



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco
Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa

NOTA TÉCNICA Nº 2/2023-PE/SEINP/PE/SEMS/SAA/SE/MS

1. ASSUNTO

1.1. Esta Nota Técnica apresenta uma análise sobre os Mapas Regionais de Saúde do estado de Pernambuco, identificando a adequação dos Mapas ao instrutivo preconizado pela Secretaria de Saúde de Pernambuco.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Planejamento Regional Integrado

2.1.1. O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é atribuído às três esferas do governo, e deverá ser realizado de forma integrada e ascendente, do nível municipal até o federal, com a participação dos órgãos de participação social conforme pactuado na Lei Orgânica nº 8080/1990 e no Decreto nº 7508/2011. Salienta-se que a sua construção deve ser baseada nas particularidades e necessidades de cada território, buscando gerar complementaridade e funcionalidade com os demais entes federativos.

2.1.2. O processo de planejamento do SUS envolve o Planejamento Regional Integrado (PRI) que tem os seus critérios e diretrizes estabelecidas nas Resoluções Tripartite nº 23/17 e nº 37/18. O PRI contribui para a concretização do planejamento ascendente e para a promoção da equidade regional e é instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União.

2.1.3. Para ser instituído, o PRI perpassa por etapas que vão desde a elaboração da análise da situação de saúde com identificação das necessidades de saúde, da capacidade instalada, dos vazios assistenciais e dos fluxos de acesso; definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; organização dos pontos de atenção da RAS; elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde; definição dos investimentos necessários.

2.1.4. Em Pernambuco, o PRI tem avançado após a instituição dos Grupos Condutores Central, Macrorregional e Regional (GCC, GCM, e GCR, respectivamente), conforme Resolução CIB/PE nº 5624/2021 e nº 5638/2021. Acerca das etapas do PRI em Pernambuco, atualmente o debate principal concerne à identificação da situação de saúde no território e nesse processo foram elaborados doze Mapas de Saúde Regionais, contendo as Análises da Situação de Saúde de cada região, estas devem ser a base para a construção dos Mapas Macrorregionais, etapa ainda não iniciada no estado.

2.1.5. Buscando orientar a construção dos mapas regionais de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) desenvolveu o [Instrutivo nº 01: Mapa de Saúde Regional](#) - 2º versão online. A primeira parte do instrutivo apresenta os capítulos que devem estruturar os mapas, assim como os conteúdos que devem ser contemplados, com as atualizações de portarias e de elementos visuais. Já a segunda parte, apresentou os aspectos linguísticos e normativos para elaboração destes documentos oficiais.

2.2. Organização do Trabalho

2.2.1. O Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP-PE) da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS-PE), tem como competência apoiar a Secretária Estadual de Saúde (SES-PE) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS-PE) e os Conselhos de Saúde, na implementação e monitoramento das políticas de saúde, tendo como eixos principais de atuação o Planejamento Regional Integrado, os Instrumentos de Planejamento e as Redes de Atenção à Saúde.

2.2.2. Nesse sentido, o SEINP-PE tem participado ativamente do PRI em Pernambuco, integrando os Grupos Condutores Macrorregionais (GCM) e o Grupo Condutor Central (GCC), bem como os Grupos de Trabalho (GT) criados nestes espaços. E a fim de se apropriar dos condicionantes de saúde do território e apoiar de modo assertivo os entes locais, a equipe tem desenvolvido estudos voltados para a regionalização.

2.2.3. Esta Nota Técnica é resultado desse processo. O SEINP promoveu análise dos mapas de saúde regionais em consonância com o instrutivo desenvolvido pela SES-PE, verificando o cumprimento dos indicadores propostos pelo documento a fim de produzir elementos para apoiar a construção do Mapas Macrorregionais.

2.2.4. No ano de 2022, os GCM das Macrorregiões I e III incorporaram a análise dos mapas regionais utilizando o instrumento proposto pelo SEINP no seu processo de discussão e aprofundamento da análise dos Mapas Regionais e construção do Mapa Macrorregional. Cabe destacar que o instrumento produzido para a análise dos Mapas de Saúde Regionais, proposto pelo SEINP-PE, foi apresentada ao GT do Grupo Condutor Central que avaliou a ferramenta como interessante para ser incorporada ao processo de trabalho dos Grupos Macrorregionais.

2.2.5. A análise em tela pode vir a contribuir com o aprimoramento dos mapas regionais, identificando necessidades e propondo ações para o apoio, auxiliando mais especificamente os GCM e GCC com informações pertinentes e oportunas ao processo de construção do PRI em Pernambuco. Ressalta-se também, como interesse inicial do estudo, a necessidade de aprofundar o conhecimento do SEINP-PE acerca das regiões de saúde no território pernambucano.

2.2.6. Cabe destacar a complexidade e o volume de trabalho necessário empreendido pelas Regionais para produção desses Mapas de Saúde, que perpassa verificar os condicionantes de saúde de cada município, agrupá-las por microrregião e posteriormente por regional, conforme o desenho da base territorial estruturada em Pernambuco. Nesse sentido, compreende-se que cada Regional de Saúde desenvolveu metodologia própria para produção do seu Mapa, respeitando a especificidade do seu território e tendo como diretriz para sua produção o Instrutivo Mapa de Saúde Regional.

2.2.7. O estudo está estruturado com a apresentação da metodologia, seguido pela análise dos dados quantitativos, subdividido por Macrorregião e Região de Saúde. Apresenta-se também uma análise qualitativa das observações registradas durante o estudo dos Mapas e, por fim, as considerações com a consolidação da discussão proposta e sugestões para o fortalecimento dos trabalhos do PRI.

3. METODOLOGIA

3.1. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizada através de uma análise documental por meio de instrumento elaborado pelo SEINP-PE. Foi elaborada uma planilha com todos os elementos e indicadores recomendados pelo instrutivo Mapa de Saúde Regional. Posteriormente, foram analisados os 12 mapas de saúde referentes a cada região de saúde que compõem o Estado de Pernambuco. Estes estão disponíveis em acesso aberto no site da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (<http://portal.saude.pe.gov.br/mapas-da-saude>).

3.2. Para orientar a construção dos mapas, a SES-PE publicou a 2ª edição do “Instrutivo nº 01 Mapa de Saúde Regional”, tratando-se de um documento orientador que discrimina todos os parâmetros, indicadores e conceitos que devem compor um mapa de saúde, devendo as regiões de saúde seguir o modelo disposto.

3.3. Neste Instrutivo é abordado a composição e apresentação de 9 grandes tópicos, são estes: Introdução; Indicadores sociodemográficos e econômico; Indicadores de saúde; Atenção Primária a Saúde (APS); Redes de atenção à saúde (RAS); Recursos financeiros; Gestão do trabalho e Educação em Saúde (GTES); Governança, Controle social e Ouvidoria; e por fim as Considerações finais. E ainda apresenta 15 subtópicos: Condições socioeconômicas e econômicas; Dados de infraestrutura básica; Indicadores de Nascimento; Indicadores de Morbidade; Indicadores de Mortalidade; Imunização; Contextualização da atenção primária; Contextualização da RAS; Rede Materno-Infantil; Rede de atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Atenção em Oncologia; Rede Interestadual (PEBA); e outras Redes de Atenção Pactuadas (Anexo 1).

3.4. A partir destas informações, foi considerado esse instrutivo para a sistematização da análise e elaboração de um instrumento de análise com todos os itens, no Software Google Sheets, que possibilita checar em cada mapa regional de saúde se os indicadores e seus parâmetros foram apresentados seguindo ou não o modelo do instrutivo Mapa de Saúde Regional. Para maior

detalhamento, os subtópicos citados acima foram considerados também como grandes tópicos e denominados como “grupos de indicadores”.

3.5. Dessa forma, o instrumento criado - doravante denominado Instrumento de checagem- consiste em um arquivo composto por 24 planilhas, as quais representam os blocos de indicadores, que ao total são constituídos por cerca de 216 colunas/variáveis, que representam os seus parâmetros (Anexo 1). Vale ressaltar que alguns tópicos do Instrutivo Mapa de Saúde Regional foram subdivididos para melhor distribuição e visualização dos indicadores na planilha, como exemplo o tópico ‘Indicadores sociodemográficos e econômico’ foi subdividido em: caracterização da região; condições demográficas; condições socioeconômicas e infraestrutura básica. Cabe registrar, ainda, que o indicador ‘Doenças Negligenciadas e Doenças de Notificação Compulsória (DNC) com alto índice no território’, apresentado de modo mais geral, foi subdividido utilizando a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, disposta no anexo V da portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro 2017 e o conhecimento público sobre as doenças e agravos no território observado.

3.6. A checagem pelo instrumento foi realizada através do seguinte preenchimento das 216 variáveis nas seguintes categorias:

- **Sim:** Quando o indicador foi apresentado seguindo todos as sugestões do instrutivo mapa de saúde regional.
- **Parcialmente:** Quando o indicador foi apresentado sem seguir todos os parâmetros sugeridos pelo instrutivo mapa de saúde regional.
- **Não:** Quando o indicador sugerido pelo instrutivo Mapa de Saúde Regional não foi apresentado no mapa.
- **Não se aplica:** Quando o indicador não se aplica a determinada região de saúde. Para fins de análise, foi ignorado.

3.7. Para garantir a imparcialidade e confiabilidade na checagem, o preenchimento do instrumento foi realizado e revisado por pares. Logo após, os dados foram tabulados e calculado o nível de completude de cada mapa de saúde, segundo o instrutivo Mapa de Saúde Regional, e representados em gráficos. A completude consiste na taxa de porcentagem dos indicadores que obtiveram a apresentação seguindo todas as sugestões do instrutivo. Também foram calculadas as taxas de porcentagem dos indicadores cuja apresentação foi classificada como parcialmente, assim como as taxas de porcentagem dos indicadores que não foram apresentados como sugerido pelo instrutivo Mapa de Saúde Regional.

3.8. Para uma breve análise qualitativa, durante a revisão foram destacadas observações sobre a forma de apresentação de determinados indicadores. As observações que obtiveram maiores frequências foram categorizadas e apresentadas através de gráficos por macrorregião de saúde. As categorizações e suas definições estão apresentadas no quadro abaixo.

Quadro1. Categorizações para análise qualitativa dos mapas de saúde

Categorias	Definições
Indicador apresentado fora do contexto esperado	Quando identificado que sua apresentação se encontra distante ou fora do tópico/tema em que o instrutivo Mapa de Saúde Regional sugere.
Apresenta indicador similar ao solicitado	Quando o indicador apresentado não é o sugerido pelo instrutivo Mapa de Saúde Regional, porém apresenta semelhanças de análise.

Indicador incompleto	<p>Quando o indicador apresentado não segue todos os parâmetros sugeridos pelo instrutivo SES-PE. Para este foi construído subcategorias, são estas:</p> <p>a) Insuficiência de informações sobre a manutenção da rede e recursos materiais e humanos</p> <p>b) Apresenta apenas indicador por região e não por município (vice-versa)</p> <p>c) Apresenta apenas um dos critérios epidemiológicos para caracterização do indicador (ou sexo ou faixa etária; ou escolaridade ou raça/cor etc.)</p> <p>d) Apresenta apenas um dos cálculos solicitados sobre indicador (ou o Nº absoluto ou o Nº relativo)</p> <p>e) Outros: Especificidades que não houve frequência suficiente para categorização.</p>
----------------------	--

3.9. Para o processamento de análise deste estudo, desde o preenchimento do instrumento ao manuseio de seus resultados, foi necessário um total de 03 profissionais e teve uma duração de 15 dias com uma carga horária diária de 08 horas. Apesar de ser um estudo sistematizado e revisado por pares, cabe registro que não está a margem de algum viés já que se trata de uma análise descritiva sem métodos estatísticos.

3.10. Destaca-se ainda que neste estudo não foi realizada avaliação de qualidade da informação contida nos mapas de saúde, pois compreende-se qualidade da informação como um complexo multiparâmetros e que para sua avaliação é necessário um conjunto de outros aspectos além da análise de completude segundo o instrutivo Mapa de Saúde Regional.

4. ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

4.1. Dados por Macrorregiões de Saúde

4.1.1. O estado de Pernambuco possui 184 municípios, eles são agrupados em 4 Macrorregionais, 12 Regiões e 11 Microrregiões de Saúde (PDR, 2011). Essa configuração distribui as Macrorregiões em: I Macro - Metropolitana, II Macro- Agreste, III Macro - Sertão e IV Macro -Vale do São Francisco e Araripe, esta última integra a Rede de Atenção Interestadual do Vale Médio do São Francisco- Rede PEBA.

4.1.2. A seguir será apresentada a análise do estudo por Macrorregião de Saúde, a partir dos resultados foram visualizadas semelhanças e distinções entre o desenvolvimento dos mapas. Considerando o alto volume de indicadores e a complexidade do trabalho, as distinções de cumprimento ao Instrutivo Mapa de Saúde Regional podem representar que cada Regional fez uma leitura própria do instrutivo, apresentando aqueles indicadores que identificaram como os mais interessantes para serem evidenciados.

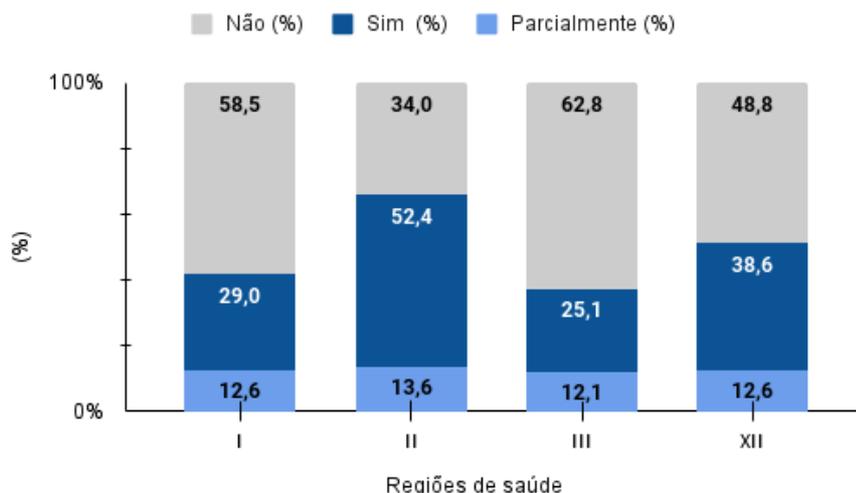
4.1.3. I Macrorregião de Saúde

4.1.3.1. A I Macrorregião de Saúde é composta pelas regiões: I (sede gerência regional em Recife), II (sede da gerência regional em Limoeiro), III (sede da gerência regional em Palmares) e XII (sede da gerência regional em Goiana). O Gráfico 1 apresenta seus resultados.

4.1.3.2. Como se observa abaixo, a II região apresentou o percentual mais elevado para o "Sim" com 52,4%. Em relação ao "Parcialmente", as quatro regiões de saúde apresentaram números percentuais semelhantes com média de 12,7%. As regiões I e III apresentaram resultados semelhantes em relação ao número percentual para o "Sim", com 29,0% e 25,1%. Já a XII região apresentou 38,6% para o "Sim".

Gráfico 1. Porcentagem de apresentação dos indicadores, propostos pelo instrutivo mapa de saúde regional, nos mapas de saúde da I macrorregião de saúde de Pernambuco

Porcentagem de apresentação dos indicadores, proposto pelo instrutivo mapa de saúde regional, nos mapas de saúde da I macrorregião

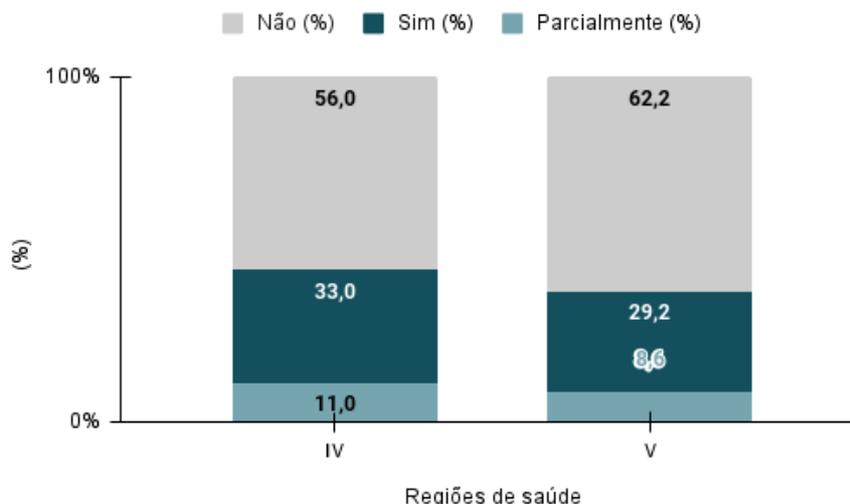


4.1.4. II Macrorregião de Saúde

4.1.4.1. No Gráfico 2, podem ser visualizados os resultados da II Macrorregião de Saúde, composta pelas regiões IV (sede da gerência regional em Caruaru) e V (sede da gerência regional em Garanhuns). Esta macrorregião de saúde apresentou resultados similares em relação às suas regiões de saúde, mostrando 33,0% e 29,2% para o “Sim” na IV e V regiões, respectivamente. Destaca-se que a IV região possui uma rede mais robusta em relação às ações e serviços de saúde, além do desenvolvimento econômico e polo de saúde presente na região, o que tende a influenciar a estruturação e organização de saúde da região.

Gráfico 2. Porcentagem de apresentação dos indicadores, propostos pelo instrutivo mapa de saúde regional, nos mapas de saúde da II macrorregião de saúde de Pernambuco

Porcentagem de apresentação dos indicadores, proposto pelo instrutivo mapa de saúde regional, nos mapas de saúde da II macrorregião



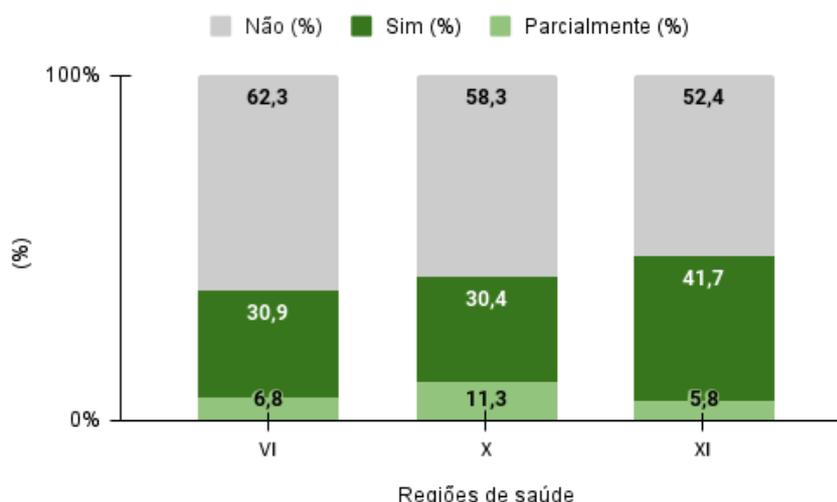
4.1.5. III Macrorregião de Saúde

4.1.5.1. O Gráfico 3 apresenta os resultados da III Macrorregião de Saúde, composta pelas regiões VI (sede da gerência regional em Arcoverde), X (sede da gerência regional em Afogados da Ingazeira) e XI (sede da gerência regional em Serra Talhada). Podem ser vistos números percentuais próximos nos resultados do “Sim”, com 30,9% para VI, 30,4% para X e 41,7% para XI. Já a XI, sede da macrorregião, apresentou 41,7%, se diferenciando por mais de 10% das outras duas regiões nesse quesito. Já o “Parcialmente”, se diferenciou mais somente na X região, com 11,3%.

Gráfico 3. Porcentagem de apresentação dos indicadores, propostos pelo instrutivo mapa de saúde regional, nos mapas de saúde da III macrorregião de saúde de Pernambuco

Pernambuco

Porcentagem de apresentação dos indicadores, proposto pelo instrutivo mapa de saúde regional, nos mapas de saúde da III macrorregião

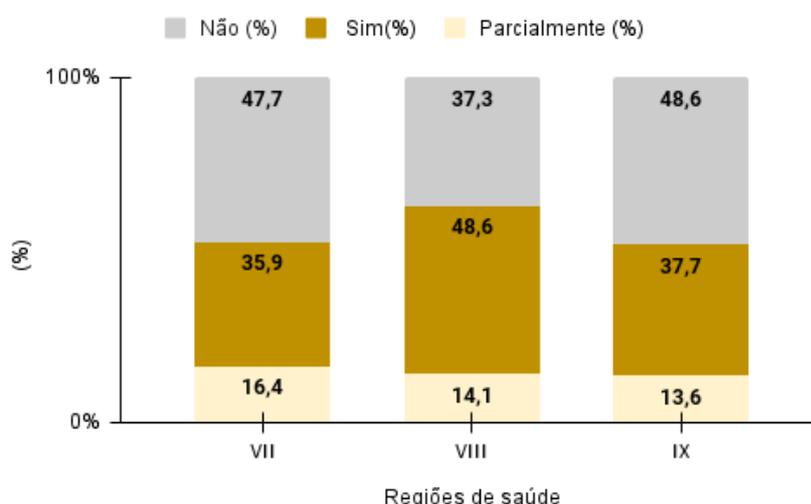


4.1.6. IV Macrorregião de Saúde

4.1.6.1. Quanto ao Gráfico 4, apresenta os resultados da IV Macrorregião de Saúde, composta pelas regiões VII (sede da gerência regional em Salgueiro), VIII (sede da gerência regional em Petrolina) e IX (sede da gerência regional em Ouricuri). Esta Macro integra a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA). Na análise é possível verificar números percentuais semelhantes entre a VII e a IX, regiões limítrofes e presentes no extremo noroeste do estado, que apresentaram 35,9% e 37,7% para o “Sim”, respectivamente. Já para o “Não”, a VII apresentou 47,7% e a IX apresentou 48,6%. A VIII se diferenciou das outras regiões, apresentando 48,6% para o “Sim” e 37,3% para o “Não”. Mais uma vez, o “Parcialmente” se apresentou semelhante entre as regiões.

Gráfico 4. Porcentagem de apresentação dos indicadores, propostos pelo instrutivo mapa de saúde regional, nos mapas de saúde da IV macrorregião de saúde de Pernambuco

Porcentagem de apresentação dos indicadores, proposto pelo instrutivo mapa de saúde regional, nos mapas de saúde da IV macrorregião



4.1.7. Em cada Macrorregião de Saúde há uma cidade sede definida, que integra determinada Região de Saúde. Na I Macro - Metropolitana - Recife é a cidade sede e integra a I região de saúde. Na II Macro - Agreste - Caruaru é a cidade sede e integra a IV região de saúde. Na III Macro - Sertão- Serra Talhada é a cidade sede e integra a XI região de saúde. Na IV Macro - Vale do São Francisco e Araripe - Petrolina é a cidade sede e integra a VIII Região de saúde, esta última Macro integra a Rede de Atenção Interestadual do Vale Médio do São Francisco- Rede PEBA.

4.1.8. A análise por Macro permite perceber que há uma tendência para maiores repostas ao sim atendendo plenamente a orientação do Instrutivo Mapa Regional de Saúde nas regiões que possuem as cidades sede de cada Macro, há apenas uma exceção para I Região (sede da Macro Recife). Em geral as regiões de saúde com município sede de cada Macro são áreas mais desenvolvidas economicamente e com um maior aparato de serviços de saúde entre as regiões vizinhas. Esse contexto permite inferir que mais recursos (financeiro, estrutura, pessoal) estão à disposição dessas regiões e podem influenciar nesse resultado.

4.1.9. De todo modo, é importante reconhecer o pertencimento e autonomia das regiões, o que pode também influenciar no resultado observado, tendo em vista a escolha que cada Região fez ao elaborar seu mapa de saúde.

4.1.10. Um aspecto relevante para discussão e reflexão é a participação dos municípios nesse processo, como estão envolvidos na produção dessa análise de saúde? O quanto participaram e validaram esse processo? Essas questões postas são formas de pensar o processo de participação da Atenção básica como ordenadora da demanda para a regionalização.

4.2. **Dados por Regional de Saúde**

4.2.1. A partir de uma análise mais específica, o estudo também levantou números percentuais acerca da completude dos indicadores sugeridos no instrutivo e que necessitam estar presentes nos mapas de saúde.

4.2.2. **I Macrorregião**

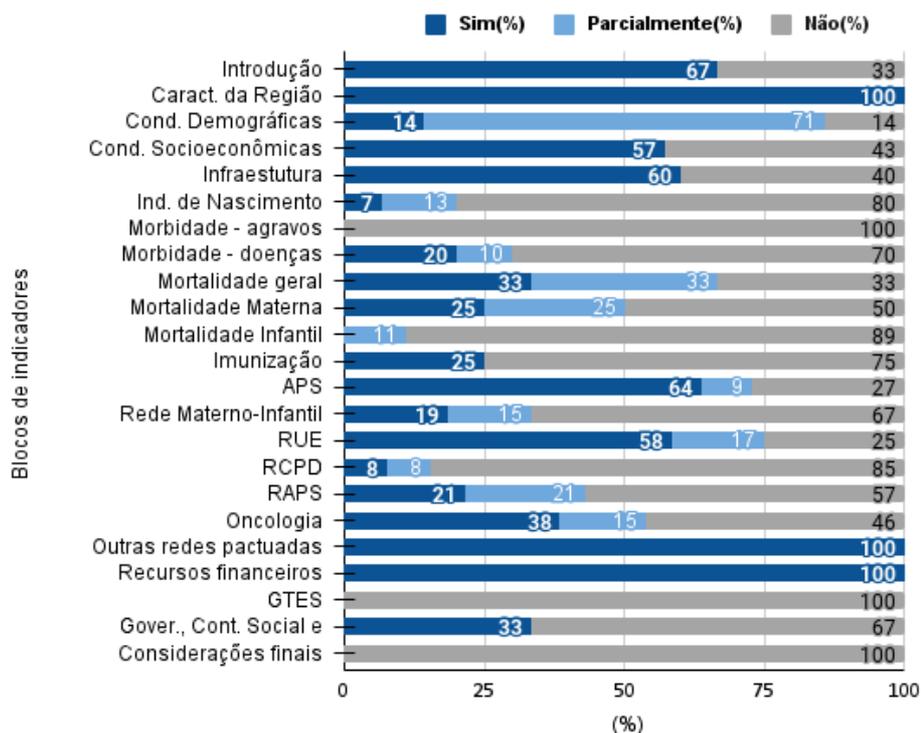
4.2.2.1. **I Região de Saúde**

4.2.2.2. No que tange à região de Recife, alguns resultados chamaram atenção na completude de certos indicadores, recebendo 100% no “Sim” os indicadores relativos à “Caracterização da região”, “Outras redes” e “Recursos Financeiros”. Em contrapartida, o “Não” se fez presente em 100% nos indicadores “Morbidade - agravos”, “GTES (Gestão do trabalho e Educação em Saúde)” e “Considerações finais”.

4.2.2.3. O último “capítulo de considerações finais”, importante para análise e capaz de permitir reflexões e possíveis mudanças no desenvolvimento do PRI por parte dos atores que construíram o mapa, se fez ausente. Além dos resultados descritos acima, também chamou atenção de forma positiva os indicadores da “Introdução” e da “APS (Atenção Primária à Saúde)” com 67% e 64% de “Sim”, respectivamente. Já de forma negativa, o “Indicador de nascimento” chamou atenção com 80% de “Não”. Tais resultados da região supracitada podem ser visualizados no Gráfico 5.

Gráfico 5. Análise da completude do mapa de saúde da I região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

Análise da completude do mapa de saúde da I região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



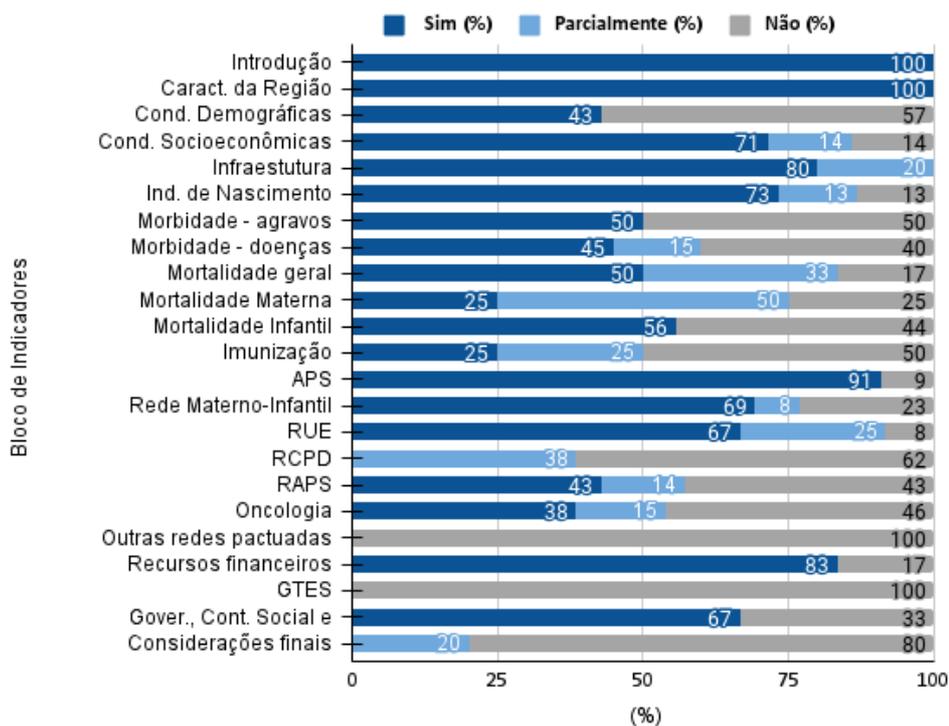
4.2.2.4. II Região de Saúde

4.2.2.5. Na região de Limoeiro, os resultados, apresentados no Gráfico 6, se apresentaram mais próximos à completude em comparação a região de Recife, exibindo 100% de “Sim” na “Introdução” e na “Caracterização da região”. Outros indicadores como “Condições socioeconômicas”, “Infraestrutura”, “Indicadores de nascimento”, “APS” e “Recursos financeiros” também se revelaram com números percentuais positivos. Em relação ao “Não”, o mesmo se fez presente 100% em “Outras redes pactuadas” e “GTES”

4.2.2.6. Outros indicadores foram pertinentes de serem citados por conta do percentual acima de 80%, como “Infraestrutura”, “APS” e “Recursos financeiros”, além dos números relacionados as redes temáticas. Por outro lado, as “Condições demográficas” foram pouco apresentadas. Apesar de algumas deficiências, a análise revelou resultados positivos para a região de Limoeiro, com elevado número no “Sim” e no “Parcialmente”, permitindo pouco a presença do “Não”.

Gráfico 6. Análise da completude do mapa de saúde da II região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

Análise da completude do mapa de saúde da II região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



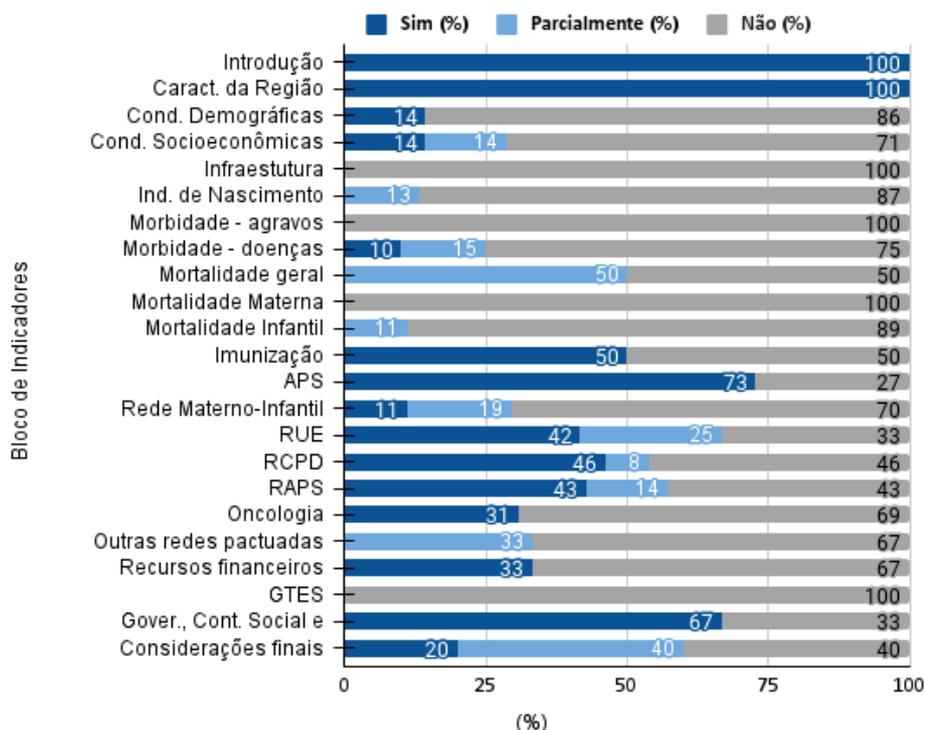
4.2.2.7. III Região de Saúde

4.2.2.8. No que concerne a região de Palmares, os resultados se apresentaram críticos na análise, pois apresentou uma quantidade considerável de percentuais relacionados ao “Não”. Quatro indicadores com 100% nesse quesito foram apresentados: “Infraestrutura”, “Morbidade - agravos”, “Mortalidade materna” e “GTES”. Outros indicadores também apresentaram números preocupantes no “Não”, como “Indicadores de nascimento”, “Mortalidade infantil” e “Rede materno-infantil”, com 87%, 89% e 70%, respectivamente.

4.2.2.9. Chama atenção de maneira positiva os resultados acerca dos indicadores de “APS” e “Governança, controle social e ouvidoria”, que apresentaram “Sim” em 73% e 67%, respectivamente, além dos 100% do “Sim” em “Introdução” e “Caracterização da região”.

Gráfico 7. Análise da completude do mapa de saúde da III região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

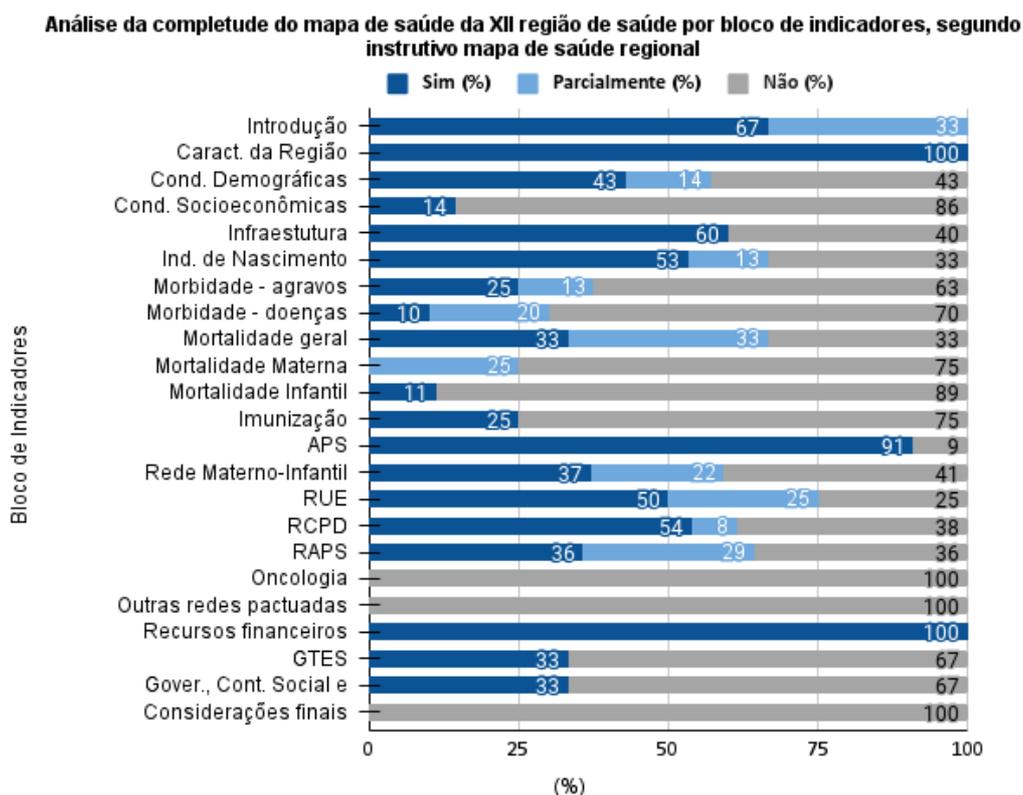
Análise da completude do mapa de saúde da III região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



4.2.2.10. XII Região de Saúde

4.2.2.11. Acerca da região de Goiana, chama atenção os resultados relacionados a “APS”, com 91% de “Sim”, assim como os resultados de “Recurso humanos” e “Caracterização da região” com 100%. Em contrapartida, vale destacar negativamente os indicadores de mortalidade que apresentaram números elevados para o “Não”, além da rede temática “Oncologia”, “Outras redes pactuadas” e Considerações finais” com 100% para o “Não”.

Gráfico 8. Análise da completude do mapa de saúde da XII região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



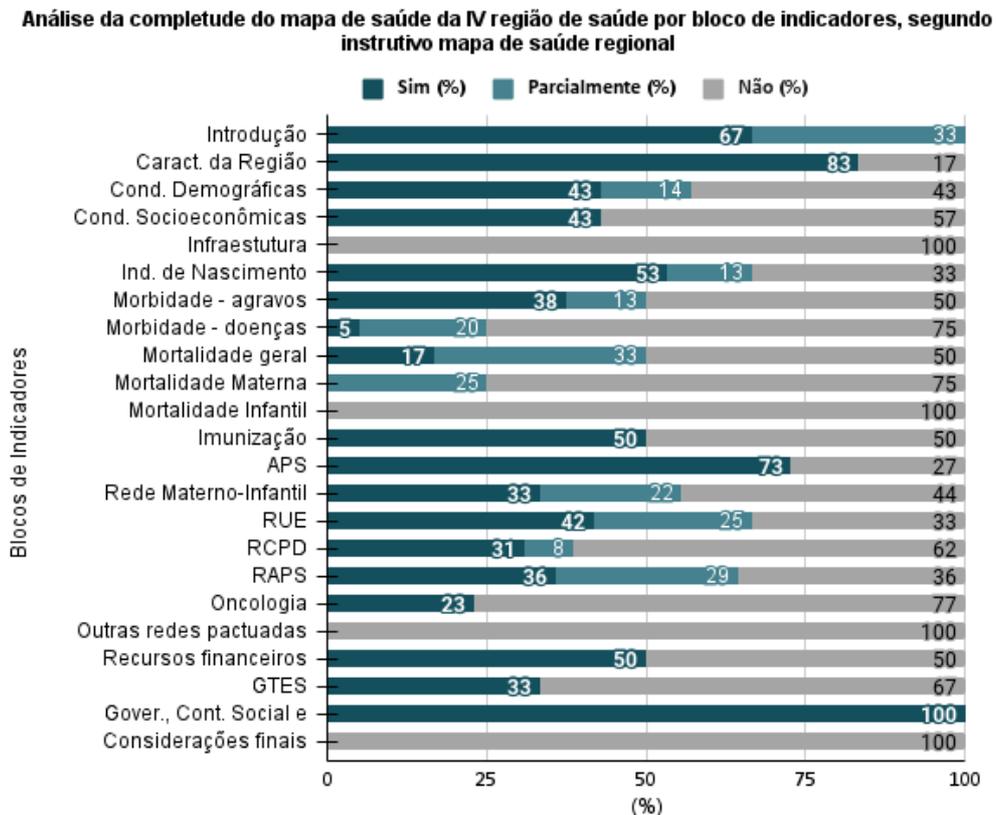
4.2.3. II Macrorregião de Saúde

4.2.3.1. IV Região de Saúde

4.2.3.2. O mapa de saúde da IV Região, pertencente à II macro, dentre os blocos de indicadores que melhor contemplou estão os de “caracterização da região”, com 83% de “sim”, a “APS”, com 73% “sim” e a “Governança, controle social” com 100% de contemplação. Entretanto, percebeu-se a lacuna de indicadores dos blocos “infraestrutura”, “mortalidade infantil”, “outras redes pactuadas” e “considerações finais”, sendo estes fundamentais para a regionalização da macro e que tiveram 100% de “não”.

4.2.3.3. Ressalta-se ainda outros blocos que tiveram um percentual expressivo de “não”, como “mortalidade materna” e “morbidade - doenças”, ambos com 75%.

Gráfico 9. Análise da completude do mapa de saúde da IV região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



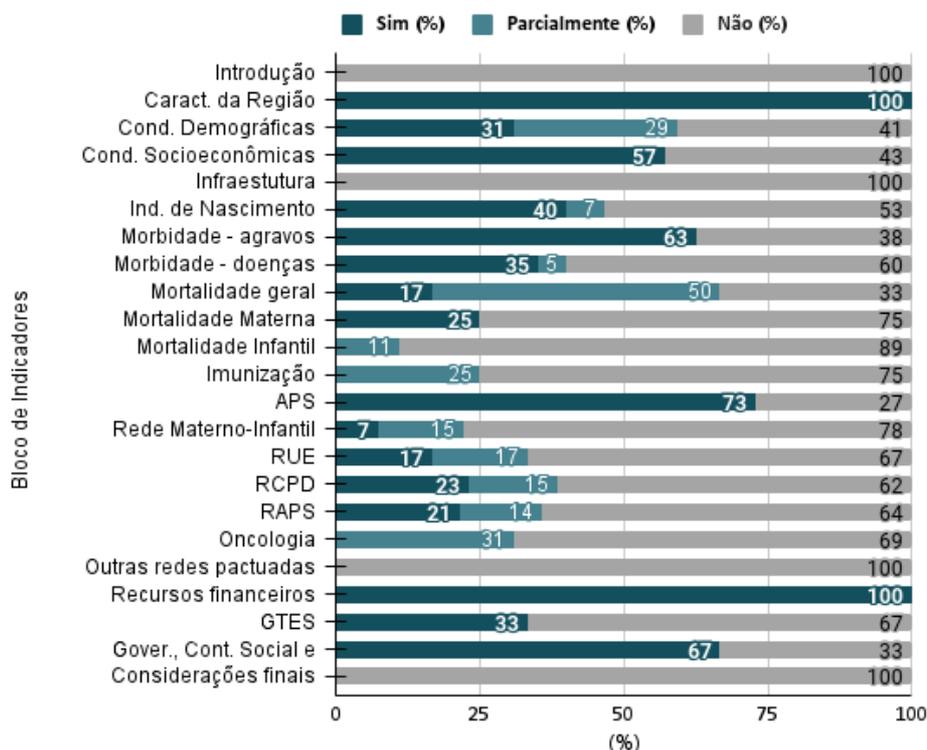
4.2.3.4. V Região de Saúde

4.2.3.5. A V Região de Saúde apresentou mapa com 100% de indicadores de “caracterização da região” e de “recursos financeiros”, entretanto, assim como a IV Região, também não apresentou indicadores de “infraestrutura”, “outras redes pactuadas” e de “considerações finais”, todos com 100% de “não”. Acrescenta-se que também obteve o mesmo percentual o bloco “introdução”.

4.2.3.6. Apesar disso, alguns blocos tiveram mais da metade dos indicadores (“sim”), sendo estes o de “condições socioeconômicas” (57%), de “morbidade - agravos” (63%), “APS” (73%) e “governança e controle social” (67%), conforme observa-se no gráfico 10.

Gráfico 10. Análise da completude do mapa de saúde da V região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

Análise da completude do mapa de saúde da V região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



4.2.4. III Macrorregião de Saúde

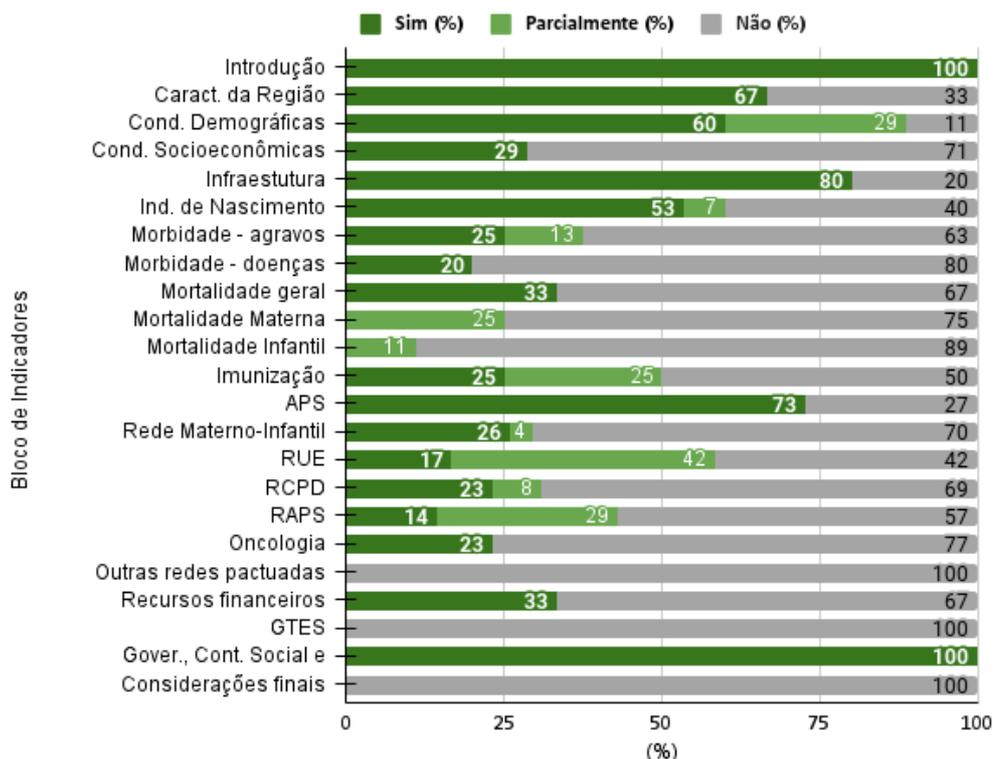
4.2.4.1. VI Região de Saúde.

4.2.4.2. Ao analisar o mapa da VI Região de Saúde, os blocos com 100% dos indicadores presentes foram “introdução” e “governança, controle social”. Outros que tiveram um percentual elevado foram “infraestrutura”, com 80%, e “APS”, com 73% de “sim”.

4.2.4.3. O mapa não apresentou indicadores de “outras redes pactuadas”, “GTES” e “considerações finais”. Também só apresentou indicadores “parcialmente” para “mortalidade materna”, 25% deles, e “mortalidade infantil”, 11%, não apresentando o restante dos referidos blocos. Blocos com percentual grande de “não” também foram “condições socioeconômicas”, “morbidade doenças”, 80% “não”, “rede Materno-Infantil” com 70% e “oncologia” com 77%.

Gráfico 11. Análise da completude do mapa de saúde da VI região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

Análise da completude do mapa de saúde da VI região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



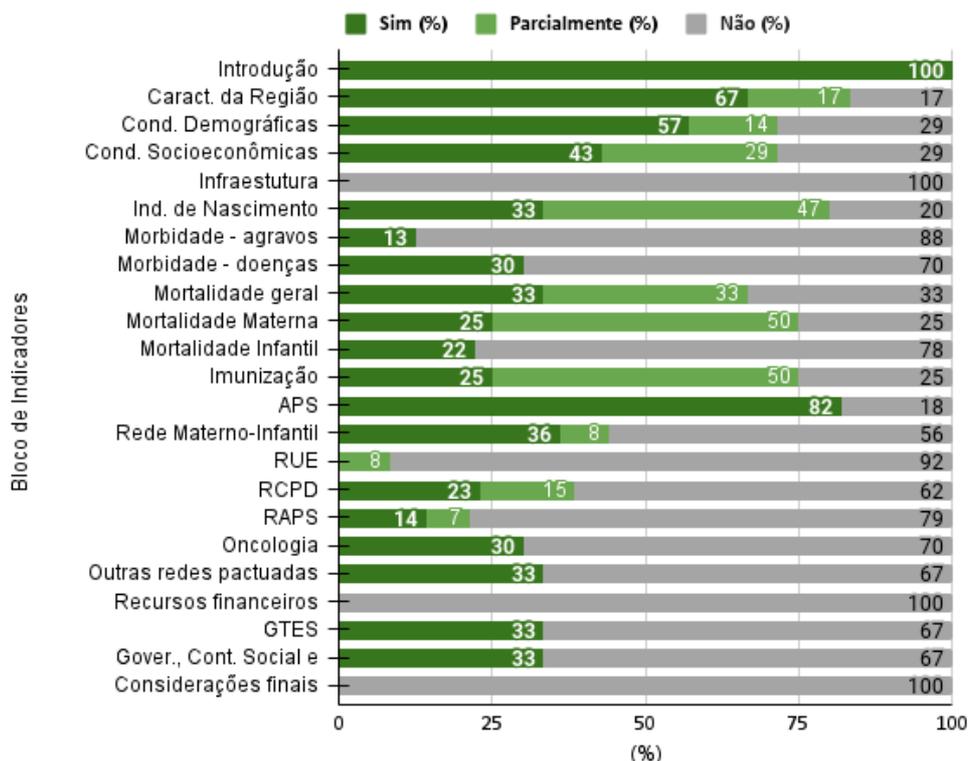
4.2.4.4. X Região de Saúde

4.2.4.5. O mapa da X Região de Saúde, abordou todos os indicadores da “introdução” (100% de “sim”), 82% do bloco de “APS” e 67% da “caraterização da região”. Os de “condições demográficas” e “condições socioeconômicas” obtiveram uma quantidade mais de 50% de “sim” e “parcialmente” quando somados estes. Os “indicadores de nascimento” foram 47% abordados “parcialmente” e “33%” de “sim”.

4.2.4.6. Os blocos não abordados foram o de “infraestrutura”, “recursos financeiros” e “considerações finais”, com 100% de “não”.

Gráfico 12. Análise da completude do mapa de saúde da X região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

Análise da completude do mapa de saúde da X região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



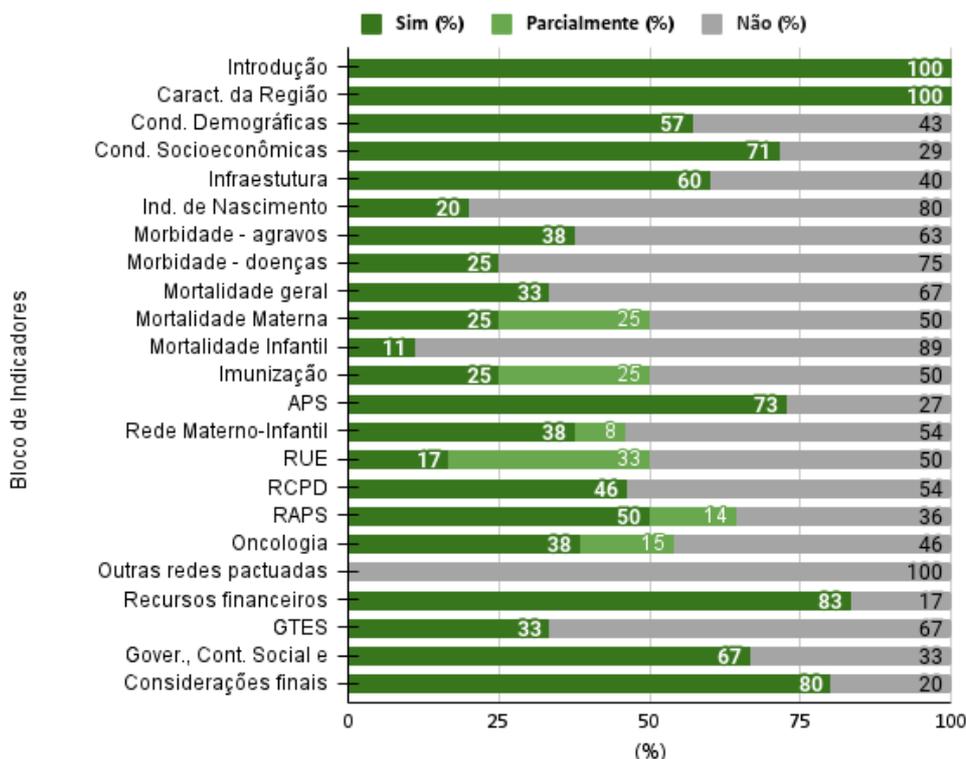
4.2.4.7. XI Região de Saúde

4.2.4.8. Quanto ao mapa da XI Região, apresentou 100% de “sim” nos blocos de “introdução” e “caracterização da região”, bem como de “recursos financeiros” e “considerações finais”, com 83% e 80% respectivamente. A “APS” também obteve maior parte dos indicadores abordados, 73%, assim como “condições socioeconômicas”, 71% de “sim”.

4.2.4.9. Contemplou-se indicadores de quase todos os blocos, exceto “outras redes”, entretanto, os blocos “mortalidade infantil” e “indicadores de nascimento” tiveram pouca informação referente aos seus indicadores de referência.

Gráfico 13. Análise da completude do mapa de saúde da XI região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

Análise da completude do mapa de saúde da XI região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



4.2.5. IV Macrorregião de Saúde

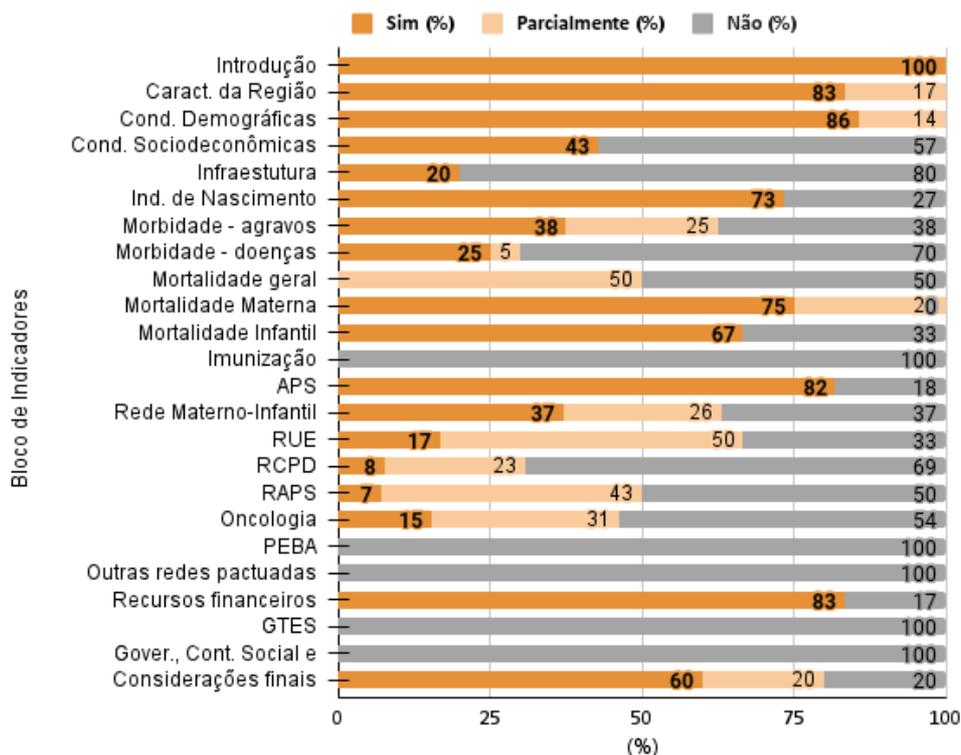
4.2.5.1. VII Região de Saúde

4.2.5.2. A VII Região de Saúde, pertencente à IV Macro, teve seu mapa de saúde com contemplação dos blocos de indicadores de forma variada. Contemplou-se bem a introdução (100%), a caracterização da região (83% de “sim”), as condições demográficas (86%), a Atenção Primária à Saúde (82% de “sim”) e o bloco de Recursos financeiros (83%). Pontua-se ainda que houve um relativo desempenho no bloco de “considerações finais” (60% “sim” e 20% “parcialmente”) quando se leva em conta que outras regiões não conseguiram nenhum percentual no referido bloco.

4.2.5.3. Entretanto, alguns blocos de indicadores não tiveram informações segundo orientação do instrutivo, como “Imunização”, “PEBA”, “outras redes pactuadas” e “governança, controle social e ouvidoria”, todos com 100% de “não” (não tiveram informações solicitadas).

Gráfico 14. Análise da completude do mapa de saúde da VII região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

Análise da completude do mapa de saúde da VII região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



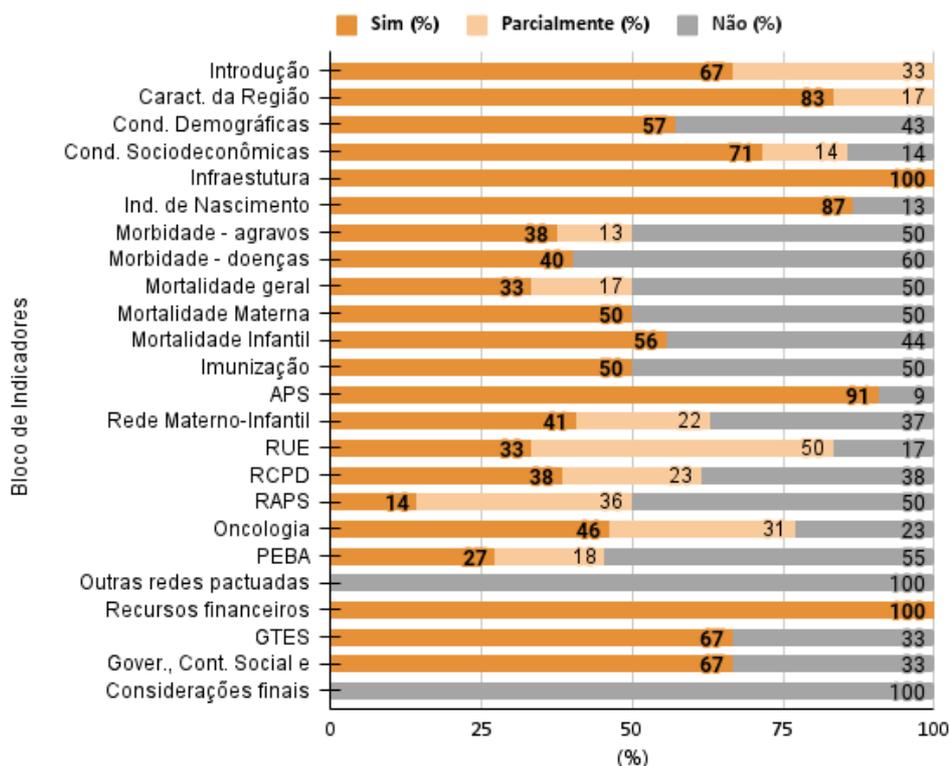
4.2.5.4. VIII Região de Saúde

4.2.5.5. O mapa da VIII teve maior completude dos indicadores de forma geral, alcançando 100% dos blocos de “infraestrutura” e “recursos financeiros”, obtendo mais de 50% em diversos blocos como “caracterização da região” (83%), “indicadores de nascimento” (87%), “APS” (90%) e “condições socioeconômicas” (71%). Ainda, quando analisamos as demais regiões, poucas abordaram 50% ou mais de indicadores dos blocos de mortalidade, o mapa da VIII RS contemplou 50% do de “mortalidade materna” e 56% do de “mortalidade infantil”.

4.2.5.6. Ficou-se a lacuna em “outras redes pactuadas” e “considerações finais”, ambos com 100% de “não”.

Gráfico 15. Análise da completude do mapa de saúde da VIII região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

Análise da completude do mapa de saúde da VIII região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



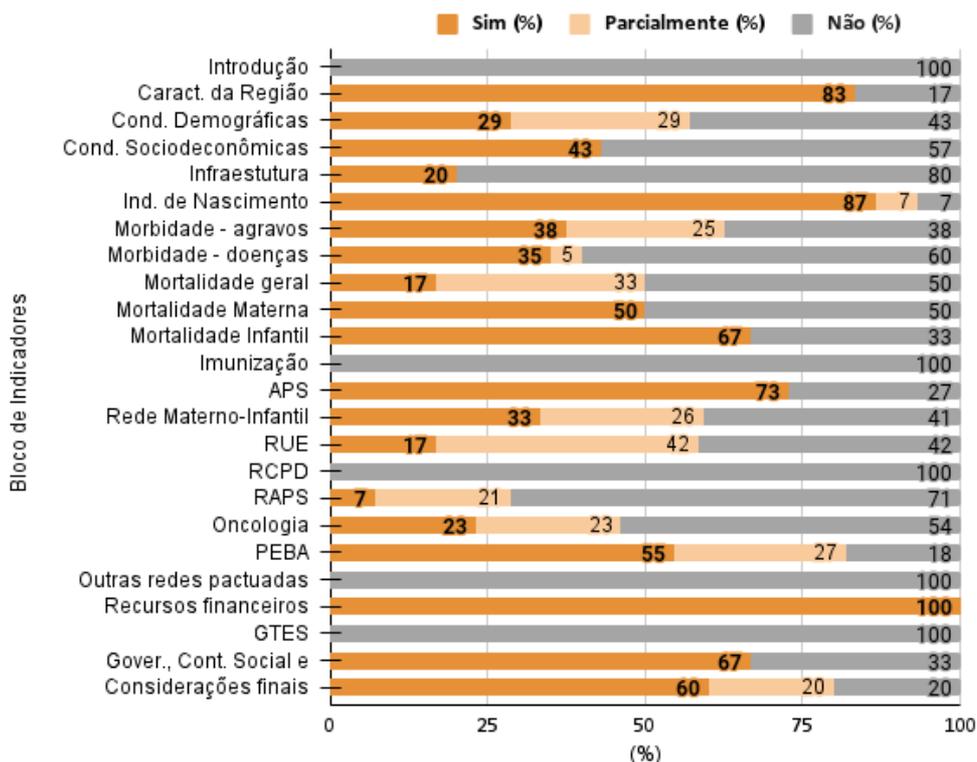
4.2.5.7. IX Região de Saúde

4.2.5.8. Por fim, o mapa da IX Região de Saúde conseguiu alcançar 100% no bloco de indicador dos "recursos financeiros". Também apresentou resultados consideráveis em "caracterização da região", "indicadores de nascimento" e "APS", com 83%, 87% e 73% de "Sim", respectivamente. Vale salientar o bom resultado da "Rede PEBA" com 55% de "Sim" e 27% de "Parcialmente".

4.2.5.9. Porém, algumas lacunas foram presenciadas, como nos blocos de indicadores da "introdução", "imunização", "RCPD" e "Gestão do trabalho e educação na saúde", todos com 100% de "Não".

Gráfico 16. Análise da completude do mapa de saúde da IX região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional

Análise da completude do mapa de saúde da IX região de saúde por bloco de indicadores, segundo instrutivo mapa de saúde regional



5. ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

5.1. Quanto à análise qualitativa, foram identificadas 487 observações feitas pela equipe de coleta de informações sobre as apresentações de determinados indicadores, distribuídos entre os 12 mapas regionais de saúde de Pernambuco. Destas, 57,3% (279) trata-se de observações sobre indicadores incompletos, que trazem as informações parcialmente, 39,8% (194) de observações apontando indicadores cujo produto de análise apresenta similaridade com o indicador proposto pelo instrutivo, mas não apresenta o que é solicitado; e 2,9% (14) trata-se de observações que apontam indicadores cuja apresentação se encontra fora do contexto proposto pelo instrutivo Mapa de Saúde Regional, ou seja a informação solicitada está presente, mas não onde se esperava encontrá-la de acordo com o instrutivo.

5.2. Destaca-se que a construção dos Mapas de Saúde Regionais segue sua lógica própria, que se orienta pela necessidade e compreensão da regional, embora exista o guia do instrutivo Mapa de Saúde Regional, há também a autonomia no trabalho das equipes regionais de saúde.

5.3. Os apontamentos do estudo qualitativo registram as observações realizadas pelos pesquisadores apenas com o olhar do Instrutivo Mapa de Saúde Regional, na leitura desta nota técnica deve-se ter ciência desta perspectiva. Uma vez que, considerando a autonomia das regiões para realizar suas análises, o material que está sendo considerado fora do contexto proposto no Instrutivo pode ter sido disposto no documento de acordo com a escolha planejada pela regional.

5.4. Para um melhor detalhamento da análise foram criadas subcategorias sobre as observações que obtiveram maior frequência em cima dos 279 indicadores incompletos, apresentando a seguinte classificação: 19,4% (54) apresentaram insuficiência de informações sobre a manutenção das redes de atenção à saúde e de recursos materiais e humanos; 14,7% (41) apresentaram apenas o indicador ou por região ou por município; 13,3% (37) apresentaram apenas um dos critérios epidemiológicos para caracterização do indicador proposto; 1,8% (5) apresentaram apenas um dos cálculos propostos para composição do indicador; e os restantes 50% das observações constituem-se de informações específicas que não obtiveram frequência para categorização, portanto denominadas como "outros".

5.5. Através da distribuição dessas categorias foi possível identificar algumas semelhanças e disparidades entre as apresentações das macrorregionais. Com exceção da II macrorregional, todas apresentaram mais de 50% de observações acerca de indicadores incompletos e até 5% de observações que apontaram indicadores apresentados fora do contexto proposto pelo instrutivo

base.

5.6. Macrorregiões de Saúde

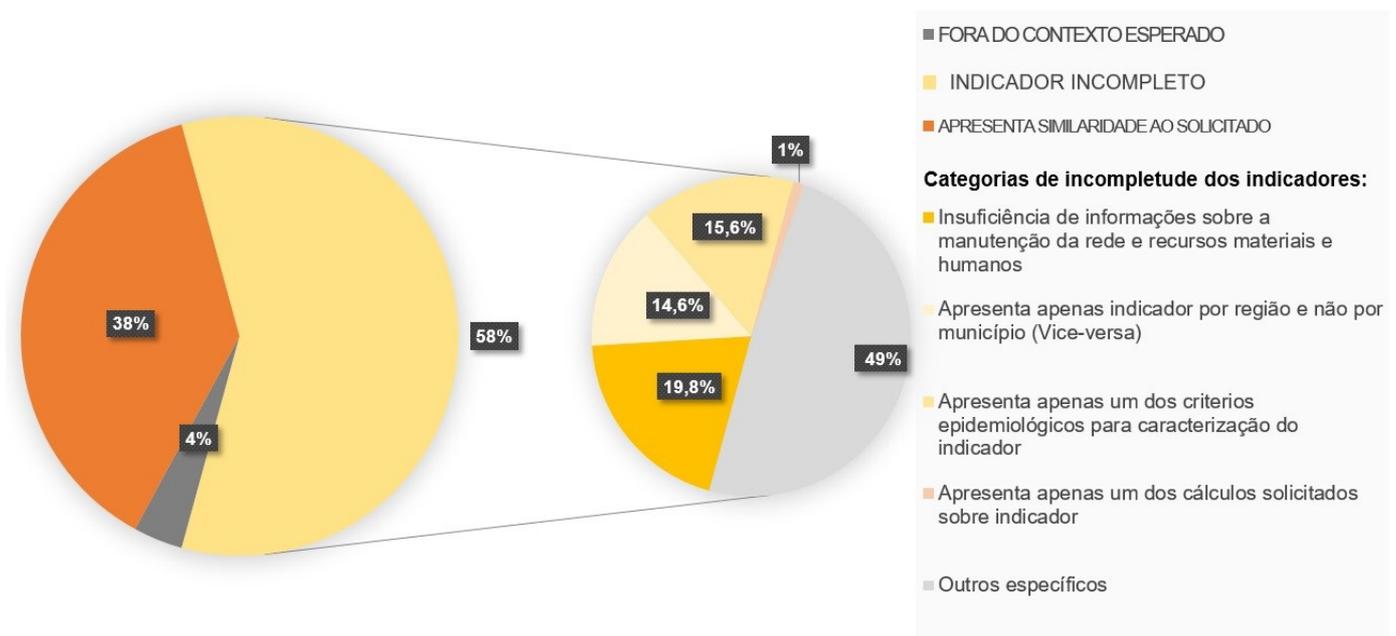
5.7. I Macrorregião de Saúde

5.8. Das observações relacionadas à análise dos mapas regionais da I macro, percebe-se que 58% delas foi referente a indicadores incompletos, enquanto 38% se referiam à similaridade ao indicado no instrutivo, mas sem apresentar o que foi solicitado, e 4% relativas a indicadores fora do contexto esperado.

5.9. Dentro das observações de indicadores incompletos desta macro, 19,8% foi sobre insuficiência de informações sobre a manutenção da rede e recursos materiais e humanos, 15,6% foi de que apresentava apenas um dos critérios epidemiológicos para caracterização do indicador e 14,6% referente à quando apresentou apenas indicador por região e não por município ou indicador apenas por município.

Gráfico 17. Análise qualitativa das observações realizadas no estudo dos mapas de saúde das regionais que compõem a I macrorregional de saúde de Pernambuco

Análise qualitativa das observações realizadas no estudo dos Mapas de Saúde Regionais - I macro

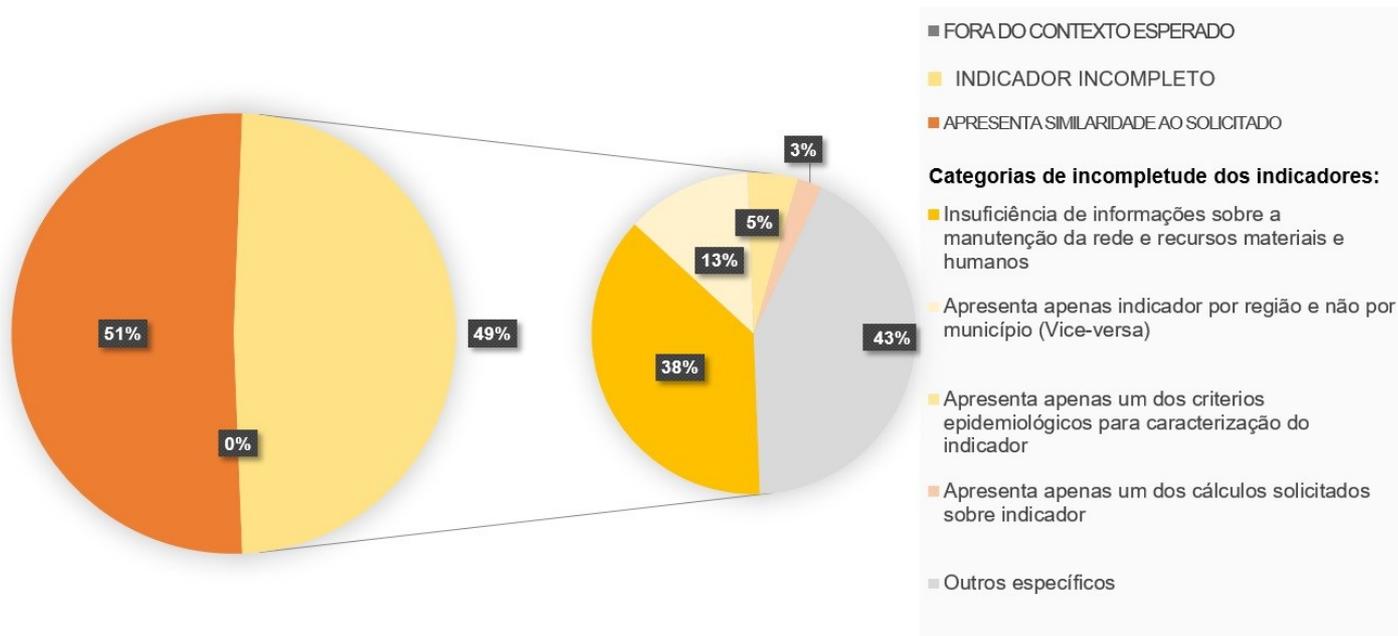


5.10. II Macrorregião de Saúde

5.11. Na II macro, a maior parte das observações, 51%, foram relacionadas à similaridade, mas não apresentando o que foi solicitado, enquanto 49% foram sobre indicadores incompletos. Desses indicadores incompletos, categorizou-se 38% com “insuficiência de informação sobre a manutenção da rede e recursos materiais e humanos”, 13% apresentando apenas indicador por região e não por município (vice-versa) e 43% foram observações mais específicas aos indicadores.

Gráfico 18. Análise qualitativa das observações realizadas no estudo dos mapas de saúde das regionais que compõem a II macrorregional de saúde de Pernambuco

Análise qualitativa das observações realizadas no estudo dos Mapas de Saúde Regionais - II macro

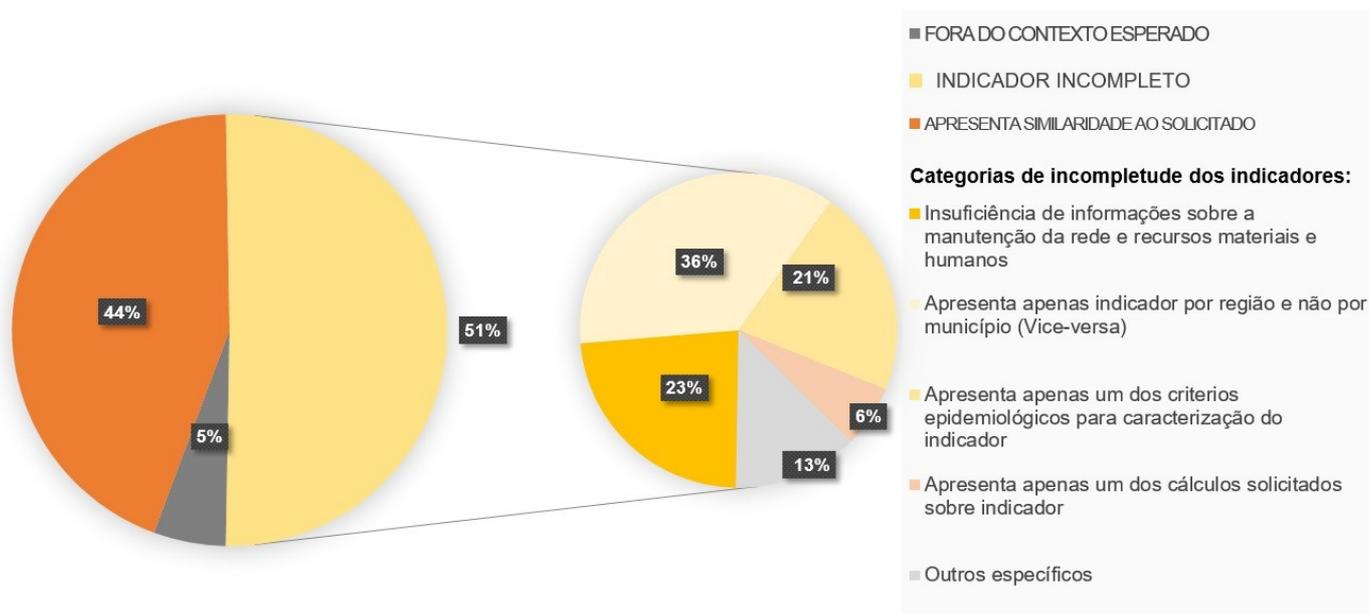


5.12. III Macrorregião de Saúde

5.13. Nas observações levantadas das análises dos mapas da macro III, encontrou-se 5% ligadas a indicadores fora do contexto, 44% de similaridade ao solicitado, mas não o que é pedido e 51% sobre indicadores incompletos. Deste último grupo, classificou-se, entre outros, 36% de apresentações apenas do indicador por região e não por município (e vice-versa), 23% de insuficiência de informações sobre a manutenção da rede e recursos materiais e humanos e 21% de observações relatando a apresentação de apenas um dos critérios epidemiológicos para caracterização do indicador.

Gráfico 19. Análise qualitativa das observações realizadas no estudo dos mapas de saúde das regionais que compõem a III macrorregional de saúde de Pernambuco

Análise qualitativa das observações realizadas no estudo dos Mapas de Saúde Regionais - III macro



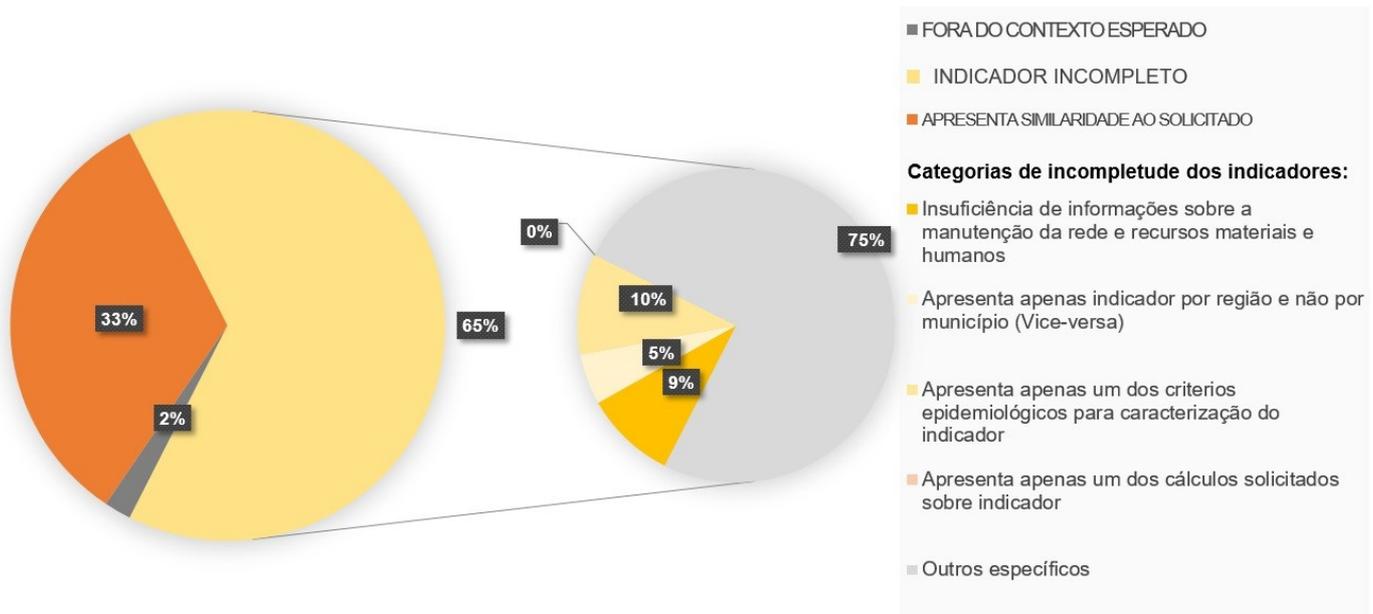
5.14. IV Macrorregião de Saúde

5.15. A IV macro, as análises dos mapas tiveram grande parte das observações caracterizadas como indicador incompleto, 65% dessas, enquanto 33% foi de apresentação de

similaridade, mas não o que foi solicitado. Desse grupo de indicadores incompletos, o maior percentual, 75%, foi de outras observações específicas aos indicadores e à região, devendo considerar que essa macro contém a região da Rede PEBA, possuindo assim características de infraestrutura, assistência, regulação, recursos materiais, humanos e financeiros, entre outras, diferentes das demais macrorregiões.

Gráfico 20. Análise qualitativa das observações realizadas no estudo dos mapas de saúde das regionais que compõem a IV macrorregional de saúde de Pernambuco

Análise qualitativa das observações realizadas no estudo dos Mapas de Saúde Regionais - IV macro



5.16. A análise qualitativa consistiu em um esforço para captar as observações levantadas pelos pesquisadores durante a checagem dos Mapas de Saúde Regionais no Instrumento de checagem. Nesse processo percebe-se que os comentários analisados e categorizados estão circunscritos a uma análise mais geral da estrutura e produção dos Mapas. Esse processo passou pelo filtro de uma única pesquisadora específica, ainda assim, é um olhar subjetivo e está sujeito a vies.

5.17. Na maior parte das Macrorregionais analisadas observa-se um maior registro para o "indicador incompleto" no conjunto de comentários observados, com exceção da II Macro que apresenta um pouco mais de comentários sobre "apresenta similaridade ao solicitado".

5.18. De modo geral essa análise pode contribuir para refletir sobre pontos de aprimoramento na apresentação das informações dispostas nos Mapas, com foco na construção dos Mapas Macrorregionais. Além disso, pode representar importante insumo para uma atualização do Instrutivo de modo a incorporar a experiência realizada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.0.1. A partir da análise desenvolvida percebe-se como o desenvolvimento dos Mapas de saúde foi resultado de um esforço importante e de produção complexa por parte de uma equipe. Nesse sentido entende-se que o processo de construção dos Mapas Regionais de Saúde foi fruto de um detalhado e difícil trabalho de levantamento, análise e consolidação de informação em cada localidade. Tendo sido realizado a escolha de se apresentar as informações em consonância com as condições possíveis ao trabalho e usando o instrutivo Mapa de Saúde Regional como um guia, adaptando-o a cada realidade, nas regiões.

6.0.2. A análise por Macrorregião revelou que as regiões que são melhores respondentes, de acordo com o preconizado pelo Instrutivo Mapa de Saúde Regional são aquelas que possuem as cidades sedes de cada Macro, mais desenvolvidas economicamente e com melhor estrutura dos serviços de Saúde. Apenas na I Macro isso não ocorreu, a II região se destaca como mais repostas em consonância com o Instrutivo do que a I Região que possui a cidade de Recife como sede. O maior percentual alcançado de completude do mapa de saúde conforme o instrutivo da SES-PE foi de 52,4%, enquanto o menos percentual foi 25,1%.

6.0.3. Ao observar as regiões de saúde e as respostas de acordo com o grupo de indicadores,

conforme os critérios solicitados pelo Instrutivo, percebe-se de modo geral que houve uma dificuldade em alimentar o mapa de saúde com informações referentes à morbimortalidade das respectivas regiões de saúde, como também informações referentes às Redes de Atenção à Saúde. Outra lacuna observada foi quanto às considerações finais, onde 7 das 12 Regiões não preencheram nenhum dos requisitos do instrutivo, sendo esse bloco importante para se ter um panorama geral da situação de saúde e das prioridades de saúde da região e a construção do Mapa da Saúde Macrorregional.

6.0.4. A análise qualitativa buscou evidenciar as principais observações dos pesquisadores ao utilizar o Instrumento de checagem dos Mapas de Saúde Regionais. Nesse sentido, destaca-se que foi observado com mais frequência o registro das categorias: "apresenta similaridade ao solicitado" com média de 41,50% entre as 4 Macros e a categoria "Indicador incompleto" com média de 55,75% entre as macros. Dentre os indicadores incompletos se destacam as seguintes subcategorias: "apresentaram insuficiência de informações sobre a manutenção das redes de atenção à saúde e de recursos materiais e humanos (19%)", "apresentaram apenas o indicador ou por região ou por município" (14%) e "apresentaram apenas um dos critérios epidemiológicos para caracterização do indicador proposto" (13,3%).

6.0.5. Os dados em geral indicam um prisma a ser observado, uma avaliação mais ampla do processo precisa ser verificada junto a cada regional, considerando seu grau de pertencimento regional e sua autonomia realizada para a produção de seu Mapa de Saúde. De todo modo, cabe reforçar a necessidade de acompanhar a participação dos municípios nesse processo de identificação da situação de saúde da região, considerando, inclusive o fortalecimento do papel da Atenção Primária como ordenadora da organização e planejamento da política de saúde. Bem como, a importância do PRI e sua proposta de redesenho das redes de atenção à saúde, buscando sanar vazios existências e garantir o acesso pleno à saúde para a população.

6.0.6. Nesse sentido, destaca-se o achado da análise prévia realizada pelo SEINP-PE sobre a regionalização nos PMS 2022-2025 (NOTA TÉCNICA Nº 5/2022-PE/SEINSF/PE/SEMS/DGIP/SE/MS) que aponta os Planos Municipais de Saúde (PMS) como instrumento potente para a discussão dos mapas regionais e aproximação dos municípios no processo do PRI.

6.0.7. O Instrutivo Mapa de Saúde Regional é um documento sólido, didático e com amplos exemplos e fontes para coleta de informação. Sua orientação prevê vários indicadores importantes e necessários para uma análise de situação de saúde do território, entretanto considerando a complexidade do trabalho e o volume de informações levantados nos mapas de saúde das regionais, pode ser interessante considerar a seleção de alguns indicadores mais estratégicos para o mapa de saúde macrorregional, a ser desenvolvido pelos Grupos Condutores Macrorregionais. Naturalmente essa escolha deve ser feita por aqueles municípios que integram a Macrorregião, em articulação como a Secretaria de Saúde estadual, coordenadora do processo de regionalização. Cabe ainda refletir sobre a atualização do Instrutivo com base na experiência prática da produção dos Mapas Regionais de Saúde, evidenciadas neste estudo.

6.0.8. Nesse sentido, cabe refletir dialogicamente sobre os atuais mapas regionais de saúde e uma potencial base de indicadores estratégicos a ser definida, facilitando a construção do mapa macrorregional, a partir de uma estruturação comum com a visualização das condições de saúde das regiões e macros, de modo a favorecer o mapeamento de ações necessárias a serem desenvolvidas em cada área e com identidade macrorregional, espaço regional ampliado e inovador, necessário para o alcance da integralidade e equidade em saúde. Este processo de revisão também poderia fomentar a ampliação da participação dos gestores municipais e a participação social no momento da definição dos indicadores e métodos de análise da situação de saúde.

6.0.9. Destaca-se, ainda, que o estudo não se propôs a realizar análise da qualidade das informações, tabelas, gráficos e discussões apresentadas nos mapas da saúde regionais. Além disso, aponta-se a limitação do estudo relacionado à observação dos pesquisadores quanto ao viés de interpretação, principalmente nos descritores abertos. No sentido de diminuir essa distorção, foi feita a consolidação por uma única pesquisadora.

6.0.10. O Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa da SEMS-PE, representação do Ministério da Saúde no estado, tem acompanhado o processo do PRI em Pernambuco e está à disposição para trabalhar em conjunto com a SES-PE, o COSEMS-PE, as regionais e demais atores envolvidos no fortalecimento do processo relacionado ao Planejamento Regional Integrado no território.

6.0.11. Desse modo, podem ser estabelecidas, como ações possíveis de serem executadas pelo SEINP/SEMS-PE parcerias com secretarias finalísticas do MS, instituições de ensino e pesquisa,

além do apoio direto da equipe para a qualificação metodológica permanente do PRI em Pernambuco.

6.0.12. Assim, disponibilizamos a possibilidade de apoio junto às estratégias de qualificação técnica dos profissionais das Geres e Municípios, com foco na apresentação, consolidação e análise dos dados, fruto do estudo realizado, assim como demais temas atinentes a regionalização da atenção à saúde.

7. REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Regionalização da Saúde - Posicionamento e Orientações**. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado**.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco. Serviço de Apoio Institucional. **NOTA TÉCNICA Nº 5/2022-PE/SEINSF/PE/SEMS/DGIP/SE/MS**. Esta Nota destina-se Análise sobre a regionalização nos Planos Municipais de Saúde (2022-2025) do estado de Pernambuco. (12/10/2022).

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa. Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa. Diretoria Geral de Gestão Regional em Saúde. **Mapa de Saúde Regional - Instrutivo nº 01: 2ª versão online**. 2022.

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. 2011.

Recife, 08 de março de 2023.

Documento Elaborado pelas (o) Técnicas (o):

ANA PAULA DA SILVA BARBOSA
Residente de Saúde Coletiva

GUILHERME DE OLIVEIRA AMORIM
Residente de Saúde Coletiva

LUANA KETLEN CAVALCANTI DE LIMA FELIX
Residente de Saúde Coletiva

KEREN-HAPUQUE COSTA XAVIER LINS
Analista Técnico de Políticas Sociais

LARISSA OLIVEIRA DE SÁ FIGUEIRÔA
Analista Técnico de Políticas Sociais

ROBERTA CORRÊA DE ARAÚJO DE AMORIM
Chefe do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa

De acordo e ciência por:

MARIA DO CARMO ALVES DE CASTRO
Superintendente Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco - Substituta



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Corrêa de Araújo de Amorim, Chefe do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa**, em 08/03/2023, às 14:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Keren Hapuque Costa Xavier Lins, Analista Técnico de Políticas Sociais**, em 08/03/2023, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Larissa Oliveira de Sá Figueiroa, Analista Técnico de Políticas Sociais**, em 08/03/2023, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paua da Silva Barbosa, Conveniado(a)**, em 08/03/2023, às 20:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Guilherme de Oliveira Amorim, Conveniado(a)**, em 08/03/2023, às 20:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luana Ketlen Cavalcanti de Lima Felix, Conveniado(a)**, em 08/03/2023, às 21:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria do Carmo Alves de Castro, Superintendente Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco substituto(a)**, em 09/03/2023, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0032039413** e o código CRC **1EB6E415**.

Referência: Processo nº 25019.000383/2023-42

SEI nº 0032039413

Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa - SEINP/PE
Av. Parnamirim, nº 295, 1º andar - Bairro Parnamirim, Recife/PE, CEP 52060-901
Site - www.saude.gov.br