,00	24,00	20,69	13,04	66,67	28,57
Ipubi	27,91	36,30	40,34	25,00	39,56	30,60

Moreilândia	46,15	41,56	50,47	47,37	60,00	42,11
Ouricuri	36,62	32,00	31,41	25,59	26,05	18,01
Parnamirim	23,94	26,19	32,47	23,01	49,32	55,26
Santa Cruz	100,00	71,43	54,55	46,43	48,00	29,27
Santa Filomena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trindade	36,36	26,09	59,18	28,26	46,43	29,85
Total	30,22	35,56	36,80	32,20	35,73	29,78

Fonte: SIH – Situação da base em 04/2015

2.17 PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR IRA EM MENORES DE CINCO ANOS

Tabela 56 – Proporção de Internações por IRA em Menores de 5 anos dos residentes nos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	5,32	6,72	10,45	6,68	7,10	5,56
Bodocó	41,30	46,61	39,76	55,81	60,00	38,89
Exu	55,74	26,45	31,51	57,33	39,02	68,52
Granito	-	8,00	31,03	43,48	11,11	14,29
Ipubi	42,64	39,73	43,70	40,22	29,67	44,03
Moreilândia	32,31	20,78	9,35	25,26	15,00	42,11
Ouricuri	33,80	41,07	42,96	46,70	35,66	31,48
Parnamirim	21,13	24,60	24,68	43,36	26,03	34,21
Santa Cruz	-	28,57	18,18	46,43	32,00	58,54
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-
Trindade	46,75	56,52	16,33	52,17	42,86	50,75
Total	24,39	26,19	27,23	31,57	23,16	24,00

Fonte: SIH – Situação da base em 04/2015

Observa-se na Tabela 56 que houve um crescimento acentuado de internações a cada ano, passando de 24,39% no ano de 2009 para 31,57% em 2011, retornando para 24,00% em 2013. Nota-se que entre os anos de 2009 e 2013 os municípios de Bodocó e Ouricuri apresentaram uma variação positiva na redução das internações por IRA de 5,83% e 6,86% respectivamente, não ocorrendo com a região que reduziu em 1,59%.

2.18 PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR DIABETES E SUAS COMPLICAÇÕES

A morbidade decorrente do diabetes e de suas potenciais complicações continuam a representar um desafio para o sistema de saúde em razão da carga de sofrimento, incapacidade, perda de produtividade e morte prematura. No Brasil, as internações por esta causa implicam em custos econômicos elevados.

No ano de 2013, a IX Região de saúde apresentou uma proporção de 1,52 das internações por DM e suas complicações. Quando comparado com estatísticas estaduais e nacionais a proporção foi de 2,34 e 2,40, respectivamente. O município de Trindade apresentou a menor proporção de internação na série histórica com 0,55 em 2010, enquanto que Bodocó a maior proporção com 8,57 no ano de 2012 (Tabela 57). Observa-se que durante os anos de 2008 a 2013 os municípios de Ipubi e Ouricuri apresentaram redução na proporção de internações com 18,06% e 1,22%. Os maiores aumentos na variação foram de Araripina, Bodocó, Parnamirim e Trindade com destaque para este último com 278,29%. Granito e Santa Filomena não apresentaram informações.

Em 2011, o governo federal lançou o plano de ações para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis, que inclui medidas para a redução de casos e mortes provocadas pelo diabetes. O plano prevê a redução de 2% ao ano das mortes prematuras por doenças crônicas a partir da melhoria de indicadores relacionados ao álcool, alimentação inadequada, sedentarismo e obesidade, fatores de risco para o diabetes e também a implantação do programa academia da saúde e pólos de atividade física abertos para a comunidade.

Tabela 57 – Proporção de Internações por Diabetes e suas Complicações dos residentes nos municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	1,18	1,62	1,84	1,37	1,28	1,86
Bodocó	2,31	2,8	5,37	2,5	8,57	4
Exu	6,67	1,16	1,92	1,95	1,02	-
Granito	-	-	-	-	-	-
Ipubi	1,55	5,03	3,52	3,31	1,49	1,27
Moreilândia	-	-	0,82	1,16	1,72	-
Ouricuri	0,82	2,27	1,21	1,5	1,06	0,81

Parnamirim	5,76	2,14	5,26	4,22	5,36	6,67
Santa Cruz	-	-	4,11	-	4,76	2,56
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-
Trindade	1,52	1,84	0,55	2,84	1,1	5,75
Total	1,36	1,98	1,71	1,64	1,41	1,52

4

Fonte: SIH – Situação da base em 04/2015

2.19 TAXA DE INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA - ICC

A insuficiência Cardíaca Congestiva é uma causa importante de hospitalização na população acima de 40 anos e reflete as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde, implantação de Equipes Saúde da Família e disponibilidade de exames laboratoriais para diagnóstico. Em outros níveis de complexidade, está relacionado com o sistema de regulação e acesso a leitos, efetividade dos serviços de urgência e emergência, além de sistemas de informação confiáveis.

Conforme a Tabela 58, a taxa de internação reduziu de 5,18 em 2008 para 1,58 em 2013, representando 69,32% de redução. Em 2013, os municípios de Exu (4,21), Ipubi (5,22) e Trindade (8,45) também apresentaram um declínio neste coeficiente. Ouricuri apresentou uma taxa de 43,31 em 2010, passando para 2,79 em 2012, redução de 93,55% das internações. Araripina apresentou informação apenas no ano de 2011, com uma das menores taxas da série histórica (0,47). Bodocó, Parnamirim e Santa Filomena não apresentaram internações no período analisado.

A educação em saúde constitui uma atividade essencial para gerar mudanças de comportamento e amenizar ou erradicar os sinais e sintomas de uma doença. É necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento e habilidades para atuarem nos fatores que contribuem para o agravamento da ICC. As recomendações de hábitos saudáveis como a realização regular de atividades físicas, reeducação alimentar com diminuição da ingestão de sódio e orientações quanto à interrupção de bebidas alcoólicas e tabaco são ações que contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população.

Tabela 58 – Taxa de Internações por ICC de residentes nos municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	-	-	-	0,47	-	-
Bodocó	-	-	-	-	-	-
Exu	-	-	8,54	4,28	2,14	4,21
Granito	-	-	-	39,43	-	-
Ipubi	41,13	15,70	23,68	10,99	17,63	5,22
Moreilândia	3,13	-	-	-	-	-
Ouricuri	4,03	32,83	43,31	2,79	2,76	-
Parnamirim	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz	-	2,37	15,20	-	-	2,38
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-
Trindade	13,67	10,28	7,49	17,75	1,46	8,45
Total	5,15	8,68	12,42	4,15	2,28	1,58

Fonte: SIH – Situação da base em 04/2015

5.20 PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVC ao longo de seu curso de vida. Tais dados chamam a atenção para a importância de ações voltadas a vigilância à saúde, tanto no sentido de reabilitação quanto de prevenção e promoção, a fim de favorecer a qualidade de vida da população (BRASIL, 2013).

De acordo com a série histórica, a IX Região de Saúde apresentou uma redução de internações de 80,48% na faixa etária de 30 a 59 anos. Em 2013, a proporção foi de 0,08 das internações, enquanto que no Estado de Pernambuco foi de 10,03 e no Brasil 11,27 (DATASUS, 2013). No ano de 2012, Ouricuri apresentou uma das menores proporções de toda a série histórica (0,04) revelando uma redução na variação de 95,12% quando comparado com 2008. Em contrapartida, neste mesmo ano, Granito apresentou a maior proporção de internações por AVC (3,85). Apenas Bodocó (2,67) e Trindade (1,15) apresentaram informações no ano de 2013, enquanto que Santa Cruz e Santa Filomena não apresentaram internações por esta causa.

Em face destes dados, é imprescindível o envolvimento dos profissionais de saúde na realização de ações voltadas para os aspectos preventivos do AVC com o foco nos fatores de risco, tais como a hipertensão, o diabetes, o colesterol elevado e o fumo. O desenvolvimento de ações de saúde voltadas para o autocuidado e o tratamento são essenciais para qualificar o atendimento à população nos diferentes níveis de atenção e reduzir as internações por esta causa.

Tabela 59 – Proporção de Internações por AVC de residentes nos municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	-	-	-	0,25	0,05	-
Bodocó	-	-	2,01	-	-	2,67
Exu	2,22	1,16	-	1,30	-	-
Granito	2,50	-	2,00	-	3,85	-
Ipubi	-	0,50	-	-	-	-
Moreilândia	-	0,63	0,82	1,16	-	-
Ouricuri	0,82	0,30	-	-	0,04	-
Parnamirim	0,72	0,71	-	1,20	0,89	-
Santa Cruz	-	-	-	-	-	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-
Trindade	0,25	-	0,36	0,57	-	1,15
Total	0,41	0,22	0,15	0,23	0,08	0,08

Fonte: SIH – Situação da base em 04/2015

5.21 PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA – ICSAP.

As internações por causas sensíveis à atenção primária (ICSAP) é a condição pela qual a internação hospitalar poderia ser evitável, se os serviços de atenção primária fossem efetivos e acessíveis, é um indicador que pode ser usado para comparar e avaliar o desempenho de diferentes serviços e políticas de saúde, considerando a resolutividade, a qualidade e a acessibilidade da atenção primária à saúde. Na Tabela 60 destacam-se os municípios de Granito e Araripina com aumento no número de internações entre os anos de 2008 e 2013 e variação de 58,33% e 19,96%, respectivamente. Durante o período analisado, os municípios com maior redução foram Trindade 23,15% e Exu 18,52%.

Observa-se ainda que a IX Região de Saúde nos anos de 2008 e 2013 reduziu apenas 0,58%. Apesar da tendência de redução no período, estes resultados devem ser observados com cautela. Esta análise permite perceber que a organização dos serviços de atenção primária na região, embora tenham realizado ações de prevenção e promoção, que parecem contribuir na redução de internações, apresentam-se limitadas em seu conjunto, visto que, há acréscimos no número de internações em alguns municípios. As informações sobre as ICSAP podem subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências e ainda contribuir na elaboração de programas mais fiéis às

necessidades da população. Conseqüentemente, sugerem a importância de intervir na melhoria do acesso e da qualidade das ações de saúde na atenção primária, especialmente nas áreas prioritárias em que a redução foi menor, a fim de prevenir a demanda excessiva e evitar os custos desnecessários com a assistência de média e alta complexidade.

Tabela 60 – Proporção de Internações por ICSAP de residentes nos municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	36,61	40,21	41,61	44,36	40,99	43,92
Bodocó	38,28	41,88	38,58	38,52	32,01	34,18
Exu	34,01	53,93	49,45	40,80	35,53	27,71
Granito	32,52	25,85	36,31	40,00	55,22	51,49
Ipubi	47,16	53,44	52,44	47,03	52,87	54,03
Moreilândia	48,37	47,27	54,51	50,83	46,12	46,90
Ouricuri	49,63	44,24	47,92	44,80	46,90	40,98
Parnamirim	41,81	41,10	43,11	44,46	39,68	38,04
Santa Cruz	53,76	39,65	42,81	44,16	52,86	52,02
Santa Filomena	28,77	24,27	26,26	22,99	26,80	27,27
Trindade	47,73	45,57	51,13	45,44	38,85	36,68
Total	42,78	43,63	45,98	44,32	43,18	42,53

Fonte: SIH – Situação da base em 04/2015

5.21 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

O conceito de acidente do trabalho é definido na Lei n.º 8.213/1991, que no artigo 19 estabelece como Acidente do trabalho o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho do segurador, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. Têm expressiva morbimortalidade, constituindo-se um importante problema de saúde pública”.

No Brasil, os agravos relacionados ao trabalho representam aproximadamente 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência e mais de 70% dos benefícios acidentários da Previdência Social. (GALDINO, SANTANA E FERRITE, 2012). Apesar dos avanços nos sistemas de informação em saúde, os dados sobre acidentes de trabalho continuam a demandar melhores registros, tanto de cobertura como de qualidade (GALDINO, SANTANA E FERRITE, 2012).

Existe certa subnotificação no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) na IX Região de Saúde relacionado aos acidentes de trabalho, a exemplo, os causados por LER/DORT apenas um caso foi notificado no ano de 2013 em todos os municípios e nos outros anos da série histórica nenhum caso foi notificado. A Tabela 61 demonstra a soma de todos os acidentes notificados por material biológico, acidente grave e LER/DORT. Dos 11 municípios, 9 registraram aumento de acidentes de 2010 para 2013. Araripina, Ipubi, Ouricuri e Trindade apresentaram uma elevação significativa.

Desde 2002 a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi instituída, organizada para realizar ações assistenciais, de vigilância e promoção, compreende os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), as Unidades Sentinelas, os Núcleos de Saúde do Trabalhador e os demais serviços voltados para esse campo de atuação em saúde. Os CEREST's são pólos irradiadores do conhecimento sobre a relação do processo de trabalho/saúde-doença com responsabilidade de oferecer suporte técnico e científico às demais unidades, em especial às da Atenção Básica. (GALDINO, SANTANA E FERRITE, 2012)

Tabela 61 – Número de Notificações por Acidente de Trabalho de Residentes nos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2010 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2010	2011	2012	2013
Araripina	5	7	19	23
Bodocó	0	8	10	8
Exu	2	3	14	2
Granito	0	0	4	0
Ipubi	0	8	10	18
Moreilândia	0	0	1	9
Ouricuri	1	14	27	22
Parnamirim	0	3	10	5
Santa Cruz	1	6	10	14
Santa Filomena	0	3	3	4
Trindade	0	6	11	20
Total	9	58	119	125

Fonte: SINAN NET (2015)

Nota: Nos anos de 2008 e 2009 não houve registro.

6. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A estruturação de redes de atenção à saúde no SUS apresenta-se como um desafio voltado a consolidação de um sistema integrado, que garanta o acesso do usuário a qualquer instância do sistema, favoreça a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes. Para que essas redes possam ser estruturadas, há que se estabelecer um amplo processo de cooperação solidária entre estados e municípios, assim como entre os municípios de uma determinada região sanitária, consolidando assim, a descentralização e a regionalização do sistema.

6.1 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E SERVIÇOS

Os Estabelecimentos de Saúde são definidos como um local destinado à prestação de assistência sanitária à população em regime de internação e/ou não internação, em qualquer que seja o seu nível de complexidade. Já os serviços têm como missão, garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (Ministerio da Saúde, 2010).

A prestação de serviços de saúde precisa ser organizada e gerida de forma a otimizar a disponibilidade e a continuidade dos serviços. A organização dos serviços de saúde leva em conta a necessidade de garantir o encaminhamento ao fluxo dos pacientes, e as medidas complementares para promover, restaurar e manter a saúde (Ministerio da Saúde, 2011).

6.2 TIPO DE ESTABELECIMENTO SUS (POR NATUREZA)

O Quadro 11 apresenta a distribuição dos estabelecimentos de saúde por natureza. Em relação ao cadastro das Secretarias de Saúde, observa-se o registro de dez, onde, deveriam existir onze, referentes ao número de municípios da região, o que pode demonstrar a ausência do monitoramento e análise das informações fornecidas. Destaca-se ainda a quantidade de Clínicas Especializada/Ambulatório Especializado, representando 76,5%, como também as Unidades de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia com 89,5% dos estabelecimentos exclusivamente privados, em sua maioria concentrados nos municípios de Araripina e Ouricuri.

Quadro 11: Distribuição de Estabelecimentos SUS por Natureza da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Tipo de Estabelecimento	Público	Filantropico	Privado	Total
Centro de Atenção Psicossocial	6	-	-	6
Centro de Apoio a Saúde da Família	3	-	-	3
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	112	-	3	115
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	4	-	13	17
Consultório Isolado	-	-	9	9
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	1	-	-	1
Hospital Geral	4	1	3	8
Policlínica	4	-	1	5
Posto de Saúde	8	-	-	8
Secretaria de Saúde	10	-	-	10
Unid. Mista – Atend. 24h: atenção básica, intern/urg.	6	-	-	6
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	2	-	17	19
Unidade de Vigilância em Saúde	3	-	-	3
Unidade Móvel Terrestre	2	-	-	2
Total	165	1	46	212

Fonte: CNES - Situação da base de dados nacional em 05/2013

Nota: Número total de estabelecimentos, prestando ou não serviços ao SUS.

6.3 DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DO SUS E NÃO SUS POR TIPO

Na IX Região de Região existem 648 leitos para internação e 10 leitos complementares, destes, 486 leitos são SUS, representando 75% (CNES, 2013). No período de 2008 a 2013, houve um discreto aumento na oferta de leitos SUS na região passando de 1,7 leitos por 1.000 habitantes para 2,0 leitos por 1.000 habitantes (Tabela 62). No entanto, observa-se ainda um déficit na oferta de leitos, segundo o parâmetro do Ministério da Saúde (MS) de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes. Sendo necessário esforços conjunto entre governos municipais e estadual para o equacionamento da necessidade de 747 leitos por 1.000 habitantes para a região. O município de Santa Filomena não dispõe de unidade de internamento.

Tabela 62 – Distribuição de Leitos de Internamento SUS e não SUS por tipo da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Municípios	Leitos	
	SUS	EXISTENTES
Araripina	2,1	2,4
Bodocó	0,8	0,8
Exu	1,0	1,0
Granito	2,9	2,9
Ipubi	1,8	1,8
Moreilândia	2,0	2,0
Ouricuri	1,3	2,9
Parnamirim	1,4	1,4
Santa Cruz	1,3	1,3
Santa Filomena	-	-
Trindade	1,3	3,0
Total	1,5	2,0

Fonte: CNES - 2013

Nota: Não inclui leitos complementares

Unidade de medida: Leitos /1.000 hab.

6.4 DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS COMPLEMENTARES SUS E NÃO SUS

Quanto aos leitos complementares, reservados às Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a região recebeu 10 leitos de UTI Tipo II (Quadro 12) no Hospital Regional Fernando Bezerra, implantados em 2013 como referência regional. A região não dispõe de Unidade de Terapia Intensiva Infantil e Neonatal e Unidade Intermediária.

Quadro 12 – Distribuição de Leitos SUS da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Regional	Unidade intermediária neonatal	UTI adulto II	UTI infantil II	UTI neonatal II	Total
Ouricuri	-	10	-	-	-
Total	-	10	-	-	-

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 03/2014.

Nota: A região não dispõe de Leitos de UTI não SUS

6.5 ESTABELECIMENTOS POR TIPO DE CONVÊNIO

Matos, (2000) descreve o CNES como sendo um banco de dados do Ministério da Saúde, que contém num único sistema, informações sobre todos os

Total	287	287	113	95	198	159	598	541
--------------	------------	------------	------------	-----------	------------	------------	------------	------------

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 03/2015

Quanto ao número de leitos, a IX Região de Saúde concentra uma parcela considerável de hospitais de pequeno porte, representando 50% do total da rede SUS em 2013. Considerando que os municípios de Araripina e Ouricuri são sede de Microrregiões, detém a maioria dos equipamentos e serviços de saúde e é referência para os demais municípios.

Observa-se no Quadro 15 que existem na região 598 leitos, destes, 541 são destinados ao SUS. Quanto à disponibilidade de leitos SUS por especialidades, verifica-se que 39,96% são de clínica geral, 15,34% são cirúrgicos, 22,92% obstétricos e 21,26% pediátricos. Segundo os parâmetros da Portaria GM n.º 1.101/2012, há um déficit de 206 leitos.

6.6 SERVIÇOS

O processo de estruturação de redes de atenção à saúde no SUS pressupõe a organização dos serviços de Atenção Especializada (AE) em lógica regional, respeitando-se os princípios da qualidade, do acesso e da economia de escala. Nessa perspectiva, houve necessidade de se instituir um processo de planejamento regional voltado para dimensionar ou redimensionar essa rede, que considere em primeiro lugar a adequação da distribuição geográfica das unidades, incluindo os serviços ambulatoriais especializados e os centros de referência (OPAS, 2011).

O Ambulatório Médico Especializado – AME é um ambulatório de especialidades médicas que atende aos usuários do SUS da região, administrado pelo Consórcio Intermunicipal do Araripe Pernambucano – CISAPE, localizado no município de Ouricuri.

O AME surgiu da carência em consultas de especialidades e recursos diagnósticos, identificando dez áreas que contemplavam os agravos crônicos mais prevalentes na população. O objetivo é atender os encaminhamentos demandados pelos serviços da Atenção Primária, reorganizando o fluxo assistencial de forma consorciada, dessa forma, fortalecendo a integração regional da rede de serviços. As especialidades ofertadas são nas áreas de Cardiologia, Cirurgião Vascular, Endocrinologia, Neurologia, Ortopedia, Nefrologia, Otorrinolaringologia, Cirurgião Geral, Cirurgia Pediátrica, Urologia e Psiquiatria. A região não dispõe de profissionais nas especialidades de Pneumologia, Mastologia e Reumatologia gerando uma demanda reprimida. Outra importante discussão está concentrada na definição de referência para

Oftalmologia, pois não existem serviços e ou profissionais contratados por convênio SUS.

6.7 EQUIPAMENTOS

O uso dos equipamentos vêm aumentando com intensidade no setor saúde. Sua utilização no apoio ao diagnóstico e em algumas terapias ou processos terapêuticos, fez com que se tornasse um objeto essencial de investigação e na demanda dos serviços. Os insumos e equipamentos de uso médico destacam-se pelo nível crescente de sua base tecnológica e pelo caráter social inerente aos serviços de saúde (Gutierrez e Alexandre, 2004).

Observa-se no Quadro 15 que todos os equipamentos existentes nos serviços públicos e privados estão em uso e disponíveis para o SUS.

Quadro 15 – Número de Equipamentos por Categoria da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Categoria	Existente	Em uso	Em uso SUS	Equip uso/100.000 hab	Equip SUS/100.000 hab
Mamógrafo com Comando Simples	5	5	4	1	1
Raio X até 100mA	36	36	28	11	11
Ressonância Magnética	2	2	2	1	1
Tomógrafo Computadorizado	4	4	3	1	1
Ultrassom Doppler Colorido	30	29	23	9	8
Equip Odontológico Completo	118	118	110	34	34

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 03/2014.

Quando comparado o equilíbrio entre a oferta e a demanda dos equipamentos na região quanto à distribuição espacial e o alcance máximo do equipamento para o acesso de 75 km, os resultados demonstram que a quantidade ofertada de equipamentos é considerada suficiente, segundo os parâmetros da Portaria GM n.º 1.101/2002 do Ministério da Saúde.

6.8 PROFISSIONAIS

Quadro 16 – Distribuição dos profissionais que atendem ao SUS na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Municípios	Cirurgiã									Auxiliar de Enfermagem	Técnico de Enfermagem
	Médico	Dentista	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Fonoaudiólogo	Nutricionista	Farmacêutico	Assistente Social	Psicólogo		
Araripina	85	20	51	9	5	4	2	3	3	33	61
Bodocó	24	8	29	6	2	1	-	2	3	14	29
Exu	30	17	30	5	2	1	1	3	2	28	22
Granito	8	4	8	1	1	-	-	2	2	15	7
Ipubi	26	9	25	5	2	1	1	3	5	17	33
Moreilândia	18	4	12	4	1	-	1	-	1	21	4
Ouricuri	86	23	59	15	4	7	3	12	6	124	36
Parnamirim	15	15	16	4	1	3	2	2	3	20	15
Santa Cruz	19	8	16	3	-	1	2	1	1	10	14
Santa Filomena	8	3	6	-	-	-	1	-	-	7	4
Trindade	28	12	19	5	2	3	-	2	2	20	26
Total	347	123	271	57	20	21	13	30	28	309	251

Fonte: CNES

Nota: Se um profissional possuir mais de um vínculo por estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantos vínculos houver.

As desigualdades geográficas e sociais na distribuição de recursos humanos, especialmente médicos, que acarretam iniquidades de acesso aos serviços de saúde, têm sido apontada como um problema grave, persistente e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento pelos governos da maioria dos países. Em geral, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são os que mais sofrem com as situações de insegurança assistencial, ocasionadas pela falta de profissionais de saúde (Campos, 2009).

Com a municipalização, os municípios responsabilizaram-se pela assistência local, devendo prover a capacidade instalada suficiente para atender às necessidades da população, incluindo os profissionais para a produção dessa assistência. Contudo, Silva (2001) analisa que: *com o esgotamento da capacidade de expansão do quadro de pessoal, em decorrência da falta de recursos financeiros e das dificuldades impostas pela legislação – tais como Lei de Responsabilidade Fiscal – os municípios estão tendo dificuldades em ampliar a oferta de serviços para atender as lacunas na assistência.*

Em 2013, a região contava com um quantitativo de 347 Médicos, com uma relação média de 1 médico para 988 habitantes, situando-se abaixo do parâmetro ideal de 1 médico para cada 1.000 habitantes, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Quando calculado o coeficiente de profissionais de saúde da região por 100.000 habitantes, os melhores índices são dos auxiliares/técnicos de enfermagem, seguidos dos médicos e enfermeiros com 163, 101 e 79 respectivamente. Pode-se citar como dificuldade para fixação dos profissionais da região os investimentos insuficientes na educação continuada, a escassez de universidades, dentre outros, apontam também para o pouco incentivo dos gestores nas condições de trabalho e a inexistência de uma política de qualificação e valorização do profissional.

7 OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

7.1 OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

A assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral são ponto de estrangulamento. Os gestores convivem com uma grande pressão na demanda por estes recursos assistenciais, à qual não conseguem responder, gerando muitas vezes, longas filas de espera para alguns procedimentos. (Magalhães, 2002).

A configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada é essencial para a garantia da atenção especializada. Torna-se imprescindível a identificação de recortes espaciais definindo um conjunto de municípios, com hierarquia estabelecida de acordo com a capacidade de ofertar determinadas ações e serviços especializados, tornando mais racional a atenção especializada e garantindo que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja no município onde residem ou fora dele através de referências intermunicipais ou até mesmo interestaduais (Fonseca & Davanzo, 2002).

7.2 OFERTAS DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST

Os CEREST's desempenham função de suporte técnico, de educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores no âmbito da sua área de abrangência. O CEREST deixa de ser porta de entrada do sistema, desenvolvendo função de centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, também mantém a atribuição de polo irradiador de ações e ideias de vigilância em saúde (BRASIL, 2010).

O CEREST Ouricuri oferece assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças ou problemas de saúde relacionados ao trabalho, realiza ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde. Apesar de ser um serviço sob gestão municipal, é administrado em parceria com a SES-PE e tem características de serviço de abrangência em mais de uma região de saúde. A área territorial de atuação do CEREST é questionada pelos gestores da IX Região de Saúde uma vez que o mesmo atende a 36 municípios do estado, percorrendo em média 400 km de distância do município sede (Ouricuri) para os demais municípios de sua abrangência. O que acaba acarretando incapacidade de prestar a assistência necessária junto a estes municípios.

Quadro 17 – Quantidade de serviços especializados implantados segundo município da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Município	CEREST	CTA/SAE	SPA/UPA	CER	SAD
Araripina	-	-	-	-	8
Bodocó	-	01	-	-	5
Exu	-	-	-	-	-
Granito	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	1
Moreilândia	-	-	-	-	-
Ouricuri	01 Regional	1	-	-	8
Parnamirim	-	-	-	-	2
Santa Cruz	-	-	-	-	1
Santa Filomena	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	-	-	3
Total	1	2	-	-	28

Fonte: CNES- Situação da base de dados na competência 12/2013

7.3 OFERTA DE CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO – CTA E SAE

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são de fundamental importância para as ações de promoção à saúde e constituem espaços que garantem o acesso da população à realização do diagnóstico precoce, ao mesmo tempo em que possibilitam o contato com grupos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 1999). Os CTA's são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis como HIV, sífilis e hepatites B e C.

Com a relação aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), observa-se no Quadro 17, que apenas os municípios de Bodocó e Ouricuri possuem o serviço na região. O município de Ouricuri tem implantado um SAE e Bodocó possui um CTA, atendendo a população residente e a demanda espontânea da região.

7.4 OFERTA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO – SPA E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA

Os serviços especializados de urgência e emergência contempla os serviços de atendimento móvel de urgência – SAMU (pré-hospitalar móvel), as salas de estabilização e as unidades de pronto atendimento – UPA 24 horas (pré-hospitalares fixos). Esses serviços ainda não estão implantados na região (Quadro 18), embora o Plano Regional de Urgência e Emergência tenha sido aprovado. A conformação da RUE viabilizará uma UPA 24 horas para Araripina e uma para Trindade e uma UPA Especialidades – UPA E em Ouricuri.

7.5 OFERTA DE CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO – CER

O Centro Especializado em Reabilitação realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território.

A região não dispõe de Centro Especializado em Reabilitação, como também não há adesão dos municípios ao financiamento para a construção. O município de Araripina possui duas clínicas de fisioterapia e os municípios de Santa Cruz e Trindade um centro de fisioterapia, cada.

7.6 OFERTA DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SADT

Os serviços de apoio ao diagnóstico e terapia são procedimentos e exames que servem para auxiliar no diagnóstico e no tratamento de doenças mais adequados para os pacientes.

Em relação aos SADT, verifica-se no Quadro 19 que os municípios de Araripina e Ouricuri dispõem da melhor cobertura destes serviços com 39,06% e 19,53%, respectivamente. Na região a oferta desses serviços pelo SUS representa 76,57%, correspondendo a 32,65% de laboratórios, 18,37% de serviços de radiologia, 17,35% de ultrassonografia, 3,06% de mamografia, 5,10% de endoscopia, 16,33% de Ecocardiograma, 5,10% de Anatomia Patológica/Citopatológica e 2,04% de Tomografia. O serviço de Ressonância Magnética que atende a região é terceirizado pelo Estado e encontra-se instalado no município de Salgueiro.

Quadro 18 – Distribuição dos serviços de apoio ao diagnóstico SUS e não SUS, segundo município da IX Região de Saúde.

Pernambuco, 2013

Municípios	Laboratório Clínico		Radiologia		USG		Mamografia		Endoscopia		Anatomia Patológica /Citopatológico		ECG		Alta Complexidade
	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	Estado/PPI
Araripina	10	4	8	1	8	1	3	-	1	3	3	1	4	1	*02
Bodocó	4	2	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Exu	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Granito	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Ipubi	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Moreilândia	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouricuri	8	5	3	-	1	1	-	-	2	1	-	1	3	-	-
Parnamirim	1	1	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-
Santa Cruz	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Santa Filomena	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Trindade	2	3	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	2	-
Total	32	17	18	1	17	2	3	-	5	4	5	2	16	4	2

Fonte: CNES- Situação da base de dados na competência 12/2013

*Tomografia cota do Estado e da PPI

** Ressonância – a cota do Estado é disponibilizada no município de Salgueiro e a Cota da PPI no município de Petrolina.

8 COBERTURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

8.1 COBERTURA POPULACIONAL DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família visa assistir as famílias a partir do local onde vivem. Foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

Verifica-se na Tabela 63 que a região apresenta uma cobertura de mais 90% de Equipes de Saúde da Família e que há uma evolução gradativa, com a grande maioria dos municípios alcançando uma cobertura de 100% em 2013. O município de Araripina embora seja um dos municípios que não atingiu a cobertura de 100% em 2013, apresentou avanço de 2008 a 2013. O município de Ouricuri sofreu oscilações ao longo dos anos, no entanto, vem recuperando sua cobertura, estando em 2013 com percentual acima de 90%. No entanto, apenas o percentual de cobertura não é um indicador de qualidade da assistência, devendo ser observado outras variáveis que possam contribuir para essa avaliação.

Tabela 63 – Distribuição da cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	39,54	52,34	51,83	66,95	75,39	74,93
Bodocó	100,00	99,39	98,61	88,32	97,40	100,00
Exu	84,20	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Granito	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,02
Ipubi	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Moreilândia	65,39	97,25	100,00	100,00	100,00	100,00
Ouricuri	98,09	88,76	87,57	91,13	90,31	94,79
Parnamirim	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Santa Cruz	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Santa Filomena	76,29	95,40	100,00	100,00	100,00	100,00
Trindade	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Total	80,91	85,98	85,81	89,21	92,02	93,05

Fonte: DAB – Base de dados em 04/2015

8.2 COBERTURA POPULACIONAL DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

Historicamente, as práticas da Saúde Bucal foram desenvolvidas com certo distanciamento do setor saúde, restringindo-se à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. A incorporação da Equipe de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família visa transpor esse modelo de organização anterior, integrando as práticas dos profissionais a equipe (PESSOA, 2008).

Observa-se que o número de equipes de saúde bucal vem crescendo ao longo dos anos. No ano de 2008, a região apresentava uma cobertura de 41,06% e em 2013 a cobertura foi para 71,97%, apresentando um crescimento positivo de 57,07%. Nos municípios houve uma expansão considerável, embora o município de Santa Filomena tenha apresentado a menor cobertura 44,22%. As peculiaridades dos municípios também colocam desafios para o enfrentamento de melhores resultados. Os municípios com os menores portes populacionais (Granito, Parnamirim, Santa Cruz e Trindade) apresentam percentuais acima de 100% (Tabela 64).

Tabela 64 – Cobertura populacional de Equipes de Saúde Bucal na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	19,10	22,92	30,57	26,74	49,67	45,85
Bodocó	21,99	21,99	35,18	61,56	52,76	48,37
Exu	18,30	36,61	45,76	64,07	64,07	64,07
Granito	144,46	-	144,46	144,46	144,46	192,62
Ipubi	36,91	36,91	49,22	49,22	61,52	73,83
Moreilândia	56,86	56,86	56,86	56,86	28,43	28,43
Ouricuri	45,15	55,19	55,19	55,19	55,19	79,02
Parnamirim	96,57	96,57	96,57	96,57	110,36	110,36
Santa Cruz	75,54	75,54	100,72	125,90	100,72	125,90
Santa Filomena	22,11	44,22	88,45	44,22	44,22	44,22
Trindade	74,25	86,62	98,99	123,74	123,74	123,74
Total	41,06	44,83	56,63	61,35	66,07	71,97

Fonte: DAB – Base de dados em 04/2015

8.3 COBERTURA POPULACIONAL DE PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – PACS

O agente comunitário de saúde realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas em saúde nos domicílios ou junto às coletividades em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficiente para cobrir 100% da população cadastrada com um máximo de 750 pessoas por ACS é de doze ACS por ESF, segundo a Portaria nº 2.027/GM/MS de 28 de agosto de 2011.

Tabela 65 – Cobertura do programa de agentes comunitários de saúde na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	92,27	91,59	90,70	100,00	100,00	100,00
Bodocó	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Exu	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Granito	100,00	91,91	100,00	83,88	100,00	66,02
Ipubi	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Moreilândia	81,74	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ouricuri	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Parnamirim	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Santa Cruz	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Santa Filomena	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Trindade	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Total	97,48	97,82	97,77	99,66	100,00	99,29

Fonte: DAB – Base de dados em 04/2015

A região encerrou o ano de 2012 com 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (Tabela 65). Destaca-se o município de Granito que sofreu oscilações de cobertura ao longo dos anos, apresentando a menor cobertura no último ano analisado, podendo estar atribuído à irregularidade no envio dos dados ao DAB.

8.4 RAZÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF POR NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituídos mediante a Portaria GM n.º 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 tem como principal objetivo apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e

aumentar a resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

Observa-se na Tabela 66 que a partir de 2010 os municípios iniciaram a implantação de equipes de NASF, os municípios de Moreilândia e Santa Filomena não realizaram a adesão. Com a inclusão de novos profissionais de saúde, vinculados às equipes de Saúde da Família, aumenta-se a possibilidade de responder aos novos e antigos desafios da Atenção Primária a Saúde brasileira (Mendonça, 2009).

Tabela 66 – Razão de Equipes de Saúde da Família por Núcleos de Apoio a Saúde da Família da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

NASF Tipo 1

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	-	-	-	15,00	17,00	17,00
Bodocó	-	-	10,00	9,00	10,00	11,00
Exu	-	-	11,00	11,00	12,00	13,00
Granito	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	11,00	11,00	11,00	10,00
Moreilândia	-	-	-	-	-	-
Ouricuri	-	-	8,50	8,50	8,50	6,00
Parnamirim	-	-	-	-	-	8,00
Santa Cruz	-	-	-	-	-	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	9,00	10,00	10,00	11,00
Total	-	-	15,67	13,86	14,86	11,67

Fonte: DAB – Base de dados em 04/2015

NASF Tipo 2

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	-	-	-	-	-	-
Bodocó	-	-	-	-	-	-
Exu	-	-	-	-	-	-
Granito	-	-	-	-	-	2,00
Ipubi	-	-	-	-	-	-
Moreilândia	-	-	-	-	-	-
Ouricuri	-	-	-	-	-	-
Parnamirim	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz	-	-	-	-	6,00	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-

Trindade	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	-	-	104,00	105,00

Fonte: DAB – Base de dados em 04/2015

8.5 COBERTURA DE CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO

Implantado através da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, os Centros de Especialidade Odontológica (CEO) propiciam a ampliação e a qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é a continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica, e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Porém, somente Exu e Ouricuri implantaram este serviço (Tabela 67).

Tabela 67 – Cobertura de Centro de Especialidades Odontológicas da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	-	-	-	-	-	-
Bodocó	-	-	-	-	-	-
Exu	-	224,10	225,18	221,27	221,69	222,10
Granito	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	-	-
Moreilândia	-	-	-	-	-	-
Ouricuri	-	-	-	-	-	-
Parnamirim	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz	-	-	-	-	-	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	-	-	-	-
Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: CNES – Base de dados em 05/2015

8.6 COBERTURA MUNICIPAL E POPULACIONAL DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

O SAMU é o mais relevante serviço que compõe a Política Nacional de Atendimento as Urgências e segundo o Ministério da Saúde (2003), é responsável por organizar o fluxo de atendimento e encaminhamentos para as unidades fixas de saúde.

Na IX Região, o Plano da Rede de Atendimento as Urgências e Emergências foi aprovado com o desenho definindo os serviços com duas Unidades de Suporte Avançado em Araripina e Ouricuri, dez Unidades de Suporte Básico em Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade, com exceção do município de Granito que terá cobertura pelos municípios circunvizinhos. Neste processo, foram identificados alguns problemas para implantação do SAMU na região relativos às condições estruturais, gestão, integração de rede e definição da Central de Regulação.

8.7 COBERTURA DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA

Esse indicador mede a cobertura dos exames de patologia clínica, tais exames subsidiam o diagnóstico e, conseqüentemente, à prática clínica, com repercussões importantes no cuidado ao paciente, no impacto da saúde e nos custos para o sistema de saúde.

Observa-se na série histórica que a maior parte dos municípios apresentaram redução na taxa quando comparada os anos de 2008 e 2013. Dentre eles, destacam-se com maior redução na variação os municípios de Santa Cruz, Trindade e Ipubi com 70,32%, 67,98% e 62,49% respectivamente. Apenas os municípios de Exu 174,62%, Bodocó 72,22%, Moreilândia 55,97% e Santa Filomena 48,75% apresentaram uma variação positiva. A IX região apresentou oscilação no valor da Taxa de cobertura nos anos (Tabela 66), o ano de pico foi 2010 com taxa no valor de 159,12. A redução na variação entre os anos analisados foi de 0,81%.

Destaca-se a importância da realização do planejamento e da regulação da oferta de forma a adequá-la às necessidades de saúde da população, pois a falta de planejamento para a realização dos exames de patologia clínica, resulta na solicitação desnecessária pelos profissionais, o que pode onerar os custos do serviço. A Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, estabelece os parâmetros de cobertura de exames com no mínimo 60,22 e no máximo 150,57 do total de consultas. Na região, todos os anos da série histórica estão dentro dos parâmetros estabelecidos, porém, em 2010, a variação ultrapassou o parâmetro máximo com 159,12 de cobertura, o menor percentual foi em 2013 com 85,41.

Tabela 68 – Cobertura de exames de patologia clínica da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	120,06	105,43	150,30	170,15	173,45	100,03
Bodocó	82,51	94,57	105,70	113,55	150,20	142,10
Exu	52,01	142,96	147,18	168,99	170,06	142,83
Granito	-	27,02	363,19	170,64	125,55	-
Ipubi	81,64	108,58	176,60	148,64	142,84	30,62
Moreilândia	69,82	187,14	143,33	210,47	222,77	108,90
Ouricuri	89,61	153,52	168,68	59,56	46,45	63,64
Parnamirim	57,13	91,51	51,82	327,67	274,95	46,94
Santa Cruz	83,74	139,43	178,56	118,06	48,24	24,85
Santa Filomena	45,86	91,18	163,23	108,78	118,38	68,22
Trindade	99,67	137,88	253,21	67,02	30,53	31,90
Total	86,11	121,27	159,12	138,50	130,83	85,41

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

8.8 COBERTURA DE EXAMES DE SOROLOGIA PARA DENGUE

A vigilância laboratorial, definida como um componente da Vigilância Epidemiológica, tem a finalidade de confirmar casos novos, detectar a introdução de novos sorotipos e atuar preventivamente no controle das epidemias de dengue (FNS,1996).

A vigilância laboratorial da dengue assume papel de relevância na confirmação diagnóstica de casos suspeitos da doença, na identificação e monitoramento da circulação dos sorotipos e subtipos genômicos virais, contribuindo para o entendimento da epidemiologia da doença e para o desencadeamento de medidas objetivando o seu controle (FÉRES, 2004).

Conforme os resultados obtidos na Tabela 69, pode-se identificar a subnotificação de exames laboratoriais ou ainda a utilização de laboratórios terceirizados, os quais não alimentam os sistemas de informações oficiais, inviabilizando a coleta de dados mais precisos. Verifica-se que dos onze municípios, apenas Araripina e Bodocó realizaram e informaram os exames sorológicos para Dengue, provavelmente os percentuais de Araripina foram informados em período epidêmico, quando não se realiza este cálculo, sendo feita análise por amostragem. A implantação do sistema GAL iniciou-se em 2012, sendo concluído apenas em 2014.

Assim, atualmente todos os municípios da região têm acesso a esse sistema informatizado para o recebimento de resultados de exames.

Tabela 69 – Cobertura de exames de sorologia para dengue na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	-	-	-	250,00	351,00	-
Bodocó	-	1,00	6,00	0	0	-
Exu	-	-	-	-	-	-
Granito	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	-	-
Moreilândia	-	-	-	-	-	-
Ouricuri	-	-	-	-	-	-
Parnamirim	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz	-	-	-	-	-	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	-	-	-	-
Total	-	1,00	6,00	250,00	351,00	-

Fonte: SIA e IBGE – Base de dados em 04/2015

8.9 COBERTURA DE EXAMES DE SOROLOGIA PARA HIV

O indicador cobertura de exames de sorologia para HIV mede a oferta de exames e subsidia o tratamento e o planejamento das ações voltadas para esse grupo. Apesar da existência de métodos e meios conhecidos em relação à prevenção e o tratamento da doença, é grande o número de pessoas que ainda são infectadas. Para tal indicador, Granito nos anos de 2011 e 2013, Moreilândia em 2010, Parnamirim em 2008 e Santa Filomena nos anos de 2011, 2012 e 2013 não realizaram o exame. Nota-se ainda que em 2008 e 2013, Araripina e Moreilândia diminuíram a cobertura em 33,33% e 66,66% respectivamente. Entretanto, nos mesmos anos, Bodocó (20%), Exu (25%), Ipubi (28,57%), Santa Cruz (25%) e Trindade (16,66%) aumentaram a cobertura (Tabela 70).

A região no ano de 2008 apresentou uma baixa cobertura (0,05) quando comparada a Pernambuco (0,07) e ao Brasil (3,65). Esse cenário também incidiu em 2013 com o mesmo valor de cobertura (0,05), Pernambuco e Brasil com 0,10 e 3,78 respectivamente.

Em 2005 o Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 34, regulamentou o uso de testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais em serviços de saúde e maternidades. Ampliando o acesso da população ao diagnóstico da infecção pelo HIV, bem como melhorando a agilidade na resposta do exame. Esta metodologia é de simples realização, dispensando a atuação de profissionais especializados e de equipamentos de laboratório, permitindo o conhecimento dos resultados e assistência imediata aos pacientes.

Tabela 70 – Cobertura de exames de sorologia para HIV na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	0,06	0,07	0,05	0,04	0,06	0,04
Bodocó	0,05	0,06	0,05	0,04	0,04	0,06
Exu	0,04	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05
Granito	0,05	0,02	0,02	-	0,02	-
Ipubi	0,07	0,06	0,07	0,08	0,09	0,09
Moreilândia	0,03	0,04	-	0,01	0,04	0,01
Ouricuri	0,04	0,04	0,03	0,04	0,04	0,04
Parnamirim	0,02	0,00	0,02	-	-	-
Santa Cruz	0,04	0,01	0,01	0,02	0,01	0,05
Santa Filomena	-	0,01	0,01	0,01	0,03	0,07
Trindade	0,06	0,07	0,06	0,03	0,06	0,07
Total	0,05	0,05	0,04	0,04	0,05	0,05

Fonte: SIA, IBGE/Censo – Base de dados em 04/2015

8.10 COBERTURA DE EXAMES DE SOROLOGIA PARA HEPATITE

O indicador mede a cobertura dos exames de sorologia para hepatite, subsidiando o manejo clínico e o planejamento das ações voltadas para o controle desta doença. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as ações na área de prevenção de agravos à saúde, entendidas como estratégias para o enfrentamento e controle, preveem a ampliação do acesso da população à informação qualificada e aos insumos de prevenção (BRASIL, 2002).

Para tal indicador a IX Região de Saúde apresentou uma variação com redução de 20,83% nos anos de 2008 e 2013. O mesmo ocorreu com Moreilândia (20%), Ouricuri (68,63%), Parnamirim (55,55%) e Santa Cruz (83,33%). No entanto Araripina (750%), Bodocó (35,71%), Exu (80%), Ipubi (28,57%) e Trindade (22,22%) aumentaram a

variação. A região no ano de 2008 apresentou uma baixa cobertura (0,24) quando comparada a Pernambuco (0,81) e ao Brasil (5,66). Em 2013 (0,19), a cobertura foi menor que 2008, entretanto Pernambuco e o Brasil aumentaram com 3,78 e 0,10 respectivamente.

Tabela 71 – Cobertura de exames de sorologia para Hepatite na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	0,02	0,25	0,25	0,33	0,41	0,17
Bodocó	0,14	0,14	0,16	0,30	0,37	0,19
Exu	0,10	0,07	0,13	0,13	0,15	0,18
Granito	0,16	0,18	0,09	-	0,09	-
Ipubi	0,21	0,15	0,26	0,21	0,25	0,27
Moreilândia	0,50	0,17	0,15	0,31	0,70	0,04
Ouricuri	0,51	0,42	0,25	0,18	0,16	0,16
Parnamirim	0,09	0,09	0,13	0,04	0,06	0,04
Santa Cruz	0,12	0,11	0,18	0,07	0,10	0,02
Santa Filomena	-	0,03	0,11	0,10	0,12	0,42
Trindade	0,18	0,35	0,22	0,18	0,35	0,22
Total	0,24	0,23	0,20	0,21	0,26	0,19

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

8.11 COBERTURA DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA

Os parâmetros de cobertura assistencial e alguns procedimentos foram calculados segundo a Portaria n.º 1.101 tendo como base a população ou procedimento profissional.

Nos anos de 2008 e 2013 os municípios de Araripina (18,98), Exu (3,62) e Trindade (0,29) apresentaram redução na cobertura de exames ultrassonográfico. Apenas Granito não informou exames nos anos. A variação da região foi positiva de 51,45% (Tabela 72).

Tabela 72 – Cobertura de exames de ultrassonografia na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	35,73	20,46	34,28	23,57	14,59	18,98
Bodocó	6,75	7,49	6,55	7,00	7,35	10,35

Exu	3,98	4,28	4,76	4,96	5,01	3,62
Granito	-	-	-	-	-	-
Ipupi	1,24	3,02	5,10	0,11	1,39	1,89
Moreilândia	-	0,05	1,43	2,20	-	-
Ouricuri	4,54	7,76	9,99	9,18	10,95	15,62
Parnamirim	0,21	2,63	3,61	5,45	7,16	0,66
Santa Cruz	-	-	4,73	5,77	3,41	7,34
Santa Filomena	-	0,18	4,53	4,66	-	-
Trindade	3,17	-	14,02	1,92	-	0,29
Total	5,48	5,45	8,73	7,08	6,95	8,30

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

8.12 RAZÃO DE MAMOGRAFIAS REALIZADAS NA FAIXA DE 50 A 69 ANOS NA POPULAÇÃO ALVO

Este indicador reflete o potencial do nível de atenção local para a oferta de procedimentos necessários à organização das ações de detecção precoce do câncer de mama. O Plano Estadual de Saúde de Pernambuco propõe melhorar a atenção integral à saúde, através de políticas estratégicas voltadas para os grupos específicos, buscando, entre outras coisas, reduzir a mortalidade por câncer de mama, com isso, pretende ampliar de 0,12 para 0,15 a razão de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos até o ano de 2015.

A Tabela 73, demonstra que os municípios de Ipupi, Parnamirim e Santa Filomena apresentaram redução na razão quando comparado os anos de 2010 e 2013, Santa Cruz não apresentou variação e os demais municípios apresentaram aumento. Araripina (0,21), Granito (0,20), Moreilândia (0,16) e Santa Cruz (0,16) alcançaram mais de 100% da meta anual pactuada. A variação na região foi positiva com aumento de 55,55% na razão.

A perspectiva é que a difusão de informações sobre a doença e a mobilização da sociedade civil possa contribuir para uma ação integrada em favor do avanço no controle do câncer de mama no Brasil.

Tabela 73 – Razão de mamografias realizadas na população alvo na IX Região de Saúde nos anos de 2010 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2010		2011		2012		2013	
	N.º	RM	N.º	RM	N.º	RM	N.º	RM
Araripina	128	0,05	300	0,12	381	0,15	545	0,21

Bodocó	112	0,09	108	0,09	165	0,14	165	0,13
Exu	115	0,10	191	0,17	182	0,16	135	0,12
Granito	4	0,02	14	0,06	19	0,08	49	0,20
Ipubi	95	0,11	104	0,12	177	0,21	91	0,10
Moreilândia	30	0,08	41	0,11	43	0,11	62	0,16
Ouricuri	110	0,05	131	0,06	175	0,08	158	0,07
Parnamirim	134	0,18	159	0,22	155	0,21	111	0,15
Santa Cruz	72	0,16	63	0,13	115	0,24	81	0,16
Santa Filomena	105	0,22	93	0,19	84	0,17	61	0,12
Trindade	61	0,07	92	0,11	74	0,09	94	0,11
Total	966	0,09	1.296	0,12	1.570	0,14	1.552	0,14

Fonte: SISMAMA

Nota: Devido o SISMAMA ter sido implantado em Pernambuco em set/2009, os dados foram computados de 2010-2013.

8.13 COBERTURA DE BIÓPSIA DE MAMA

Para a detecção precoce do câncer de mama os três principais métodos descritos na literatura são o autoexame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia (MMG), sendo a confirmação do diagnóstico através da biópsia (INAGAKI et al., 2008).

Na Tabela 74, observa-se o registro crescente na realização de biópsia de mama na região, mesmo com Granito e Moreilândia não tendo registro de informação e Ipubi que apresentou somente no ano de 2013. Os municípios de Santa Filomena em 2011 registrou (75,08%) e Santa Cruz em 2013 (43,08%), atingiram as maiores coberturas na região. Ouricuri possui a menor cobertura (3,00%) em 2013. Quando calculada a variação da região entre os anos de 2008 e 2013, verifica-se um aumento positivo na variação de 1,58%. Entretanto, para a prevenção e combate ao câncer de mama ainda não existe um protocolo específico, porém se faz necessário promover ações educativas de diagnóstico precoce do câncer de mama e ofertar consultas médicas e de enfermeiros com orientações sobre o AEM e ECM, bem como a oferta de mamografia.

Tabela 74 – Cobertura de biópsia de mama na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	-	4,99	7,43	5,06	12,51	10,01

Bodocó	5,89	-	11,40	5,66	11,23	11,24
Exu	-	32,36	6,19	6,20	-	-
Granito	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	-	13,64
Moreilândia	-	-	-	-	-	-
Ouricuri	-	3,00	6,12	3,03	9,02	3,00
Parnamirim	-	-	10,05	20,01	19,91	29,86
Santa Cruz	-	-	29,48	-	28,72	43,08
Santa Filomena	-	-	-	75,08	-	14,91
Trindade	-	7,56	15,12	7,47	14,76	7,38
Total	0,60	5,43	7,85	7,79	9,52	10,12

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

8.14 COBERTURA DE CIRURGIA DE MAMA

Este indicador mede a cobertura de cirurgias de mama, representa também uma alternativa no tratamento de doenças relacionadas a este órgão e subsidia a prática clínica com repercussões importantes nos cuidados aos pacientes.

Os resultados dos exames mamográficos são classificados de acordo com o sistema BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) publicado pelo Colégio Americano de Radiologia e recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. Este sistema utiliza categorias de 0 a 6 na descrição dos achados e prevê recomendações de conduta para cada categoria. O tipo de procedimento de investigação diagnóstica complementar dependerá do tipo de lesão encontrada nos achados clínicos e/ou radiológicos.

Ao observar a cobertura de cirurgia de mama na IX Região de Saúde é possível destacar que no ano de 2013 os municípios de Bodocó, Exu, Granito e Moreilândia não apresentaram registros. Ao comparar este mesmo período com o ano de 2008 foi detectado que apenas Araripina apresentou redução na cobertura (0,29), os demais municípios mantiveram o aumento. A variação da região foi de 38,46% de aumento na cobertura.

A análise desta oferta faz parte do diagnóstico e da metodologia para implementação de linhas de cuidado e de redes de atenção em todo Estado.

Tabela 75 – Cobertura de cirurgia de mama na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	0,37	0,67	0,76	0,35	0,48	0,29
Bodocó	-	0,06	0,11	0,06	0,11	-
Exu	0,06	-	-	-	0,06	-
Granito	-	-	0,29	-	-	-
Ipubi	-	0,07	0,21	0,21	0,20	0,33
Moreilândia	0,38	-	0,18	0,18	-	-
Ouricuri	-	0,27	0,43	0,39	0,27	0,17
Parnamirim	-	0,51	-	0,20	0,40	0,19
Santa Cruz	0,14	-	0,15	-	0,57	0,28
Santa Filomena	0,15	-	-	-	0,30	0,29
Trindade	0,08	0,38	0,15	0,22	0,07	0,21
Total	0,13	0,29	0,33	0,22	0,27	0,18

Fonte: SIH e SIA – Base de dados em 04/2015

8.15 COBERTURA DE EXAMES DE RADIOLOGIA

A grande evolução da Radiologia ocorreu entre os anos 70 e 80, a partir dos avanços da física e da computação que permitiram um diagnóstico muito mais preciso. A Ultrassonografia, a Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética – que perdeu o objetivo de “nuclear” para não passar a falsa impressão de radioatividade – são exemplos desses avanços. A especialidade passou a ser chamada de Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou Imaginologia. Com a nova denominação, buscou-se integrar em uma só área, todos os métodos que realizam o diagnóstico através da imagem. Esta evolução tecnológica, colocou a Imaginologia em um lugar de destaque na prática médica, além dos benefícios para os doentes, representados por um diagnóstico mais rápido e preciso, menos invasivo e com maior conforto (Fenelon, 2010).

No tocante à produção de exames radiológicos, observa-se que as taxas de coberturas estão bem abaixo do preconizado, segundo a Portaria n.º 1.101/2002 do Ministério da Saúde os exames de radiodiagnóstico devem corresponder de 5,0 a 8,0% do total de consultas. Conforme a série histórica, verifica-se que Araripina obteve taxas acima de (1,00%) nos últimos anos, os demais municípios permanecem inferior a este valor. Pode-se atribuir a baixa cobertura as dificuldades de acesso aos serviços, a alimentação incorreta ou a ausência de dados reportados ao sistema, representando ainda um obstáculo a ser superado pelos gestores públicos, como estratégia de planejamento em saúde.

Segundo Vianna (2011), a literatura radiológica brasileira vem recentemente se preocupando com a importância dos exames de imagem no aprimoramento do

diagnóstico. Esta afirmação vem de encontro a necessidade da região de implementar ações e serviços no sentido de melhorias nas coberturas e diagnósticos.

Tabela 76 – Cobertura de exames de radiologia realizados na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	0,03	0,79	0,95	1,63	1,29	2,00
Bodocó	0,01	0,26	0,48	0,72	1,22	0,73
Exu	-	0,06	0,25	0,75	0,81	0,23
Granito	0,07	0,29	0,14	0,33	0,80	0,74
Ipubi	0,01	0,08	0,43	0,48	0,97	0,63
Moreilândia	-	0,09	0,14	0,44	0,51	0,55
Ouricuri	0,06	0,14	0,37	0,47	0,81	0,37
Parnamirim	0,01	0,29	0,97	1,50	1,89	0,62
Santa Cruz	0,01	0,28	1,93	1,47	1,24	0,68
Santa Filomena	0,01	0,36	0,98	1,27	1,37	0,38
Trindade	0,01	0,09	0,41	0,72	1,79	0,60
Total	0,02	0,22	0,50	0,83	1,09	0,66

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

Nota: Segundo a portaria n.º 1.101/GM de 12 de junho de 2002, os exames de radiodiagnóstico devem corresponder de 5,0 a 8,0% do total de consultas

8.16 MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS

A média de consultas médicas representa um importante indicador tendo em vista que essa oferta reflete a capacidade da rede em prestar a assistência médica individual à população, contribuindo para avaliar adequadamente o volume de produção em relação à necessidade da população.

Nota-se na Tabela 77 que no período de 2008 a 2013, a região não conseguiu atingir o mínimo de duas consultas médicas recomendada pela Portaria GM n.º 1.101 de 2002. O mesmo ocorreu com os municípios de Araripina, Bodocó, Granito, Ipubi, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz e Santa Filomena. Entretanto, os municípios de Exu, Moreilândia e Trindade conseguiram em alguns anos atingir o mínimo de consultas médicas.

Resultados insatisfatórios nesse indicador devem levar a uma análise sobre o registro inadequado pelo profissional médico e a reflexão sobre o modelo de assistência ofertado.

Tabela 77 – Média de consultas médicas na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	0,35	0,54	0,41	0,50	0,83	0,53
Bodocó	0,84	1,06	1,12	0,86	0,73	0,97
Exu	2,44	2,06	2,35	1,51	1,47	2,22
Granito	1,07	0,98	1,47	1,58	0,86	1,35
Ipubi	1,28	1,42	1,59	1,36	1,49	0,24
Moreilândia	2,27	1,97	2,59	1,72	1,60	1,20
Ouricuri	0,95	1,09	0,96	0,86	0,80	1,03
Parnamirim	0,90	1,29	1,08	0,97	0,81	1,15
Santa Cruz	1,28	0,96	0,65	0,78	1,41	1,35
Santa Filomena	1,24	1,47	1,54	1,06	0,77	1,60
Trindade	1,48	2,17	1,30	0,96	0,44	1,01
Total	1,07	1,21	1,15	0,94	0,95	1,04

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

Nota: Segundo a Portaria n.º 1.101/ GM de 2002, considera-se o parâmetro mínimo de 2,0 consulta/habitante/ano.

8.17 COBERTURA DE CONSULTAS BÁSICAS DE URGÊNCIA

Os parâmetros assistenciais, previstos na Portaria n.º 1.101/2002 do Ministério da Saúde têm sido o principal instrumento de análise da cobertura assistencial do Sistema Único de Saúde.

As consultas médicas de urgência nos anos de 2008 a 2013, foram superiores aos parâmetros preconizados pela referida portaria, o que aponta para uma inversão na cobertura assistencial de consultas médicas aos usuários na região de acordo com a Tabela 76. Resultados que contribuem para as taxas muito acima do parâmetro são dos municípios de Araripina, Bodocó e Ouricuri, que durante os anos da análise mantiveram valores superiores a 29%. Destaca-se a maior oscilação de registro em Trindade, com 2,60 em 2008, para 28,07 em 2013, um aumento na variação de 979,61%. O menor percentual de produção foi do município de Ipubi, principalmente no ano de 2013 com 0,40%.

Pode-se se aferir vários fatores que influenciam o aumento da demanda nos serviços de saúde, tais como a constituição da unidade de urgência e emergência, na prática, como porta de entrada do sistema municipal de saúde para resolver os

problemas primários, a dificuldade para o agendamento de consultas, a baixa resolubilidade, a falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência.

Tabela 78 – Cobertura de consultas básicas de urgência na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	39,25	42,27	50,39	37,19	29,32	38,03
Bodocó	33,39	36,24	32,85	43,30	43,28	39,70
Exu	2,31	4,54	4,46	10,19	13,93	9,33
Granito	-	3,75	11,13	25,23	23,82	0,96
Ipubi	3,06	10,25	7,06	0,63	2,18	0,40
Moreilândia	0,53	7,81	1,66	5,87	6,01	5,25
Ouricuri	33,78	29,79	33,99	49,23	52,05	50,88
Parnamirim	28,48	22,96	33,50	15,32	14,70	29,77
Santa Cruz	-	2,82	1,16	26,82	11,88	15,78
Santa Filomena	1,61	0,98	3,20	6,63	17,16	8,80
Trindade	2,60	3,22	2,94	3,41	3,63	28,07
Total	17,52	20,66	22,38	28,71	28,31	30,63

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

Nota: Segundo a Portaria n.º 1.101/GM de 2002, considera-se o parâmetro de 12% do total de consultas.

8.18 COBERTURA DE CONSULTAS DE URGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR E TRAUMA

A área de Urgência e Emergência constitui-se um importante componente da assistência à saúde e há necessidade de integrar a estes serviços o acolhimento, a atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, a estabilização e a referência adequada dos pacientes graves por meio do acionamento das centrais de regulação, bem como a expansão de serviços públicos de atendimento pré-hospitalar móvel com presença de uma equipe de saúde qualificada para o atendimento.

Na IX Região, em alguns municípios, o Corpo de Bombeiros é responsável pelo atendimento móvel das pessoas envolvidas em acidentes e violências, uma vez que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, ainda não foi implantado em nenhum dos municípios. Observa-se na Tabela 79 que os municípios de Exu e Santa

Cruz, apresentam parâmetros inferiores ao preconizado pela Portaria n.º 1.101/2002, provavelmente por erro de registro ou atendimento realizado pelo corpo de bombeiros.

Tabela 79 – Cobertura de consultas de urgência pré-hospitalar na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	-	-	-	-	-	-
Bodocó	-	-	-	-	-	-
Exu	-	0,06	0,09	0,37	0,54	0,13
Granito	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	-	-
Moreilândia	-	-	-	-	-	-
Ouricuri	-	-	-	-	-	-
Parnamirim	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz	-	-	0,17	0,03	-	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	0,01	0,01	-	-
Total	-	0,01	0,02	0,04	0,06	0,02

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

Nota: Segundo a Portaria 1.101/GM de 2002 considera-se o parâmetro de 3% do total de consultas realizadas.

8.19 COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS EM ATENÇÃO BÁSICA

Demonstra o percentual de consultas médicas básicas em relação ao total de consultas realizadas para determinada população. O cálculo é realizado segundo a Portaria n.º 1.101/2002 onde o parâmetro é 63% do total de consultas programadas. Observa-se que nos anos de 2008 e 2013 apenas Bodocó apresentou aumento na cobertura, os demais municípios apresentaram redução. A variação da cobertura da região foi 25,97% de redução. No que se refere aos parâmetros da Portaria, é possível destacar que os municípios de Ipubi (50,00), Ouricuri (53,19), Parnamirim (40,17), Santa Cruz (39,43) e Santa Filomena (27,51), não atingiram a cobertura preconizada no ano de 2013. A redução pode ser atribuída à ausência de profissionais nas unidades de atenção primária ou erro no preenchimento do código do procedimento informado.

É necessário maior reflexão dos gestores municipais quanto à capacidade da rede e necessidade da ampliação das consultas na atenção primária.

Tabela 80 – Cobertura de consultas médicas em atenção básica na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	85,94	88,87	67,48	69,43	72,89	75,20
Bodocó	81,25	79,08	77,30	77,10	82,78	90,29
Exu	77,11	77,01	75,99	62,00	57,56	63,72
Granito	100,00	100,00	97,45	84,03	76,51	100,00
Ipubi	84,71	77,51	64,10	69,91	67,94	50,00
Moreilândia	95,70	60,13	66,31	56,77	56,03	73,45
Ouricuri	73,01	73,07	65,10	61,26	51,68	53,19
Parnamirim	93,97	87,25	88,75	43,64	39,63	40,17
Santa Cruz	97,02	84,64	80,19	68,56	48,54	39,43
Santa Filomena	97,17	98,07	90,07	62,43	57,23	27,51
Trindade	89,24	89,38	80,59	73,80	82,48	79,14
Total	84,11	81,12	74,07	65,75	62,93	62,26

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

Nota: Segundo a Portaria n.º 1.101/2002, considera-se o parâmetro de 63% do total de consultas programadas.

8.20 COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade (Lei nº 8.080/90).

De acordo com os parâmetros assistenciais da Portaria n.º 1.101/2002, a necessidade de Consultas Especializadas para os usuários da rede SUS, correspondem a 22% do total de consultas programadas/ano. A Tabela 81, demonstra que a oferta está acima das necessidades, nos últimos três anos da análise, as coberturas da região mantiveram-se maiores que 30%. Observa-se que no mesmo período Parnamirim manteve-se acima dos 50%, seguido de Santa Cruz nos anos de 2012 e 2013.

Tabela 81 – Cobertura de consultas médicas em atenção especializada na IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	12,36	9,41	25,39	24,32	20,44	17,46
Bodocó	11,37	15,48	17,36	16,28	10,64	3,82

Exu	15,85	20,46	19,29	32,29	38,34	33,98
Granito	-	-	1,40	15,70	23,10	-
Ipubi	13,71	18,22	32,32	27,21	22,50	44,53
Moreilândia	-	39,50	33,69	42,97	42,97	22,22
Ouricuri	22,35	23,44	30,78	35,70	46,67	41,55
Parnamirim	1,02	9,34	8,52	53,06	58,31	58,00
Santa Cruz	1,55	12,16	19,80	31,43	51,30	60,39
Santa Filomena	-	-	9,15	37,25	41,37	26,33
Trindade	7,21	4,64	12,56	18,73	9,71	13,75
Total	11,51	15,44	21,88	30,19	32,45	30,74

Fonte: SIA – Base de dados em 04/2015

Nota: Segundo a Portaria n.º 1.101/ 2002 considera-se o parâmetro de 22% do total de consultas programadas.

9 REDES DE ATENÇÃO

9.1 REDE CEGONHA

A Rede Cegonha propõe organizar de forma contínua as ações de atenção à saúde materna e infantil, mediante a articulação do sistema logístico e da governança da rede, em consonância com a Portaria n.º 4.279/GM/MS de 2010. Estruturada a partir dos componentes de pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que refere-se ao transporte sanitário e regulação. Os municípios realizam a adesão de forma regional ou isolada. A primeira consiste na adesão de todos os municípios de uma determinada região ao mesmo tempo, enquanto que na forma isolada, o município realiza a adesão independente.

O Financiamento da Rede Cegonha é tripartite, cabendo ao Ministério da Saúde no componente pré-natal o repasse dos recursos para a realização de novos exames. Para esta modalidade, foram aprovadas e publicadas as portarias n.º 1.222 de 13 de junho de 2012 e a portaria n.º 1918 de 05 de setembro de 2012. As ações da Rede Cegonha são definidas em cada um dos seus componentes, pela portaria n.º 650 de 05 de outubro de 2011, cabendo aos municípios definirem as atividades necessárias ao alcance dessas ações.

A adesão dos municípios da IX Região foi regional, dessa forma, cada município elaborou o plano de ação contemplando os quatro componentes da rede. A resolução CIB/PE n.º 1.881 de 26 de Março de 2012 aprovou as ações prioritárias para implantação da rede. O Quadro 21 apresenta os valores de custeio dos serviços e o desenho das referências para os partos de risco habitual, alto risco e a proposta de ambiência para o Plano Regional da Rede Cegonha, elaborado pelo Grupo Condutor da

IX Região de Saúde, aprovado através da Resolução CIR n.º 21 de 21 de Março de 2012.

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA

Quadro 19 – Referência para partos de risco habitual e alto risco na IX Região de Saúde, por município, serviços e ambiência.
Pernambuco, 2012.

Municípios	Referências para Partos Risco Habitual	Referências para Alto Risco			Ambiência			
		Alto Risco	UCI Neo	UTI Neo				
Araripina	Hospital e Maternidade Santa Maria - Araripina	Hospital Dom Malan Petrolina	Hospital Dom Malan Petrolina	Hospital Dom Malan Petrolina	Proposta de reforma e ambiência na Maternidade Santa Maria			
Ipubi								
Trindade								
Bodocó	Hospital Regional Fernando Bezerra HRFB – Ouricuri				Hospital Dom Malan Petrolina	Hospital Dom Malan Petrolina	Hospital Dom Malan Petrolina	Proposta de Ampliação de leitos e ambiência da Maternidade Mãe Coruja no HRFB.
Exu								
Granito								
Moreilândia								
Ouricuri								
Parnamirim								
Santa Cruz								
Santa Filomena								

Fonte: Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da IX Região de Saúde

Tendo em vista que o Hospital Regional Fernando Bezerra em Ouricuri será referência para os 10 Municípios da região, há a necessidade de construir um Centro de Parto Normal no município de Ouricuri com referência regional, ampliando assim o número de leitos.

Quadro 20 – Planilha de investimento e custeio segundo a portaria ministerial para implantação da Rede Cegonha da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2012.

Municípios/Serviços	Centro de Parto Normal (CPN)				Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)			
	Construção R\$ 350.000,00	Equipamento R\$ 150.000,00	Reforma R\$ 200.000,00	Custeio R\$ 80.000,00/mês	Construção R\$ 335.808,00	Equipamento R\$ 44.000,00	Reforma R\$ 130.000,00	Custeio R\$ 60.000,00/mês
Araripina (Hospital e Maternidade Santa Maria)	R\$ 350.000,00	R\$ 150.000,00	-	R\$ 960.000,00	-	-	-	-
Bodocó	-	-	-	-	-	-	-	-
Exu	-	-	-	-	-	-	-	-
Granito	-	-	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	-	-	-	-
Moreilândia	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouricuri Maternidade Mãe Coruja)	R\$ 350.000,00	R\$ 150.000,00	-	R\$ 960.000,00	R\$ 335.808,00	R\$ 44.000,00	-	R\$ 720.000,00
Parnamirim	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	R\$700.000,00	R\$300.000,00	-	R\$1.920.000,00	R\$335.808,00	R\$44.000,00	-	R\$720.000,00

Fonte: Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da IX Região de Saúde

Quadro 21 – Planilha de Ambiência dos Serviços que Realizam Partos para Implantação da Rede Cegonha da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2012.

Municípios/Serviços	Ambiência dos Serviços						
	Maternidades		UTI Adulto				
	Reforma ou Ampliação R\$ 200.000,00	Equipamentos e Materiais R\$ 100.000,00	Nº de Leitos UTI Adulto Novos	Nº de Leitos UTI Adulto Existente	Equipamento Leitos Novos R\$ 20.000,00/Leitos	Custeio Leitos Existentes	Custeio Leitos Novos
Araripina (Hospital e Maternidade Santa Maria)	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00	-	-	-	-	-
Bodocó	-	-	-	-	-	-	-
Exu	-	-	-	-	-	-	-
Granito	-	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	-	-	-
Moreilândia	-	-	-	-	-	-	-
Ouricuri (Maternidade Mãe Coruja)	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00	2	0	R\$ 20.000,00/Leitos	0	R\$ 525.600,00
Parnamirim	-	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz	-	-	-	-	-	-	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	-	-	-	-	-
Total	R\$ 400.000,00	R\$ 200.000,00	-	-	-	-	R\$ 525.600,00

Fonte: Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da IX Região de Saúde



9.2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde. O aumento do número de acidentes, da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído para a sobrecarga desses serviços no atendimento à população (Ministerio da Saúde, 2003). Esse panorama tem justificado as iniciativas e os investimentos do Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios visando estruturar, organizar, assegurar e qualificar a atenção às urgências e emergências (Vieira & Mussi, 2007).

As urgências médicas caracterizam-se como um dos maiores problemas no contexto do funcionamento do SUS. O Plano da IX Região de Atenção às Urgências e Emergências configura-se numa proposta de organização dos serviços, orientando a formação de redes regionais e inter-regionais qualificando o fluxo dos pacientes no sistema, passando desde as unidades básicas aos cuidados pré-hospitalares e hospitalares, visando diminuir a morbidade, a mortalidade e aperfeiçoar os processos assistenciais, desde o primeiro atendimento às situações de urgência, oferecendo continuidade dos cuidados com o acompanhamento na convalescença, recuperação e reabilitação.

Diante da necessidade de implementar a RAUE na IX Região de Saúde, o CIR da IX Região de Saúde aprovou a proposta descrita no Quadro 23 com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Porte 01, já aprovadas pelo Ministério da Saúde, sendo uma UPA em Araripina pelo PAC 2/2013 e outra no município de Trindade também pelo PAC 2/2013 na “Repescagem”. O município de Ouricuri está pleiteando a inclusão de uma UPA de porte 01. Embora o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da tenha sido aprovado no ano de 2012, houve atualização do seu desenho já com referências de 2013.

O Projeto SAMU 192 foi aprovado na CIB, através da Resolução n.º 1.527 de 17 de novembro de 2010 e inclui duas Unidades de Suporte Avançado (USA), sendo uma (01) no município de Ouricuri e uma (01) no município de Araripina, dez Unidades de Suporte Básico (USB), sendo 01 em cada município, exceto Granito, que receberá cobertura de outra unidade, conforme distribuição no Quadro 23 da proposta de ampliação da RAUE.

Os municípios de Bodocó, Exu, Ipubi, Moreilandia, Parnamirim e Santa Cruz, atendem aos critérios de elegibilidade para a sala de estabilização e deverá funcionar

como local de assistência temporária e qualificada para a estabilização de pacientes críticos/graves e posterior encaminhamento a outras portas de entrada.

A Atenção Domiciliar nos municípios de Bodocó, Exu, Parnamirim, Ipubi, Trindade, Ouricuri e Araripina será estruturada tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado, inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência de acordo com os princípios de acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade.

O componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes, os municípios irão organizar a atenção às urgências nos hospitais de modo que atendam a demanda espontânea e/ou referenciada, funcionando como retaguarda de leitos, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, enfermarias de retaguarda de longa permanência e leitos de terapia intensiva.

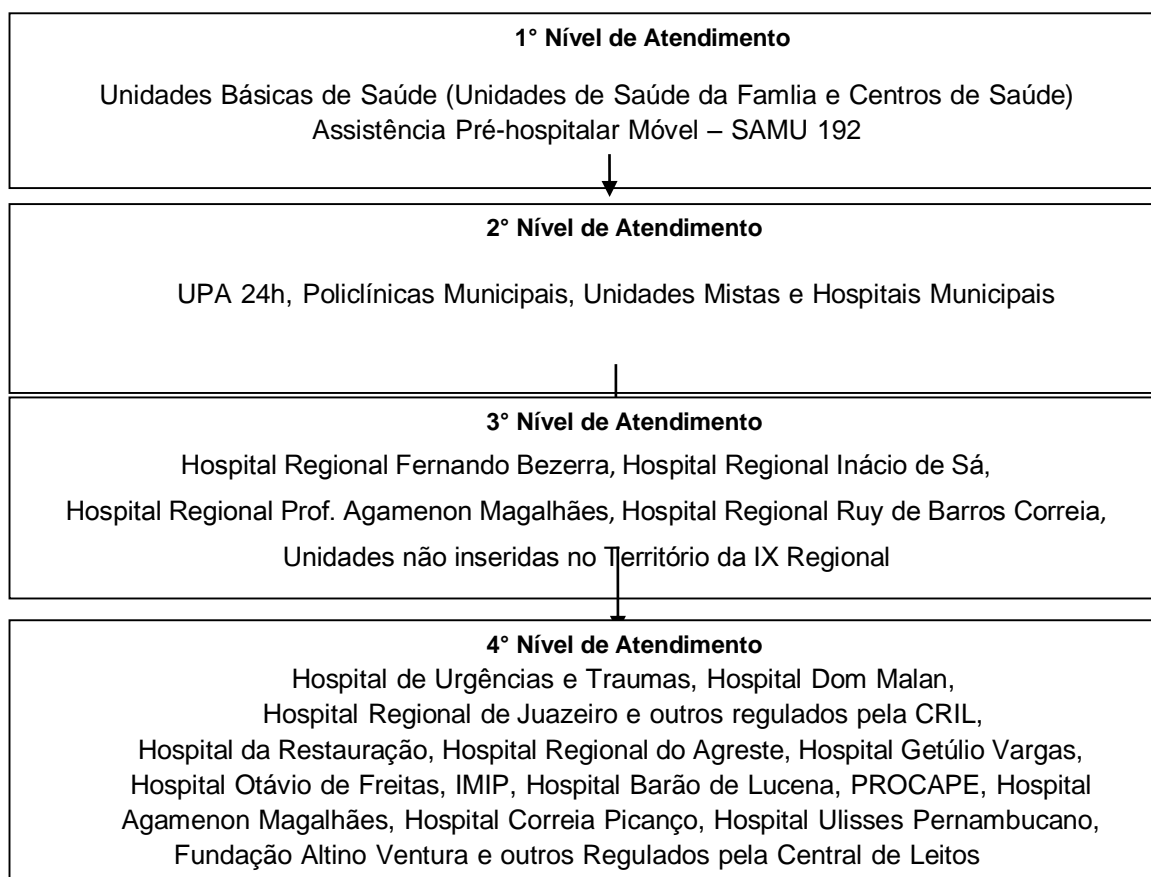
Quando 22 – Propostas de ampliação da RAUE, segundo componentes aprovados no Colegiado Intergestores Regional da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2012.

Componente	Proposta	Observação
SAMU 192	<ul style="list-style-type: none"> Araripina e Ouricuri: USA e UBS Bodocó, Exu, Ipubi, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade: USB 	Resolução CIB PE n.º 1.869 de 26 de março de 2012 Projeto no MS
Sala de Estabilização	<ul style="list-style-type: none"> Bodocó, Exu, Ipubi, Moreilândia, Parnamirim e Santa Cruz. 	Portaria n.º 2.338 de 03/10/2011 Manual Instrutivo - MS
UPA 24 h	<ul style="list-style-type: none"> Araripina: Porte 1 Trindade: Porte 1 	Portaria 2.648 de 07/11/2012
UPAE	<ul style="list-style-type: none"> Ouricuri 	Utilização de parâmetros de necessidades previstos na Portaria n.º 1101, de 12 de junho de 2002.
Leitos de Retaguarda Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> Araripina: Hospital Santa Maria 20 Leitos Novos e 20 Leitos Qualificados; Exu: 06 Leitos Novos; Ipubi: 03 Leitos Novos e 02 Leitos Qualificados Moreilândia: 06 Leitos Novos e 03 Leitos Qualificados Parnamirim: 03 Leitos Novos e 02 Leitos Qualificados Santa Cruz: 03 Leitos Novos Trindade: 03 Leitos Novos e 02 Leitos Qualificados 	Portaria GM/MS n.º 2.395 de 11 de Outubro de 2012. Segundo os critérios da Portaria: Os Leitos qualificados estão sendo financiados pela política de HPP. Os municípios de Exu e Santa Cruz recebem recursos para leitos novos dentro da Política do HPP, porém não tem leitos qualificados. A cada 02 leitos novos 01 deverão qualificados.
Leitos de UTI	<ul style="list-style-type: none"> Ouricuri: Hospital Regional Fernando Bezerra 10 leitos de UTI 	Portaria GM/MS n.º 2.935 de 11/10/2012

Atenção Domiciliar	<ul style="list-style-type: none">• Araripina e Ouricuri: Habilitação de 01 equipe EMAD tipo 01 e 01 equipe EMAP para cada município.• Bodocó, Exu, Ipubi, Parnamirim e Trindade: 01 equipe EMAD tipo 02 e 01 equipe EMAP para cada município.	Portaria GM/MS nº 2.527 de 27/10/2011 Para cada 100.000 hab. – 01 equipe EMAD e para cada 300.000 hab. – 01 equipe EMAP
--------------------	---	--

Fonte: Plano de Ação Regional da Rede de Atenção as Urgências da IX GERES/ Ministério da Saúde

Figura 06 – Fluxo da Assistência Integral às Urgências da IX Região de Saúde.
Pernambuco, 2013



Quadro 23 – Unidades de Saúde integrantes da rede regional de assistência à saúde e da rede de atenção às urgências na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013

Tipo de Unidade	Gestão	Tipo de Atendimento
Unidades Básicas de Saúde da Família Centros de Saúde	Municipal	<ul style="list-style-type: none"> Atendimentos a urgências de Baixa Gravidade/Complexidade – Acolhimento de Pacientes com quadros agudos ou crônicos. Casos de hipertensão, diabetes dores agudas e/ ou crônicas, cardiopatias, DPOC, mulheres em acompanhamento ginecológicos e/ ou obstétricos, crianças em programa de puericultura, dentre outros.
SAMU 192	Municipal	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que realiza o atendimento

Serviço de Atendimento Pré-hospitalar de Urgência		inicial no primeiro nível de atenção aos portadores de quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica –médica, pediátrica, obstétrica, traumática ou psiquiátrica, no nível pré-hospitalar de forma adequada assim como realizar o transporte com segurança e com o acompanhamento de profissionais de saúde até a unidade de saúde mais adequada para o caso.
Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, Políclínicas e UPÂ 24 horas municipal	Municipal	<ul style="list-style-type: none"> Unidade Não Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências – Porte II – Funcionamento 24 horas do dia, correspondem aos serviços de assistência da média complexidade – Prestação de atendimento resoluto a pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados. Estruturas de complexidade intermediária entre as unidades Básicas de saúde e unidades de saúde da família e as unidades hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento a Agravos sujeitos à sazonalidade como doenças respiratórias, acidentes de trânsito, causas externas como violências, traumas. No plano da rede de urgência e emergência da IX GERES o município de Araripina será contemplado com UPA 24 h agudizados.

Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências no Território da IX Região de Saúde.		
Tipo de Unidade	Gestão	Tipo de Atendimento Prestado
1. Hospitais Municipais e Unidades Mistas	Municipal	- Unidade Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento

		às Urgências de Pequena e Média Complexidade nas especialidades Psiquiátricas, Clínicas, Obstétricas, Cirúrgicas e Pediátricas
2. Hospital Regional Fernando Bezerra	Estadual	- Unidade Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento às Urgências Obstétricas e em Neonatologia de média complexidade. Atendimento às Urgências Pediátricas, Clínicas, Cirúrgicas e Traumatologia-ortopédicas de Média complexidade. - Unidade Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento às Urgências Obstétricas e em Neonatologia de média complexidade. Atendimento às Urgências Pediátricas, Clínicas, Cirúrgicas e Traumatologia-ortopédicas de Média complexidade.
3. Hospital Regional Inácio de Sá	Estadual	- Unidade Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento às Urgências Obstétricas e em Neonatologia de média complexidade. Atendimento às Urgências Pediátricas, Clínicas, Cirúrgicas e Traumatologia-ortopédicas de Média complexidade.
4. Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães	Estadual	- Unidade Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento às Urgências Obstétricas e em Neonatologia de média complexidade. Atendimento às Urgências Pediátricas, Clínicas, Cirúrgicas e Traumatologia-ortopédicas de Média complexidade.
5. Hospital Regional Ruy de Barros Correia	Estadual	- Unidade Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento às Urgências Obstétricas e em Neonatologia de média complexidade. Atendimento às Urgências Pediátricas, Clínicas, Cirúrgicas e Traumatologia-Ortopédica de Média Complexidade.
6. Hospital Regional do Agreste	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Média e Alta Complexidades para

		ocorrências clínicas, cirúrgicas (geral e vascular), traumató-ortopédicas, BMF, dentre outras.
7. Hospital Osvaldo Cruz	Estadual	- Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento de Média e Alta Complexidade para Cardiopatias e Doenças Infecto-contagiosas.
8. IMIP ¹	Filantrópico	- Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências –Atendimento de Alta Complexidade para ocorrências obstétricas (Atendimento à Gestantes de Alto Risco) e urgências pediátricas
9. Hospital Otávio de Freitas	Estadual	- Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências - Atendimento de Média e Alta Complexidades para ocorrências clínicas, cirúrgicas, traumató-ortopédicas, urológicas, pediátricas dentre outras.)
10. Hospital da Restauração	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências - Atendimento de Média e Alta Complexidades para ocorrências traumáticas, cirúrgicas (pediátrica, geral e vascular), BMF, neurológicas, neurocirúrgicas, pediátricas dentre outras.
11. Hospital Getúlio Vargas	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências, Hospital Geral – Atendimento de Média e Alta Complexidades para ocorrências clínicas, cirúrgicas (geral e vascular), traumató-ortopédicas, BMF, dentre outras.
12. Hospital Agamenon Magalhães	Estadual	- Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento de Média e Alta Complexidades para urgências clínicas e cardiológicas.
13. PROCAPE	Estadual	- Unidade Hospitalar Especializada de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento de Média

		e Alta Complexidades para urgências cardiológicas.
14. Hospital Correia Picanço	Estadual	Unidade Hospitalar Especializada de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento de Média e Alta Complexidades para Doenças Infecto-contagiosas
15. Fundação Altino Ventura	Filantrópico	Unidade Hospitalar Especializada de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento de Média e Alta Complexidades para urgências oftalmológicas.
16. Hospital Barão de Lucena ¹	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento de Alta Complexidade para ocorrências obstétricas (Atendimento à Gestantes de Alto Risco) e urgências pediátricas.
17. Hospital Ulisses Pernambucano	Estadual	Unidade Hospitalar Especializada de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências – Atendimento de Média e Alta Complexidades para urgências psiquiátricas.
Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências Obstétricas – não Inseridas no Território de Ouricuri		
IMIP	Filantrópico	– Atendimento de Alta Complexidade para ocorrências obstétricas (Atendimento à Gestantes de Alto Risco) e urgências pediátricas

9.3 REDE PSICOSSOCIAL

O Ministério da Saúde através da Portaria n.º 3088 de 23 de dezembro de 2011, instituiu 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, ampliando e promovendo o acesso da população de forma a 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.

A Rede de atenção psicossocial se configura uma ferramenta fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica, pois os seus dispositivos vêm favorecendo a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária, secundária e terciária, e a intersetorialidade, mediante o desenvolvimento de um trabalho articulado.

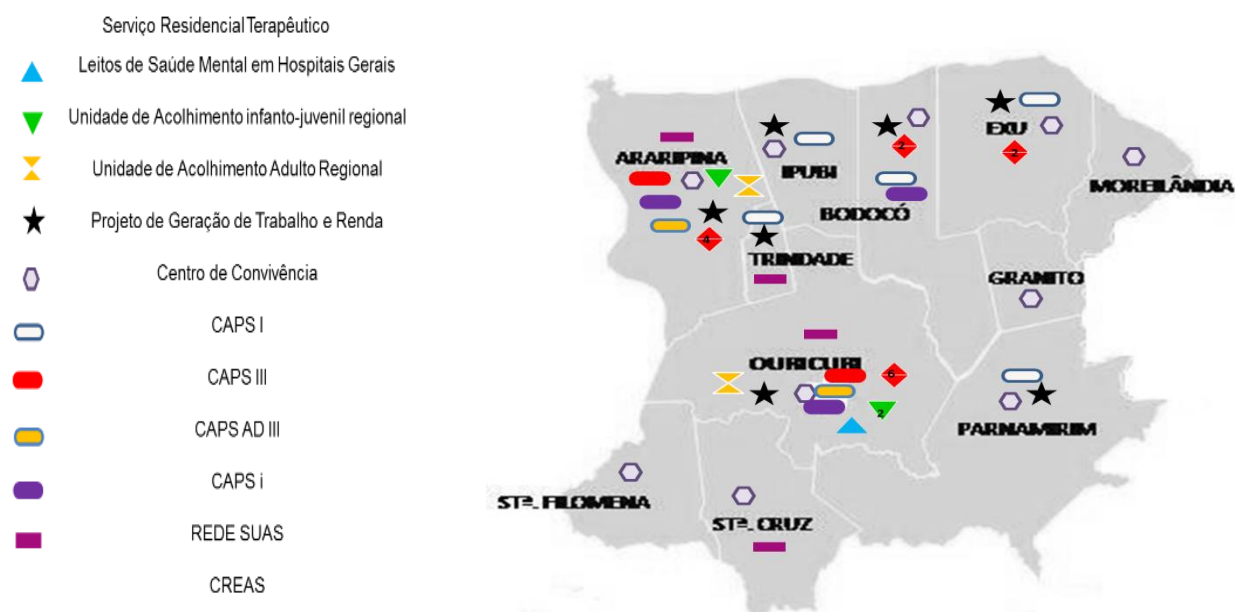
Considerando a importância da atenção humanizada na rede de atenção psicossocial, verifica-se a relevância de ter como foco a necessidade das pessoas, diversificando as estratégias de cuidado e desenvolvendo atividades no território que favoreçam a inclusão social, a promoção da autonomia e o exercício da cidadania para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Com base na Portaria n.º 3.088/2011 e outras específicas que regulamentam cada dispositivo da rede, a IX Região de Saúde propôs a pactuação, aprovada através da Resolução nº 38/2013, que visa suprir a existência dos vazios assistenciais, propõe um novo arranjo institucional baseado em mecanismos de governança, participação democrática e gestão integrada de ações e informações com o objetivo principal de garantir uma articulação horizontal e sistêmica, por meio do alinhamento das ações, ampliando a assistência e garantindo a qualidade no cuidado.

Atualmente os serviços de atendimento às pessoas com transtorno mental decorrentes ou não do uso de crack, álcool e outras drogas restringem-se a 06 Centros de Apoio Psicossocial - CAPS I (Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi, Ouricuri e Trindade) e 04 Centros de referência Especializado de Assistência Social - CREAS (Araripina, Ouricuri, Santa Cruz e Trindade).

A Figura 7 descreve a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo todos os pontos de atenção, destacando que cada um desses pontos devem desenvolver seu projeto de atenção psicossocial. Ressalta-se que a Rede de Atenção Psicossocial perpassa todo o sistema de saúde nos diferentes tipos de assistência.

Figura 7 – Desenho da Rede Psicossocial da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013



Fonte: Plano Regional da Rede Psicossocial – RAPS

9.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria n.º 1.060, de 5 de junho de 2002, visa proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir os agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Segundo o IBGE, no Brasil existem 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência ou incapacidade, o que representa 14,5% da população brasileira. Pernambuco registrou 17,24% da população com alguma deficiência, seja ela visual, motora, física ou auditiva (IBGE, 2000).

A IX Região de Saúde ainda não construiu a proposta de organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

9.5 REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE DO VALE DO SÃO FRANCISCO

A Região do Vale do Médio São Francisco, é uma macrorregião interestadual, compreendendo os estados da Bahia e Pernambuco. Composta por duas macrorregiões de saúde – Juazeiro e Petrolina, constituída por 55 municípios com aproximadamente 1,8 milhões de habitantes. Alguns municípios fazem parte do Programa Especial de

Desenvolvimento do Pólo Petrolina/PE e Juazeiro/BA, compondo uma Rede Integrada de Desenvolvimento – RIDE (Rede Interestadual, 2009).

Figura 8 – Mapa das Macrorregiões da Rede Interestadual Pernambuco/Bahia



- Macrorregião de saúde de Juazeiro/BA: Microrregiões de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, totalizando 28 municípios.
- Macrorregião de saúde de Petrolina/PE: Microrregiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri, totalizando 25 municípios.

Figura 9 – Histórico de Implantação da Rede Interestadual Pernambuco/Bahia

2008	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria GM que institui grupo de trabalho para implementação do Projeto.
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Assinatura da Carta do Vale do Médio São Francisco; • 1º Fórum Macrorregional; • 2º Fórum Macrorregional
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Início do processo e discussão para formulação da PPI Interestadual; • Instituição do Colegiado de Cogestão Interestadual – CRIE.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • 3º Fórum Macrorregional • Definida a Implantação da 1ª CRIL do Brasil, em reunião do CRIE. • Implantação da CRIL.

9.6 CENTRAL DE REGULAÇÃO INTERESTADUAL DE LEITOS – CRIL

Primeira central de leitos do Brasil que integra em uma única central 02 estados e 53 municípios com o objetivo de direcionar os usuários que necessitam de internamento em leitos qualificados nos pólos de Petrolina/PE e Juazeiro/BA.

Objetivos da CRIL

- Otimizar os leitos existentes;
- Favorecer a universalidade e igualdade do acesso;
- Maior agilidade no processo de transferências inter-hospitalares;
- Organização prévia do setor de urgência para o recebimento de pacientes;
- Fortalecimento da rede de serviços hospitalares respeitando a hierarquização dos mesmos;
- Identificação na rede de serviços, potencialidades e necessidades.

Figura 10 – Hospitais de referência da Rede Pernambuco/Bahia



10 FLUXO DE ACESSO

Introduzir ações de regulação em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à

assistência e às ações de controle e avaliação. Os cadastros, fluxos e o perfil epidemiológico, associados às ações de regulação do acesso, são ferramentas necessárias também para a garantia dos pactos de programação assistencial entre os municípios (Silva, 2010).

A Regionalização, instituída pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR, integrada à Programação Pactuada e Integrada – PPI, desencadeia o planejamento das ações em nível regional e sua agregação aos fluxos regulados do município. A partir deste ponto, deve-se considerar a capacidade instalada e essa relação vai dimensionar a oferta dos serviços para uma região e trabalhar as referências intermunicipais e interestaduais, bem como, apontar os desajustes entre o perfil da rede e os parâmetros assistenciais de necessidade (Silva, 2010).

10.1 FLUXO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

A média complexidade ambulatorial requer uma estrutura mais robusta para efetivar a regulação, pois não se restringe às referências geográficas, como a atenção básica (Brasil, 2010). É nesse nível também que se iniciam os processos de referência entre municípios, que geram demandas sobre as quais a regulação nem sempre consegue atuar, por serem originadas fora da área de atuação da gestão do complexo regulador (Silva, 2010).

O fluxo de pacientes entre os municípios nas demandas de serviços de maior de complexidade permite compreender a relação de trocas entre os centros e a rede de serviços e os centros daí decorrente (Oliveira, 2008).

O Quadro 25 apresenta o fluxo de acesso da média complexidade ambulatorial dos municípios da IX Região de Saúde de acordo com a PPI vigente, observa-se que os fluxos revelam a movimentação dos usuários na área (território), demonstrando possibilidades de novos recortes regionais (novas regionalizações). Surge dessa análise a potencialidade de alguns municípios com mais de 96% de resolutividade. Nesse caso, pode-se destacar que, apesar de não terem capacidade de polarização real, mostram-se importantes na capacidade de atendimento da demanda interna. A microrregião de Araripina concentra 50% dos procedimentos externos e a macrorregião de Salgueiro e Petrolina apresenta 10% do total de procedimentos registrados em 2013.

Quadro 24 – Fluxo dos Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013

Estabelecimento Residência	Afogados da Ingazeira	Município Estabelecimento								
		Araripina	Belo Jardim	Bodocó	Bom Jardim	Canhotinho	Carnaíba	Caruaru	Exu	Garanhuns
Araripina	0	46.679	0	0	0	0	0	1	0	1
Bodocó	0	228	0	16.674	8	0	0	0	0	1
Exu	0	212	0	0	0	8	0	0	4.030	0
Granito	0	77	0	0	0	0	0	0	0	1
Ipubi	0	157	0	0	0	0	0	0	0	0
Moreilândia	0	65	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouricuri	0	348	0	0	0	0	10	0	0	0
Parnamirim	0	137	0	0	0	0	0	0	0	3
Santa Cruz	2	104	5	0	0	0	0	141	0	0
Santa Filomena	0	136	1	0	0	0	0	0	0	0
Trindade	0	138	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	48.281	6	16.674	8	8	10	142	4.030	6

Continua

Continuação

Estabelecimento Residência	Município Estabelecimento									
	Ipubi	Jaboatão dos Guararapes	Limoeiro	Macaparana	Manari	Moreilândia	Moreno	Olinda	Ouricuri	Palmares
Araripina	0	0	0	0	0	0	0	0	340	0
Bodocó	0	0	1	0	0	0	0	0	520	0
Exu	0	0	0	0	3	4	0	0	368	0
Granito	0	1	0	0	0	0	0	0	255	0

Continua

Continuação

Estabelecimento Residência	Município Estabelecimento									
	Ipubi	Jaboatão dos Guararapes	Limoeiro	Macaparana	Manari	Moreilândia	Moreno	Olinda	Ouricuri	Palmares
Ipubi	2.497	0	0	0	0	0	0	0	307	0
Moreilândia	0	0	0	0	0	193	13	0	216	0
Ouricuri	0	0	2	8	0	0	0	0	3.634	3
Parnamirim	0	0	0	0	0	0	0	0	427	0
Santa Cruz	0	0	1	0	0	0	0	1	274	0
Santa Filomena	0	0	0	0	0	0	0	0	291	0
Trindade	0	0	0	0	0	0	0	0	441	0
Total	2.497	1	4	8	3	197	13	1	7.073	3

Continua

Continuação

Estabelecimento Residência	Município Estabelecimento						Santa Cruz do Capibaribe
	Parnamiri m	Paulist a	Petrolin a	Recif e	Salgueir o	Sant a Cruz	
Araripina	0	0	416	1.784	3.518	0	0
Bodocó	0	0	26	598	199	0	0
Exu	0	0	10	488	14	0	0
Granito	0	0	105	128	64	0	0
Ipubi	0	1	47	529	861	0	0
Moreilândia	0	0	1	202	45	4	0
Ouricuri	0	1	701	1.225	572	0	0
Parnamirim	439	4	91	537	622	0	0
Santa Cruz	0	0	305	211	372	4.251	5
Santa Filomena	0	0	1.317	172	2	0	0
Trindade	0	0	759	575	170	3	0
Total	439	6	3.778	6.449	6.439	4.258	5

Continuação

Estabelecimento Residência	Município Estabelecimento					
	Santa Filomena	Santa Maria da Boa Vista	Serra Talhada	Trindade	Verdejante	Vitória de Santo Antão
Araripina	0	0	0	0	0	0
Bodocó	0	0	1	0	0	0
Exu	0	0	0	0	0	80
Granito	0	0	0	0	0	0
Ipubi	0	0	0	0	0	0
Moreilândia	0	0	0	0	0	0
Ouricuri	0	0	0	6	1	0
Parnamirim	0	0	2	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	1
Santa Filomena	21	0	0	0	0	0
Trindade	0	1	0	898	0	0
Total	21	1	3	904	1	81

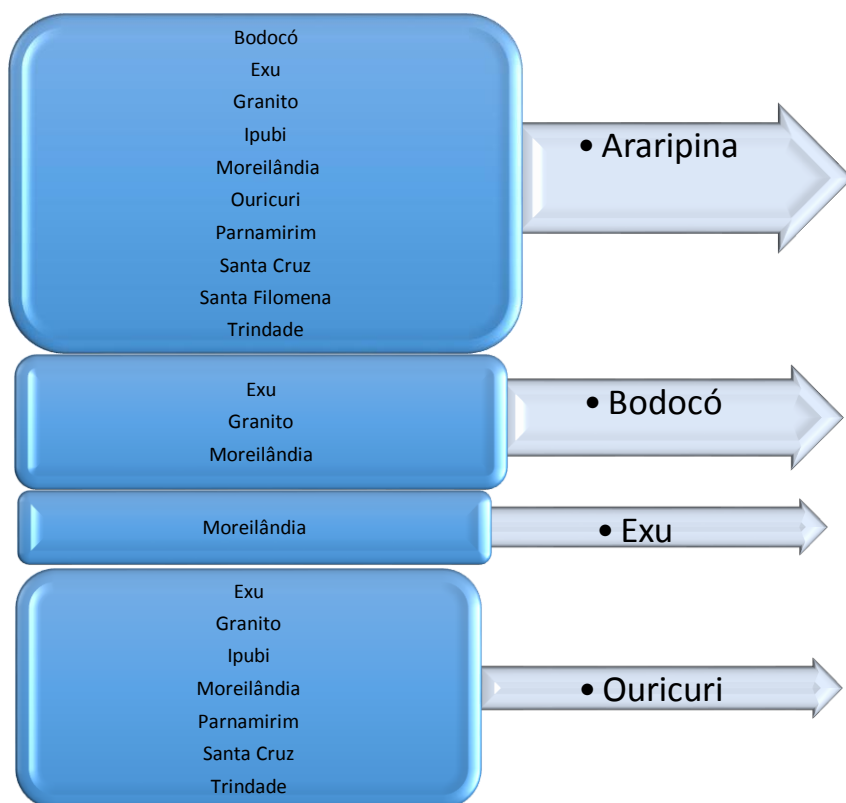
Fonte: SIA jan a dez/2013

É importante considerar que os municípios com capacidade instalada para receber as demandas pactuadas na PPI Regional concentram-se nos de maior porte populacional e com grande centralização de serviços (Araripina, Bodocó, Exu e

Ouricuri). Outra forma de funcionamento e de organização da média complexidade na região é o serviço do Ambulatório Médico Especializado – AME, administrado de forma consorciada entre os 11 municípios da região, atendendo demandas de consultas e exames especializados, distribuídos por cotas, respeitando os critérios pré-definidos em Comissão Intergestores Regional – CIR.

O maior desafio da regulação da média complexidade ambulatorial está na gestão das agendas médicas e dos equipamentos, na estrutura de comunicação com os pacientes, no controle do absenteísmo, na organização do acesso calcada no uso de protocolos e na triagem de necessidade e priorização, na gestão dos fluxos referenciados e na construção de grades de referência e contra referência (Brasil, 2010). Fortalecer, adequar e trabalhar a luz de protocolos que induzam à resolutividade neste nível de assistência são passos importantes para reduzir o impacto negativo da insuficiência apresentada hoje no país no acesso e financiamento, especialmente das ações de média complexidade ambulatorial (Silva, 2010).

Figura 11 – Média Complexidade Ambulatorial, segundo município encaminhador/recebedor da IX Região de Saúde, baseado na PPI de 2006.



Fonte: Programação Pactuada Integrada – PPI/IX GERES/2006

10.2 FLUXO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

A regulação da alta complexidade ambulatorial tem características semelhantes à regulação dos exames de média complexidade, contudo tem uma realidade diferenciada, que torna seu processo de trabalho mais simples para o complexo regulador. Inicialmente atua sobre uma quantidade menor de oferta e de demanda, e, conseqüentemente, de prestadores de serviço. O paciente, em geral, está mais atento aos fluxos, o que facilita a comunicação, e já tem um instrumento de controle e autorização consolidado, a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC. O mesmo ocorre com a regulação hospitalar (Silva, 2010).

Quadro 25 – Fluxo dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Município Residência	Município Estabelecimento						Vitória de Santo Antão
	Araripina	Carpina	Caruaru	Petrolina	Recife	Salgueiro	
Araripina	662	0	0	170	4.804	99	0
Bodocó	211	0	0	25	815	26	0
Exu	183	2	1	46	1.043	13	79
Granito	56	0	91	9	61	7	0
Ipubi	103	0	0	101	1.623	42	0
Moreilândia	79	0	0	36	215	33	0
Ouricuri	395	0	0	451	3.550	1.162	0
Parnamirim	109	0	12	157	3.630	589	0
Santa Cruz	83	0	182	348	1.617	11	0
Santa Filomena	12	0	0	790	1.881	8	0
Trindade	139	0	1	155	1.506	30	0
Total	2.032	2	287	2.288	20.745	2.020	79

Fonte: SIA – Jan/2008 a Dez/2013

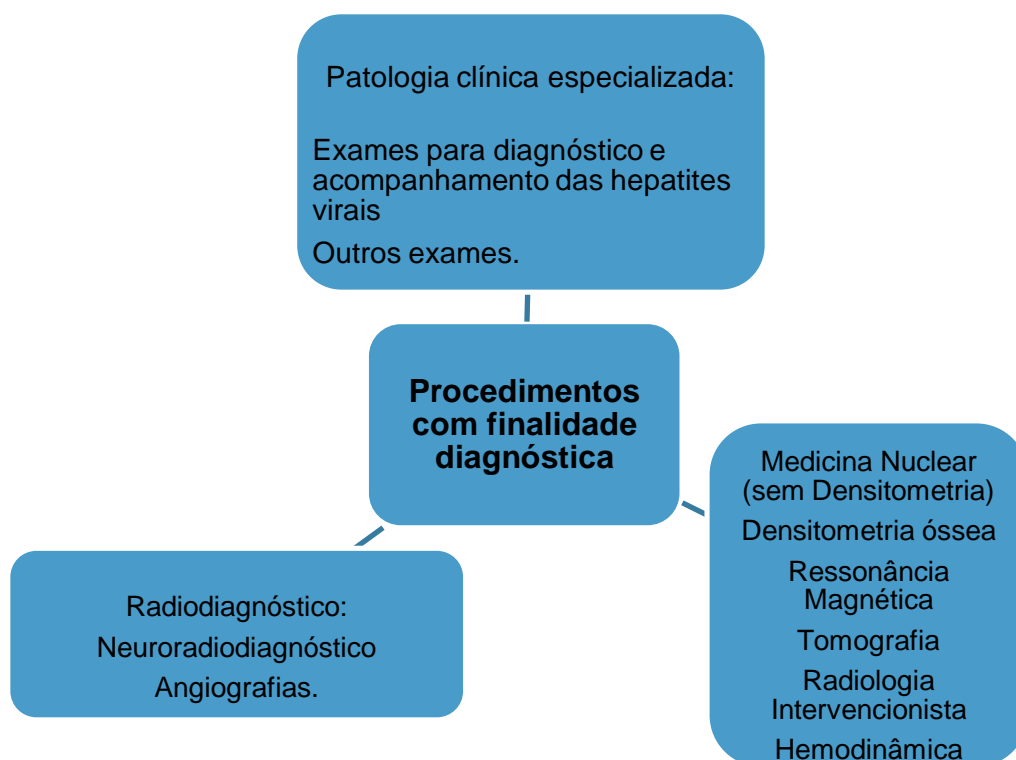
A rede de serviços de saúde ambulatoriais de alta complexidade pode ser observada por meio da análise das áreas de influência dos pólos considerados como os maiores recebedores de demanda externa (Quadro 26). Há uma grande concentração no município de Araripina, o qual dispõe de melhores equipamentos de saúde da região, na macrorregião destacam-se os municípios sede da VII e VIII Região de Saúde (Salgueiro e Petrolina) que confirmam o fluxo dos procedimentos, sendo portanto Recife,

a maior referência para este fluxo via Tratamento Fora Domicílio – TFD, respondendo por 75% dos procedimentos.

10.3 REGIONALIZAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE – REDE PE/BA

Alinhada às normas que regem as diretrizes para remodelagem da atenção à saúde da Rede PE\BA, definiu-se a estratégia referente aos atendimentos de média e alta complexidade.

Figura 12 – Alta Complexidade Ambulatorial



Procedimentos para tratamento clínico

- Nefrologia
- Oncologia - MRIE
- Quimioterapia;
- Radioterapia – separando braquiterapia.
- Reabilitação
- Saúde auditiva
- Reabilitação física:
 - Atendimento em serviços especializados
 - Fornecimento de próteses e órteses
- Saúde do Trabalhador

- Hemoterapia
- Litotripsia

Ainda são utilizados os grandes centros como referência para a alta complexidade ambulatorial, encaminhados via TFD pelos municípios de origem.

10.4 FLUXO DAS INTERNAÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE (TOTAL)

A estrutura de níveis de complexidade no território provoca a existência de fluxos intermunicipais de pacientes para a satisfação da demanda dos serviços de saúde. Nesse contexto, ganha relevância a diretriz de regionalização, uma vez que ela busca, a partir da organização da oferta dos serviços no território, os princípios de eficiência produtiva e equidade no acesso ao cuidado à saúde (Oliveira, 2008).

Segundo Silva (2010), a mais específica das ações de regulação está nas internações hospitalares. Nesse nível co-existem, com a mesma intensidade, a regulação de procedimentos eletivos e de urgência, associada à regulação de leitos, com toda sua dinâmica e rotatividade. A viabilidade da regulação nesse nível depende muito da capacidade das unidades de internação em gerar informação em tempo real. E nesse contexto, interagem fortemente a relação de recursos humanos e a adesão ao processo. A atenção hospitalar possui uma gama variada de protocolos, especialmente na atenção às urgências, e sua demanda vem, na maioria dos casos, dos pronto atendimentos, pronto-socorros e do atendimento pré-hospitalar. Os ambulatorios de especialidades e a atenção básica também demandam internações hospitalares, e todos devem estar sujeitos a protocolos e à ação reguladora, seja nos casos de urgência ou eletivos. Os fluxos da internação estão ligados à capacidade instalada de leitos na rede de serviços de saúde e consistem na alocação do leito e na autorização dos procedimentos hospitalares, por meio da Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

O sistema de regulação – SISREG é uma ferramenta de informática que busca tornar eficiente e eficaz o acesso dos cidadãos a procedimentos de média e alta complexidade. Além de fornecer informações sobre o fluxo dos usuários na rede de serviços de saúde, dentre outros aspectos do atendimento, o SISREG subsidia as áreas de controle, avaliação planejamento e programação facilitando aos gestores a tomada de decisão para melhorias na rede de atenção à saúde (Brasil, 2010).

Na IX Região de Saúde, somente três unidades estão utilizando efetivamente o SISREG, o Hospital Regional Fernando Bezerra em Ouricuri, o Hospital Municipal José Pinto Saraiva em Exu e a Maternidade Santa Maria em Araripina, embora todas as

Unidades Hospitalares da região já estejam qualificadas para o uso do sistema de regulação.

Quadro 26 – Fluxo das Internações de Média Complexidade da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013

Município Residência	Afogados da Ingazeira	Município Internação								
		Araripina	Arcoverde	Barreiros	Bodocó	Bonito	Cabo de Santo Agostinho	Caruaru	Dormentes	Exu
Araripina	0	5.205	1	12	0	0	0	1	0	0
Bodocó	0	25	0	0	326	0	0	1	0	0
Exu	0	9	1	0	2	0	0	0	0	520
Granito	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0
Ipubi	0	224	1	0	1	0	0	0	0	0
Moreilândia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouricuri	0	45	0	0	0	0	4	3	0	0
Parnamirim	0	3	0	12	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	7	20	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Filomena	0	12	0	0	0	0	0	0	7	0
Trindade	0	123	0	0	0	0	0	1	0	0
Total	7	5.669	3	24	329	1	4	6	7	520

Continua

Continuação

Município Residência	Município Internação									
	Jaboatão					Guararapes				
	Garanhuns	Goiana	Granito	Ipubi	dos	Moreilândia	Moreno	Olinda	Ouricuri	Parnamirim
Araripina	0	1	0	0	0	0	0	12	448	0
Bodocó	0	0	0	9	0	0	0	0	662	0
Exu	0	0	0	0	0	0	0	0	459	0

Continua**Continuação**

Município Residência	Município Internação									
	Jaboatão					Guararapes				
	Garanhuns	Goiana	Granito	Ipubi	dos	Moreilândia	Moreno	Olinda	Ouricuri	Parnamirim
Granito	0	0	87	0	0	0	0	0	144	0
Ipubi	0	0	0	699	0	0	0	0	623	0
Moreilândia	0	0	0	0	0	125	0	0	146	0
Ouricuri	5	0	0	0	2	0	0	0	2.576	0
Parnamirim	0	0	0	0	0	0	0	0	383	302
Santa Cruz	1	0	0	0	0	0	1	1	238	0
Santa Filomena	0	0	0	0	0	0	0	0	207	0
Trindade	1	0	0	1	1	0	0	0	811	0
Total	7	1	87	709	3	125	1	13	6.697	302

Continuação

Continuação

Município Residência	Município Internação										Vitória de Santo Antão
	Paulista	Petrolândia	Petrolina	Recife	Salgueiro	Santa Cruz	São Lourenço da Mata	Serra Talhada	Serrita	Trindade	
Araripina	1	1	172	151	22	0	0	23	0	7	2
Bodocó	1	0	49	66	8	0	0	1	0	0	1
Exu	1	0	30	37	6	1	0	17	0	0	0
Granito	0	0	8	7	6	0	0	0	0	0	0
Ipubi	0	0	57	45	6	0	2	11	0	0	0
Moreilândia	0	0	5	8	11	0	0	14	1	0	1
Ouricuri	0	0	158	122	17	6	0	23	0	9	5
Parnamirim	2	0	48	46	90	1	0	14	1	0	1

Continuação

Município Residência	Município Internação										Vitória de Santo Antão
	Paulista	Petrolândia	Petrolina	Recife	Salgueiro	Santa Cruz	São Lourenço da Mata	Serra Talhada	Serrita	Trindade	
Santa Cruz	0	0	43	55	0	300	0	8	0	0	34
Santa Filomena	0	0	33	3	0	2	0	0	0	0	1
Trindade	0	0	68	36	16	0	0	19	0	413	0
Total	5	1	671	576	182	310	2	130	2	429	45

Fonte: SIH jan a dez/2013

Os números do Sistema de Informação Hospitalar – SIH, analisados no Quadro 27 demonstram os municípios com maior número de internações de média complexidade em Pernambuco no ano de 2013. Das 16.868 internações, 63% estão no próprio território e 37%

nos territórios da macrorregião e do estado. As internações de procedimentos de média complexidade, diferentemente dos de alta complexidade, ocorrem, em sua maioria, nas próprias macrorregiões de residência. A IV Macrorregião ficou à frente no ranking com 16.030 internações, correspondendo a 95% das internações da IX Região de Saúde. Como Recife é o principal destino, recebendo a maior parte dos pacientes, com 576 internações, pode refletir a deficiência na capacidade de atendimento da macrorregião.

As internações por procedimentos psiquiátricos apresentam um comportamento diferenciado, a macrorregião não apresenta registros destas internações. A macrorregião III a qual pertence o município de Serra Talhada atendem esta demanda como referência, mas sem garantia de atendimento, uma vez que a capacidade instalada é inferior a demanda. Fora PPI, os procedimentos psiquiátricos são encaminhados para o Hospital Psiquiátrico Santa Tereza no Estado do Ceará, sem referência definida. A ausência de atendimento de psiquiatria na região também é um aspecto que merece maior reflexão.

10.5 FLUXO DAS INTERNAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE (TOTAL)

A organização do sistema de Alta Complexidade em redes tem um importante significado na área da assistência, uma vez que esses serviços não estão disponíveis em todos os municípios. Além disso, a definição de níveis crescentes de complexidade e do fluxo de referência e contra referência de pacientes tem expressiva importância na organização e garantia do acesso aos serviços pelos cidadãos, independente da sua procedência. (Souza, 2004).

Observa-se no Quadro 27 que existe uma grande concentração da oferta nas macrorregiões de saúde I (Recife) e IV (Petrolina) que juntas, representaram mais de 94% das internações de alta complexidade. Além disso, dentre os 11 municípios da microrregião do Araripe sob a condição de maiores recebedores de demanda externa, somente o município de Araripina registra internações de alta complexidade. Mais ainda, a microrregião de saúde não tem nenhum município que se encontre dentre os recebedores de fluxos externos, sendo, portanto, uma desigualdade na distribuição regional da oferta de serviços de saúde, observada a partir da demanda atendida.

Quadro 27 – Fluxo das Internações de Alta Complexidade da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013

Município Residência	Município Internação				
	Araripina	Cabo de Santo Agostinho	Caruaru	Petrolina	Recife
Araripina	31	0	0	24	95
Bodocó	0	0	0	4	52
Exu	0	0	0	3	35
Granito	0	0	0	0	9
Ipubi	0	0	0	6	41
Moreilândia	0	0	0	0	7
Ouricuri	0	1	0	19	79
Parnamirim	0	0	0	20	35
Santa Cruz	0	0	1	12	17
Santa Filomena	0	0	0	4	12
Trindade	0	0	0	10	43
Total	31	1	1	102	425

Fonte: SIH jan a dez/2013

11 RECURSOS FINANCEIROS

A Lei n.º 141/2012 regulamenta o Art. 198 da Constituição Federal, definido os valores mínimos a serem aplicados com saúde em cada esfera do governo, bem como o rateio dos recursos e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde (BRASIL, 2009). Após 24 anos de criação do SUS, a lei complementar veio estabelecer critérios importantes para o acompanhamento do financiamento do SUS que desde sua criação se fazia urgente.

Acompanhar e avaliar as despesas com o SUS é um importante instrumento para analisar a relação dos gastos com saúde e da melhoria na assistência, além de contribuir para a eficiência e efetividade dos gastos na gestão. É nesse sentido que a análise das despesas com saúde é compreendida como um instrumento que auxilia no planejamento das ações.

Todos os dados foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), cujo banco de dados é alimentado pelos próprios municípios. Esse sistema foi institucionalizado pela Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República n.º 1.163 de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial n.º 446 de 16 de março de 2004 e mais tarde regulamentado pela Lei n.º 141/2012, sendo, atualmente, coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/AESD da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

11.1 DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HABITANTE

O indicador Despesa Total com Saúde por habitante representa a despesa total com saúde (exceto inativos), inclusive aquela financiada por outras esferas de governo por habitante, cuja finalidade é medir o gasto médio com saúde sob responsabilidade do município por habitante (BRASIL, 2009).

Tabela 82 – Distribuição dos Indicadores de Despesa em Saúde por Habitante (R\$) da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

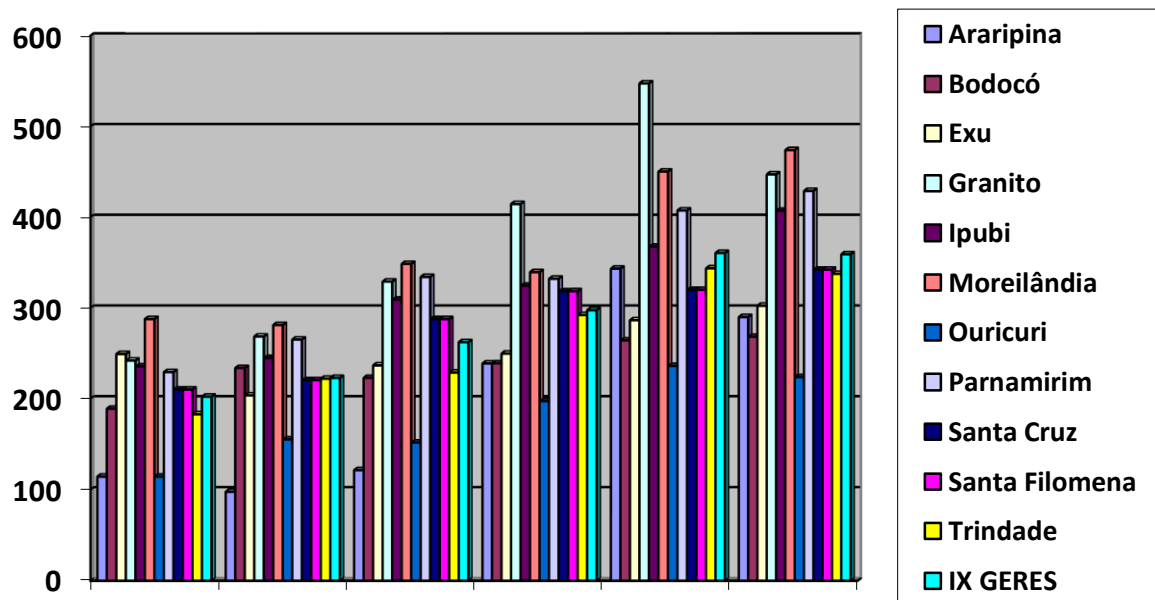
Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	114,22	97,57	121,28	238,81	343,30	289,95
Bodocó	188,86	233,76	222,89	238,90	264,22	268,14
Exu	249,16	203,58	236,61	249,63	286,42	302,36
Granito	241,94	268,41	329,03	414,49	547,44	447,15

Ipubi	235,53	244,79	309,14	324,52	367,59	407,10
Moreilândia	287,71	281,16	348,49	339,45	450,26	474,00
Ouricuri	114,21	155,06	151,58	197,28	236,06	223,78
Parnamirim	229,28	265,13	334,12	332,12	407,38	428,91
Santa Cruz	209,99	220,36	287,71	318,35	319,92	342,16
Santa Filomena	209,99	220,36	287,71	318,35	319,92	342,16
Trindade	182,76	221,96	228,82	292,12	343,65	337,51
Total	202,19	222,83	262,23	297,50	360,58	359,10

Fonte: SIOPS - Situação da base de dados em 23/04/2014

Segundo o Gráfico 7, a despesa total com saúde por habitante nos últimos cinco anos na IX Região seguiu uma tendência de crescimento com variação que chegou a quase 80%, passando de R\$ 202,19 em 2008 para R\$ 359,10 em 2013, sendo essa variação ainda maior quando comparada por município, com variações que chegam a ultrapassar 153%, como o município de Araripina que passou de R\$ 114,22 em 2008 para R\$ 289,95 em 2013.

Gráfico 7 – Despesa com saúde por habitante por município nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.



Fonte: SIOPS/Tabnet. Situação da base de dados em 23/04/2014

11.2 PERCENTUAL DE DESPESAS EM INVESTIMENTOS EM RELAÇÃO À DESPESA TOTAL

Este indicador representa a participação das despesas com investimentos no total das despesas com saúde (BRASIL, 2009).

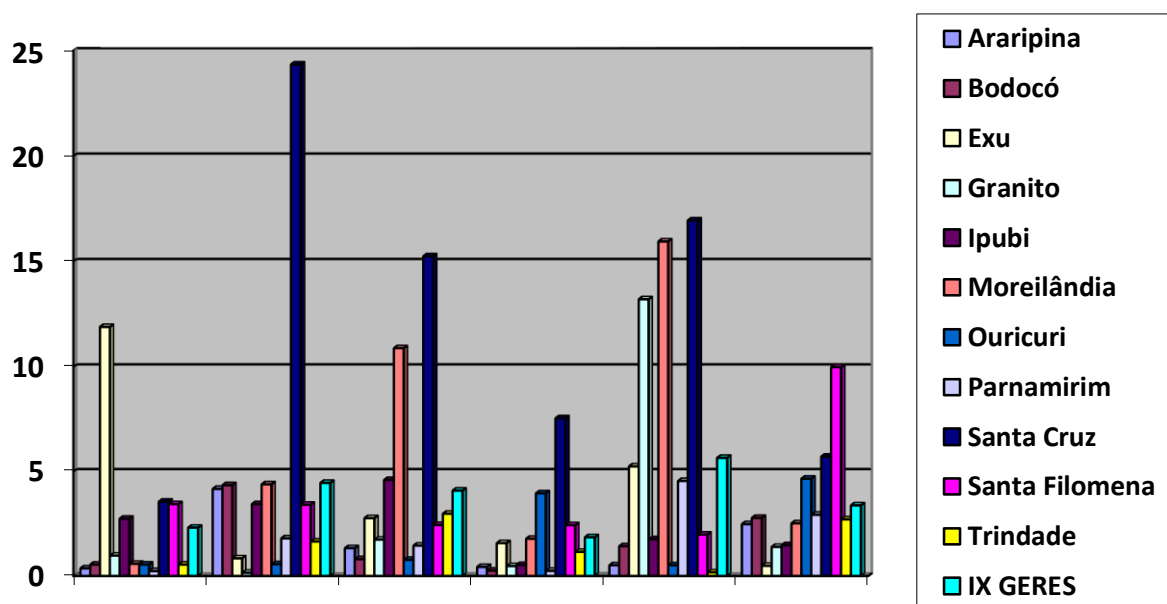
Tabela 83 – Distribuição da Despesa em Investimentos em Relação à Despesa Total da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	0,36	4,17	1,33	0,43	0,51	2,48
Bodocó	0,54	4,35	0,80	0,25	1,42	2,78
Exu	11,90	0,84	2,77	1,57	5,25	0,48
Granito	0,97	0,15	1,74	0,47	13,21	1,39
Ipubi	2,74	3,44	4,60	0,52	1,76	1,47
Moreilândia	0,58	4,39	10,89	1,78	15,95	2,52
Ouricuri	0,54	0,56	0,77	3,96	0,51	4,66
Parnamirim	0,23	1,80	1,45	0,24	4,55	2,93
Santa Cruz	3,56	24,35	15,25	7,56	16,95	5,72
Santa Filomena	3,44	3,41	2,44	2,43	1,98	9,99
Trindade	0,54	1,65	2,98	1,15	0,17	2,71
Total	2,31	4,46	4,09	1,85	5,66	3,38

Fonte: SIOPS Situação da base de dados em 23/04/2014

Percebe-se no Gráfico 8 que a Região não seguiu nenhuma tendência. Esse indicador representa a participação das despesas com investimentos em relação ao total de despesas com saúde. Destaca-se o município de Santa Cruz que apresentou ao longo dos anos o maior percentual de investimentos em relação ao total de despesas em saúde, salvo no ano 2011 e 2013, nos quais o município apresentou o percentual próximo à região. É importante ressaltar o município de Santa Filomena o qual teve uma variação positiva nos investimentos de 190,41% passando de 3,56 em 2008 para 9,99 em 2013.

Gráfico 8 – Percentual de Despesas em Investimentos em Relação à Despesa Total por Município da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2012. Pernambuco, 2012.



Fonte: SIOPS/Tabnet. Situação da base de dados em 23/04/2014

11.3 PERCENTUAL DE TRANSFERÊNCIAS SUS EM RELAÇÃO À DESPESA TOTAL

Esse indicador representa a participação das receitas transferidas vinculadas à saúde, em relação ao total de despesas com saúde. Através desse indicador pode-se inferir a relação de dependência dos municípios das transferências do SUS.

Tabela 84 – Distribuição de transferências SUS em relação a despesa Total da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

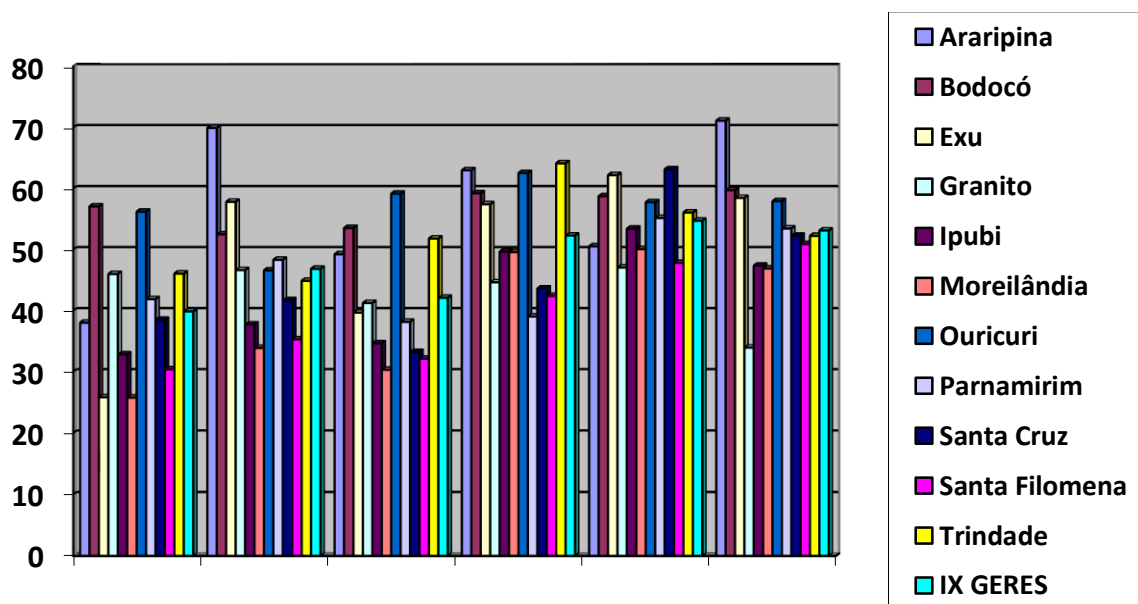
Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	38,01	69,93	49,23	62,99	50,53	71,12
Bodocó	57,06	52,49	53,53	59,22	58,73	59,74
Exu	25,81	57,82	39,66	57,42	62,19	58,46
Granito	45,99	46,64	41,24	44,63	47,06	33,93
Ipubi	32,82	37,71	34,64	49,64	53,42	47,36
Moreilândia	25,74	33,88	30,30	49,58	50,07	46,90
Ouricuri	56,20	46,58	59,16	62,54	57,75	57,92
Parnamirim	41,87	48,32	38,15	39,03	55,18	53,45
Santa Cruz	38,49	41,70	33,21	43,62	63,14	52,27

Santa Filomena	30,38	35,29	32,11	42,40	47,82	50,91
Trindade	46,05	44,87	51,80	64,13	56,07	52,24
Total	39,86	46,84	42,09	52,29	54,72	53,12

Fonte: SIOPS

Observa-se no Gráfico 9 de forma geral, o grau de dependência dos recursos transferidos pelo SUS. Quando comparado o percentual de recursos próprios aplicados em saúde ao percentual de transferências do SUS, pode-se constatar que o segundo é bem superior, demonstrando que os municípios ainda dependem muito dos recursos do SUS para manter sua rede de saúde em funcionamento. Essa situação de dependência pode ser claramente percebida com o engessamento dos municípios ao cumprimento das exigências da esfera federal, tendo em vista que quem aplica recurso estabelece critérios e normas a serem seguidos. Este é um dos fatores que influencia negativamente o processo de municipalização, na medida em que dificulta que os municípios pensem saúde a partir das suas especificidades.

Gráfico 9 – Percentual de Transferências do SUS em Relação à Despesa Total, nos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2012. Pernambuco, 2012.



Fonte: SIOPS/Tabnet. Situação da base de dados em 23/04/2014

11.4 PERCENTUAL DE RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS EM SAÚDE- EC 29

O indicador percentual de recursos próprios aplicados em saúde representa o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, conforme previsto na Emenda Constitucional n.º 29 (BRASIL, 2009). Esta última foi implementada no ano 2000 e foi,

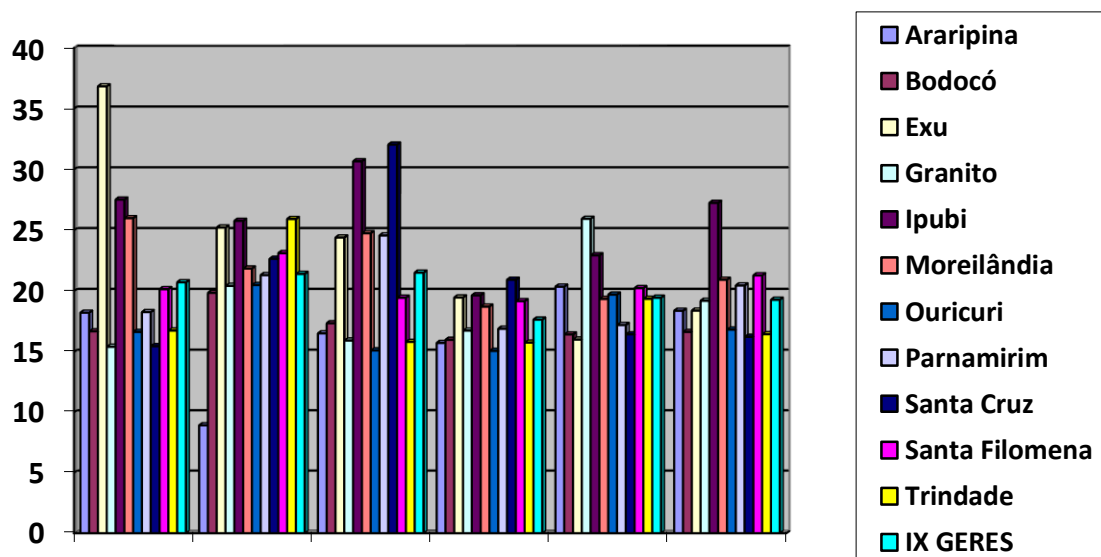
principalmente, responsável por consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). A Emenda Constitucional 29/2000 fixou a vinculação dos recursos orçamentários que seriam destinados à saúde pelas três esferas de governo, cabendo ao Congresso Nacional regulamentar a matéria de forma a assegurar que os recursos sejam empregados no SUS. Pelo texto aprovado, a EC 29 estipulou norma transitória determinando que a União deveria destinar para a saúde, no ano 2000, 5% a mais sobre o valor de 1999 e, nos anos seguintes, que esse valor fosse corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados seriam obrigados a destinar 12% do seu orçamento e os municípios, 15%.

Tabela 85 – Distribuição de Recursos Aplicados em Saúde – EC 29 da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	18,23	8,94	16,53	15,74	20,37	18,39
Bodocó	16,70	19,86	17,36	16,00	16,44	16,65
Exu	36,84	25,23	24,41	19,48	16,02	18,40
Granito	15,43	20,44	15,94	16,76	25,95	19,21
Ipubi	27,53	25,78	30,68	19,66	22,95	27,26
Moreilândia	26,00	21,86	24,77	18,73	19,36	20,94
Ouricuri	16,65	20,51	15,13	15,09	19,72	16,84
Parnamirim	18,28	21,32	24,58	16,91	17,22	20,47
Santa Cruz	15,48	22,66	32,05	20,94	16,45	16,25
Santa Filomena	20,16	23,13	19,46	19,18	20,25	21,30
Trindade	16,76	25,93	15,83	15,77	19,37	16,46
Total	20,73	21,42	21,52	17,66	19,46	19,29

Fonte: SIOPS - Situação da base de dados em 23/04/2014

Gráfico 10 – Percentual de Recursos Próprios Investidos em Saúde de Acordo (EC29/2000) e Lei 141/2012, pelos Municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.



Fonte: SIOPS/Tabnet. Situação da base de dados em 23/04/2014

Ao analisar o percentual de recursos próprios dos municípios que foram aplicados em saúde de acordo com a EC-29/2000, percebe-se que os municípios que compõem a região o cumpriram a exigência de aplicação mínima de 15% dos recursos próprios em saúde, salvo o município de Araripina no ano de 2009, que aplicou apenas 8,94% dos recursos próprios em saúde. É importante destacar que esse indicador serve apenas para demonstrar a situação ante a aplicação da EC 29/2000.

11.5 DESPESA TOTAL EM SAÚDE

Representa todo o gasto com saúde do município entre os anos 2008 e 2013.

Tabela 86 – Distribuição da Despesa Total em Saúde da IX Região de Saúde nos anos de 2008 a 2013. Pernambuco, 2013.

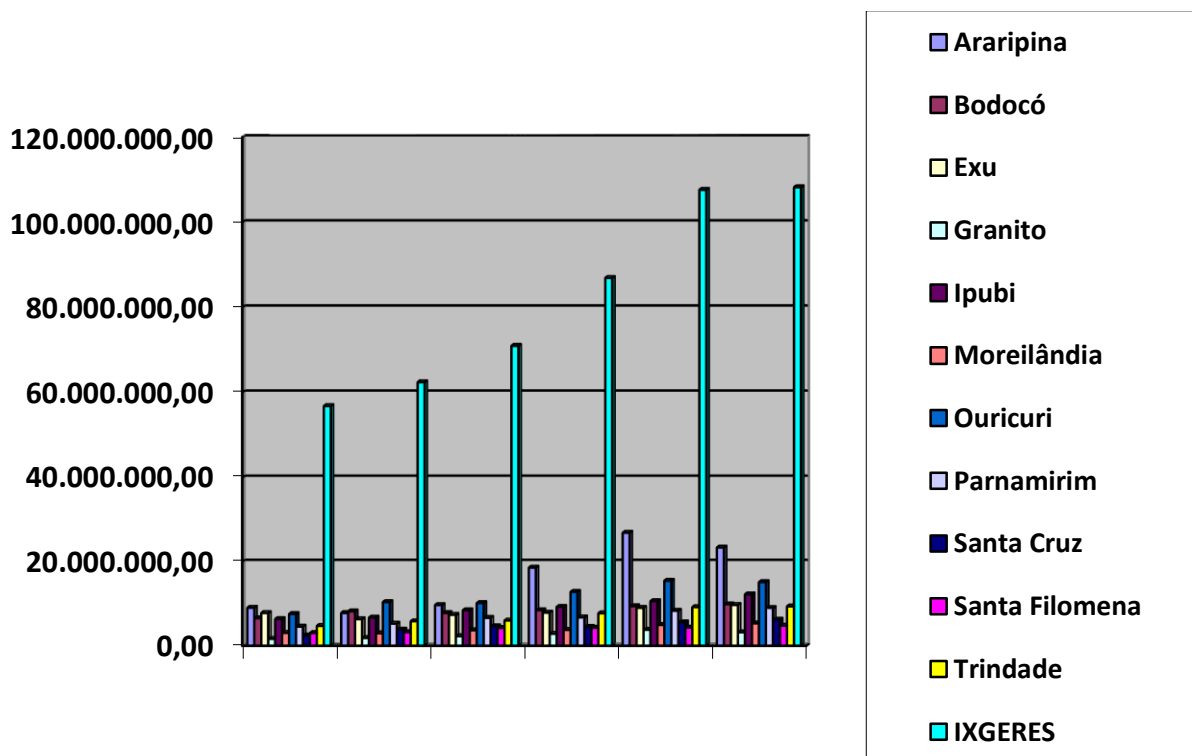
Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Araripina	9.035.202,09	7.793.321,84	9.687.093,49	18.578.182,36	26.869.883,71	23.362.957,62
Bodocó	6.555.724,07	8.178.644,64	7.798.376,04	8.462.201,62	9.426.218,40	9.862.828,81
Exu	7.782.624,61	6.328.363,00	7.355.385,54	7.882.328,20	9.027.255,16	9.698.402,60
Granito	1.665.002,59	1.866.824,80	2.289.734,53	2.864.963,94	3.814.577,19	3.215.431,05
Ipubi	6.352.984,07	6.695.669,37	8.455.872,74	9.252.020,66	10.618.499,74	12.228.021,60
Moreilândia	3.062.064,39	2.975.824,85	3.690.176,47	3.779.098,39	4.961.918,92	5.330.629,95
Ouricuri	7.546.847,93	10.385.373,76	10.152.591,01	12.811.635,14	15.464.084,57	15.147.443,38
Parnamirim	4.542.636,02	5.262.903,98	6.632.627,20	6.750.688,68	8.320.795,60	9.002.805,12
Santa Cruz	2.465.794,02	3.833.768,94	4.654.074,70	4.500.817,68	5.580.756,06	6.215.004,47
Santa Filomena	3.037.524,38	3.237.909,31	4.227.027,58	4.287.205,41	4.338.453,78	4.782.392,63
Trindade	4.727.761,40	5.826.442,21	6.006.306,25	7.722.895,19	9.192.181,03	9.367.864,73
Total	56.774.165,57	62.385.046,70	70.949.265,55	86.892.037,27	107.614.624,16	108.213.781,96

Fonte: SIOPS - Situação da base de dados em 23/04/2014

Segundo do relatório do SIOPS, em 2008 as despesas com saúde dos municípios da região foi de R\$ 56.774.165,57. Em 2013 as despesas foram de R\$ 108.213.781,96 representando um aumento de 99,60%.

Ao analisar o Gráfico 11 percebe-se clara tendência de crescimento do gasto total com saúde na região. Isso se deve, provavelmente, ao aumento de investimentos com saúde, principalmente por parte das transferências do SUS, com destaque de maior aumento nos municípios mais populosos como Ouricuri e Araripina que concentram o maior número de equipamentos e oferta de serviços de saúde.

Gráfico 11 – Despesa Total com Saúde, por Município da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2013



Fonte: SIOPS/Tabnet Situação da base de dados em 23/04/2014

12 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A construção do SUS tem apontado um conjunto de desafios aos dirigentes e técnicos, dentre as quais, a gestão do trabalho e a educação permanente dos trabalhadores da saúde, tendo em vista as limitações financeiras, políticas e organizacionais (Brasil, 2009).

O processo de formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde desenvolvido na IX Região de Saúde evidencia o conjunto de problemas existentes com respeito à gestão do trabalho e ao perfil dos trabalhadores da saúde. Praticamente inexitem a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários;

vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

12.1 GESTÃO DE PESSOAS

A área de Gestão de Pessoas desempenha uma função estratégica nas organizações. Todavia, às vezes essa importância não é devidamente observada pelos profissionais que nela atuam (Bosquetti & Alburquerque, 2005). Nas organizações de saúde, este quadro não é diferente. Com a exigência maior por qualidade na prestação de serviços, o aperfeiçoamento tecnológico e a concorrência do setor, existe a preocupação em aperfeiçoar suas políticas de gestão, implementando ações no sentido de otimizar o desempenho dos seus colaboradores e garantir um maior grau de satisfação dos clientes (Brand, Tolf, Pereira & Alemeida, 2009).

Nas organizações ligadas ao setor público, a área de gestão de pessoas segue as determinações das políticas estaduais e municipais de administração de recursos humanos, notadamente no que diz respeito à gestão de pessoal. Neste sentido, a ação do setor caracteriza-se pela pouca autonomia em termos de inovação nas práticas de gestão ou mudanças nos modelos de recursos humanos (Tolf, 2009).

12.2 QUANTIDADE/CATEGORIA PROFISSIONAL/NATUREZA DO VINCULO

Quadro 28 – Quantidade de profissionais médicos nos serviços público/privado que atendem pelo SUS, segundo municípios da IX Região de Saúde no ano de 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	Publico/Privado	Atende pelo SUS
Araripina	40	36
Bodocó	21	21
Exu	23	23
Granito	3	3
Ipubi	17	17
Moreilândia	9	9
Ouricuri	59	57
Parnamirim	12	12
Santa Cruz	6	6
Santa Filomena	3	3

Trindade	4	3
Total	197	190

Fonte: CNES

Situação da base de dados em Dez/2013

Apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade, evidenciou-se desproporção no total de médicos cadastrados no CNES. Dos 180 profissionais que atendem pelo SUS, apenas 37 estão cadastrados como médico da Estratégia de Saúde da Família, os dados cadastrais destes profissionais provavelmente podem apresentar inconsistência no registro, uma vez que quando tabulados na Estratégia de Saúde da Família os municípios de Granito, Moreilândia e Trindade não registram profissionais médicos. Entre os profissionais médicos com registro no CNES, 96% atendem pelo SUS.

Quadro 29 – Quantidade dos profissionais de saúde nos serviços público/privado, segundo tipo de atendimento SUS e não SUS, distribuídos nos municípios da IX Região de Saúde no ano de 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	Profissionais	
	Atende pelo SUS	Não SUS
Araripina	458	12
Ipubi	246	-
Trindade	141	9
Bodocó	348	3
Exu	247	-
Granito	64	-
Moreilândia	97	-
Ouricuri	448	9
Parnamirim	160	2
Santa Cruz	96	1
Santa Filomena	58	-
Total	2.363	36

Fonte: CNES

Situação da base de dados em Dez/2013

No Quadro 29, constam todos as categorias de profissionais da saúde com cadastro no CNES. Quando estratificados, os médicos representam 8,3% do universo de profissionais de saúde na região e os enfermeiros 5,7%. Na Estratégia de Saúde da

Família os profissionais médicos e os enfermeiros apresentam os percentuais de 1,6% e 3,8%, respectivamente. No entanto, apesar desse sistema ser de extrema utilidade e aportar informações valiosas, apresenta limitações, a exemplo no registro da categoria dos profissionais.

O tipo de vínculo de trabalho predominante entre os profissionais de nível superior são os contratos temporários, por prestação de serviços. A este fato tem-se atribuído as causas da alta rotatividade das equipes e, conseqüentemente, o comprometimento de todo o arcabouço da estratégia, impedindo a formação de vínculos e o desenvolvimento de novas práticas profissionais que contribuam para a inversão do atual modelo de atenção à saúde.

12.3 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E PROFISSIONAL

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (Haddad, Roschke e Davini, 1994). Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (Ceccim & Feverwerker, 2004).

O desafio de pensar intervenções direcionadas a um processo de educação permanente requer pensar estratégias de olhar para o interior dos serviços e repensar a organização de suas práticas conforme diretrizes que norteiam o alcance de indicadores de saúde pactuados e considerados adequados segundo os parâmetros nacionais (Ceccim, 2005)

A Educação Permanente em Saúde configura, ainda, o desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na continuidade da educação continuada para o campo da saúde, e como suporte na educação formal de profissionais de saúde (PAIM, 2004).

Segundo Machado 2003, ao analisar o perfil dos médicos e enfermeiros no Brasil, os dados mostram pouca qualificação dos profissionais, sendo que, cerca de 70,0% dos médicos e enfermeiros que atuam na saúde da família não possuem nenhuma formação de pós-graduação.

Na IX Região nenhum município possui Núcleo de Educação Permanente instituído. Assim, ressalta-se a importância para a criação de espaços formativos e dinâmicos para Educação Permanente em Saúde, de modo que colaborem com as práticas e estratégias de intervenção na qualificação dos profissionais.

12.4 PLANO DE CARGOS E CARREIRAS

Instrumento de gestão que consiste em criar perspectivas de desenvolvimento e crescimento dos empregados e estabelecer critérios para movimentação salarial. O Plano também permite um tratamento interno adequado aos empregados, tendo em vista a compatibilização dos salários pagos no mercado de trabalho (Pontes, 1987). Em 1990, a Lei que regulamenta o SUS n.º 8.080, no Artigo 27 traz em seu arcabouço a instituição do PCCS e a fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional. Com a luta do movimento sanitário e legislativo, é incluso na Lei complementar n.º 8.142/90 no Artigo 4º.

Apesar de todo clamor dos trabalhadores em saúde, seja nas Conferências de Saúde ou em outros fóruns político-sociais, não existe na IX Região de Saúde Mesas de Negociação que venham preencher esta lacuna na perspectiva de melhorias na política de gestão de pessoas.

13 CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

O lançamento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde em 2004, também reflete o protagonismo da saúde, que, entretanto, passou a ser reconhecido de forma mais sistemática a partir de 2007. O ponto de partida desse novo contexto é o reconhecimento do caráter estratégico do complexo produtivo da saúde, que se refere às atividades produtivas em saúde, abarcando as indústrias e os serviços. Observou-se, na época, grande convergência nas orientações macropolíticas do governo, em função do impacto da elevada visibilidade do papel estratégico e da vulnerabilidade da base produtiva da saúde para os formuladores de políticas e tomadores de decisão (Gadelha 2009).

O avanço no desenvolvimento científico e tecnológico é fundamental para o crescimento de um país. Nesse panorama, desde a década de 70 do século XX, inseridas na grande área da saúde, as pós-graduações efetivam-se como propulsoras de desenvolvimento de pesquisadores, de ações investigativas e como protagonistas

da construção do conhecimento, acompanhadas e avaliadas continuamente pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (Lino, 2010).

A busca pela excelência nas produções científicas é uma constante, devido a sua importância à educação formal, à educação popular, à educação permanente em saúde, às tecnologias educacionais e, igualmente, ao bem viver humano. Além disso, a capacidade produtiva revela-se como cerne da atenção dos órgãos fomentadores e de avaliação. A produção em ciência e tecnologia tem evoluído com vistas às necessidades concretas, despertadas na prática cotidiana de profissionais de saúde, que a partir de seus produtos, é capaz de provocar mudanças no processo de trabalho das diferentes estruturas. Nesse âmbito, a atividade científica pode ser mensurada a partir da estatística sobre a produção de artigos científicos, enquanto a produção tecnológica pode ser mensurada pelo sistema de inovação, que reflete no registro de patentes (Backes, 2010).

Para o setor da saúde pública, a tecnologia pode ser refletida por meio da tecnologia educacional, que é compreendida como um conjunto sistemático de conhecimentos científicos que tornem possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal e informal (Canever, 2010).

Muitos avanços podem ser observados na IX Região de Saúde na área de inovação de saúde. No ano de 2013, em parceria com a Universidade do Vale do São Francisco – UNIVASF foram realizadas Oficinas para Estruturação do Plano Regional de Educação Permanente, outro evento importante foi a realização da I EXPOSAUDE da Região do Araripe, com o objetivo de proporcionar o intercâmbio de experiências exitosas na rede SUS regional e fortalecer as ações de educação em saúde, como resultado houve 280 inscrições de diversos municípios e entidades representativas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Vigilância em Saúde e Gestão do Trabalho e Educação em Saúde), Universidade Federal do Vale do São Francisco, Fundação Osvaldo Cruz/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Secretarias Municipais de Saúde, Hospital Regional Fernando Bezerra, gestores, profissionais e usuários do SUS. Foram inscritos 47 resumos, dos quais doze foram selecionados para apresentação oral e 33 para apresentação de pôsteres.

Embora não dispondo de muitas instituições na área de ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde na região, a UNIVASF, a Escola de Saúde Pública de Pernambuco e a CIES regional vem suprindo as necessidades na oferta de cursos para a qualificação dos profissionais.

13.1 DISTRIBUIÇÃO DE INSTITUIÇÕES E SUAS CAPACIDADES E ESPECIFICIDADES TÉCNICAS, PÚBLICAS E PRIVADAS, DE PESQUISA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (Brasil, 2004).

Nessa perspectiva, houve uma evolução com a implantação de cursos de qualificação na área de saúde na região, como também a introdução de Cursos à distância (realizados na macrorregião de saúde e no estado). Os cursos técnicos basicamente são oferecidos por instituições privadas (Quadro 30).

Quadro 30 – Instituições de Ensino com cursos na área da saúde na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Instituições	Cursos	Gestão
Instituto Federal de Educação, Ciência e tecnologia – IF Sertão	PRONATEC – Agente Ambiental de Resíduos Sólidos, Agente de Inspeção de Qualidade	Pública
Escola Técnica de Enfermagem Irmã Maria Tereza de Jesus – Araripina	Técnico de Enfermagem	Privado/Filantrópico
Florence – Escola Técnica dos Palmares	Técnico de Enfermagem do Trabalho, Técnico de Laboratório e Técnico de Enfermagem	Privada
Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde	Pública
Universidade Federal Fluminense	Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde	Pública

Fonte: Site das Instituições de Ensino - 2015

14 GESTÃO

14.1 DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, se iniciou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir novas posições no processo de implantação do SUS (Brasil, 2003).

Os principais avanços no Desenvolvimento da Gestão Municipal dizem respeito a:

- a) Ampla descentralização das ações e serviços de saúde. Os municípios tornaram-se novos e importantes atores, desenvolvendo modelos de gestão compatíveis com suas responsabilidades;
- b) Estruturação dos Conselhos Municipais de Saúde, permitindo a interlocução com a sociedade e a inclusão de inúmeros novos atores no processo;
- c) Fortalecimento da rede pública de saúde em todos os níveis de complexidade;
- d) Comprovada extensão de cobertura, incluindo grupos populacionais que não eram contemplados pelo antigo sistema previdenciário, com melhoria, inclusive, de importantes indicadores de saúde;
- e) Ênfase na atenção básica, como porta de entrada preferencial do sistema, com desenvolvimento de novos modelos centrados na concepção da atenção familiar, concebida como estratégia reestruturante do modelo assistencial;
- f) Definição de fontes de financiamento público, mas com respectivos contingenciamentos orçamentários e restrições financeiras. A Emenda Constitucional 29 que assegura fontes estáveis e patamares mínimos para cada uma das três esferas de governo.

14.2 DESCENTRALIZAÇÃO DOS RECURSOS MAC

A descentralização no Sistema Único de Saúde tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais, criando possibilidades de maior autonomia do nível local, na definição e implementação de políticas, maior acesso e controle pela população e impacto positivo na gestão e na atenção.

O Pacto pela Saúde de 2006 traz a lógica de repasses diretos em blocos de financiamento, proporcionando maior autonomia na alocação de recursos para os entes federados. Em Pernambuco, o movimento para adesão ao Pacto deu-se de maneira desigual e gradual entre os municípios, fato que influenciou diretamente a gestão dos serviços de Média e Alta Complexidade no estado, uma vez que mesmo antes do Pacto, todos os municípios eram responsáveis pela Atenção Básica.

Do total de municípios pernambucanos, 15,2% recebiam transferências federais diretas para o bloco de financiamento MAC em 2007, e este repasse foi ampliado até 2010. Sugere-se que estes municípios geriam os serviços de Média e Alta Complexidade antes da instituição do Pacto pela Saúde (Sá & Bezerra, 2011).

Em um país com a dimensão territorial do Brasil, com elevado grau de desigualdades entre regiões e estados e, dentro de um mesmo estado, entre municípios, como é o caso de Pernambuco, é, no mínimo, difícil que o processo descentralizador possa ser tratado de maneira uniforme. Este é apenas um dos motivos pelo qual a questão do financiamento tem sido um dos maiores desafios no processo de implantação do SUS (Sá & Bezerra, 2011).

14.3 PARTICIPAÇÃO NA CIR, CIB e COSEMS

14.3.1 COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR

Este espaço de governança regional constituído como espaço vivo de cogestão tem promovido intensas discussões e vem contribuindo para o fortalecimento do planejamento na região. O papel do Colegiado de Gestão torna-se fundamental na construção, tanto do processo participativo e democrático, quanto para a legitimação. Porém, observa-se no Quadro 31 que o município com maior participação é Ipubi, os demais não alcançaram a meta de 80% de participação, embora com quórum para realização das reuniões.

Quadro 31 – Percentual de frequência dos secretários municipais nas reuniões do CIR na IX Região de Saúde no período de fevereiro a dezembro de 2013. Pernambuco, 2013.

Municípios	Frequência	%
Araripina	6	54,5
Bodocó	6	54,5

Exu	7	63,3
Granito	7	63,3
Ipubi	11	100
Moreilândia	8	72,7
Ouricuri	8	72,7
Parnamirim	7	63,3
Santa Cruz	8	72,7
Santa Filomena	6	54,5
Trindade	4	36,4

Fonte: Secretaria Executiva da CIR

Quadro 32 – Calendário das Reuniões CIR na IX Região de Saúde no ano de 2013. Pernambuco, 2013.

Meses	Datas
Janeiro	Recesso
Fevereiro	20.02.2013
Março	20.03.2013
Abril	17.04.2013
Maio	15.05.2013
Junho	19.06.2013
Julho	17.07.2013
Agosto	21.08.2013
Setembro	18.09.2013
Outubro	24.10.2013
Novembro	20.11.2013
Dezembro	15.12.2013

Fonte: Secretaria Executiva da CIR

14.3.2 CÂMARA TÉCNICA

A Câmara Técnica vem atuando de forma efetiva no processo de planejamento, e foi fortalecida com o Curso de Gestão Regionalizada. As plenárias da Câmara Técnica geralmente acontecem uma vez ao mês e suas pautas são sugeridas pelos componentes do colegiado. São realizadas apresentação, apreciação e debate das

questões técnicas relacionadas à saúde da região, bem como análise de todos os documentos que demande pactuação em CIR. É formada por representantes técnicos dos municípios, conta ainda com um coordenador regional e o secretário executivo, além de técnicos convidados para a discussão.

Quadro 33 – Composição da Câmara Técnica da IX Região de Saúde

Área Temática	Rep. GERES	Rep. SMS
Gestão do SUS	Adriana Severino de Souza Joelma de Jesus Rodrigues Jose Lopes Filho Terezinha Barreto dos Santos	Iza Conserva Rolim – Trindade Maria Izabel Vieira Bezerra – Bodocó Jailson de Souza Honório - Santa Cruz Viviane Nicéas Modesto – Araripina
Gestão da Vigilância em Saúde	Aline Silva Jeronimo Katia Sampaio Coutinho	Sarah Mourão de Sá – Moreilândia Heloisa Morgana Alves – Granito
Gestão de Trabalho e Educação Permanente	Leonia Carvalho de Moura Edvaldo de Araújo Lima	Josivany de Castro – Santa Filomena Fernando Antônio Parente de Melo - Exu

Fonte: Secretaria Executiva da CIR

14.4 FUNCIONAMENTO DAS CIES

A educação permanente em saúde deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Portanto, a negociação entre serviços de saúde e instituições formadoras, nesta perspectiva, não admite a organização de um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sim, possibilita, aos gestores, o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde. O que se pretende é introduzir o sentido de roda em cada território locorregional, para que se possa debater e implementar a melhor e mais adequada ação, definindo conteúdo, forma, metodologias e responsáveis, garantindo maior impacto de atuação (Brasil, 2004). Nesse sentido, segundo as Diretrizes da Portaria nº.1996, 20 agosto 2007. A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-

Serviço (CIES), são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

Na IX Região de Saúde a CIES é composta por (01) representante dos municípios, (03) representantes da GERES, (01) representante da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde, (01) representante do núcleo de educação em saúde do Hospital Regional Fernando Bezerra, (01) representante da Gerência Regional de Educação – GRE, (01) representante do Hospital e Maternidade Santa Maria, (01) representante do Centro de referência em saúde do trabalhador – CEREST e (01) representante dos estabelecimentos de ensino superior.

14.5 FUNCIONAMENTO REGULAR DO CONSELHO DE SAÚDE

São espaços de participação social na administração do sistema público, atuando no controle da execução da política de saúde. Compete ao Conselho, fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, nesse sentido, os conselheiros devem conhecer e visitar os serviços de saúde, atestando o seu funcionamento e o atendimento às necessidades da população. E ainda, avaliar periodicamente os indicadores da atenção básica priorizados pelo município e outros que se acharem pertinentes, no sentido de monitorar e contribuir no fortalecimento da gestão. Assim, destaca-se a necessidade de investimentos em capacitação para os conselheiros com ênfase no controle social e na participação cidadã.

Os conselhos da região vem funcionando regularmente, a exemplo são o envio das atas e resoluções municipais referentes às solicitações apresentadas na pauta da CIR.

14.6 CONSELHOS GESTORES DE UNIDADES

Os Conselhos Gestores de Saúde (CGS) são órgãos colegiados, vinculados às unidades de saúde, de caráter permanente e deliberativo, que tem por finalidade atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em cada unidade de saúde.

O conselho gestor de saúde tem o objetivo de conhecer as necessidades dos segmentos envolvidos e apresentar soluções para a melhoria da qualidade do serviço de saúde. É composto por usuários (50%), trabalhadores (50%) e gestores (50%) e as reuniões são abertas à população.

Na região, o único serviço que possui o CGS é o Hospital Regional Fernando Bezerra.

14.7 QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (ESTADUAL)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ procura induzir na instituição, processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica no país.

No primeiro ciclo, em 2011 apenas os municípios de Araripina, Ipubi e Santa Cruz aderiram ao PMAQ. Os demais municípios desta região receberam a avaliação externa, que após a análise, recebem a certificação de qualificação conforme a Portaria n.º 1.654 de 19 de julho de 2011. No segundo ciclo do PMAQ em 2013, a adesão dos municípios da região foi de 90,9%, exceto o município de Moreilândia.

Visando o fortalecimento da atenção básica e requalificação do SUS, a região foi contemplada no Plano instituído pela portaria n.º 2226 de 18/09/2009, que tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção de Unidades Básicas de Saúde como forma de prover a infraestrutura adequada às ESF para a melhoria do desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes. O Quadro 34 apresenta os municípios com projetos aprovados em CIR para reforma, ampliação, construção e aquisição de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde.

Quadro 34 – Municípios com reforma, ampliação, construção e aquisição de equipamentos para UBS, aprovados em CIR na IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

	Municípios	Quantidade
Reformas de USB	Araripina	9
	Ipubi	1
	Parnamirim	4
Ampliação de USB	Araripina	2
	Bodocó	3
	Granito	4
	Ipubi	2
	Moreilândia	1
	Ouricuri	5
	Santa Cruz	1

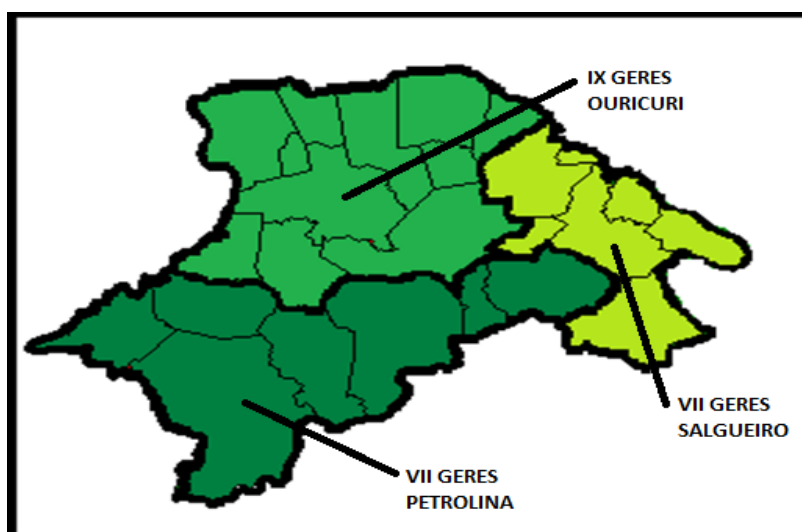
	Trindade	4
Construção de USB	Araripina	1
	Bodocó	2
	Exu	2
	Granito	1
	Ipubi	1
	Moreilândia	1
	Parnamirim	2
	Santa Cruz	1
	Santa Filomena	2
	Trindade	1
Equipamento	Parnamirim	1

Fonte: Secretaria Executiva CIR / 2011

14.8 POSICIONAMENTO NO PDR

No Plano Diretor Regionalização – PDR do Estado de Pernambuco de 2011, a IX Região compõe a IV Macrorregião de Saúde juntamente com a VII e a VIII GERES, Salgueiro e Petrolina respectivamente. Os municípios da IX região, estão distribuídos em três microrregiões que são Ouricuri (sede) composta por Parnamirim, Santa Cruz e Santa Filomena; Bodocó (sede) composta Exu, Granito e Moreilândia e Araripina (sede) composta por Ipubi e Trindade que são as sedes de módulo na lógica da NOAS/MS de 2002.

Figura 13 – Mapa da IV Macrorregião Vale do São Francisco e Araripe.



Fonte: PDR/SES-PE

Em 2009 com o apoio do Ministério da Saúde e sob a coordenação da equipe do Instituto de Medicina Professor Fernando Figueira, foi instituída oficialmente a Rede Pernambuco/Bahia. A partir de um trabalho de campo com os apoiadores institucionais dos estados da Bahia e Pernambuco foi realizado o diagnóstico de saúde da região do Vale do Médio São Francisco em relação à capacidade instalada, aos fluxos assistenciais e aos principais serviços de alta complexidade. É formada pelos municípios das macrorregiões de Petrolina/PE (VII, VIII e IX regiões de saúde) e Juazeiro/BA (microrregiões de Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso). Possui a primeira Central de Regulação Interestadual do País, inaugurada em julho/2011, responsável pela organização do acesso aos serviços de alta complexidade das redes Cardiovascular, Oncologia, Materno-Infantil, Neurologia, Traumato-ortopedia e Urgência e Emergência. (Plano Diretor de Regionalização do Estado de PE, 2011).

14.9 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DE GESTÃO

O processo de planejamento é estratégico para a gestão do SUS, sua importância e potencialidade vêm sendo reconhecida, em especial nos últimos anos. Os avanços são inegáveis, sendo que os desafios atuais exigem a concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades do sistema e às demandas que se apresentam continuamente aos gestores. Tais esforços devem traduzir a implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios e diretrizes que regem o SUS (PLANEJASUS, 2009).

Após o advento do Pacto pela Saúde, o MS propôs uma reformulação no planejamento, instituindo como principais instrumentos o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório de Gestão.

Os instrumentos básicos adotados pelo Planeja SUS – Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, devem orientar o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação.

Em relação aos Planos Municipais de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão do ano de 2013, todos os municípios da região enviaram dentro do prazo estabelecido, exceto o município de Parnamirim que apresentou pendências no Plano Municipal de Saúde. No que concerne ao Relatório Anual de Gestão, 100%

alimentaram o sistema e 91% dos municípios possui aprovação pelo conselho de saúde. O município de Granito apresenta pendência no SARGSUS.

14.9.1 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano de Saúde Municipal é o instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais são expressos em objetivos, diretrizes e metas (PLANEJASUS, 2008).

O Plano de Saúde se configura como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde. De modo a garantir a integralidade é elaborado observando os prazos do PPA conforme definido na Leis Orgânica dos entes federados. (CONASS, 2013).

14.9.2 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo analisar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. A Programação Anual de Saúde contém de forma sistematizada, as programações de áreas específicas. Os resultados decorrentes da implementação da programação compõem o Relatório Anual de Gestão (Brasil, 2006).

14.9.3 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – RAG

O Relatório de Gestão é o instrumento com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados na execução da PAS e orienta os eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Devendo o gestor, institucionalizá-lo como instrumento de avaliação, no auxílio para a tomada de decisão. (Brasil, 2006).

14.9.4 RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE

O Relatório detalhado do quadrimestre é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da programação anual de saúde, devendo ser

apresentado ao final dos meses de maio, setembro e fevereiro em audiência pública na casa legislativa do respectivo ente da federação.

O Relatório Quadrimestral é uma exigência da Lei Complementar Federal n.º 141/2012. Dessa forma, a estrutura do relatório detalhado do quadrimestre (Relatório Quadrimestral) deve guardar similaridade com a do Relatório de Gestão, visto que o conteúdo dos itens I, II e III do art. 36 estão presentes na estrutura atual do RAG.

14.10 GESTÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Segundo as Secretarias Municipais, as contas do Fundo Municipal de Saúde foram aprovadas de acordo com Lei n.º 8.142.

Quadro 35 – Distribuição do repasse do Fundo Municipal de Saúde nos Municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Municípios	Vigilância em Saúde	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Investimento	Gestão do SUS	Atenção Básica	Assistência Farmacêutica	Total
Araripina	528.165,96	5.259.165,40	361.600,00	-	6.299.917,32	551.372,76	13.000.221,44
Bodocó	287.655,60	1.762.508,39	369.600,00	-	3.000.674,42	180.463,13	5.600.901,54
Exu	193.720,86	1.366.382,29	439.878,00	-	3.010.837,70	160.829,35	5.171.648,20
Granito	78.688,92	169.575,34	-	-	687.902,99	35.470,56	971.637,81
Ipubi	177.510,57	1.111.981,23	556.360,00	30.000,00	3.167.476,60	144.903,34	5.188.237,74
Moreilândia	70.917,52	528.333,41	163.200,00	-	1.196.120,59	56.545,03	2.015.116,55
Ouricuri	525.165,76	2.262.811,27	247.315,00	-	4.841.207,39	431.587,80	8.308.087,22
Parnamirim	125.511,57	677.385,53	512.800,00	-	2.901.100,10	103.460,30	4.320.257,50
Santa Cruz	123.835,62	401.138,60	310.648,00	-	1.911.746,67	75.388,20	2.822.757,09
Santa Filomena	85.609,62	148.240,32	81.600,00	-	1.844.001,36	74.939,40	2.234.390,70
Trindade	194.392,84	1.309.392,64	12.388,68	-	2.893.255,95	134.749,28	4.544.179,39
Total	2.391.174,84	14.996.914,42	3.055.389,68	30.000,00	31.754.241,09	1.949.709,15	54.177.435,18

Fonte: FNS

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde são transferidos aos fundos municipais e estaduais de forma regular e automática na modalidade fundo-a-fundo. O objetivo é fortalecer a atuação dessas entidades no atendimento aos pacientes do SUS.

As transferências ao Fundo Municipal de Saúde dos municípios da IX Região de Saúde foi expressivamente superior a meio milhões em 2013, os recursos da Atenção Básica correspondem a 58,6%, na assistência ambulatorial de alta e média complexidade e hospitalar os recursos se configuram menos expressivos representando apenas 27,6%.

14.11 MECANISMOS DE REGULAÇÃO – CENTRAIS E PROTOCOLOS

As Centrais de Regulação Ambulatorial – Porte I, foi implantada como também está instalado o Sistema Regulação – SISREG, a Central de Regulação fica no município Sede-Ouricuri e funcionara como autorizador. Os demais municípios da região ficarão com solicitantes.

A regulação dos leitos da macrorregião é feita pela Central de Regulação Interestadual de Leitos - CRIL. Registra-se ainda a Central de Regulação ambulatorial do Ambulatório Médico Especializado – AME administrado pelo consórcio CISAPE.

14.12 MESA DE NEGOCIAÇÃO

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS tem o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre os empregadores e trabalhadores, sobre os pontos pertinentes à força de trabalho da saúde. A finalidade é discutir a estrutura e a gestão administrativa do SUS, instituindo processos para tratar conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho entre os profissionais (Brasil, 2009).

Atender aos interesses e as necessidades dos trabalhadores da saúde é mais um passo para alcançar a melhoria efetiva da qualidade dos serviços prestados à população e garantir o acesso, a humanização e o aumento da resolutividade dos serviços de saúde do país (Brasil, 2009).

A mesa é constituída por gestores públicos, gestores de serviços privados, conveniados ou contratados do SUS e entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores, garantindo a participação efetiva de todos os envolvidos na construção do sistema de saúde brasileiro.

Segundo dados do Ministério da Saúde e SILVA, 2012 a situação das mesas de negociações nos estados e municípios não tem um quadro muito promissor. Das 49 mesas de negociação existentes, 17 estão paralisadas, 12 sem informação, 04 em processo de instalação e, somente 16 em pleno funcionamento. Este quadro se reflete no Estado de Pernambuco, bem como na IX Região de Saúde onde o processo não tem avançado.

Em 2012, 23 Estados informaram possuir o Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS, representando 85,2%. Quanto à abrangência, 73,9% eram específicos da saúde e 17,4% faziam parte da administração. Em relação às categorias profissionais,

73,9% contemplava todas as categorias. Os municípios da IX Região de Saúde estão dentro das estatísticas dos municípios que não possuem PCCS.

14.13 MUNICIPALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

Diante do espaço político conquistado através da Constituição de 1988, a municipalização coloca-se como item significativo da agenda para a elaboração de políticas públicas no campo de saúde (Paim, 1999). A municipalização é a ação político-administrativa com a qual a direção nacional e a direção estadual do SUS promovem a descentralização dos serviços e das ações de saúde, até então sob suas gerências, para os municípios. É parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social, com a devolução de poderes ao município e a transformação da relação entre o poder público e a sociedade. (BRASIL, 1994).

Nos últimos anos, a municipalização da saúde tem ocupado espaço privilegiado enquanto objeto de discussão, intervenção e avaliação por parte de diversos atores sociais. Tem apresentado diferentes graus de implantação e tem sido desenvolvida dentro dos limites impostos pela legislação, pelas normas e pelas ações do poder central, mas implementada de maneira diversa nos municípios e estados brasileiros (Ortiga & Conill, 2008).

Os processos de descentralização e regionalização do SUS foram realizados pelo Ministério da Saúde, por meio da normatização, consubstanciada pela edição anual de dezenas de portarias, em geral, associadas a mecanismos financeiros (Machado, 2007). De caráter transitório, estas normas foram sendo complementadas e sucessivamente substituídas, apresentando diferenças, mas também elementos de continuidade entre si, sendo marcadas por intenso debate envolvendo as três esferas de governo e o Conselho Nacional de Saúde. Nos anos 90, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) e, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS, reformulada em nova versão em 2002). A partir de 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, conformado pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS (Brasil, 2006).

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. A implementação do Pacto pela Saúde ocorre pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que renovado anualmente, substitui os anteriores

processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (Brasil, 2006).

A adesão a Pacto pela Saúde na IX Região de Saúde foi realizada em bloco por 10 municípios através da Resolução GGR n.º 24 de 21 de julho de 2010. Com exceção do município de Parnamirim, porém em vias de adesão.

14.14 ALIMENTAÇÃO REGULAR DOS SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO – SIM, SINASC, SINAN, SIAB

A Informação em Saúde consiste em identificar as características individuais e coletivas da saúde de uma população. O resultado dos dados coletados subsidiam as decisões do gestor contribuindo para a melhoria das condições de vida (Branco, 1996). Conhecer o nível de saúde ou a situação de saúde é imprescindível para que se possa estruturar um sistema de saúde alinhado às necessidades da população. Uma das ferramentas que permitem maior celeridade a esse processo são os Sistemas de Informação em Saúde. As problemáticas que envolvem o desenvolvimento dos SIS vão desde a escolha das prioridades que serão atendidas pelos sistemas a avaliá-los. (Jorge, Laurenti e Gotlieb, 2010).

Nos sistemas de informação SIM e SINASC para a análise da completude, foi avaliado o banco de dados correspondente ao ano de 2013. Em relação à estrutura, foi estratificada como situação regular e irregular, quando os municípios com população de 30.000 habitantes ou mais, não enviar transferência de pelo menos 80% do volume de registros esperados de nascimentos e óbitos por mês de ocorrência. Para os municípios com população menor que 30.000 habitantes, quando não houver envio de nenhuma notificação positiva ou negativa por mês de ocorrência. Com relação ao SINAN considera-se o envio de 100% de informação por semana epidemiológica, o SIAB é alimentado mensalmente, sendo considerados regular 100% do envio.

Em relação à regularidade no envio da informação, dos 11 municípios da região, 36% apresentam regularidade no envio dos dados do SIM, com relação ao SINASC, 64%, o SINAN apresentou 100% e o SIAB 55%. Considerando que não é suficiente apenas obter a informação através do sistema, mas que seja de qualidade, faz-se necessário o monitoramento permanente para maior proximidade com a realidade.

Tabela 87 – Percentual de alimentação dos sistemas de informação em saúde, segundo municípios da IX Região de Saúde. Pernambuco, 2013.

Municípios	Sistemas de Informação em Saúde			
	SIM %	SINASC %	SINAN %	SIAB %
Araripina	84	81	100	100
Bodocó	71	88	100	100
Exu	73	68	100	100
Granito	92	100	100	100
Ipubi	87	78	100	83
Moreilândia	83	100	100	100
Ouricuri	100	89	100	83
Parnamirim	92	92	100	75
Santa Cruz	92	100	100	92
Santa Filomena	92	92	100	75
Trindade	100	100	100	100
Total	36	64	100	55

Fonte: SIM/SINASC/SINAN/SIAB/SEVS/MS/SES-PE

Dados atualizados em 10/03/2014

Meta calculada a partir da metodologia do Saúde Brasil, 2010

14.15 IDSUS POR MUNICÍPIO

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS 2012), ferramenta que avalia o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no país, avaliou entre os anos de 2008 e 2010 os diferentes níveis de atenção (básica, especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência), verificando a infraestrutura e se os serviços ofertados têm a capacidade de oferecer respostas aos problemas de saúde da população.

O IDSUS 2012 é o resultado do cruzamento de 24 indicadores, 14 que avaliam o acesso e outros 10 que medem a efetividade dos serviços. No quesito acesso, entre os indicadores estão à cobertura estimada de equipes de saúde, a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal e a realização de exames preventivos de cânceres de mama, em mulheres entre 50 e 69 anos, e de colo do útero, na faixa de 25 a 59 anos. Na avaliação de efetividade, encontram-se os itens de cura de casos novos de tuberculose e hanseníase, proporção de partos normais, número de óbitos em menores de 15 anos que foram internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e o número de óbitos de internações por infarto agudo do miocárdio.

É formado por seis grupos homogêneos e leva em consideração a análise concomitante dos índices de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), de Condições de Saúde (ICS) e de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM). Os grupos 1 e 2 são formados por municípios que apresentam melhor infraestrutura e condições

de atendimento à população; os grupos 3 e 4 têm pouca estrutura de média e alta complexidade, enquanto que os grupos 5 e 6 não têm estrutura para atendimentos especializados. A proposta é unificar em grupos as cidades com características similares. O Brasil obteve o índice de 5,47 e a região Nordeste de 5,28.

15 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este documento constitui-se em um importante instrumento de planejamento do SUS. O processo contínuo de planejamento é condição essencial para a inversão no modelo de atenção, contribuindo para que o sistema seja mais proativo e resolutivo. De maneira geral, ainda percebe-se que os gestores e técnicos tendem a ser absorvidos pela rotina, tratando os instrumentos de avaliação e análise de indicadores como uma mera formalidade. É importante que os gestores compreendam que mais do que entregas pontuais, o processo de planejamento no SUS é uma necessidade premente. Assim, espera-se que o mapa de saúde da região possa funcionar como instrumento de análise e planejamento, possibilitando melhor conhecimento da situação de saúde da nossa região e conseqüentemente melhores resultados e melhor alocação de recursos. Espera-se ainda que esta reflexão possibilite aos gestores e aos servidores públicos incorporarem em sua prática o monitoramento e avaliação para planejamento das ações de saúde, de modo que estes sirvam como norteadores para os avanços na construção e no funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em nossa região.

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

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

16 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Roberto Cavalcanti de, 2009. “Nordeste e Amazônia: oportunidades de investimento”. In VELLOSO, João Paulo dos Reis & ALBUQUERQUE, Roberto Cavalcanti de, coords. *Na crise global, como ser o melhor dos Brics*, Rio de Janeiro: Campus- Elsevier, p. 249-328.

ARAÚJO, Marcylio de Alencar; ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti De: Impactos Sociais do Porto de Suape: O Caso da Exploração Sexual na Praia de Gaibu- PE. Disponível em: <portal.virtual.ufpb.br>. Acesso em: 20 set. 2013.

BACKES VMS, Canever BP, Ferraz F, Lino MM, Prado ML, ReibnitzKS. Research Groups in Nursing in the South RegionpartofBrazil. *RevGaúchEnferm* 2009 jun; 30(2): in press.

BALDIJÃO, M.F.A. Sistemas de Informação em Saúde. São Paulo *Perspect.*, São Paulo, v.6, n.4, p. 21-28, out./dez. 1992.

BENITO, G.A.V.; LICHESKI, A.P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v.62, n.3, p. 447-450, jun. 2009.

BOSQUETI, Marcos Abílio & ALBUQUERQUE, Lindolfo G. Gestão estratégica de pessoas: visão do RH X visão dos clientes. In: XXIX Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração – ENANPAD. Anais... Brasília: Anpad, 2005. 1 CD-ROM.

BRAND. A.F; TOLF. S.R; PEREIRA. M.F; ALMEIDA. N.I.R.. Atenção Estratégica da Area de Gestão de Pessoas em Organizações de Saúde: Um Estudo a Luz da Percepção dos Profissionais da Area. Disponível em : www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista-gestao.2009. Acesso 15/08/2004.

BRASIL. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento – Secretaria Executiva – Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 00, de 23 de março de 2009. Composição dos Indicadores Municipais Calculados Automaticamente Pelo SIOPS Após A Declaração de Dados Contábeis, Pelos Municípios, A Partir do SIOPS 2007 Semestral. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Educação no Brasil – Sua Pesquisa. Disponível em: www.suapesquisa.com/educacaobrasil/. Acesso 09/12/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual avançando para a municipalização plena da saúde: O que cabe ao município. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 /Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União [DOU], v.139, (112): 36, 13 jun. 2002. Seção 1. Brasília, DF. [Links]

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para Elaboração de Propostas da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. www.saude.gov.br/pessoacomdefic. Acesso em agosto de 2013.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde – MS. Impacto da Violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>.

Acessado em: 29 de Abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Levantamento Rápido de Índices para *Aedes Aegypti* (LIRA a) no Brasil. Metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e tipo de recipientes- Brasília: Ministério da Saúde 2013. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual.liraa.2013>>. Acesso em: 14 mai. 2015

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Plano Mais Brasil PPA 2012-2015: Relatório Anual da avaliação: ano base 2012 / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/SPI. - Brasília: MP/SPI, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – 2.ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006 ; v. 6

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. 248 p. ISBN 85-89545-02-41. SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título. NLMWA 525 CDD - 20 ed. 362.1068

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 28 abril.2014b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento agrário. Secretaria de Desenvolvimento Territorial. IADH -GESPAR: Instituto de Assessoria para o Desenvolvimento Humana:

Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável do Sertão do Araripe. Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>. Acesso em: 03 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2006. Seção 1, p. 608.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 22 ago.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.048, de 03 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cad. Atenção Básica, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Atlas de Mortalidade. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/mortalidade/>. Acesso em: 09/04/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: www.inca.gov.br. Acesso em: 10/04/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 6ª ed. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. 248 p.

CAMPOS, F.E. *Resolutividade: uma abordagem à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1988.

CASTILHO, W.C. Aforça política dos grupos organizados. Disponível em: www.pucminas.br/documentos/william_cesar_forca_politica.pdf. Acesso 22/10/2014.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.16, p.61-177, 2005

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS/ Organização Mundial de Saúde, vol 2, 8ª ed, EDUSP-SP, 2008.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. História e missão. [acesso em: 25 jul 2014]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/sobre-a-capes/historia-e-missao>.

COMITÊ GESTOR PARA IMPLANTAÇÃO DO *DECRETO. 7508/...* PACTO PELA SAÚDE E O *DECRETO 7508/2011*. 2006 -*Mapa de metas* (investimentos já. Acesso em: 13/09/2013.

CONASS. Diretrizes para o processo de planejamento e gestão no âmbito do SUS. Nota Técnica. 34/2013, Brasília, 24 de agosto de 2013.

DANTAS Felipe von Atzingen / LEONETI Alexandre Bevilacqua/ OLIVEIRA Sonia Valle Walter Borges de / OLIVEIRA Marcio Mattos Borges de - UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO SANEAMENTO NO BRASIL, FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão, v.15, n.3 - p.272-284 – set/out/nov/dez 2012.

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480/Prédio da ENSP/sala 715, Manguinhos. 21041- 210 Rio de Janeiro RJ.
luciana@ensp.fiocruz.br

DIARIO DE PERNAMBUCO, Pernambuco tem a 10ª maior economia do país, segundo o IBGE. Disponível em: www.diariodepernambuco.com.br/.../economia/...economia.../pernambuco. Acesso 30/10/2014.

DIAS MAB, DESLANDES SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública.2004. 20(1): 109-16

ERDMANN AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan-fev. 2013 [acesso em: 10/03/2014];21(Spec):[08 telas]. Disponível em:www.eerp.usp.br/rlae
FABRI RH, SILVA HSL, LIMA RV, et al. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2002. 2 (1): 29-35.

FAUSTO, M. C. R. Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A.; CORDEIRO, M. R. D. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não - adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.27, n.3, p.417 - 426. Rio de Janeiro. 2011.

GALDINO, Adriana; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Silvia. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 1, jan. 2012 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100015>

GADELHA CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.61-90.

GUTIERREZ, Regina Maria Vinhais; ALEXANDRE, Patrícia Vieira Machado. Complexo industrial da saúde: uma introdução ao setor de insumos e equipamentos de uso médico. BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 19 , p. 119-155, mar. 2004

Instituto Trata Brasil - Padrão FIFA ???: PAC fracassa, e saneamento no Brasil é do século 19 - Portal Rede Catarinense de Rádios / Online – NOTÍCIAS. Disponível em: www.tratabrasil.org.br/padrao-fifa-pac-fracassa-e-saneamento-no-brasil. 22 de jun de 2013. Acesso novembro 2014

JC ONLINE. Araripe, uma terra rica e pouca explorada – Editoria Economia – UOL. Disponível em: www2.uol.com.br/JA-2002/2701/ec2701_5.htm

JESUS Hiane Santos, BELTRÃO Henrique de Barros Moreira, ASSIS Dalva Maria. Avaliação do sistema de vigilância das intoxicações exógenas no âmbito da saúde do trabalhador no Brasil entre 2007 e 2009. Caderno de Saúde Coletiva, 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 515-24. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a16.pdf> Acesso em: 28 de Abril de 2015.

JORGE/, M. H. P. M.; LAURENTI, R. GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, n.1, v. 18, p.07-18, 2010.

LEÃO, Éder Lira de Souza.; MOUTINHO, Lúcia Maria Góes.; XAVIER, Maria Gilca Pinto: Condicionantes de Crescimento Arranjo Produtivo local de Apicultura na Região do Araripe, Pernambuco: Disponível em: <[http:// editora.unoesc.edu.br](http://editora.unoesc.edu.br)>. Acesso em: 20 set. 2013.

MACHADO MH. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A, Santos Neto PM, Costa PS, Belisário AS, organizadores. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

MAGALHÃES JR.; GARIGLIO, M.T.; TEIXEIRA, O.G.S. et al.; Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH.; Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002. (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Atlas de Leishmaniose Tegumentar Americana: diagnósticos clínicos e diferenciais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

NIETSCHE EA, Backes VMS, Colomé CLM, Ceratti RN, Ferraz F. Education, care and management technologies: a reflection based on nursing teachers' conception. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005; 13(3):344-53.

O GUIA DO BRASIL. Brasil, um país emergente. Disponível em: oguiadobrasil.blogspot.com/2010/06/idh.html. Acesso 29/11/2013.

OLIVEIRA, Djalma de Pinto Rebouças de. Estratégia empresarial: uma abordagem empreendedora. 2 ed. Rev. E atual. São Paulo: Atlas, 1991.

OLIVEIRA. A. C.. Regionalização dos Serviços de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial em Minas Gerais: Estrutura coerente versus estrutura planejada. 2008. Disponível em: www.cedeplar.ufmg.br/seminários/seminaris_diamantina/2008/D08_A058. Acesso 08/08/2014

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 111 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan Americana da Saúde. Plano Estratégico Regional. Geneva, 2007. Disponível em <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/> Acesso em: 12/05/2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Conceitos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações/ Rede interagencial de informações para a saúde – RIPSA, 2002. Disponível em <[http:// tab net](http://tab.net). [Data sus.gov.br](http://Data.sus.gov.br). > Acesso em: 13 mai.2015.

ORTIGA. A.M.B; CONILL. L.M.. Municipalização da Saúde a trajetória no Estado de Santa Catarina. Revista Saúde Pública. Santa Catarina., Florianópolis, v.1, n.1, jun/jul 2009.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M.. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública, RJ. jul./set., 1992.

PAIM, J. S.. A Reforma Sanitaria e a Municipalização. Saúde e Sociedade, 1992. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/03.pdf. Acesso 26/09/2014

PERNAMBUCO. Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: www2.sedsfh.pe.gov.br/c/documento_library/get_file. Acesso 18/11/2013

PERNAMBUCO. Sistema de Avaliação Educacional de Pernambuco. Disponível em www.siepe.educacao.pe.gov.br. Acesso em: 15/12/2013

PE-A/Z. Sertão do Araripe - Pernambuco de A/Z. Disponível em:

www.pe-az.com.br/index.php?option...id...sertao-do-araripe. Acesso 30/10/2014

PONTES, B. R. **Administração de Cargos e Salários**. São Paulo: LTr, 1987.

QUEIROZ. L.L.C.. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do nordeste brasileiro. Caderno Saúde Pública. Vol. 29 nº 2 – Rio de Janeiro. Feb. 2013.

RIBEIRO, A.F., MARQUES, G.R.A.M, VOLTOLINI, J.C, CONDINO, M.L.F., Associação entre incidência de dengue e variáveis climáticas. Rev. Saúde Pública, v.40, n. 4, p. 671-6, 2006.

SA. V.S.; BEZERRA. A.F.B. Descentralização de recursos para Atenção de Média e Alta Complexidade em saúde: o caso Pernambuco. Disponível em: www.abresbrasil.org.br, Acesso 30/04/2014.

SILVA. J.N.B.. A gestão do Fluxo Assistencial Regulado no Sistema Unico de Saúde. Disponível em: www.nesc.ufg.br. Acesso 05/08/2014.

Souza. D>P>F.. Estudo Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos hospitais do Sistema Unico de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS. 2004. Disponível em: thesis.icict.fiocruz.br. Acesso 03/08/2014

TOSCANO, Cristina M. Ciên. Saúde Coletiva, 2004. V.9 n.4, p 885 – 895. Acesso em: 27/04/2015.

TRAVASSOS C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20 Suppl 2:S190-8.

VICTORA, C.G., intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev. Bras. Epidemiologia. v. 4, n. 1, p. 3-69,2001.

VIEIRA. C.M.S.; MUSS. F.C.. A implantação do Projeto de atendimento movel de urgencia em Salvador/BA: Panorama e Desafios. Revista da Escola de Enfermagem da USP,. Disponível em: www.scielo.br. Acesso 06/09/2014