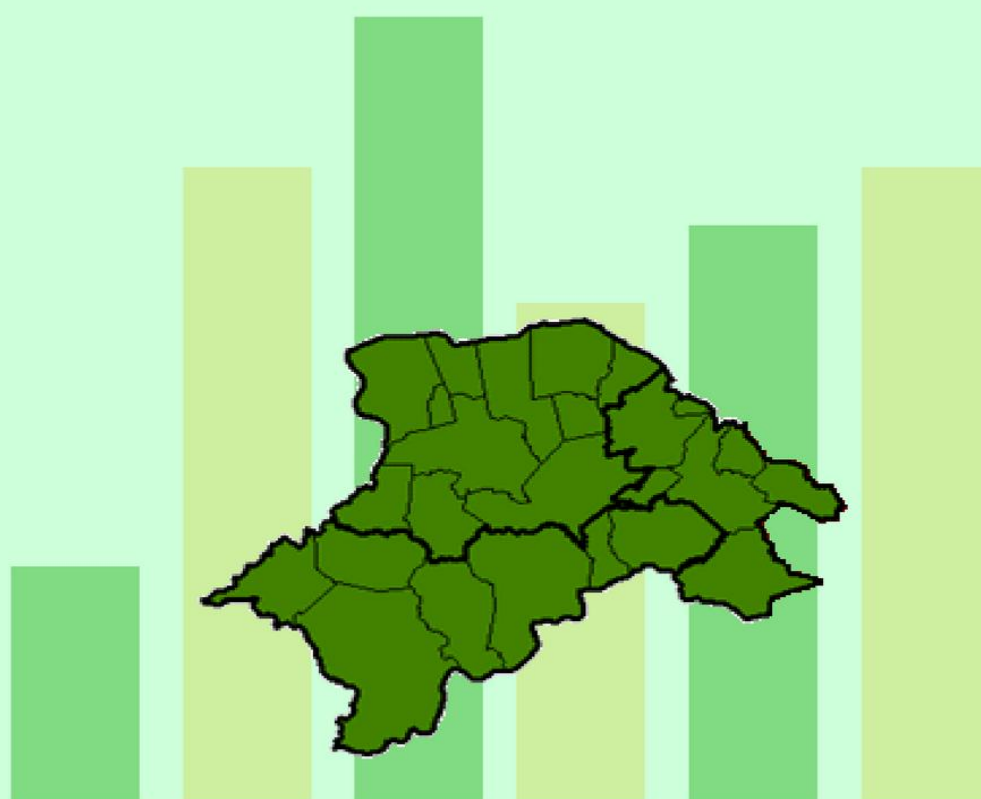


SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA
GESTÃO DO SUS
GERÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL

Indicadores Pacto/COAP Resultados 2015



MACRORREGIÃO 4 - Vale do São Francisco e Araripe
Regiões de Saúde - VII, VIII e IX



**Secretaria de Saúde de Pernambuco
Secretaria Executiva de Regulação em Saúde
Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal**

METAS E RESULTADOS DOS INDICADORES PACTO/COAP 2015

**MACRORREGIÃO 4 – Vale do São Francisco e Araripe
(Regiões de Saúde VII, VIII e IX)**

**Recife
2016**

EXPEDIENTE

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Paulo Henrique Saraiva Câmara

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

José Iran Costa Junior

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

Andreza Barkokebas Santos de Faria

DIRETOR GERAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS

Ricardo Ernestino da Silva

GESTORA DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS

Marlene Souto Barbosa

COORDENADORA DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

Ana Cláudia de Andrade Cardoso

COORDENADORA DE ACOMPANHAMENTO DO PACTO DE GESTÃO

Poliana Germano Bezerra de Sá Siqueira

EQUIPE DE PRODUÇÃO

Marlene Souto Barbosa

Raquel Moura Lins Acioli

Ricardo Ernestino da Silva

Manuela de Godoy Leitão Novaes Ferreira

Ana Cláudia de Andrade Cardoso

Poliana Germano Bezerra de Sá Siqueira

Maria do Rosário M. Ribeiro de Brito

Sanitarista

Jéssica Lúcia da Silva

Apoio Administrativo

Colaboração

Fernando Moreira de Oliveira

Gerente de Informação em Saúde

Jerônimo Ferreira R. Filho

Apoio Administrativo

SUMÁRIO

Apresentação.....	5
Contrato Organizativo de Ação Pública	7
Indicador 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	8
Indicador 2 – Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	12
Indicador 3 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.....	17
Indicador 4 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal ..	21
Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	24
Indicador 6 - Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos	29
Indicador 7 - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	34
Indicador 8 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	39
Indicador 12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	44
Indicador 18 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	49
Indicador 19 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	54
Indicador 20 - Proporção de partos Normais	59
Indicador 21 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	64
Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante.....	69
Indicador 23 - Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência.....	73
Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil.....	77
Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	80
Proporção de óbitos maternos investigados	84
Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados	85
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	89
Indicador 27 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	90
Indicador 28 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.....	95
Indicador 29 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	100
Indicador 30a - Número de óbitos prematuros (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).....	103
Indicador 30b - Taxa de mortalidade prematura de (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	103
Indicador 35 - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	107
Indicador 36 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera ..	113
Indicador 37 - Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	118
Indicador 38 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	122
Indicador 39 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	127

Indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.....	132
Indicador 41 – Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.....	136
Indicador 42 - Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.....	140
Indicador 45 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.....	145
Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral.....	150
Indicador 48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.....	152
Indicador 51 - Número absoluto de óbitos por dengue.....	156
Indicador 52 – Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.....	160
Indicador 53 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.....	164
Indicador 57 - Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.....	169
Indicador 61 - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.....	170
Indicador 63 - Proporção de Plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde.....	174
Indicador 64 - Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS.....	175

Apresentação

O processo de pactuação é a maneira através da qual os gestores do SUS, nas três esferas de gestão, assumem publicamente compromissos sanitários com ênfase nas necessidades de saúde da população.

Ao assumir compromissos em termos de resultados a serem alcançados em relação às ações consideradas prioritárias no campo da saúde, os gestores assumem também compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. As metas e resultados assumidos por eles são definidos a cada ano e podem ser em relação a ações consideradas estratégicas ou prioritárias, como no caso dos indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Sendo eles utilizados para celebrar uma pactuação entre gestores com parâmetros que permitem o estabelecimento de padrões e podem ser utilizados para: avaliar o nível atual de saúde da população; fazer comparações com outras populações do mesmo tamanho ou de tamanhos diferentes; avaliar as mudanças que ocorrem ao longo do tempo.

A avaliação de um indicador significa olhar o que está por trás do número, ou seja, o que o levou ou o está levando a ter aquela medida e assim, proporcionar a melhor forma de planejamento para a ação. Os indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) devem ser utilizados pelo gestor de saúde como instrumento de orientação do planejamento em saúde, deixando de ser um processo meramente burocrático para ser um pacto dinamizador, orientando e qualificando o processo de gestão do sistema de saúde.

Para que o processo de pactuação cumpra o seu verdadeiro papel de nortear a gestão da saúde deve-se pensar em quatro momentos distintos:

1º Momento: Pactuação de resultados e metas a serem alcançadas;

2º Momento: Planejamento para cumprimento do que foi pactuado;

3º Momento: Monitoramento para verificação da capacidade institucional para atingir as metas pactuadas;

4º Momento: Avaliação final para se certificar se as metas pactuadas foram alcançadas ou não e as causas que influenciaram o resultado final;

Geralmente o 1º e o 4º momentos são os que predominam em um processo de pactuação, tornando este processo meramente burocrático e com pouca ou nenhuma influência na condição de saúde da população. Assim, é necessário um olhar cuidadoso

para proporcionar a orientação da tomada de decisões, viabilizando atividades mais eficientes, eficazes e efetivas, além de possibilitarem o verdadeiro conhecimento sobre a situação que se deseja modificar, estabelecer as prioridades, escolher os beneficiados, identificar os objetivos e traduzi-los em metas.

O presente caderno tem como objetivo demonstrar o panorama dos resultados e metas pactuados no estado de Pernambuco, assim como ilustrar por meio de mapas as metas pactuadas e atingidas pelos municípios. As análises dos resultados foram apresentadas pelas áreas técnicas de cada indicador em conjunto com a GAGM.

Assim, dentro desse contexto, este documento foi produzido com a finalidade de retratar o histórico dos indicadores de transição PACTO pela Saúde/COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública) no estado de Pernambuco no período de 2010 a 2015.

Os resultados apresentados neste caderno referem-se aos alcançados no ano de 2015, portanto, os métodos de cálculo e descrição dos indicadores estão de acordo com o rol pactuado em 2015.

Andreza Barkokebas Santos de Faria
Secretária Executiva de Regulação em Saúde

Contrato Organizativo de Ação Pública

No cenário atual, o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que tem suas bases no Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, na Deliberação da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) 02/2011 e nas demais decisões consensuais das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Regional.

O COAP é um instrumento da gestão compartilhada que tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado. O contrato garantirá uma gestão compartilhada dotada de segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os entes federativos, elementos esses necessários para a garantia da efetividade do direito à saúde da população brasileira.

A Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal (GAGM) disponibiliza os materiais com os resultados de 2015 objetivando capacitar as 12 regionais de saúde e torná-las multiplicadoras.

Ricardo Ernestino da Silva
Diretor Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Marlene Souto Barbosa
Gerente de Acompanhamento da Gestão Municipal

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Indicador 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

A Atenção Básica em Saúde surgiu na tentativa de organizar e ordenar os recursos de saúde para que atendam de forma apropriada às necessidades de suas populações. Nessa perspectiva ela passou a ser encarada como a porta de entrada para o sistema, o pilar dessa estruturação, com tendência a superar visões mais restritas (SOARES, 2007).

Para estimar a cobertura populacional realizada pelas equipes da atenção básica, foi criado o indicador de cobertura, o qual consiste no percentual de cobertura populacional da Atenção Básica/AB, de um dado município por Equipes da Atenção Básica Tradicional (EABT) e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

No que diz respeito à construção do indicador, merece destaque o método adotado que seleciona todos os estabelecimentos de AB, mas propõe equivalência à Saúde da Família a partir da carga horária do médico, não prevendo, portanto a descrição de território.

Dessa maneira, identificam-se como principais limitações desse indicador:

- ✓ Subalimentação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), no quesito carga horária dos médicos (clínico, pediatra e ginecologista/obstetra) vinculados à Atenção Básica Tradicional, gerando estimativas distorcidas;
- ✓ Fragilidades da EABT em trabalhar os princípios ordenadores da Atenção Básica, inclusive a territorialização;
- ✓ Estimar acesso a consultas médicas e não a serviços e ações de AB;
- ✓ Dificultar a identificação do modelo de AB a ser implementado;

Com relação às potencialidades desse indicador pode-se identificar:

- ✓ Possibilitar o acompanhamento da cobertura da ABS como um todo, permitindo o redimensionamento da rede;
- ✓ Induzir a atualização permanente do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	2013	2015	2016
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Não calculado, visto Port. MS/SAS, nº1319 de 2014, mudanças de regras no CNES	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e		

	regionalização em saúde.
Método de Cálculo*	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ de ESF} + \text{N}^\circ \text{ de ESF equivalente}) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$ <p>O cálculo da população coberta pela Atenção Básica tem como referência 3.000 pessoas por equipe de atenção básica, conforme PNAB – Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2488/11).</p> <p>I - Como calcular a equivalência de carga horária do profissional médico para equipe de Atenção Básica (tradicional) em relação à equipe da Estratégia de Saúde da Família.</p> <p>Passo 1 – Instalar o TABWIN (http://cnes.datasus.gov.br/ > Serviços > Recebimento de arquivo > TABWIN CNES).</p> <p>Passo 2 – Clicar em Arquivos Auxiliares e Manuais e realizar download dos arquivos tab36.zip e tabcnes_DEF-CNV_201107.zip.</p> <p>Passo 3 - Instalar o TABWIN e descompactar os arquivos de definição (tabcnes_DEF-CNV_201107.zip).</p> <p>Obs.: Em caso de dúvida na instalação do TABWIN, consultar o manual (Roteiro_Obtenção-Instalação.doc), também disponível no <i>site</i> do CNES em Arquivos Auxiliares e Manuais.</p> <p>Passo 4 – Em seguida, realizar download do(s) Arquivo(s) do CNES para tabulação no TABWIN.</p> <p>Passo 5 - Selecionar o estado desejado e o arquivo de extensão < PF + CÓD. UF + AAMM.dbc > da competência que será analisada. AAMM: Ano e mês da competência em análise.</p> <p>Passo 6 – Abrir o TABWIN e selecionar o arquivo de definição PROFISSIONAL para executar a tabulação.</p> <p>Opções] DEF=C:\Users\Documents\TabWin\CNES\Profissional.def PATH=PROFISS\PF*.DB? Linha=Municipios-UF Incremento=Horas Ambulator. Suprime_Linhas_Zeradas=true Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Ocupação-Múltiplo: 225124 MÉDICO PEDIATRA 225125 MÉDICO CLÍNICO 225250 MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA Tipo de Estabec.: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE POSTO DE SAÚDE UNIDADE MOVEL FLUVIAL UNIDADE MOVEL TERRESTRE Esfera Administrativa: FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL [Arquivos] PFUFAAMM.DBC</p> <p>Obs.: O exemplo acima foi realizado para o cálculo da cobertura de um estado. Caso seja realizado para verificar a cobertura de um município, incluir em [Seleções_Ativas] o item Municípios-UF e selecionar o município desejado.</p> <p>Passo 7 - Após obter a tabulação descrita acima, deve-se dividir a carga horária total encontrada por 60 (que corresponde a 60 horas ambulatoriais). O resultado será equivalente ao número de equipe(s) da ESF – Estratégia Saúde da Família.</p> <p>Obs.: Os dados tabulados por UF estão disponíveis no portal do DAB. (www.saude.gov.br/dab).</p>

	<p>Atenção! Para cada 60 horas acumuladas pelos profissionais médicos citados tem-se o equivalente a UMA Equipe de Saúde da Família (ESF).</p> <p>II - Como identificar o número de equipes Estratégia Saúde da Família e a população.</p> <p>O levantamento do número de equipes da ESF implantadas no município/estado e os dados da população para o cálculo poderá ser acessado no portal do DAB: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php</p> <p>Obs.: Em caso de dúvida, consultar a Nota Técnica disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf.</p> <p>Passo 1 – Escolher uma das Opções de Consulta.</p> <p>Obs.: No exemplo a seguir foi utilizada a opção Unidades Geográficas por Competência.</p> <p>Passo 2 – Selecionar Unidades Geográficas por Competência, depois a competência por mês e ano a ser calculada, e a unidade geográfica, que pode ser o estado ou o município desejado.</p> <p>Passo 3 – Para realizar o levantamento dos dados da população e do número de equipes ESF implantadas, selecionar em Campos a serem exibidos no relatório:</p> <p>População e Nº de ESF implantadas, conforme ilustrado abaixo.</p> <p>Passo 4 – No Resultado da Consulta escolher Visualização em tela ou Exportar para o tipo de arquivo a ser utilizado.</p> <p>Atenção! O indicador de cobertura não deve passar de 100%, caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador o “Número total de habitantes residentes”.</p>
Fonte	<p>Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)</p> <p>Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)</p> <p>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p>
Responsável pelo Monitoramento no Estado	<p>Juliana Lopes - 3184-0592 / 3184-0593</p> <p>gerencia.eq@gmail.com</p>

Anexo: Passo a passo do Método de Cálculo conforme Nota Técnica nº 40/2013 e alteração conforme Nota Técnica nº 70/2014

JUSTIFICATIVA DA IMPOSSIBILIDADE DE CÁLCULO DO RESULTADO:

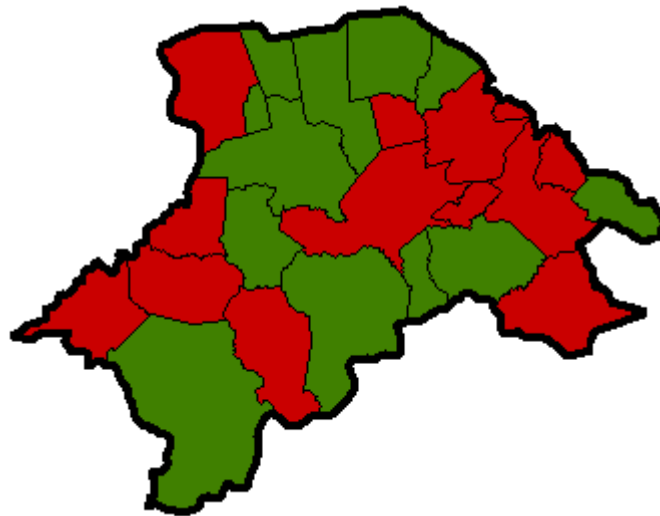
Considerando a Portaria SAS Nº 1319, de 24/11/2014, que estabelece regras no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);

Considerando o Art. 7º de referida portaria, o qual estabelece que ficam extintos os campos Esfera Administrativa, Natureza da Organização, Retenção de Tributos e Tipo de Prestador do CNES;

Informamos que o indicador Cobertura Populacional Estimada pela Equipe de Atenção Básica não poderá ser calculado, tendo em vista a supressão de variáveis na base de dados utilizada para a sua construção, que foi estabelecida pela portaria supracitada.

INDICADOR 2

Proporção de Internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Indicador 2 – Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)

A atenção básica fortalecida e adequadamente estruturada é fundamental na organização dos sistemas de saúde. Neste contexto, a utilização de processos avaliativos contribui para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidade de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema (TAMAYO et al., 2004; SANTANA, CARMAGNANI, 2001; FERNANDES et al., 2009).

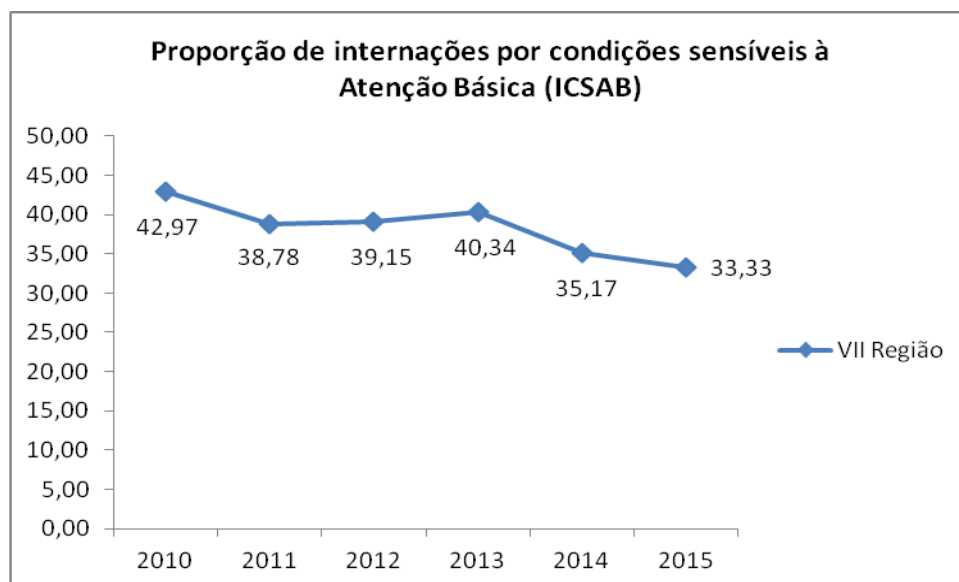
A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, a partir de uma assistência oportuna e adequadas na atenção básica, representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	2013	2015	2016
	Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica	27,27%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais		
Método de Cálculo	<p>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações por causas sensíveis à atenção básica, em determinado local e período}}{\text{Total de internações por todas as causas, em determinado local e período}} \times 100$		
Fonte*	Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Internações por causas sensíveis à atenção básica, conforme lista brasileira de ICSAB instituída pela Portaria SAS- 221/2008. Constituída por 120 categorias da CID-10 (com 3 dígitos) e 15 subcategorias (com 4 dígitos) (CID Principal).		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Juliana Lopes - 3184-0592 / 3184-0593 gerencia.eq@gmail.com		

Anexo: Alteração no campo Fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

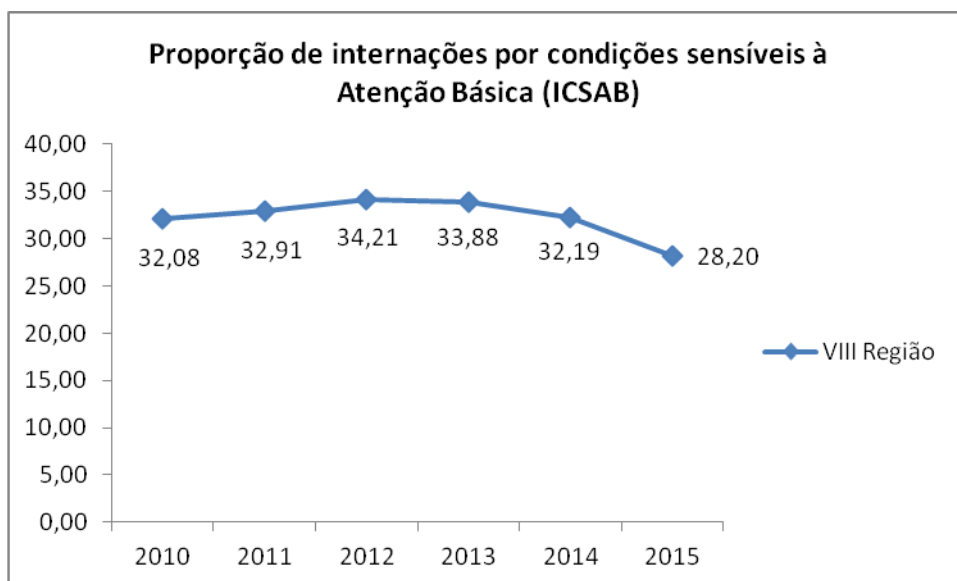


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	35,62	32,75	39,04	34,12	37,32	37,54	30,00
Cedro	52,07	47,76	45,71	50,20	40,81	41,63	28,00
Mirandiba	47,52	37,89	34,27	37,27	32,30	29,02	37,27
Salgueiro	37,77	35,58	38,65	39,23	34,30	34,13	18,00
Serrita	55,93	45,24	42,30	46,21	44,55	35,00	20,00
Terra Nova	52,03	39,52	41,32	44,58	32,56	24,41	20,00
Verdejante	45,57	46,56	39,34	45,20	34,82	37,28	30,00
Regional	42,97	38,78	39,15	40,34	35,17	33,33	

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar - SUS (SIAH/SUS)

Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

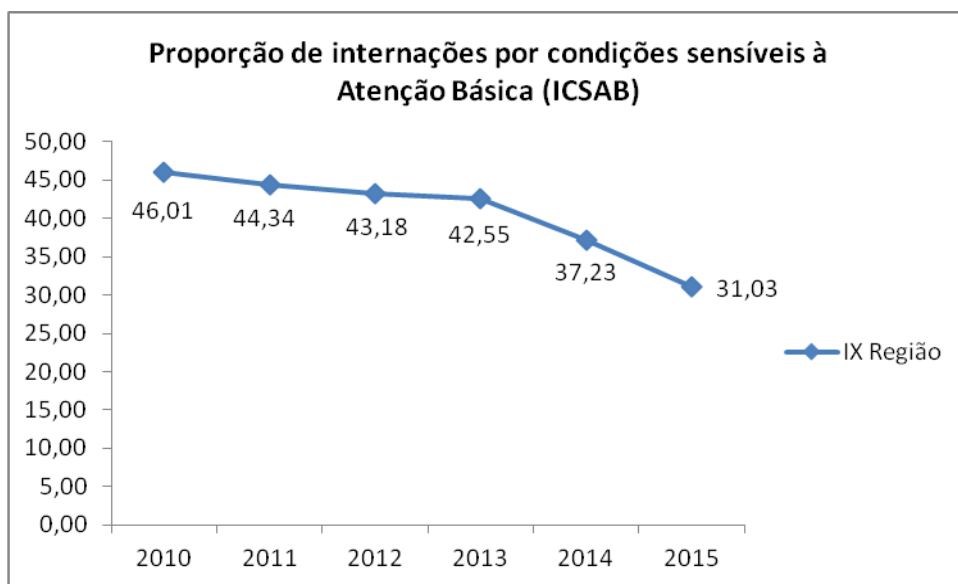


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	67,31	55,01	54,91	60,90	35,62	42,39	26,90
Cabrobó	45,25	40,20	40,09	40,09	37,28	28,79	37,00
Dormentes	54,19	57,76	59,83	63,39	65,65	52,14	20,00
Lagoa Grande	44,00	40,20	36,08	39,06	32,47	28,40	13,00
Orocó	41,80	42,03	36,19	41,18	30,36	28,42	30,93
Petrolina	23,17	25,90	30,35	27,57	27,94	26,18	28,00
Santa Maria da Boa Vista	34,32	42,83	38,68	36,02	38,36	30,89	33,00
Regional	32,08	32,91	34,21	33,88	32,19	28,20	

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar - SUS (SIAH/SUS)

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



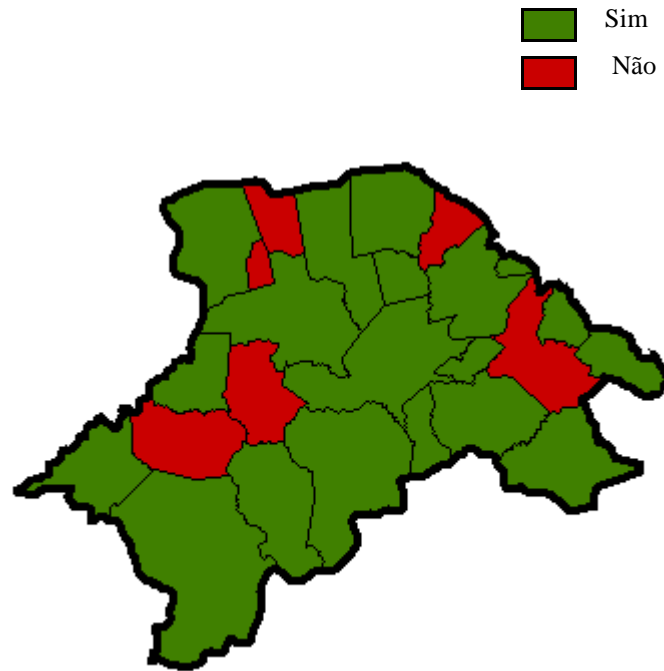
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	41,61	44,36	40,99	43,92	40,85	35,34	35,00
Bodocó	38,58	38,52	32,01	34,18	26,83	22,62	30,00
Exu	49,45	40,94	35,53	27,71	39,97	27,07	28,50
Granito	36,87	40,00	55,22	51,49	38,98	30,25	10,00
Ipubi	52,56	47,03	52,87	54,03	49,45	40,82	42,00
Moreilândia	54,51	50,83	46,12	47,71	31,75	13,46	40,00
Ouricuri	47,92	44,84	46,90	40,98	31,90	27,50	31,61
Parnamirim	43,27	44,46	39,68	38,04	29,38	24,30	16,00
Santa Cruz	42,81	44,16	52,86	52,02	37,62	29,74	46,00
Santa Filomena	26,26	22,99	26,80	27,27	25,71	22,22	10,00
Trindade	51,29	45,44	38,85	36,68	24,01	24,18	28,50
Regional	46,01	44,34	43,18	42,55	37,23	31,03	

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar - SUS (SIAH/SUS)

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 3

Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Indicador 3 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa nacional de transferência condicionada de renda que atende cerca de 12 milhões de famílias pobres brasileiras.

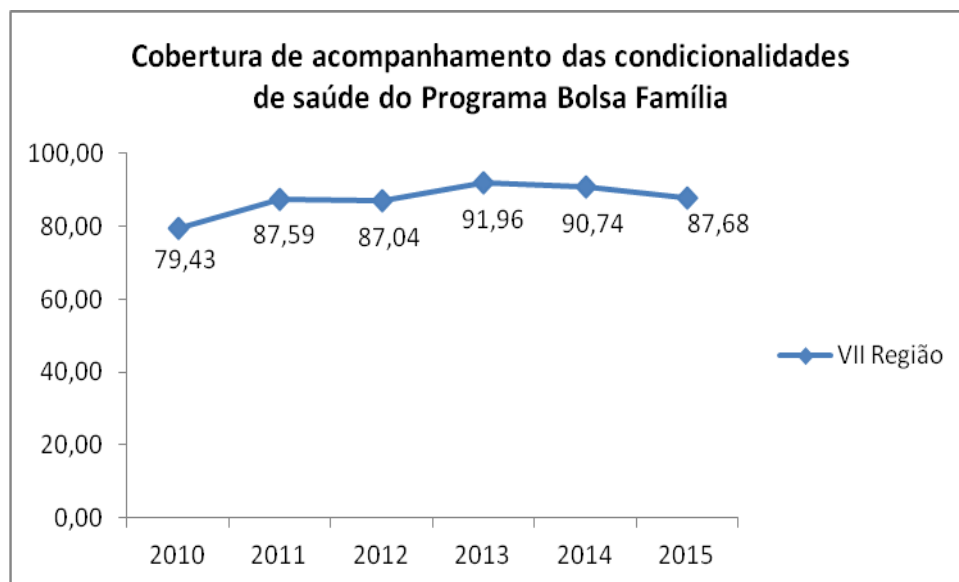
Pernambuco atende mais de 800.000 famílias. As famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma equipe de PACS/PSF ou por uma unidade básica de saúde. É fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades da saúde, deixando-a ciente de sua responsabilidade na melhoria das suas condições de saúde e nutrição.

As condicionalidades ou a obrigatoriedade de inserção de escolares e de crianças, gestantes e nutrízes nos serviços de saúde é central no desenho do PBF.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	2013	2015	2016
	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	78,15%	74%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde) no que se refere às condicionalidades de saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{\text{Nº de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano}}{\text{Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rijane Barros - 3184-0601/3184-0488 segurancaalimentarpe@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

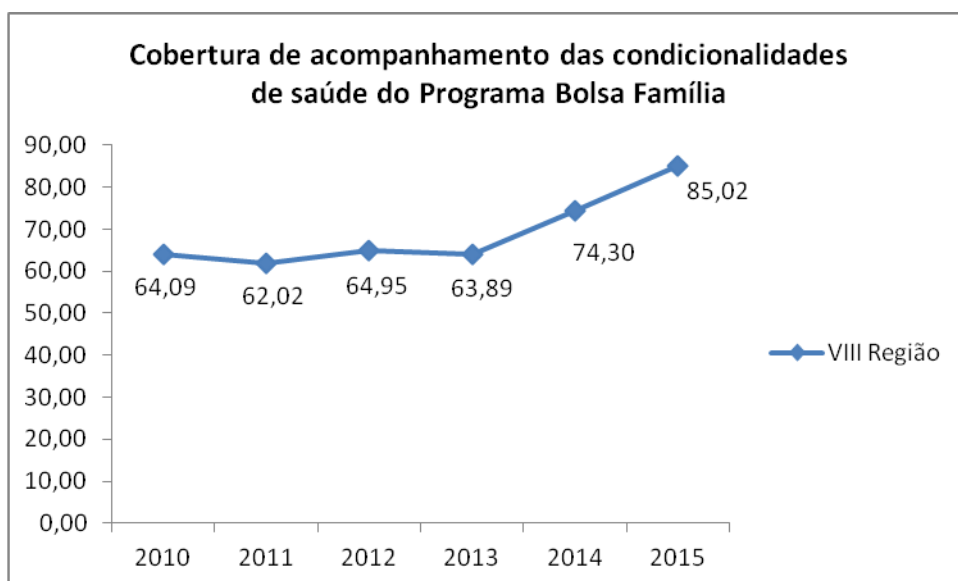


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	99,74	92,28	94,10	97,26	97,26	97,07	95,96
Cedro	71,14	72,93	82,03	76,41	76,41	75,49	80
Mirandiba	80,63	81,88	81,02	81,13	81,13	82,59	82
Salgueiro	84,74	96,72	90,62	96,28	96,28	99,10	95
Serrita	45,23	83,85	81,24	98,68	98,68	83,66	80
Terra nova	80,43	77,11	81,71	84,95	84,95	87,85	80
Verdejante	85,41	81,04	86,05	86,28	86,28	86,44	80
Regional	79,43	87,59	87,04	91,96	90,74	87,68	

Fonte: Sistema de gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF DATASUS/MS

■ Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

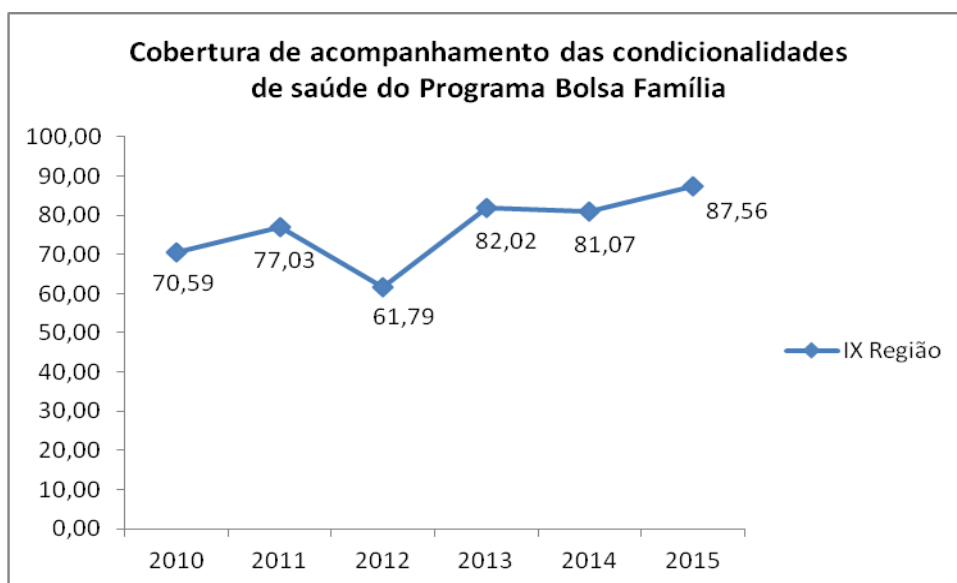


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	89,60	93,32	100,00	97,10	95,86	96,99	95,86
Cabrobó	96,34	85,47	92,83	94,16	94,46	96,67	80,00
Dormentes	99,96	91,53	86,22	83,35	94,84	98,12	100,00
Lagoa Grande	90,29	94,50	87,50	88,19	86,19	88,13	85,00
Orocó	82,73	80,57	85,44	82,06	85,67	100,00	85,67
Petrolina	42,81	40,53	46,24	52,81	66,39	81,10	55,00
Santa Maria da Boa Vista	80,55	83,38	88,70	44,78	65,34	72,90	60,00
Regional	64,09	62,02	64,95	63,89	74,30	85,02	

Fonte: Sistema de gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF DATASUS/MS

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	38,56	71,39	63,55	89,86	85,44	94,58	85
Bodocó	54,48	55,59	67,15	67,55	82,19	82,00	80
Exu	73,24	87,33	82,78	89,19	90,15	89,21	74
Granito	83,21	80,65	91,12	88,04	97,02	96,46	90
Ipubi	77,87	73,88	94,47	87,18	84,67	83,22	75
Moreilândia	55,56	59,76	41,97	80,97	79,53	76,35	80
Ouricuri	99,94	82,82	42,21	78,46	79,60	88,97	74
Parnamirim	80,39	81,74	81,23	80,60	45,29	92,62	85
Santa cruz	99,07	91,61	82,81	88,26	90,56	79,05	90
Santa Filomena	85,74	82,21	65,73	79,36	86,76	85,44	85
Trindade	80,48	86,56	32,77	71,62	70,41	72,99	74
Regional	70,59	77,03	61,79	82,02	81,07	87,56	

Fonte: Sistema de gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF DATASUS/MS

■ Municípios que não atingiram a meta

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Indicador 4 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal

A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi formalizada por meio da portaria Ministerial nº 1.444, de 28/12/2000, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (PSF). Esta portaria criou critérios e estabeleceu incentivos financeiros específicos para a inclusão de 01 ESB para cada 02 equipes de PSF, com vistas à reorganização da atenção básica odontológica no âmbito do município, tanto em termos de promoção de saúde e prevenção quanto na recuperação e manutenção da saúde bucal. Em 2003, com a Portaria GM nº 673/2003, o MS passou a financiar a ESB na proporção de 01 ESF: 01 ESB. Assim cada ESB passaria a cobrir, em média, 3.450 pessoas nos municípios com proporção de 01:01 (VIANA; MARTELLI; PIMENTEL, 2011).

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	2013	2015	2016
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	Não calculado, visto Port. MS/SAS, nº1319 de 2014, mudanças de regras no CNES	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população.		
Método de Cálculo*	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{(\text{Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas}/40) * 3000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) - Nº de equipes da saúde bucal, Nº de profissionais, Especialidade, Carga horária Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE – População		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo César - 3184-0579 p2caesar@yahoo.com.br/saudebucalpe@gmail.com		

*Anexo: Passo a passo do Método de cálculo conforme Nota Técnica nº 40/2013 e alteração conforme Nota Técnica nº 70/2014

JUSTIFICATIVA DA IMPOSSIBILIDADE DE CÁLCULO DO RESULTADO:

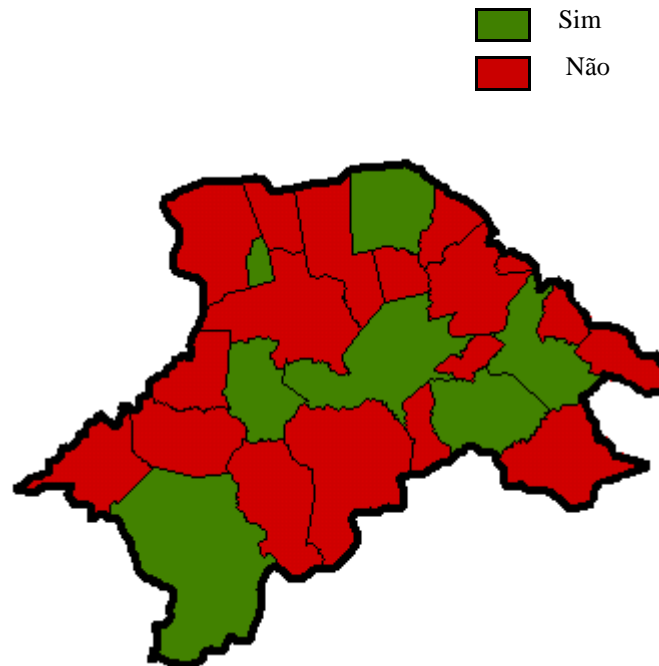
Considerando a Portaria SAS Nº 1319, de 24/11/2014, que estabelece regras no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);

Considerando o Art. 7º de referida portaria, o qual estabelece que ficam extintos os campos Esfera Administrativa, Natureza da Organização, Retenção de Tributos e Tipo de Prestador do CNES;

Informamos que o indicador Cobertura Populacional Estimada pela Equipe de Atenção Básica não poderá ser calculado, tendo em vista a supressão de variáveis na base de dados utilizada para a sua construção, que foi estabelecida pela portaria supracitada.

INDICADOR 5

Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

Esse indicador tem a importância de garantir o acesso da população à medida de prevenção da cárie dental pela adoção de hábitos saudáveis, a partir do estímulo a escovação com cremes dentais com flúor. Esta ação pode ter a supervisão direta ou indireta dos Cirurgiões-Dentistas.

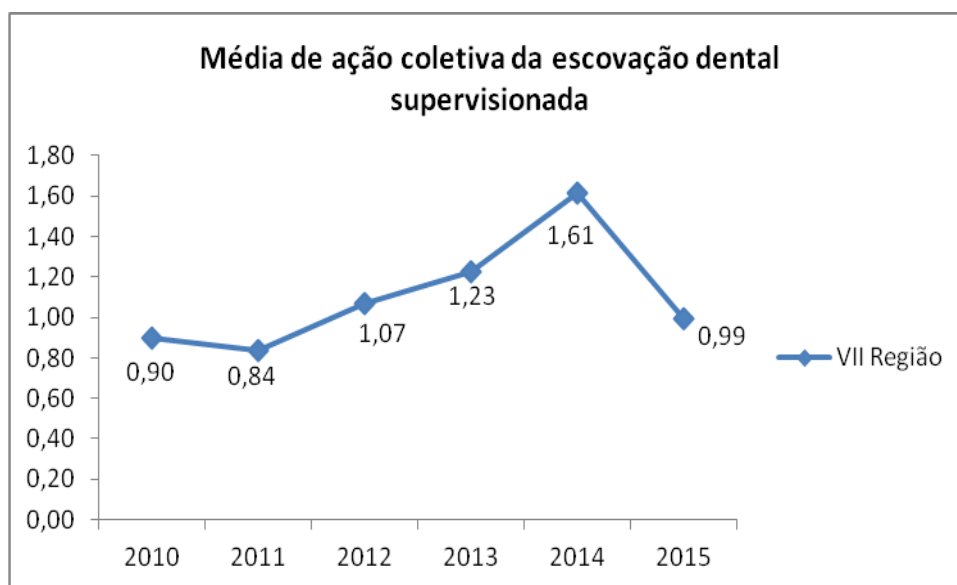
A cárie dentária situa-se entre as doenças crônicas de maior prevalência em todo o mundo e dentre suas consequências incluem dor, sofrimento, infecção, perda dentária e necessidade de tratamento restaurador.

Os fluoretos, forma iônica do elemento químico flúor, são os principais responsáveis pelo declínio da cárie dentária no Brasil (PRES & ROSA, 1993). Além da redução da prevalência de cárie, o flúor age reduzindo a velocidade de progressão de novas lesões.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	2013	2015	2016
	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	1,93%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{\text{Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses/12}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada) IBGE - População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código: 01.01.02.003-1)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo César - 3184-0579 p2caesar@yahoo.com.br/saudebucalpe@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

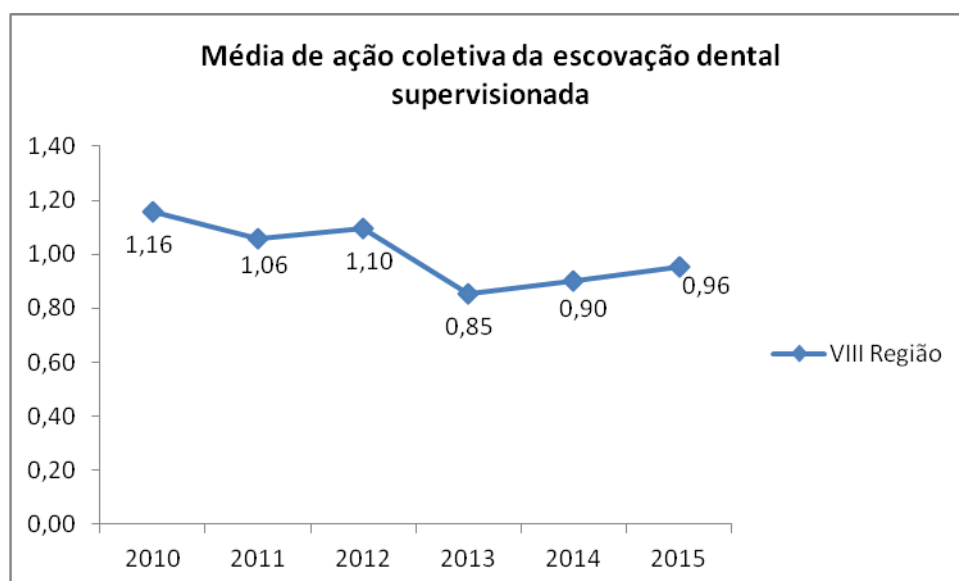


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém do São Francisco	0,00	0,04	0,03	0,00	0,00	0,00	0,5
Cedro	0,11	0,58	0,12	0,60	0,05	0,21	85
Mirandiba	0,70	0,41	0,14	0,20	0,88	0,15	0,9
Itapetim	1,68	0,81	2,83	7,22	3,71	3,62	3,71
Salgueiro	1,26	1,12	1,40	0,80	2,27	1,21	0,2
Serrita	0,83	1,44	0,52	0,27	1,02	1,00	1
Terra Nova	0,02	0,00	0,13	0,22	0,10	0,02	0,75
Verdejante	1,79	1,63	3,28	2,99	3,73	1,15	2
Regional	0,90	0,84	1,07	1,23	1,61	0,99	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

- Municípios que não atingiram a meta
- Municípios com pactuação incorreta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

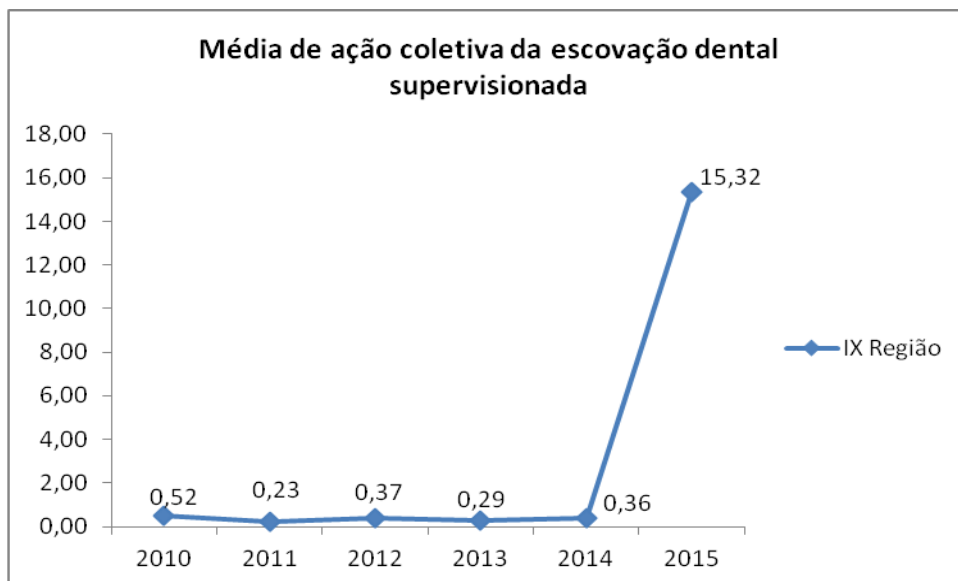


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	0,33	0,03	0,00	0,16	0,24	0,14	0,24
Cabrobó	3,21	1,21	1,37	0,65	0,41	0,38	0,36
Dormentes	0,26	0,20	0,30	0,07	0,06	0,03	1
Lagoa Grande	0,31	0,37	0,41	0,17	0,04	0,01	0,2
Orocó	0,14	0,31	0,01	0,03	0,03	0,00	0,03
Petrolina	1,29	1,37	1,42	1,15	1,26	1,35	1,2
Santa Maria da Boa Vista	0,28	0,06	0,05	0,05	0,02	0,00	0,1
Regional	1,16	1,06	1,10	0,85	0,90	0,96	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



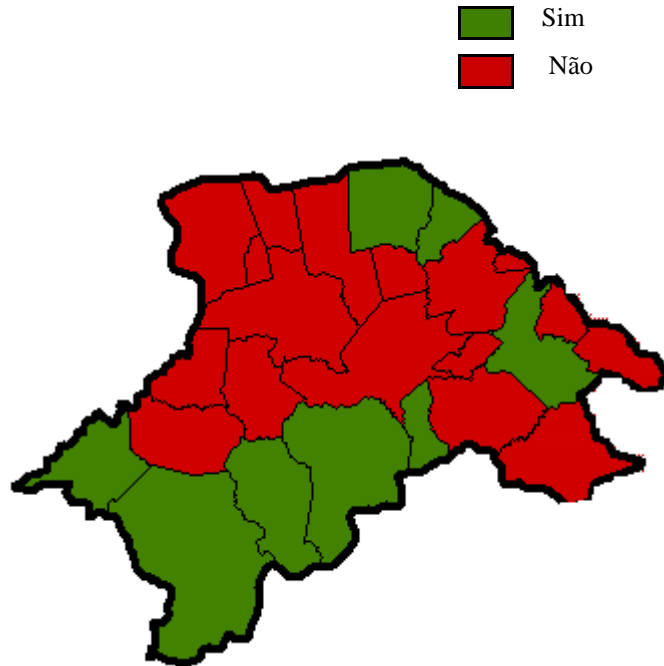
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	0,08	0,03	0,13	0,10	0,04	0,02	0,4
Bodocó	0,88	1,13	0,75	0,81	0,66	0,37	1
Exu	0,09	0,07	1,32	0,23	0,16	0,32	0,2
Granito	0,54	0,00	0,00	0,00	0,13	0,08	2
Ipubi	0,00	0,00	0,36	0,05	0,06	0,13	1,2
Moreilândia	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,5
Parnamirim	1,35	0,47	0,77	1,00	0,37	0,30	0,1
Ouricuri	1,17	0,23	0,21	0,27	0,74	0,46	0,8
Santa Cruz	0,01	0,02	0,21	0,12	0,22	0,38	0,18
Santa Filomena	0,64	0,13	0,05	0,06	0,00	0,00	0,3
Trindade	0,59	0,24	0,06	0,30	1,03	187,83	1,05
Regional	0,52	0,23	0,37	0,29	0,36	15,32	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 6

Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Indicador 6 - Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos

Os agravos bucais e suas sequelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de saúde pública, com graves consequências sociais e econômicas.

A associação entre indicadores da Atenção Básica à saúde bucal e condições sociais e econômicas são particularmente importantes para a formulação de políticas de saúde direcionadas a reduzir desigualdades em saúde, sobretudo no acesso e utilização dos serviços.

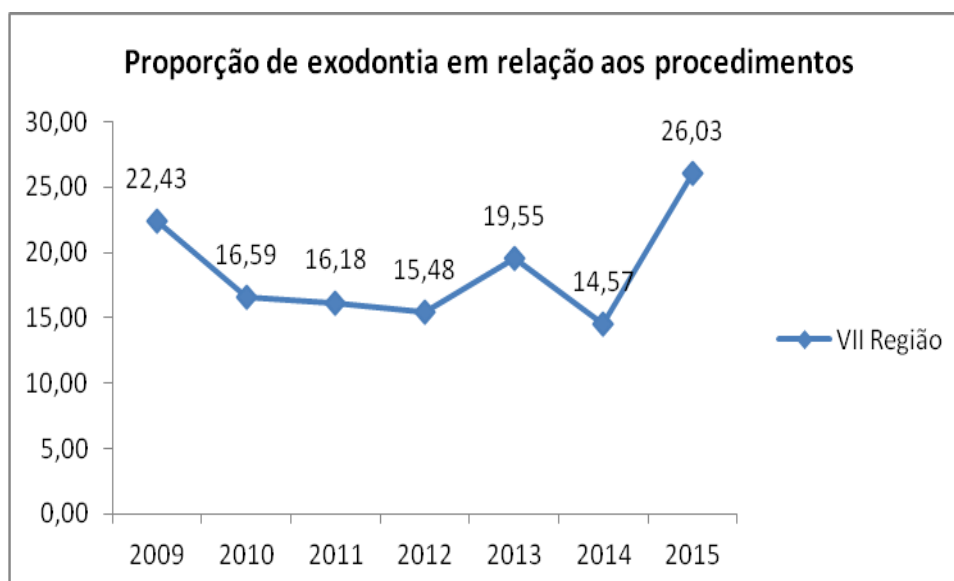
A melhoria do acesso das ações de saúde bucal, através da cobertura da Estratégia de Saúde da Família vem contribuir para que os procedimentos conservadores e coletivos sejam ofertados em maiores proporção em detrimento ao procedimento de exodontia.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos	2013	2015	2016
	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	18,12%	10%
Tipo de Indicador	Específico		
Relevância do Indicador	Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Nº total de extrações dentárias em determinado local e Período}}{\text{Nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$		
Fonte	<p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada) Critério de Seleção: Numerador - Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE e 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE) Denominador - Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 31 códigos de procedimento) e Período. 0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria; 0307010015 Capeamento pulpar; 0307010031 Restauração de dente permanente anterior; 0307010040 Restauração de dente permanente</p>		

	posterior; 0307020010 Acesso a polpa dentária e medicação (por dente); 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ Preparo biomecânico; 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020070 Pulpotomia dentária; 0307020088 retratamento endodôntico em dente permanente bi- radicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente Permanente uni- radicular; 0307020118 selamento de perfuraçãoo radicular; 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem corono- radicular (por sextante); 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada; 0414020073 Curetagem periapical; 0414020138 Exodontia de dente permanente; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020219 Odontosecção/ Radilectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo César - 3184-0579 p2caesar@yahoo.com.br/saudebucalpe@gmail.com

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

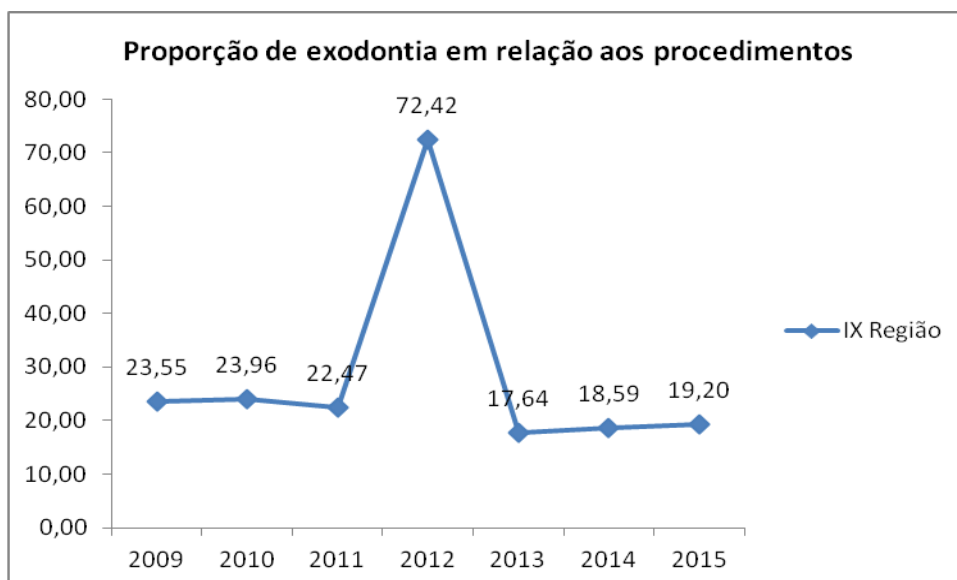


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	0,00	15,87	28,58	34,06	12,96	13,58	11,37
Cedro	28,39	22,36	13,81	12,57	10,23	10,70	9
Mirandiba	22,99	19,07	23,35	20,69	18,05	21,35	20
Salgueiro	10,63	9,28	9,49	11,88	9,18	10,46	12
Serrita	23,14	32,80	26,82	26,47	31,96	74,92	15
Terra Nova	39,53	40,47	52,59	47,66	51,11	57,59	40
Verdejante	15,69	20,12	20,71	23,91	15,79	16,64	12
Regional	16,59	16,18	15,48	19,55	14,57	26,03	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

 Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

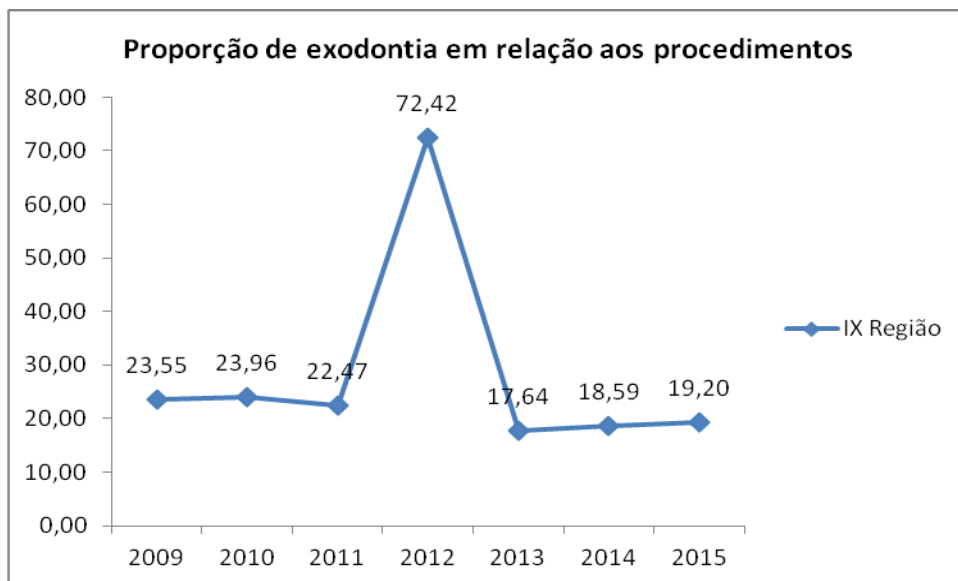


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	23,98	98,87	21,90	16,41	16,45	14,67	15
Cabrobó	16,15	14,07	6,88	4,35	10,19	8,10	7
Dormentes	49,70	33,85	33,70	42,51	39,07	36,59	20
Lagoa Grande	20,76	14,46	17,27	17,34	13,27	11,94	12,66
Orocó	37,61	6,58	27,57	14,20	14,20	0,00	14,2
Petrolina	12,00	1,80	13,65	14,21	13,52	12,29	18
Santa Maria da Boa Vista	28,56	16,76	20,59	23,93	17,61	17,53	19
Regional	17,18	39,19	13,24	11,18	14,09	12,66	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

 Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



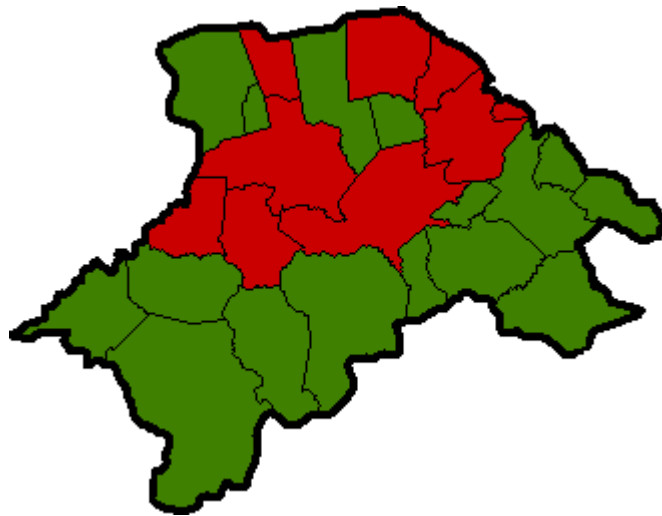
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	24,08	19,49	13,44	17,27	18,76	23,34	15
Bodocó	17,01	19,80	25,21	29,15	25,21	23,00	23
Exu	19,38	11,10	7,70	13,00	13,19	9,82	13
Granito	15,94	22,73	98,81	14,54	15,45	18,91	10
Ipubi	46,10	39,68	51,25	26,65	18,81	16,46	6
Moreilândia	13,65	12,49	13,32	9,23	11,66	8,21	10
Ouricuri	28,88	32,03	25,09	28,94	20,67	20,91	20
Parnamirim	6,97	9,99	8,54	10,91	10,08	12,37	12
Santa Cruz	55,19	25,28	11,22	22,70	21,16	21,52	19
Santa Filomena	32,55	31,03	34,96	33,72	22,34	27,19	25
Trindade	48,14	42,33	33,09	11,09	30,32	27,83	25
Regional	23,96	22,47	72,42	17,64	18,59	19,20	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 7

Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Indicador 7 - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente

A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além destes princípios o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção básica, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Desta forma, foram definidos sistemas de informação, de pagamento, e de controle, avaliação e regulação.

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, este componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec).

Os gestores estaduais têm se defrontado no seu cotidiano com o dilema da garantia do acesso, da qualidade e resolutividade por meio de conformação de redes de atenção à saúde, de forma equânime e integral, dentro do quadro de insuficiência financeira.

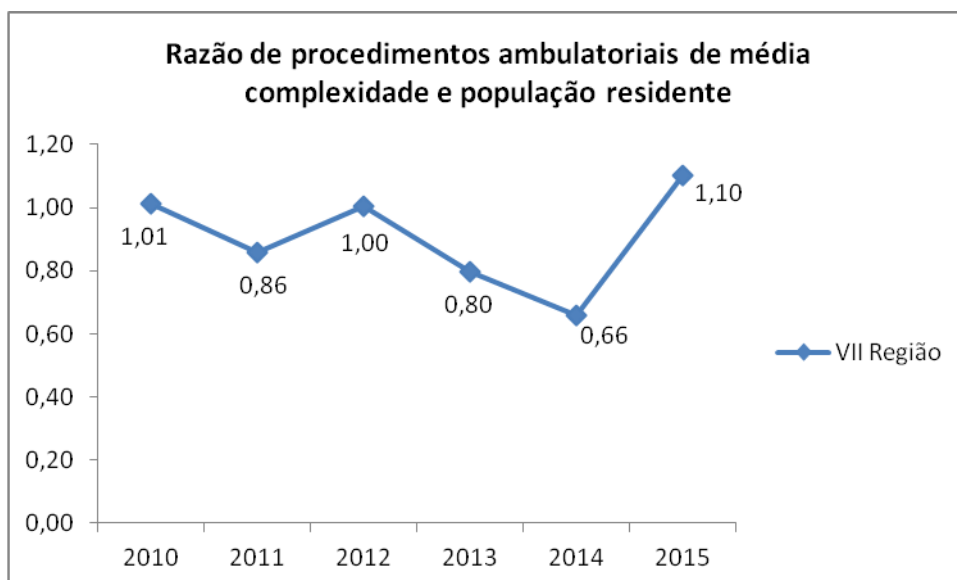
Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2015	2016
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente	1,18	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de média complexidade segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade realizados nos ambulatórios (BPAI e APAC) + o subconjunto destes procedimentos realizados nos hospitais (SIH)}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$		

Fonte*	<p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI) e Apac . Sistema de Informação Hospitalar (SIH) Quantidade aprovada</p> <p>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p> <p>Códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o calculo do indicador: 0201010151, 0201010160, 0201010585, 0201010607, 0201010666, 0202030059, 0202030237, 0202031080, 0203010043, 0203020014, 0205010032, 0405030045, 0405050097, 0405050100, 0405050119, 0405050151, 0405050372, 0409040240, 0409050083, 0506010023, 0506010031, 0506010040.</p> <p>Observação: Alguns destes procedimentos podem ser realizados tanto nos ambulatórios, quanto nos hospitais. O procedimento 0405050372 e de alta complexidade, pois como e uma cirurgia para catarata foi somado aos demais de media complexidade, para a mesma finalidade.</p>
Responsável pelo Monitoramento no Estado	<p>Gorete Medeiros - 3184-0534 dgais.ses@gmail.com Flávia Vilacham - 3184-0564</p>

*Anexo: Fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

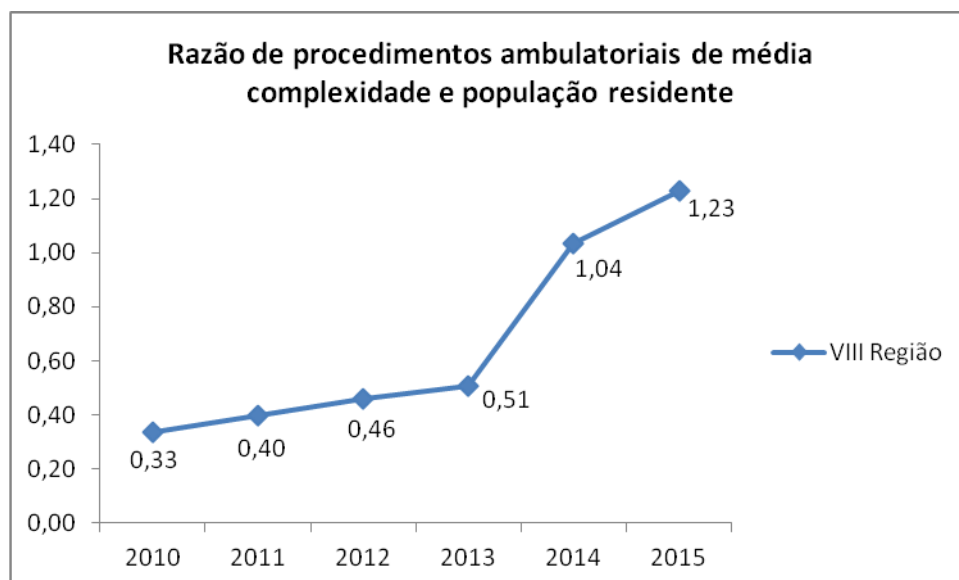


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	0,60	0,78	1,00	0,54	0,80	0,67	0,5
Cedro	0,66	0,52	0,32	0,26	0,43	0,50	42
Mirandiba	0,49	0,44	0,28	0,31	0,33	0,86	0,35
Salgueiro	1,70	1,69	1,43	1,43	0,91	1,58	1,5
Serrita	0,49	0,47	0,25	0,25	0,37	0,73	1,13
Terra Nova	0,49	0,47	0,28	0,40	0,48	0,95	0,4
Verdejante	0,55	0,37	0,36	0,30	0,33	1,06	0,33
Regional	1,01	0,86	1,00	0,80	0,66	1,10	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

- Municípios que não atingiram a meta
- Municípios com pactuação incorreta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

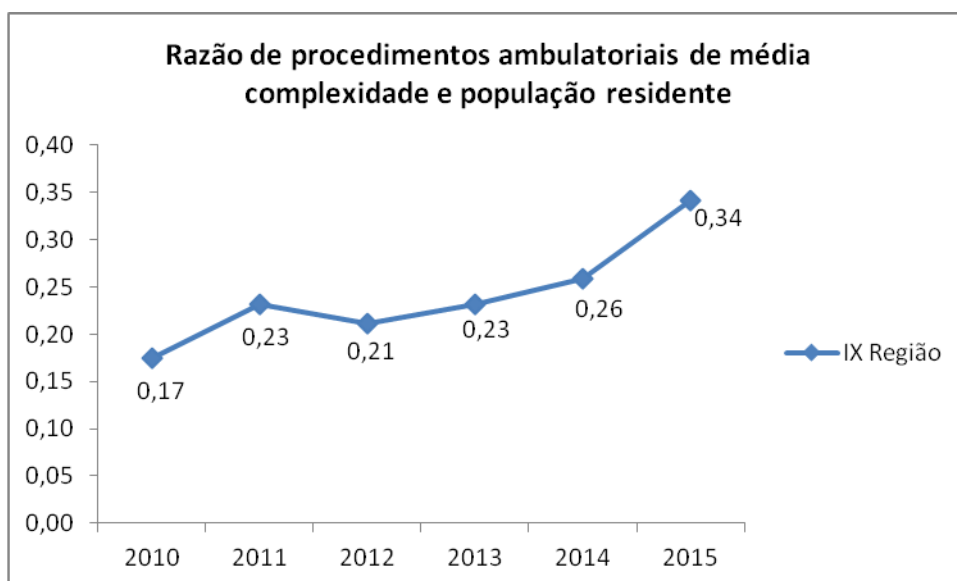


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	0,08	0,07	0,15	0,33	1,05	1,56	1,05
Cabrobó	0,18	0,23	0,36	0,33	0,84	1,11	0,8
Dormentes	0,02	0,23	0,27	0,57	1,06	1,49	1
Lagoa Grande	0,07	0,04	0,08	0,32	1,30	1,83	1
Orocó	0,08	0,12	0,14	0,17	0,51	1,02	0,51
Petrolina	0,45	0,62	0,48	0,59	1,08	1,18	0,6
Santa Maria da Boa Vista	0,05	0,13	0,22	0,28	0,83	1,12	0,2
Regional	0,33	0,40	0,46	0,51	1,04	1,23	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

- Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



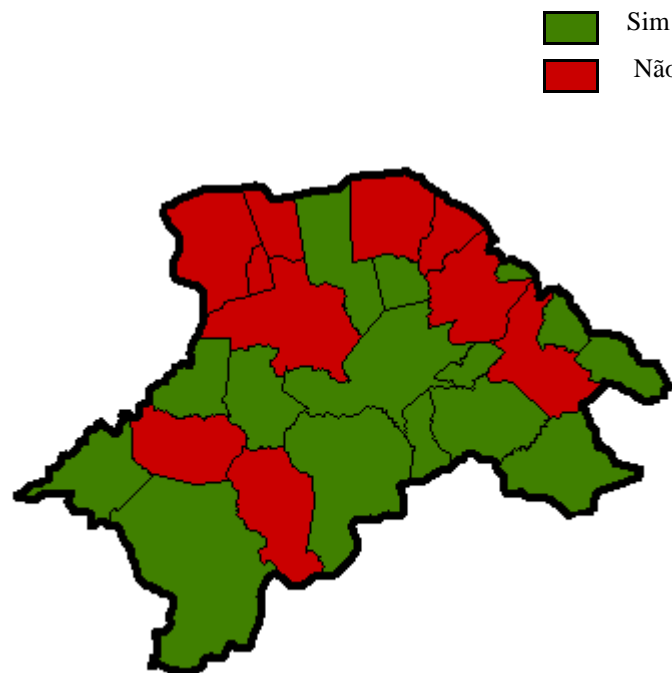
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	0,10	0,19	0,45	0,20	0,16	0,19	0,1
Bodocó	0,06	0,14	0,11	0,63	0,73	2,02	0,6
Exu	0,21	0,14	0,16	0,07	0,10	0,08	0,1
Granito	0,93	0,69	0,13	0,14	0,07	0,07	0,02
Ipubi	0,13	0,13	0,21	0,13	0,12	0,05	0,04
Moreilândia	0,06	0,22	0,40	0,41	0,12	0,09	1
Ouricuri	0,15	0,17	0,17	0,19	0,35	0,31	0,4
Parnamirim	0,60	0,43	0,46	0,26	0,37	0,39	0,4
Santa Cruz	0,32	0,16	0,20	0,32	0,29	0,31	0,5
Santa Filomena	0,10	0,25	0,20	0,20	0,11	0,11	0,2
Trindade	0,10	0,11	0,09	0,10	0,13	0,15	0,13
Regional	0,17	0,23	0,21	0,23	0,26	0,34	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 8

Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Indicador 8 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

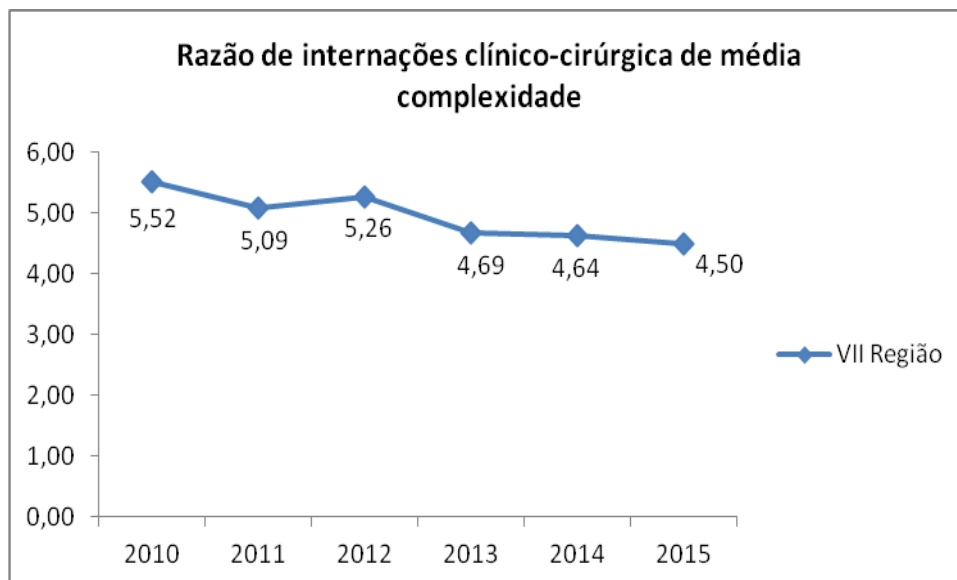
Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de internações clínico cirúrgicas de média complexidade e população residente	2013	2015	2016
	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente	3,35	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	<p>Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico cirúrgicas de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico-cirúrgica de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida.</p> <p>Subsídia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS.</p>		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de média complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$		
Fonte*	<p>Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/ acomp do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do conceito, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência recém-nascido.</p> <p>Os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos a seguir, classificados como de média complexidade:</p> <p>Procedimentos para diagnose: do código 0201010010 ao 0201010159, do código 0201010170 ao 0201010579, do código 0201010590 ao 0201010599, do código 0201010610 ao 0201010659, do código 0201010670 ao 0202030229, do código 0202030240 ao 0205010029, do código 0205010040 ao 0211099999, do código 0211120010 ao 0211129999.</p>		

	<p>Intern. clínicas: do código 0303010010 ao 0303099999, do código 0303110010 ao 0303169999, do código 0303180010 ao 0305029999, do código 0306020010 ao 0306029999, do código 0308010010 ao 0309069999.</p> <p>Intern. obstétricas clínicas: do código 0303100010 ao 0303109999.</p> <p>Out. cirurgias obstétricas: do código 0411010010 ao 0411010019, do código 0411010050 ao 0411020059.</p> <p>Intern. cirúrgicas: do código 0401010010 ao 0405050089, do código 0405050120 ao 0405050149, do código 0405050160 ao 0405050369, do código 0405050380 ao 0409040239, do código 0409040250 ao 0409050079, do código 0409050090 ao 0410019999, do código 0412010010 ao 0414019999, do código 0415010010 ao 0416139999.</p> <p>Observação: Foram excluídos os procedimentos realizados em hospitais e que foram selecionados e contabilizados no numerador do Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento no Estado</p>	<p>Gorete Medeiros - 3184-0534 dgais.ses@gmail.com Flávia Vilacham - 3184-0564</p>

*Anexo: Fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

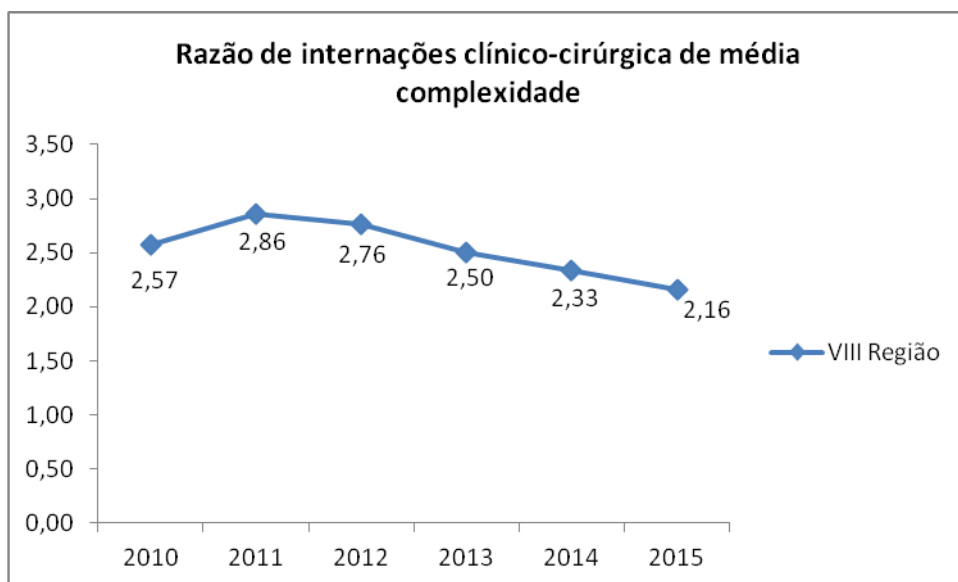


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	3,72	4,01	3,98	3,13	3,21	3,92	2,18
Cedro	3,23	2,84	3,27	2,95	2,73	3,03	1
Mirandiba	6,77	5,49	5,02	4,04	4,76	5,17	4,6
Salgueiro	6,65	6,31	7,01	6,29	5,67	5,07	9
Serrita	4,12	3,70	3,55	2,96	3,71	3,44	3,76
Terra Nova	5,98	5,15	4,37	5,13	5,55	5,25	0,1
Verdejante	5,59	4,70	4,36	4,16	4,23	4,22	1
Regional	5,52	5,09	5,26	4,69	4,64	4,50	

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

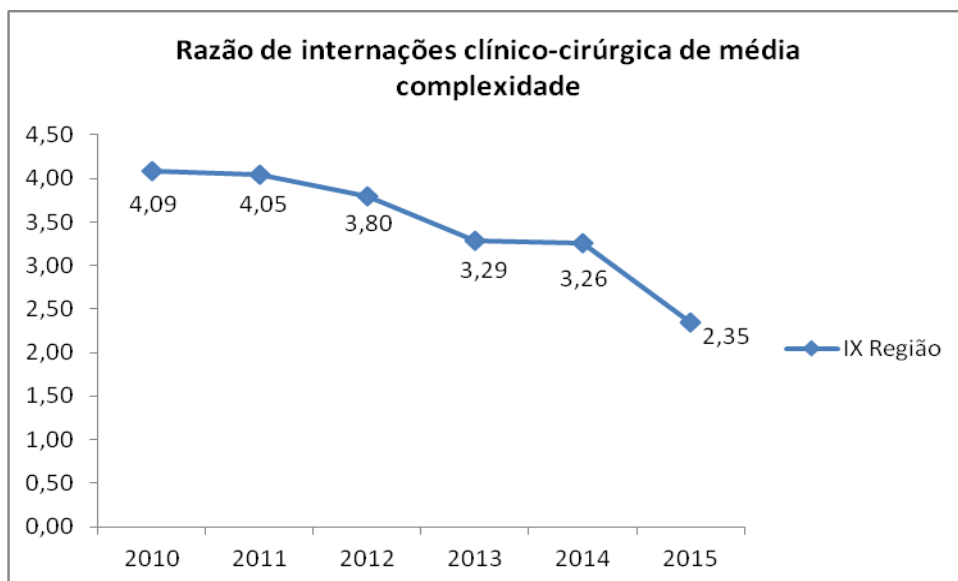


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	2,89	2,94	2,24	2,02	1,59	1,81	1,4
Cabrobó	3,89	3,99	3,24	3,02	2,55	2,05	1,7
Dormentes	3,18	3,39	2,49	3,11	2,97	2,00	3
Lagoa Grande	2,62	2,81	1,84	1,72	1,75	1,89	2
Orocó	2,42	2,08	1,99	2,51	1,88	2,14	1,85
Petrolina	2,49	2,83	3,00	2,62	2,48	2,31	2,1
Santa Maria da Boa Vista	1,83	2,18	1,76	1,53	1,53	1,43	0,9
Regional	2,57	2,86	2,76	2,50	2,33	2,16	

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



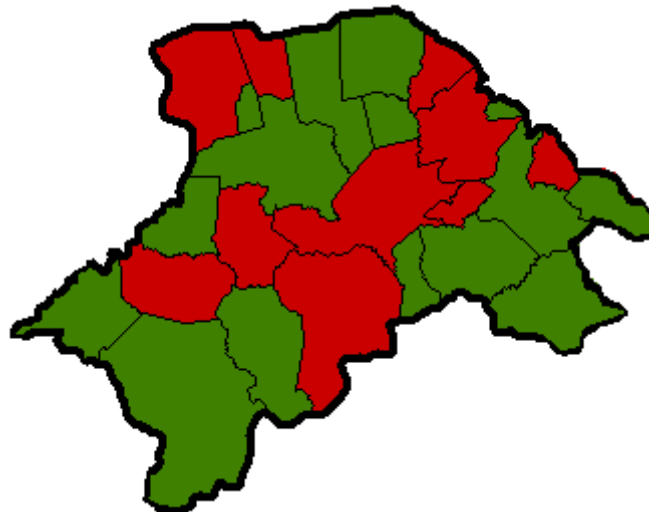
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	5,21	5,06	5,92	5,56	5,49	4,21	5
Bodocó	2,31	2,47	2,05	1,82	1,90	1,91	0,5
Exu	3,42	2,77	1,80	2,17	2,40	2,05	2,25
Granito	3,18	3,91	2,68	2,50	2,16	2,54	0,01
Ipubi	3,47	3,80	3,60	3,88	3,48	0,94	3,19
Moreilândia	8,11	6,89	2,31	1,80	0,83	0,77	3
Ouricuri	4,81	4,81	4,70	2,69	3,02	2,70	2,9
Parnamirim	3,96	4,57	3,57	2,73	2,63	1,85	1,2
Santa Cruz	3,17	3,51	3,22	3,05	2,71	2,74	2,6
Santa Filomena	1,29	1,19	1,32	0,93	0,94	1,15	0,8
Trindade	3,40	3,29	2,95	3,30	3,00	2,83	2,9
Regional	4,09	4,05	3,80	3,29	3,26	2,35	

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 12

Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo Nacional 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Indicador 12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

A Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) vem sendo implantada desde 2006 (Portaria MS/GM nº 1.356/2006) e tem como objetivo conhecer melhor a magnitude das causas externas (violências e acidentes) no país para subsidiar o desenvolvimento de ações de prevenção a esses agravos e de promoção da saúde e cultura de paz. Esta vigilância possui dois componentes: um pontual (VIVA - inquérito) e outro contínuo (VIVA - contínua).

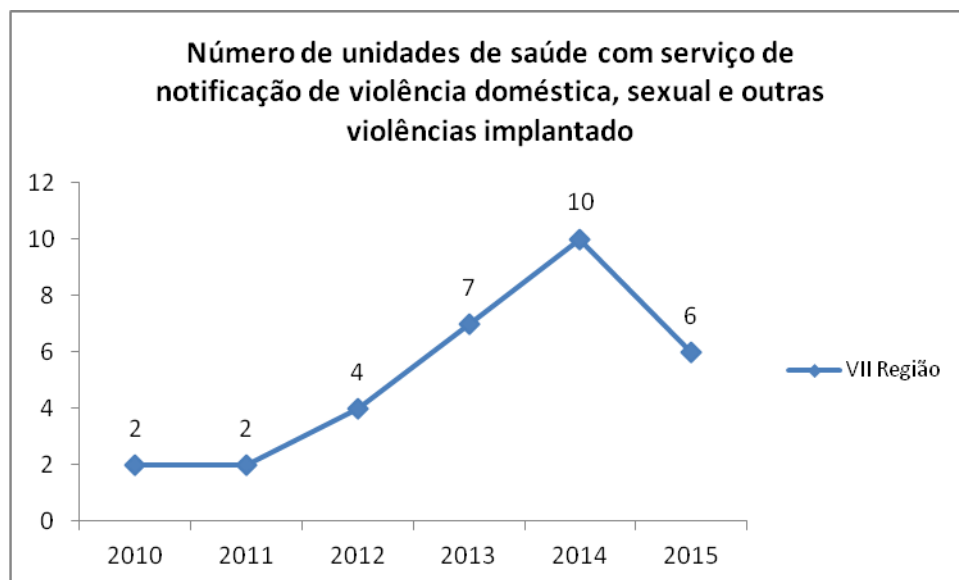
A VIVA - contínua contempla a violência doméstica, sexual e outras formas de violências interpessoais e autoprovocadas e realiza-se por meio do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual, específica para este agravo, em unidades de saúde que atendam a qualquer caso suspeito ou confirmado de violência, sendo esse o componente proposto para cálculo do indicador de Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Desde a publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a notificação de violência integra a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, assumindo caráter de notificação universal.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada	2013	2015	2016
	Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ ou outras violências ao ano Meta: ampliar em 20%	366	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Possibilita o acompanhamento e monitoramento da ampliação da cobertura da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências para atender à legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública; mede a sensibilidade da rede de atenção à saúde às notificações de violência; permite acompanhar a adesão da unidade de saúde à notificação.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> Número absoluto de Unidades de Saúde com notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Marcella Abath - 3184-0340 macella.abath@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



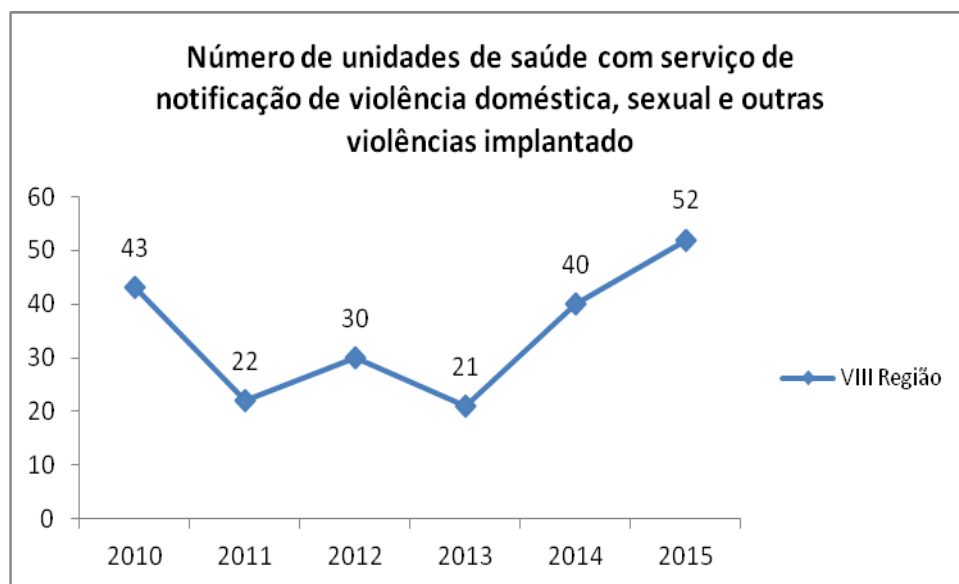
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	-	-	-	-	1	1	1
Cedro	-	1	1	1	1	1	1
Mirandiba	1	-	2	2	1	2	2
Salgueiro	1	1	1	3	5	2	2
Serrita	-	-	-	1	1	0	2
Terra Nova	-	-	-	-	-	0	1
Verdejante	-	-	-	-	1	0	2
Regional	2	2	4	7	10	6	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Dados atualizados em 04/03/2016, sujeitos à alteração

Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



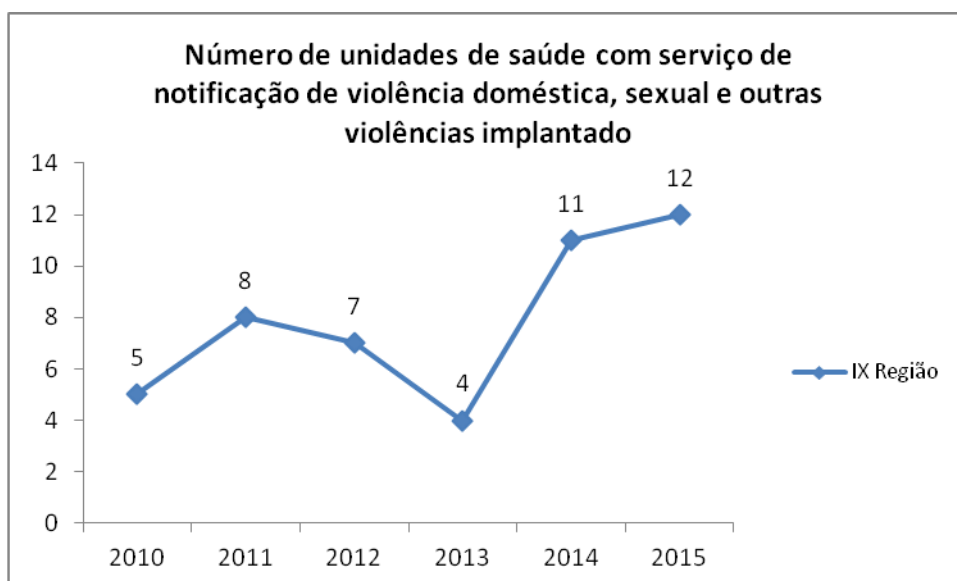
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	-	-	-	1	-	1	1
Cabrobó	-	3	5	5	4	5	4
Dormentes	-	-	-	-	1	2	7
Lagoa Grande	-	2	4	2	2	2	2
Orocó	-	-	-	-	1	2	1
Petrolina	42	15	19	9	26	33	26
Santa Maria da Boa Vista	1	2	2	4	6	7	11
Regional	43	22	30	21	40	52	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Dados atualizados em 04/03/2016, sujeitos à alteração

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	-	1	-	-	-	0	1
Bodocó	1	1	1	1	-	2	1
Exu	-	2	1	2	1	1	1
Granito	1	-	1	-	-	1	1
Ipubi	1	1	-	-	-	0	1
Moreilândia	-	-	-	-	-	0	1
Ouricuri	1	1	1	-	1	1	1
Parnamirim	-	-	-	1	1	1	2
Santa Cruz	-	2	3	-	1	1	3
Santa Filomena	-	-	-	-	5	4	1
Trindade	1	1	-	-	2	1	1
Regional	5	8	7	4	11	12	

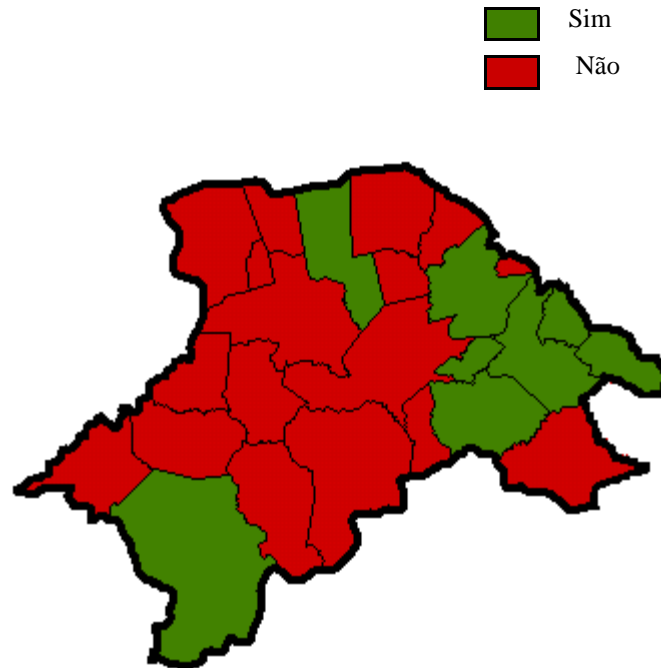
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Dados atualizados em 04/03/2016, sujeitos à alteração

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 18

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.1: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo do Útero.

Indicador 18 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária

O câncer de colo de útero ocupa uma importante posição como causa de mortalidade, especialmente em países menos desenvolvidos. É um câncer que tem vários fatores de risco identificados e para o qual está disponível um exame eficaz de detecção precoce: o exame de citologia oncótica, mais conhecido como Papanicolaou.

O objetivo do rastreamento do câncer do colo do útero é a detecção das lesões precursoras e da doença em estágio inicial para possibilidade de tratamento e consequentemente a diminuição da mortalidade pela doença.

No Brasil, o rastreamento populacional é recomendado prioritariamente para mulheres de 25 a 64 anos, através do exame de Papanicolaou, com periodicidade de três anos, após dois exames consecutivos normais, no intervalo de um ano.

Os benefícios do rastreamento do câncer do colo do útero são a oportunidade de tratamento das lesões precursoras e o melhor prognóstico da doença, diagnosticada precocemente, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada.

Dentre as diretrizes referentes à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Portaria GM 874/13), destaca-se que a implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento e diagnóstico precoce, deve ser realizada a partir de recomendações governamentais, com base em avaliação de tecnologia em saúde e avaliação econômica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo.

Para garantia da atenção integral em saúde, em tempo e local oportunos, com qualidade e uso racional dos recursos disponíveis, os diversos serviços de saúde que compõem o SUS devem estar organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas, orientadas pela atenção primária, e capazes de responder a necessidades de saúde individuais e coletivas.

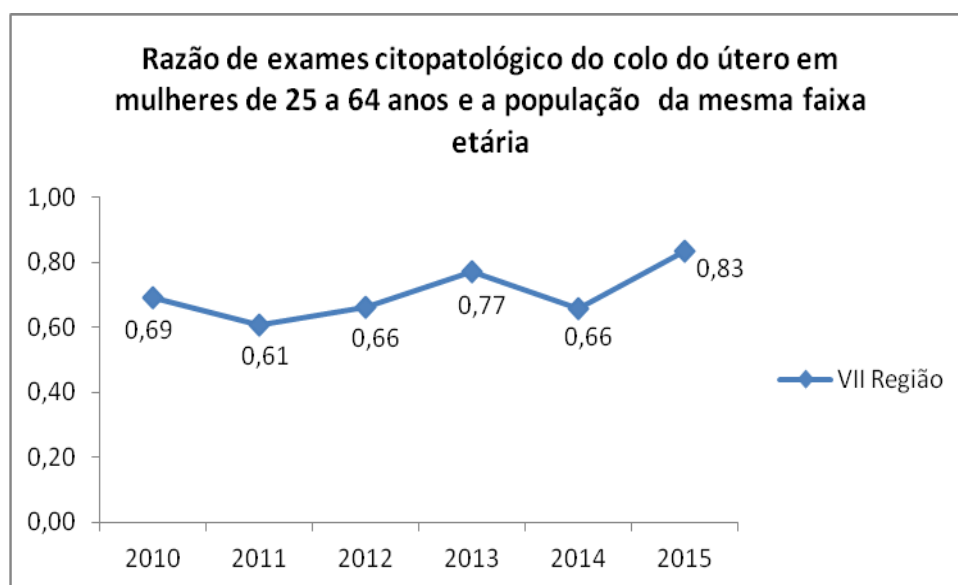
Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	2013	2015	2016
	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos	0,42	0,43
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos. Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.		

	Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano}}{\text{População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano} / 3}$
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS Quantidade apresentada Código do Procedimento: 0203010019 - exame citopatológico cérvico vaginal/microflora. 0203010060 - exame citopatológico cérvico vaginal-rastreamento
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Joyce Santos (Dados) - 3184-0604 Marta Rejane (Meta) smulherpe@gmail.com

Anexo: Alteração na periodicidade e nas recomendações conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



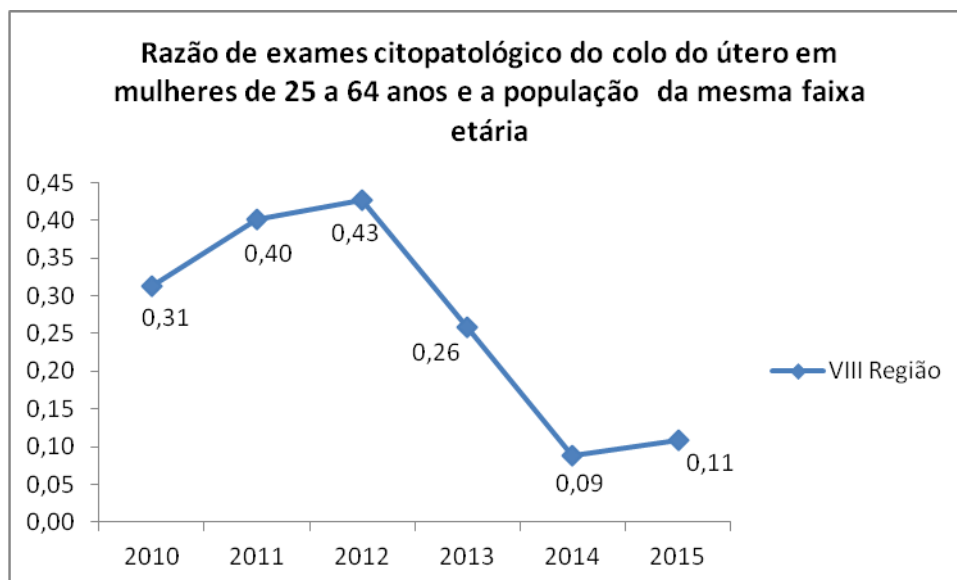
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	0,49	0,60	0,48	0,45	0,48	0,50	0,6
Cedro	0,34	0,38	0,48	0,58	0,43	0,60	16,3
Mirandiba	0,64	0,30	0,33	0,61	0,44	0,54	0,5
Salgueiro	0,86	0,82	0,83	1,04	0,76	0,96	0,5
Serrita	0,44	0,23	0,44	0,05	0,61	0,77	0,5
Terra Nova	0,68	0,63	0,75	1,19	0,93	1,32	1
Verdejante	0,98	0,58	0,91	1,09	0,73	1,03	0,55
Regional	0,69	0,61	0,66	0,77	0,66	0,83	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)



Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



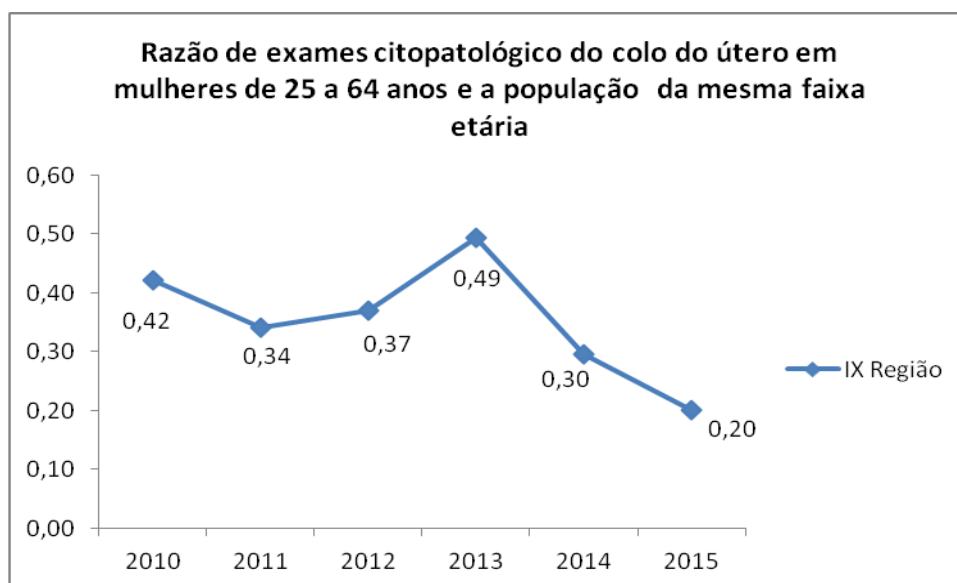
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	0,47	0,00	0,00	0,12	0,04	0,00	0,04
Cabrobó	0,69	0,93	0,81	0,13	0,08	0,31	0,08
Dormentes	0,42	0,19	0,27	0,11	0,07	0,00	0,40
Lagoa Grande	0,45	0,50	0,78	0,04	0,08	0,01	0,10
Orocó	0,51	0,59	0,43	0,12	0,02	0,02	0,02
Petrolina	0,23	0,41	0,45	0,32	0,10	0,12	0,07
Santa Maria da Boa Vista	0,64	0,01	0,01	0,16	0,03	0,01	0,04
Regional	0,31	0,40	0,43	0,26	0,09	0,11	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)



Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



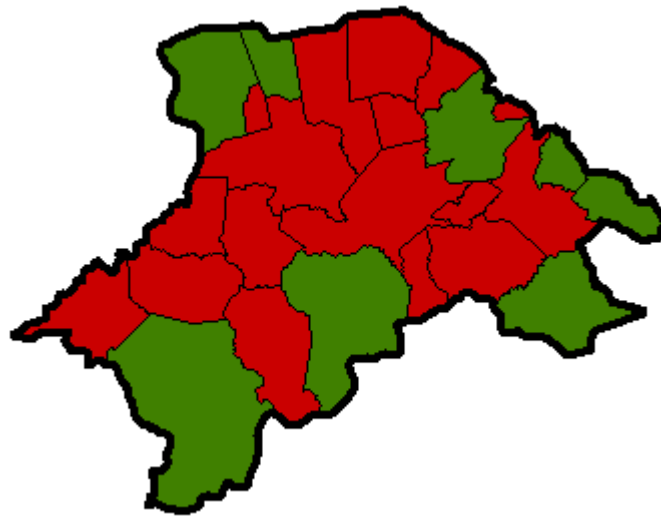
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	0,26	0,33	0,40	0,57	0,72	0,42	0,45
Bodocó	0,54	0,58	0,67	0,86	0,42	0,55	0,5
Exu	0,51	0,52	0,51	1,09	0,27	0,01	0,2
Granito	0,85	0,47	0,59	0,32	0,07	0,02	0,35
Ipubi	0,73	0,43	0,53	0,38	0,26	0,18	0,43
Moreilândia	0,71	0,29	0,54	0,75	0,15	0,02	0,43
Ouricuri	0,22	0,13	0,10	0,17	0,03	0,11	0,43
Parnamirim	0,39	0,27	0,20	0,07	0,07	0,02	1,9
Santa Cruz	0,66	0,43	0,52	0,45	0,09	0,01	0,7
Santa Filomena	0,64	0,42	0,15	0,32	0,03	0,01	0,6
Trindade	0,39	0,24	0,28	0,34	0,08	0,01	0,43
Regional	0,42	0,34	0,37	0,49	0,30	0,20	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 19

Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.

Indicador 19 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

O objetivo do rastreamento do câncer de mama é a detecção de lesões que ainda não são palpáveis (fase pré-clínica) e a consequente diminuição da mortalidade pela doença.

A mamografia, isoladamente ou associada ao exame clínico das mamas, é o método utilizado para o rastreamento do câncer de mama.

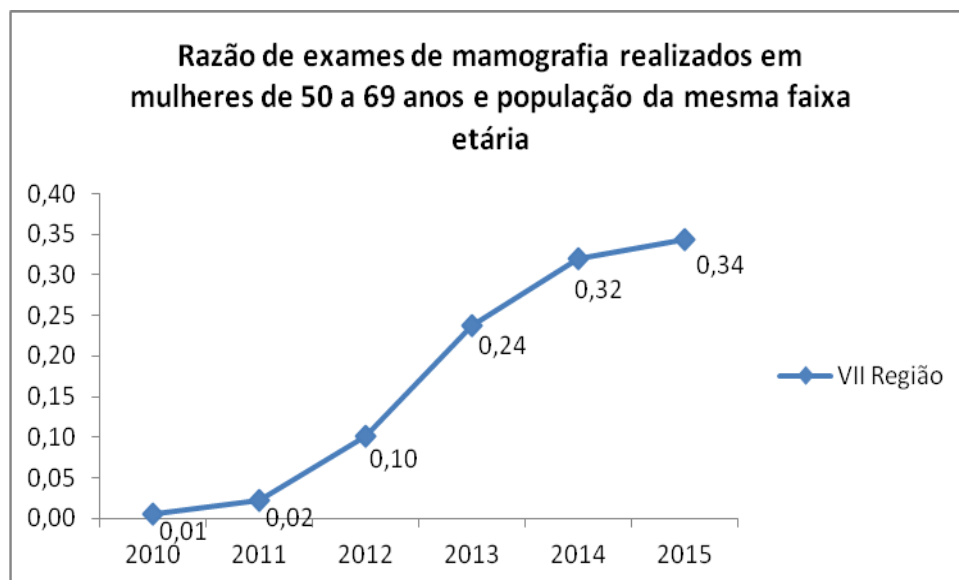
No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento mamográfico nas mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. Esta faixa etária e periodicidade são adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo. Os benefícios do rastreamento do câncer de mama são o melhor prognóstico da doença, tratamento mais efetivo e menor morbidade associada.

Dentre as diretrizes referentes à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Portaria GM 874/13), destaca-se que a implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento e diagnóstico precoce, deve ser realizada a partir de recomendações governamentais, com base em avaliação de tecnologia em saúde e avaliação econômica.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	2013	2015	2016
	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	0,42	0,45
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Nº de mamografias para rastreamentos realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano}}{\text{População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano}/2} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS Quantidade apresentada Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento.		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Joyce Santos (Dados) - 3184-0604 Marta Rijane (Meta) smulherpe@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

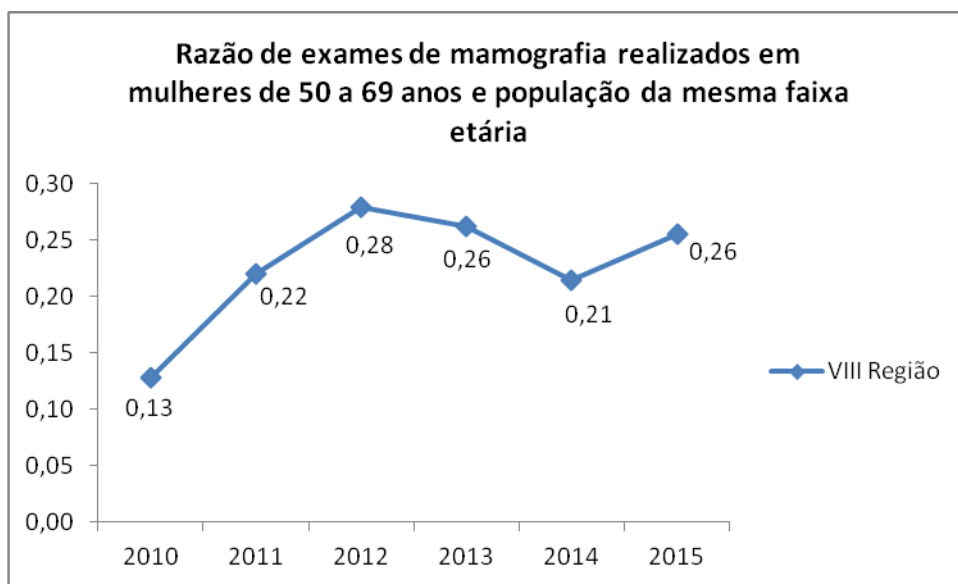


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	0,01	0,08	0,15	0,13	0,22	0,23	0,08
Cedro	0,00	0,01	0,07	0,38	0,39	0,38	18,1
Mirandiba	0,01	0,00	0,02	0,16	0,21	0,35	0,25
Salgueiro	0,01	0,02	0,13	0,26	0,32	0,32	0,36
Serrita	0,00	0,00	0,10	0,17	0,26	0,40	0,38
Terra Nova	0,00	0,01	0,04	0,29	0,56	0,47	0,5
Verdejante	0,00	0,00	0,06	0,35	0,48	0,46	0,3
Regional	0,01	0,02	0,10	0,24	0,32	0,34	

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

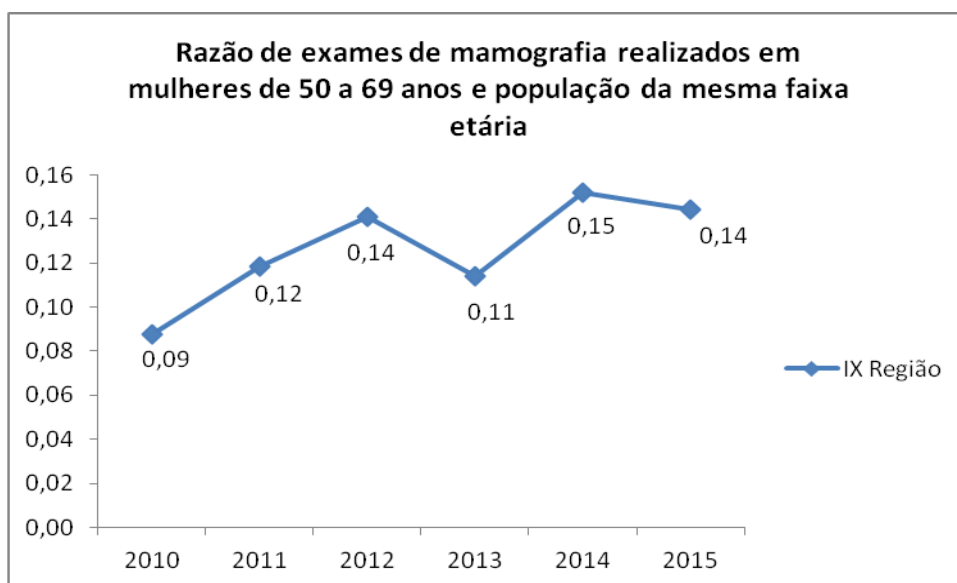
VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	0,04	0,09	0,08	0,11	0,10	0,04	0,1
Cabrobó	0,04	0,08	0,09	0,05	0,09	0,03	0,07
Dormentes	0,04	0,32	0,12	0,10	0,15	0,04	0,15
Lagoa Grande	0,06	0,16	0,10	0,09	0,10	0,04	0,1
Orocó	0,02	0,08	0,04	0,06	0,04	0,03	0,04
Petrolina	0,17	0,27	0,37	0,35	0,27	0,36	0,2
Santa Maria da Boa Vista	0,03	0,08	0,07	0,07	0,10	0,05	0,05
Regional	0,13	0,22	0,28	0,26	0,21	0,26	

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



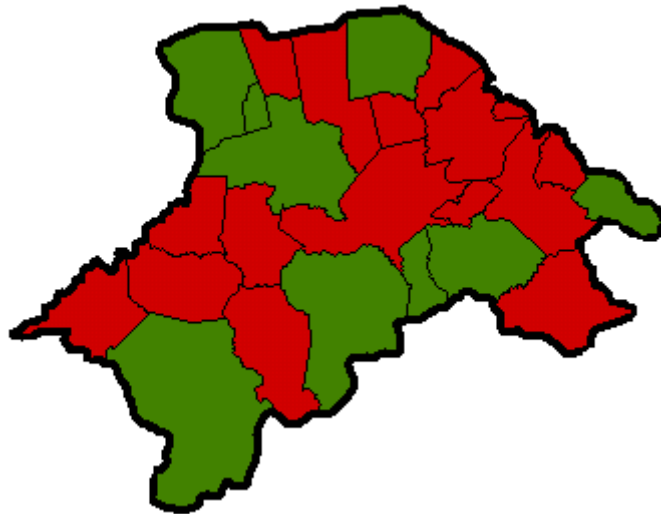
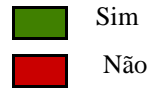
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	0,05	0,12	0,15	0,17	0,13	0,18	0,1
Bodocó	0,09	0,09	0,14	0,12	0,15	0,17	0,28
Exu	0,10	0,17	0,16	0,09	0,19	0,07	0,2
Granito	0,02	0,06	0,09	0,19	0,19	0,06	0,3
Ipubi	0,11	0,12	0,19	0,07	0,18	0,17	0,15
Moreilândia	0,07	0,09	0,11	0,11	0,16	0,13	0,39
Ouricuri	0,05	0,06	0,08	0,06	0,12	0,12	0,15
Parnamirim	0,18	0,22	0,21	0,13	0,13	0,16	1,8
Santa Cruz	0,16	0,13	0,24	0,15	0,16	0,09	0,15
Santa Filomena	0,22	0,19	0,17	0,12	0,10	0,08	0,1
Trindade	0,08	0,11	0,08	0,10	0,24	0,24	0,39
Regional	0,09	0,12	0,14	0,11	0,15	0,14	

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 20

Proporção de partos Normais



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 20 - Proporção de partos Normais

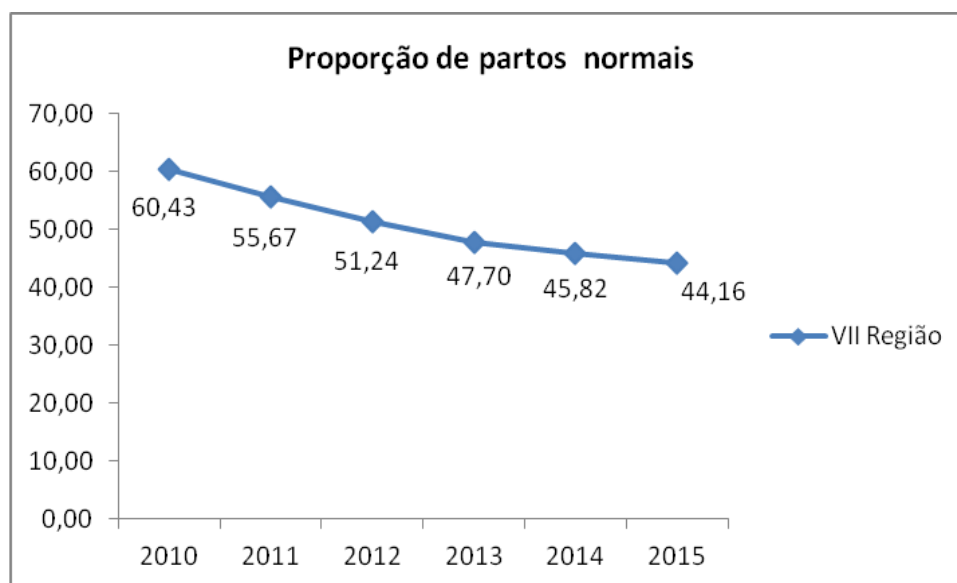
O parto normal é a maneira mais natural para dar a luz, está relacionado a menores taxas de complicações do parto, proporciona vários benefícios para a mulher, como recuperações mais rápidas e menores riscos de complicações pós-parto e que, não requer procedimentos invasivos. Mas é muito importante que a mulher faça o pré-natal, para avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde - OMS, o que pode refletir um acompanhamento inadequado do pré-natal e/ou indicações inadequadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

O pressuposto é que a decisão pela via de parto é influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos entre outros. Embora não recomendadas pelas OMS, as cesáreas ainda são feitas em maior número no Brasil.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de partos normais	2013	2015	2016
	Aumentar o percentual de parto normal	48,35%	49%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{\text{Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rosely Lira / 3184-0604 smulherpe@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

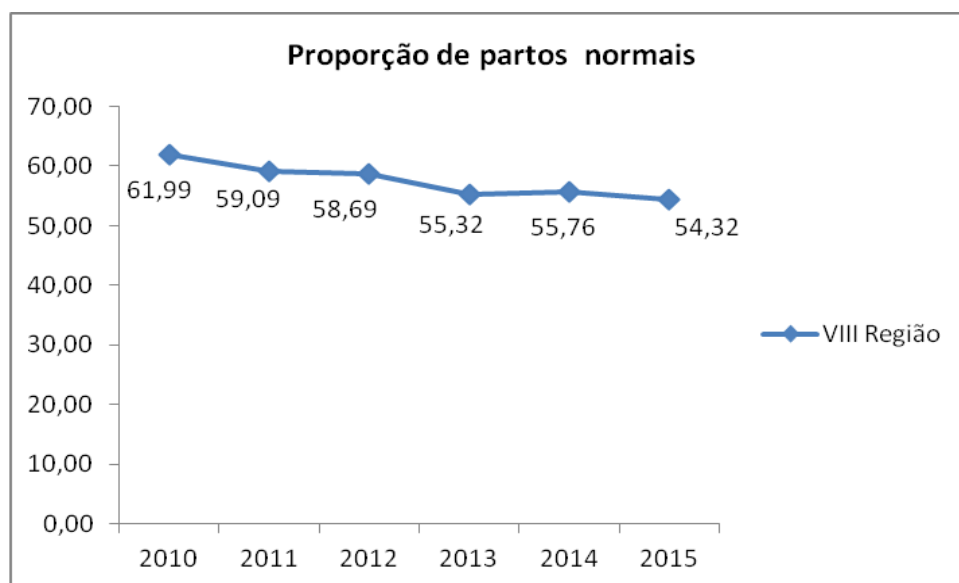


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	64,43	67,41	58,75	62,42	61,52	52,24	60
Cedro	60,87	55,10	56,45	48,30	43,23	47,09	48
Mirandiba	58,36	53,77	44,75	52,07	46,86	45,00	0,48
Salgueiro	58,44	50,22	46,80	39,67	37,91	38,22	39
Serrita	59,88	61,22	53,61	53,02	46,25	47,85	48
Terra Nova	60,67	57,14	53,91	42,28	40,28	35,21	40
Verdejante	67,68	46,02	52,84	42,67	46,94	45,16	48
Regional	60,43	55,67	51,24	47,70	45,82	44,16	

Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

- Municípios que não atingiram a meta
- Municípios com pactuação incorreta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

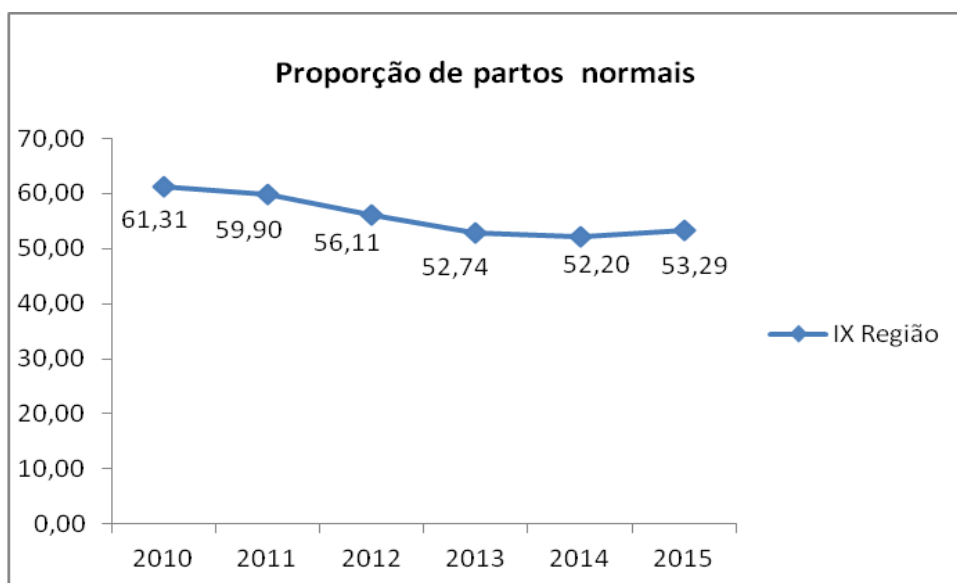


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	59,29	63,99	63,05	58,72	56,72	57,99	58,63
Cabrobó	53,04	46,33	47,64	53,07	50,26	52,83	48
Dormentes	59,82	58,43	56,32	55,44	43,21	43,78	50
Lagoa Grande	71,83	68,82	74,63	67,28	63,59	64,60	70
Orocó	75,00	62,08	66,02	55,60	59,87	61,38	59,48
Petrolina	60,40	57,88	57,11	53,76	54,93	52,47	52
Santa Maria da Boa Vista	71,63	68,29	66,94	62,36	64,40	66,21	61
Regional	61,99	59,09	58,69	55,32	55,76	54,32	

Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



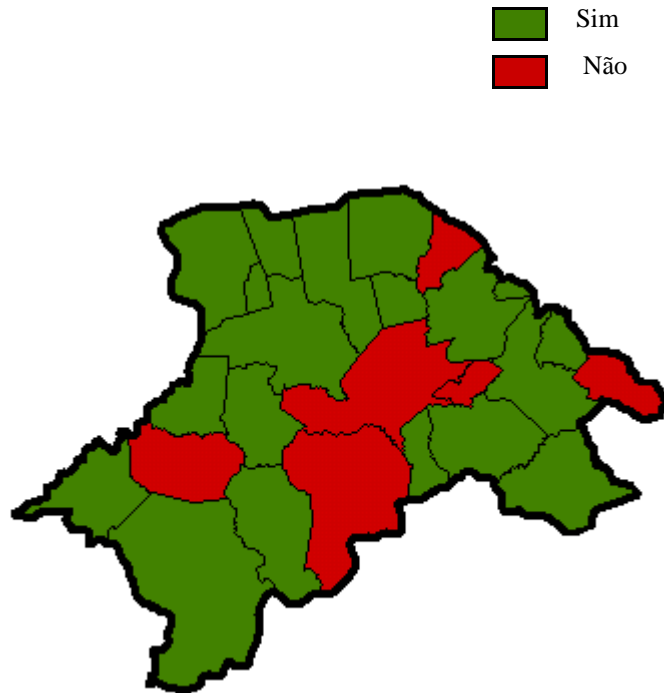
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	65,13	65,50	60,51	55,01	55,34	57,66	50
Bodocó	65,15	59,93	56,20	56,04	56,09	54,81	57
Exu	60,07	57,76	51,09	48,51	47,23	51,26	48
Granito	64,42	58,04	53,51	47,83	51,72	40,20	50
Ipubi	67,62	67,48	63,43	61,94	60,31	62,03	60
Moreilândia	60,26	66,48	47,59	41,72	52,02	43,03	45
Ouricuri	54,72	50,09	50,97	46,98	45,97	47,98	46
Parnamirim	60,05	60,20	55,47	54,58	57,43	54,95	58
Santa Cruz	50,95	65,54	64,81	54,11	53,79	52,81	57
Santa Filomena	67,65	67,62	56,42	63,43	61,62	53,40	60
Trindade	57,17	49,84	48,48	50,90	47,16	49,66	48
Regional	61,23	59,90	56,11	52,74	52,20	53,29	

Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 21

Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 21 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

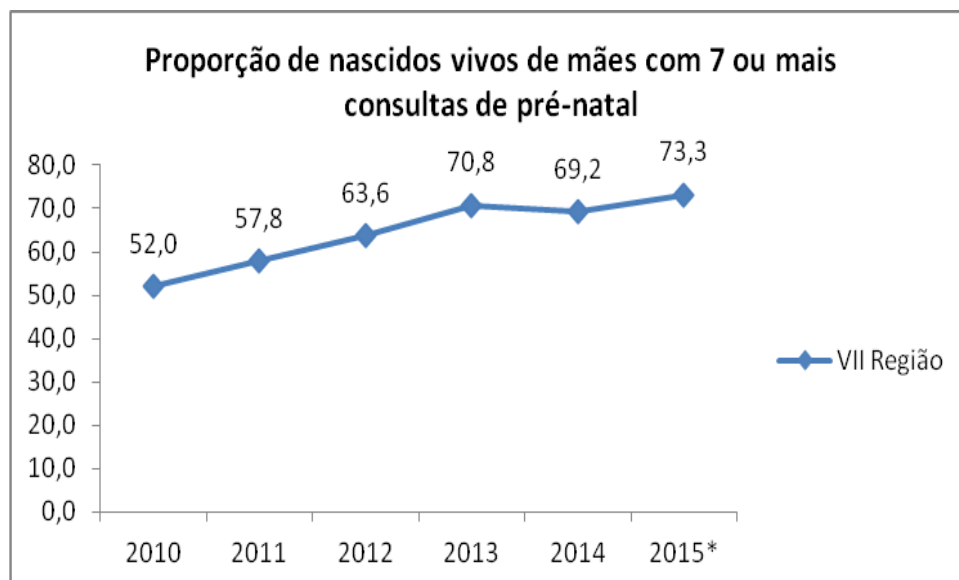
O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado á melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê.

Desde 2000, a normatização do Ministério da Saúde define como pré-natal adequado a realização de seis ou mais consultas, preconizando que quanto maior o número de consultas pré-natais maior a garantia de uma gestação e parto seguros. Sendo assim, o Observatório em Iniquidades em Saúde da Fiocruz, aponta como um dos indicadores de atenção preventivas a proporção de nascido vivos com sete ou mais consultas de pré-natal.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	2013	2015	2016
	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	62,77%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Mede a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Idalacy Barreto (Dados) - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com Saúde da Mulher (Meta)		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



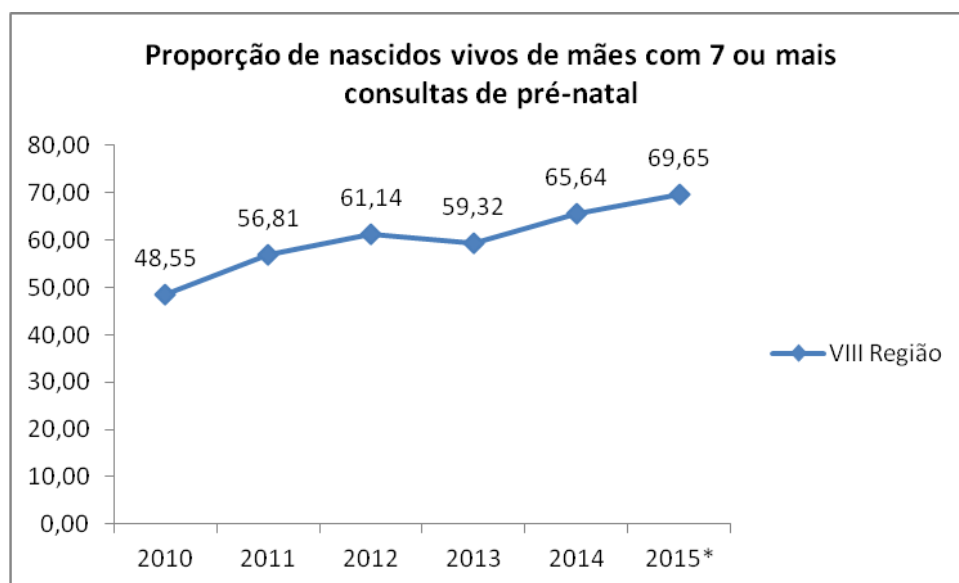
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	36,32	43,03	56,40	61,21	59,26	65,06	60
Cedro	59,90	76,02	62,37	73,86	73,94	83,07	75
Mirandiba	51,48	54,79	56,27	58,97	75,34	70,38	75,5
Salgueiro	57,79	59,56	66,34	74,61	67,21	73,78	72
Serrita	35,63	53,53	65,20	70,71	69,33	72,94	70
Terra Nova	73,33	74,29	71,09	81,88	86,13	78,87	85
Verdejante	57,32	59,66	67,61	74,00	74,22	74,19	74
Regional	52,0	57,8	63,6	70,8	69,2	73,3	

Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados captados em 15/06/2016, obtidos através de tabulação do TABWIN/SINASC, sujeitos a alteração.

Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



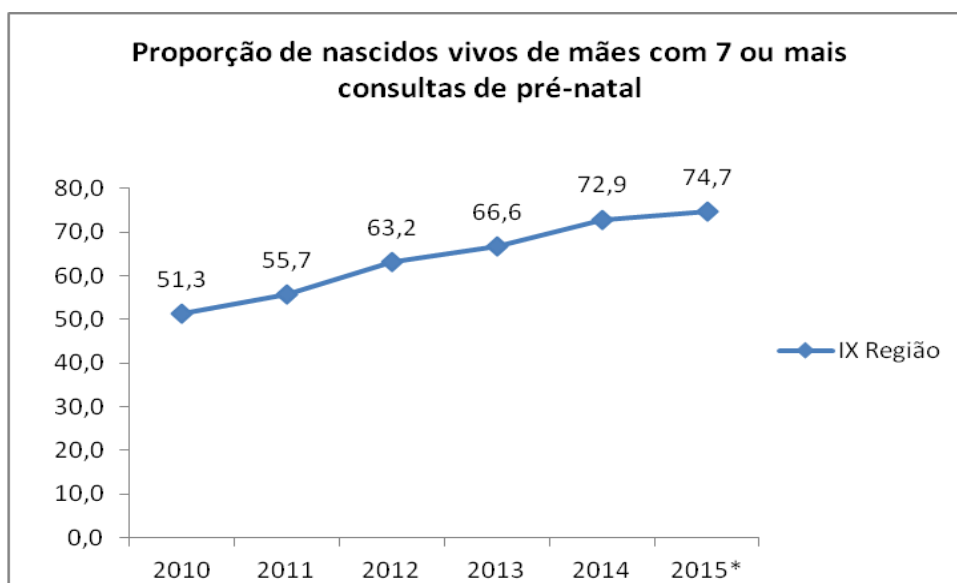
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	25,96	57,14	56,61	60,40	70,50	72,49	70,5
Cabrobó	50,89	61,00	70,00	63,60	88,40	86,62	65
Dormentes	47,51	70,04	65,90	70,88	77,63	78,71	90
Lagoa Grande	55,87	60,05	68,29	73,56	76,95	79,84	73,5
Orocó	50,41	62,08	66,80	75,09	75,46	79,66	75,46
Petrolina	46,86	54,11	57,54	54,79	60,01	66,17	56
Santa Maria da Boa Vista	63,00	65,01	76,83	76,15	79,25	74,01	75,5
Regional	48,55	56,81	61,14	59,32	65,64	69,65	

Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados captados em 15/06/2016, obtidos através de tabulação do TABWIN/SINASC, sujeitos a alteração.

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	51,89	52,88	64,02	63,59	68,69	71,69	65
Bodocó	64,33	70,84	70,97	77,59	80,36	82,21	77
Exu	38,46	59,07	75,82	73,51	72,63	78,45	72
Granito	38,46	50,89	74,56	73,91	81,63	85,29	75
Ipubi	62,04	56,91	59,72	68,93	77,52	74,81	65
Moreilândia	54,30	62,50	66,90	68,71	74,68	67,27	70
Ouricuri	43,57	56,13	58,82	61,05	71,84	73,99	65
Parnamirim	53,52	50,00	61,20	62,30	64,60	68,05	69
Santa Cruz	63,81	54,39	54,07	70,13	71,73	72,94	72
Santa Filomena	62,13	72,13	67,43	76,00	76,47	78,01	72
Trindade	39,10	41,85	54,65	64,05	77,80	77,36	70
Regional	51,3	55,7	63,2	66,6	72,9	74,7	

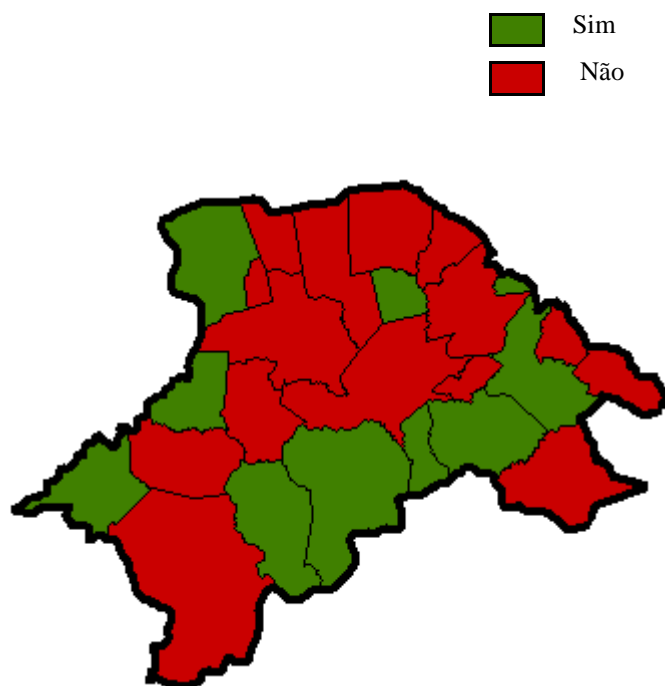
Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

* Dados captados em 15/06/2016, obtidos através de tabulação do TABWIN/SINASC, sujeitos a alteração.

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 22

Número de teste de sífilis por gestante



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade

Objetivo Nacional 3.2: Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante

A sífilis é uma doença infecciosa produzida por uma bactéria, o *Trypanema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual. Se não tratada, a doença pode evoluir a estágios que comprometem a pele e órgãos internos, como o fígado e sistema nervoso central.

A inclusão de sífilis na gestação como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória justifica-se por sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30% a 100% sem tratamento ou com tratamento inadequado.

As atuais recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal devem ser realizadas na primeira consulta, ainda no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre da gestação. O teste VDRL, é um recurso imunodiagnóstico utilizado para o diagnóstico da sífilis, faz parte do exame pré-natal sendo ofertado pela maioria das secretarias de saúde, espera-se que o número de testes realizados por gestante aumentem.

A assistência a essa população deve ter como principal objetivo evitar a comprometimento do feto e do recém-nascido, conforme recomenda a Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da Mulher, todas as mulheres devem ser assistida de forma integral e adequada às suas necessidades.

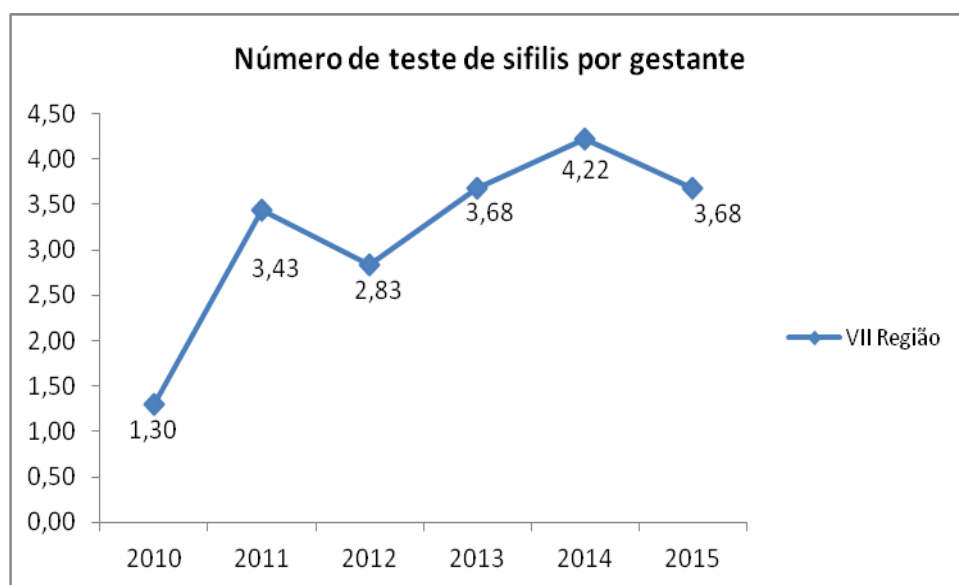
Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de teste de sífilis por gestante	2013	2015	2016
	Realizar pelo menos, 2 testes de sífilis	1,26	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Como indicador de concentração, expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.		
Método de Cálculo*	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e por local de residência}}{\text{Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local de residência}}$ <p>Observação:</p> <p>1. Para o numerador considerar os seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE 0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE</p> <p>2. Para o denominador considerar o total de internações pelo SUS dos</p>		

	seguintes procedimentos: 0310010039 PARTO NORMAL 0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO 0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO 0411010034 PARTO CESARIANO 0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Lilian Sampaio - 3184-0604 Saúde da Mulher

*Anexo: Alterações no Método de Cálculo conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



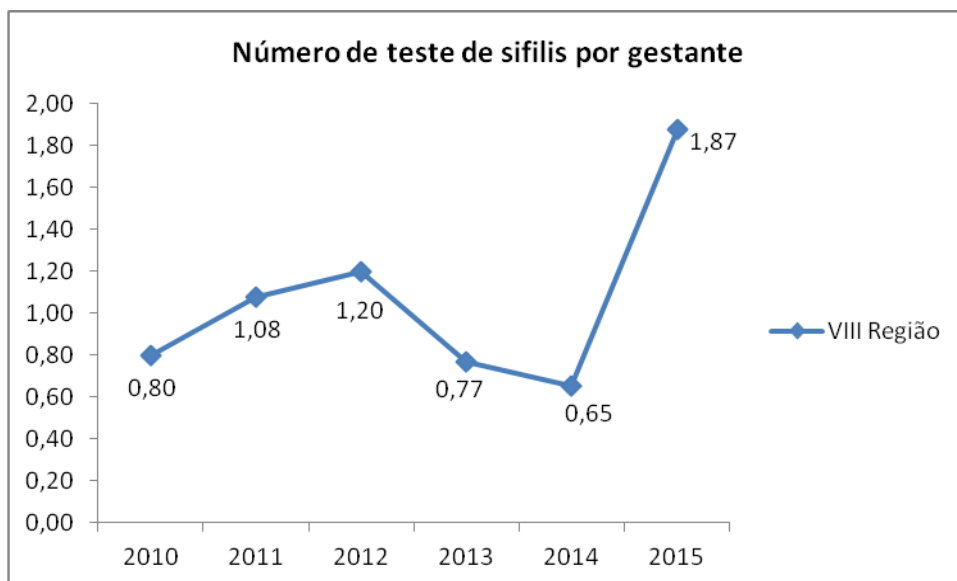
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	1,66	1,86	0,47	1,59	1,03	0,12	2
Cedro	2,13	4,26	0,18	1,27	6,27	5,41	2
Mirandiba	0,77	9,09	3,52	1,20	0,58	0,00	3,8
Salgueiro	1,01	6,62	6,06	7,66	8,13	6,84	1
Serrita	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1
Terra Nova	1,94	0,00	0,00	0,21	2,03	4,47	2,5
Verdejante	1,67	1,15	0,75	1,21	0,48	2,16	1,2
Regional	1,30	3,43	2,83	3,68	4,22	3,68	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Municípios que não atingiram a meta

Municípios com pactuação incorreta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

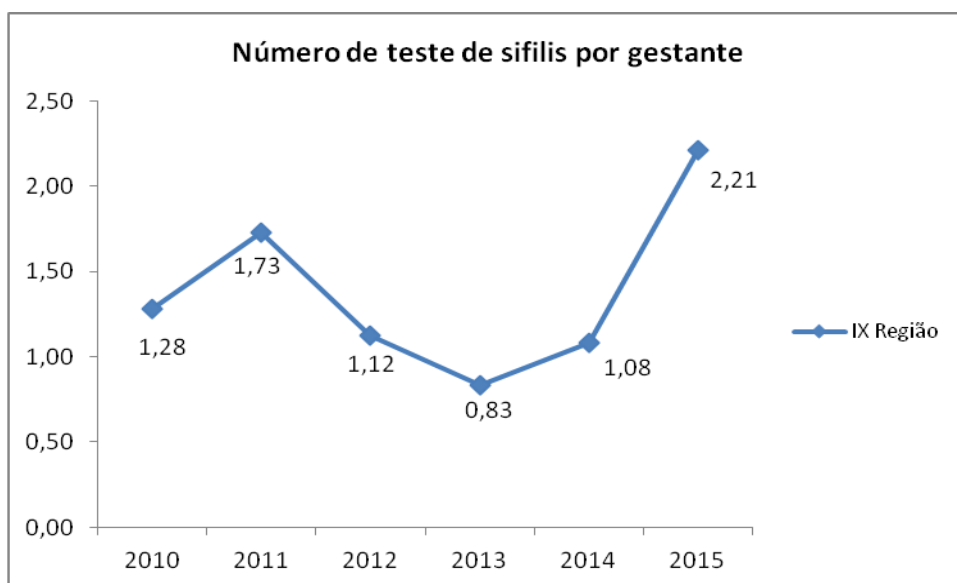


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	1,51	2,33	2,32	5,43	3,77	4,52	3,77
Cabrobó	1,81	0,59	0,00	0,00	2,03	12,93	1
Dormentes	2,04	1,64	2,01	2,03	0,49	2,14	2
Lagoa Grande	2,53	1,70	2,28	1,51	2,26	0,83	2
Orocó	2,48	2,41	1,70	1,41	2,37	2,32	2,37
Petrolina	0,00	0,73	0,99	0,27	0,03	0,85	0,5
Santa Maria da Boa Vista	2,64	2,21	2,32	2,70	2,81	1,53	1,7
Regional	0,80	1,08	1,20	0,77	0,65	1,87	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	1,09	0,68	0,01	0,08	1,03	4,68	1
Bodocó	2,63	2,69	2,91	0,50	0,15	1,74	3
Exu	3,69	4,86	4,35	3,50	2,96	3,38	2
Granito	2,50	0,84	0,00	0,00	0,00	0,00	100*
Ipubi	1,76	2,21	1,96	1,88	1,51	1,73	2
Moreilândia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	1,5
Ouricuri	0,07	0,02	0,24	0,27	0,64	0,43	1
Parnamirim	2,16	1,09	0,11	0,00	0,19	0,00	1
Santa Cruz	2,85	2,94	1,47	1,88	1,93	0,90	2
Santa Filomena	0,00	0,00	0,00	2,14	4,70	1,92	2
Trindade	0,00	0,00	0,10	0,60	0,80	2,55	2
Regional	1,28	1,73	1,12	0,83	1,08	2,21	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Municípios que não atingiram a meta

Municípios com pactuação incorreta

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 23 - Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. No entanto, a redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Assim, ciente dessa realidade, o Governo Brasileiro tem assinado acordos e tratados internacionais. Durante reunião da Cúpula do Milênio em 2000, líderes de 191 países, incluindo o Brasil, assinaram um compromisso para diminuir a desigualdade e melhorar o desenvolvimento humano no mundo até 2015, por meio de oito iniciativas que foram chamadas de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), entre as quais se destaca a redução da mortalidade materna (BRASIL, 2009).

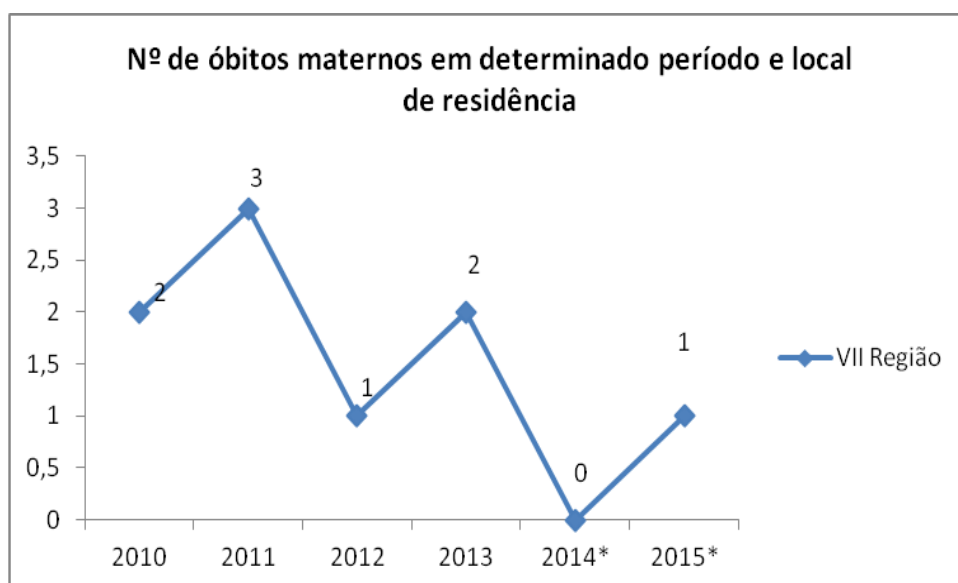
No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação das causas dos óbitos e o sub-registro das declarações de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isto ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da Declaração de Óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro e a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, pode ser justificado pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou a falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania (BRASIL, 2009).

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência	2013	2015 (referente ao ano de 2014)	2016
	Reduzir o número de óbitos maternos	99 óbitos	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, ao parto e puerpério.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> Nº de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e gravidez) em determinado período e local de residência.		
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM		

Anexo: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014
Dados referentes ao banco fechado em 2013

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

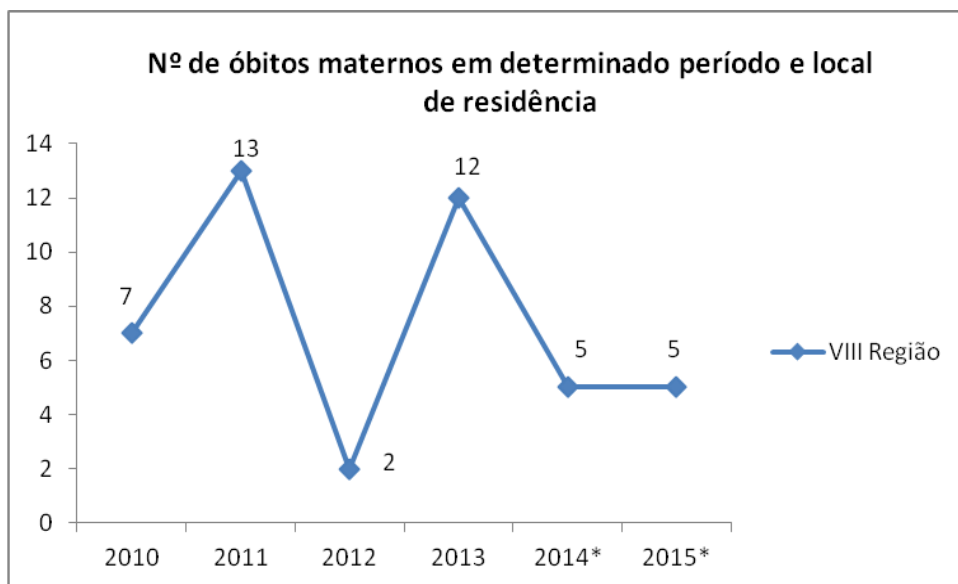


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	0	0	0	0	0	0	1
Cedro	0	0	0	0	0	1	0
Mirandiba	0	0	0	0	0	0	0
Salgueiro	1	2	1	2	0	0	0
Serrita	0	0	0	0	0	0	0
Terra Nova	0	1	0	0	0	0	0
Verdejante	1	0	0	0	0	0	0
Regional	2	3	1	2	0	1	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco

*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 15/06/2016

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

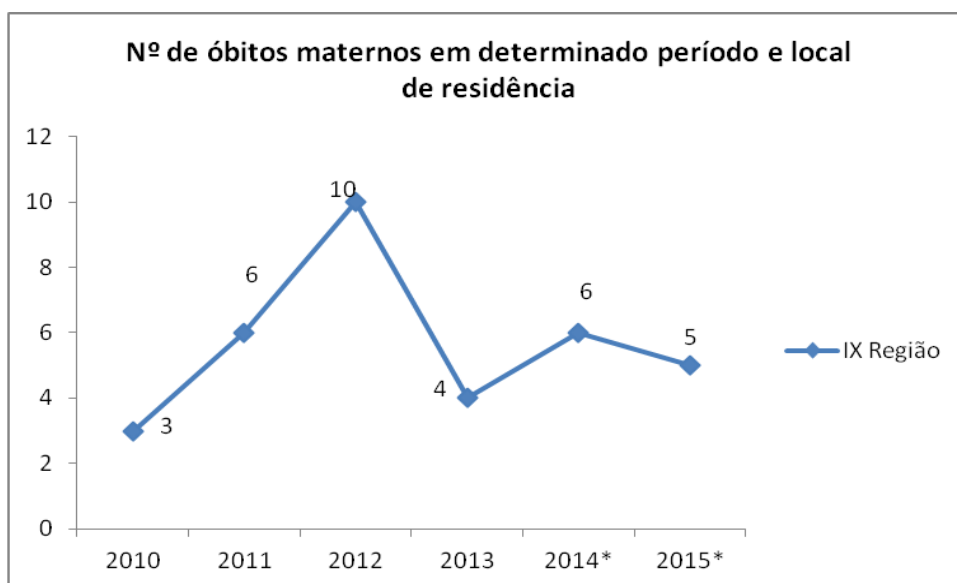


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Meta 2015
Afrânio	1	1	0	0	0	0	0
Cabrobó	0	1	0	1	0	0	1
Dormentes	0	0	0	1	0	0	0
Lagoa Grande	0	1	0	0	0	0	0
Orocó	0	0	0	1	0	0	0
Petrolina	5	10	1	7	5	4	4
Santa Maria da Boa Vista	1	0	1	2	0	1	1
Regional	7	13	2	12	5	5	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco

*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 15/06/2016

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Meta 2015
Araripina	1	2	4	1	2	1	1
Bodocó	0	0	1	0	0	0	1
Exu	0	0	0	0	2	0	1
Granito	0	0	1	0	0	0	0
Ipubi	0	2	0	0	0	1	1
Moreilândia	0	0	0	0	0	0	0
Ouricuri	1	0	2	2	1	1	1
Parnamirim	1	0	1	0	0	1	0
Santa Cruz	0	1	0	0	0	1	0
Santa Filomena	0	1	0	0	1	0	0
Trindade	0	0	1	1	0	0	1
Regional	3	6	10	4	6	5	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco

*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 15/06/2016

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é reconhecida não só como indicador das condições de saúde da população menor de 1 ano, mas também como a variável que melhor reflete as condições gerais de vida, sendo considerada síntese da qualidade de vida e do nível de desenvolvimento de uma população. Assim, é possível estabelecer relações entre a magnitude da TMI e as características do modelo de desenvolvimento (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000).

Os fatores de risco para a mortalidade infantil, didaticamente, são divididos em três grupos: fatores biológicos, sociais e relacionados à assistência médica. Entre os fatores de risco biológicos estão: idade materna, paridade, estatura, peso antes da gravidez, ganho ponderal durante a gestação, doença materna (diabetes, hipertensão), intervalo entre os nascimentos e perdas perinatais prévias, peso ao nascer e duração da gestação. Quanto aos sociais, incluem: instrução da mãe, ocupação dos pais, renda familiar e hábitos, entre outros. Já os relacionados à assistência médica estão condicionados a elementos como disponibilidade de recursos, aceitabilidade e resolubilidade do serviço de saúde (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000).

A mortalidade infantil corresponde a óbitos de menores de um ano de idade e a Taxa de Mortalidade Infantil TMI expressa o risco de morte dos Nascidos Vivos (NV) no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

Para o cálculo da TMI, apenas sete Unidades Federativas (UF), e o DF podem fazer o uso dos dados diretos dos registros dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade e Nascidos Vivos (Sinasc e SIM), por apresentarem coberturas consideradas adequadas (acima de 90% dos esperados registrados nos Sistemas). Os de mais estados em especial, aqueles situado nas regiões Norte e Nordeste apresentam sub-registro de nascimento e de óbito e, por este motivo, necessitam de correção dos seus indicadores.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Taxa de Mortalidade Infantil	2014	2015 (referente ao ano de 2014)	2016
	Reduzir a mortalidade infantil	14,87 /1000 NV	16,0/1000 NV (referente ao ano de 2014)
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda acesso das crianças menores de um ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário.		

Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano}} \times 100$ <p>Para municípios com população menor que 100.000 habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças menores de um ano.</p>
Fonte	Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM (Dados) - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com Dra Madalena – Saúde da Criança (Meta) - 3184-0591/0570 saudecriancape@gmail.com

Anexo: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	9	2	6	4	12	4	5
Cedro	2	2	5	5	1	3	1
Mirandiba	5	8	5	6	4	6	6
Salgueiro	16	29	17	15	17	19	16
Serrita	3	5	4	5	5	4	2
Terra Nova	4	5	3	2	2	4	3
Verdejante	2	1	5	2	4	2	3

*2010 a 2011 - Fonte:IDB 2012/Datasus/MS. Captados em: 15/04/2015

**2012 a 2015 - Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE - Dados sujeitos a revisão. Captados em 13/04/2015.

Dados captados direto do SIM-PE corrigidos, utilizando fator de correção disponível em Saúde Brasil, 2010.

*** Taxa de mortalidade - Município com mais de 100.000 hab.

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	2	3	3	6	5	2	5
Cabrobó	5	7	6	10	12	10	12
Dormentes	4	7	3	9	3	3	3
Lagoa Grande	6	7	5	8	7	7	6
Orocó	8	2	3	6	4	2	4
Petrolina***	17,18	19,29	14,58	16,00	15,12	16,23	16,50
Santa Maria da Boa Vista	18	13	18	10	14	14	12

*2010 a 2011 - Fonte:IDB 2012/Datasus/MS. Captados em: 15/04/2015

**2012 a 2015 - Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE - Dados sujeitos a revisão. Captados em 13/04/2015.

Dados captados direto do SIM-PE corrigidos, utilizando fator de correção disponível em Saúde Brasil, 2010.

*** Taxa de mortalidade - Município com mais de 100.000 hab.

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	43	29	37	18	28	26	25
Bodocó	11	11	11	7	8	12	12
Exu	11	17	8	3	16	5	4
Granito	2	2	1	2	0	2	1
Ipubi	20	12	8	7	7	12	13
Moreilândia	6	4	4	2	1	2	0
Ouricuri	22	21	22	15	21	17	20
Parnamirim	4	3	6	2	5	4	7
Santa Cruz	5	6	4	6	3	7	5
Santa Filomena	5	3	4	1	1	5	4
Trindade	19	11	8	14	3	6	3

*2010 a 2011 - Fonte:IDB 2012/Datasus/MS. Captados em: 15/04/2015

**2012 a 2015 - Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE - Dados sujeitos a revisão. Captados em 13/04/2015.

Dados captados direto do SIM-PE corrigidos, utilizando fator de correção disponível em Saúde Brasil, 2010.

*** Taxa de mortalidade - Município com mais de 100.000 hab.

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

A investigação de óbitos fetais e infantis mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil e fetal, permite a reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais, e elucidação das circunstâncias em que ocorreram os óbitos, visando intervenções que possam evitar novos casos semelhantes.

Este indicador apresenta como principais vantagens:

- ✓ Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos sentinelas, ou seja, aquele evento que, diante de adequada atenção à saúde, não deveria ocorrer;
- ✓ A investigação permite identificar os óbitos evitáveis e subsidia a discussão e análise dos casos, para que seja possível realizar as recomendações adequadas e evitar novos óbitos pelas mesmas causas;
- ✓ A investigação de óbitos infantis e fetais é regulamentada pela Portaria MS nº 72/2010 que torna obrigatória a vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

No que diz respeito às limitações desse indicador, observa-se que considerando os critérios para priorizar a investigação dos óbitos fetais e infantis com maior potencial de prevenção, sugeridos no Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde, a fusão em um mesmo indicador da situação de investigação dos óbitos infantis e fetais não permite identificar em qual evento há necessidade de incremento das investigações. Além disso, a investigação é apenas um dos componentes da Vigilância do Óbito, que compreende notificação, investigação, análise, conclusão e recomendações do caso.

A investigação desses óbitos é uma importante estratégia para redução da mortalidade infantil e fetal, que dá visibilidade às elevadas taxas de mortalidades, além de contribuir para melhorar o registro dos óbitos e possibilitar a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

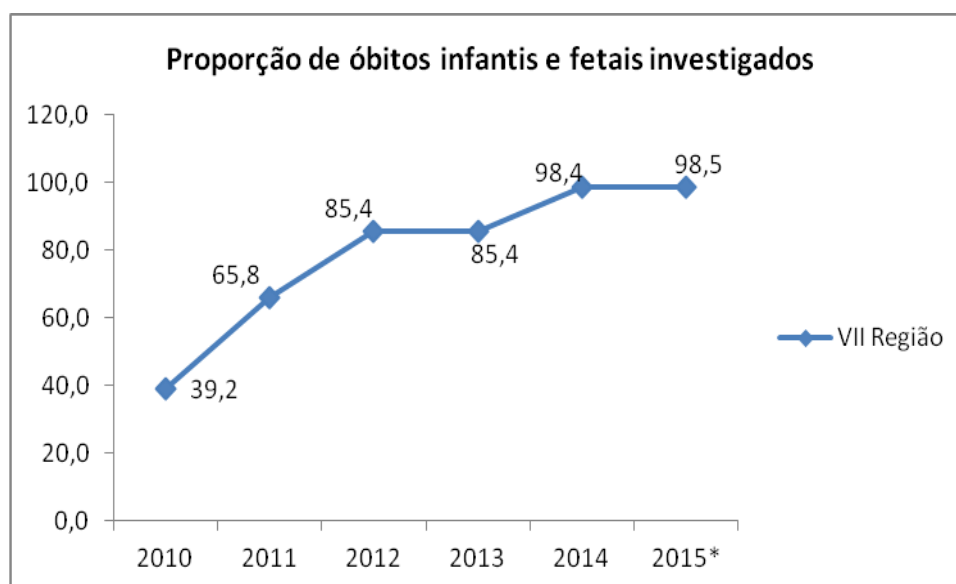
Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos infantis e fetais Investigados	2013	2015	2016
	Investigar os óbitos infantil e fetal Meta: 70%	87,3%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	O percentual de investigação de óbitos infantis e fetais mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, levando à reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais e à identificação de determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.		

Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{\text{Total de óbitos infantis e fetais investigados}}{\text{Total de óbitos infantis e fetais ocorridos}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. Observação: O numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo Módulo
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com

Anexo: Alteração na periodicidade e nas recomendações conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



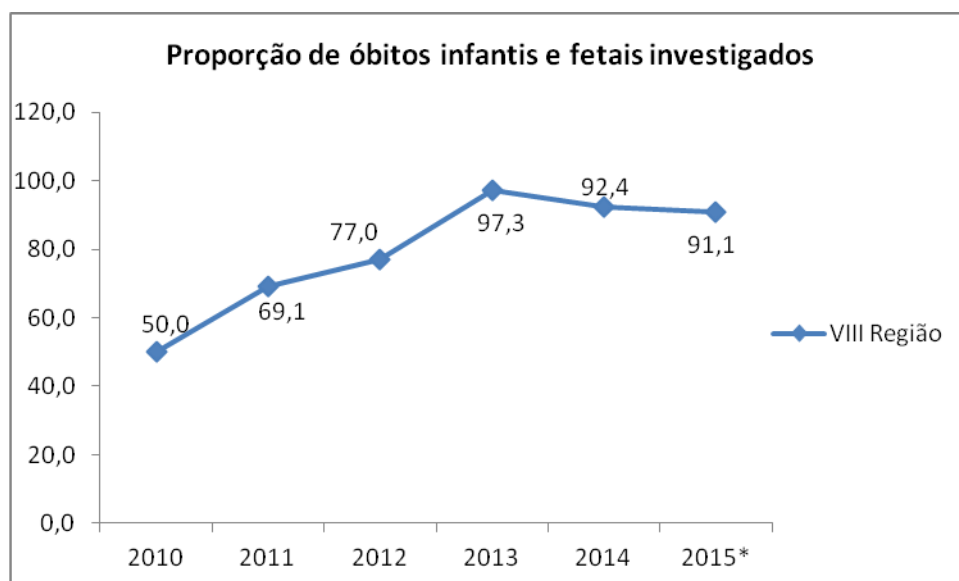
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	26,7	27,3	10,0	100,0	94,4	76,9	100
Cedro	20,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Mirandiba	75,0	100,0	90,0	100,0	100,0	88,9	100
Salgueiro	71,4	88,9	78,6	100,0	100,0	100,0	100
Serrita	71,4	100,0	100,0	85,7	100,0	91,7	75
Terra Nova	28,6	62,5	75,0	100,0	100,0	57,1	100
Verdejante	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Regional	39,2	65,8	85,4	85,4	98,4	98,5	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

* Dados sujeitos a revisão. Captados direto do SIMWeb em: 22/06/2016

Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



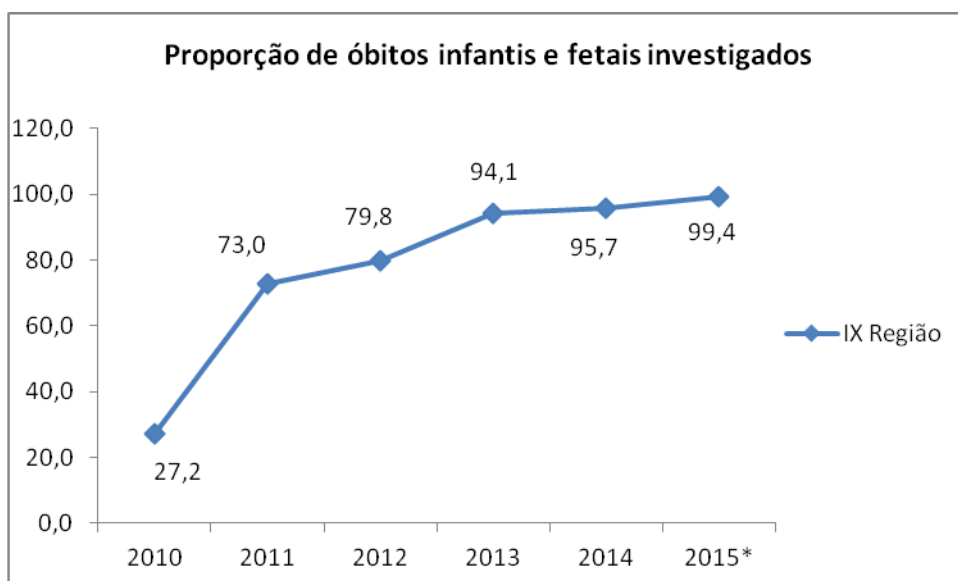
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Cabrobó	58,3	100,0	84,6	100,0	100,0	100,0	80
Dormentes	100,0	90,9	85,7	100,0	100,0	100,0	100
Lagoa Grande	100,0	100,0	100,0	90,0	100,0	100,0	100
Orocó	92,3	100,0	100,0	100,0	90,0	71,4	100
Petrolina	32,7	60,5	69,3	96,5	89,2	90,5	91
Santa Maria da Boa Vista	84,0	80,0	95,5	100,0	100,0	88,0	95
Regional	50,0	69,1	77,0	97,3	92,4	91,1	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

* Dados sujeitos a revisão. Captados direto do SIMWeb em: 22/06/2016

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	97,1	81,0	100,0	97,8	100,0	100,0	90
Bodocó	100,0	81,0	85,7	91,7	100,0	90,5	100
Exu	28,6	86,4	94,1	100,0	100,0	100,0	90
Granito	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100
Ipubi	89,3	100,0	100,0	93,8	100,0	100,0	75
Moreilândia	33,3	50,0	85,7	100,0	100,0	100,0	100
Ouricuri	40,6	51,4	95,1	90,9	97,3	100,0	75
Parnamirim	96,7	97,9	97,1	100,0	100,0	100,0	100
Santa Cruz	100,0	100,0	100,0	87,5	100,0	100,0	100
Santa Filomena	77,8	100,0	77,8	100,0	100,0	100,0	100
Trindade	51,7	85,0	94,7	100,0	100,0	100,0	75
Regional	27,2	73,0	79,8	94,1	95,7	99,4	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEV/SEVS/SES-PE

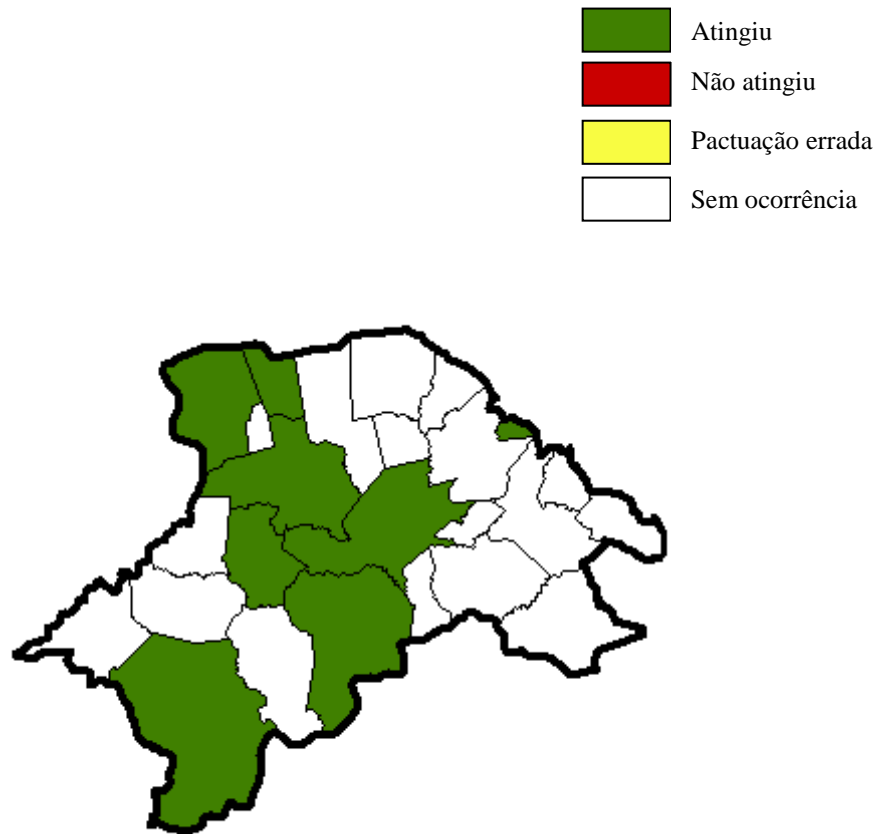
* Dados sujeitos a revisão. Captados direto do SIMWeb em: 22/06/2016

(-) Sem registro

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 26

Proporção de óbitos maternos investigados



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços da saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos direitos humanos das mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

O Ministério da Saúde em 2004 propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna no processo de construção deste pacto, a implantação dos comitês de morte materna foi identificada como uma das ações estratégicas para melhoria do sistema de registro desses óbitos e, conseqüentemente, para o aumento da quantidade e de qualidade das informações disponíveis relativas à mortalidade materna.

A portaria GM/MS nº 1.172 de 15 de junho de 2004, definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como atribuição dos municípios e estados. Em 2008, a portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de Junho, regulamentou esta prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação.

A sua investigação contribui para a identificação do número real de óbitos maternos, à medida que permite a identificação daquelas que não foram informados corretamente e os que não têm declaração de óbitos registrados ou não entraram no sistema de informação, sendo indispensável para a definição de intervenção voltada para evitar novas mortes.

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos maternos Investigados	2013	2015	2016
	Investigar os óbitos maternos 100%.	99,0%	92%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.		

Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{\text{Total de óbitos maternos investigados}}{\text{Total de óbitos maternos}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. Observação: O numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo módulo
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com

Anexo: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014**	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	-	-	-	-	-	-	100,00
Cedro	-	-	-	-	-	100	100,00
Mirandiba	-	-	-	-	-	-	100,00
Salgueiro	100	100	100	50	-	-	100,00
Serrita	-	-	-	-	-	-	100,00
Terra Nova	-	100	-	-	-	-	100,00
Verdejante	100	-	-	-	-	-	100,00
Regional	100,00	100,00	100,00	50,00	0,00	100,00	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 15/06/2016

** Não houve ocorrência

(-) Sem registro

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	0	100	-	-	-	-	100,00
Cabrobó	-	100	-	100	-	-	100,00
Dormentes	-	-	-	100	-	-	100,00
Lagoa Grande	-	100	-	-	-	-	100,00
Orocó	-	-	-	100	-	-	100,00
Petrolina	100	100	100	100	100	100	100,00
Santa Maria da Boa Vista	100	-	100	100	-	100	100,00
Regional	85,71	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 15/06/2016

(-) Sem registro

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	100	100	100	100	100	100	100,00
Bodocó	-	-	100	-	-	-	100,00
Exu	-	-	-	-	100	-	100,00
Granito	-	-	100	-	-	-	100,00
Ipubi	-	100	-	-	-	100	90,00
Moreilândia	-	-	-	-	-	-	100,00
Ouricuri	100	-	100	100	100	100	90,00
Parnamirim	100	-	100	-	-	100	100,00
Santa Cruz	-	100	-	-	-	100	100,00
Santa Filomena	-	100	-	-	100	-	100,00
Trindade	-	-	100	100	-	-	100,00
Regional	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 15/06/2016

(-) Sem registro

INDICADOR 27

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 27 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados

A investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade materna, reclassificação de óbitos em mulher em idade fértil para maternos, e elucidação das circunstâncias em que ocorreram os óbitos, visando intervenções que possam evitar novos casos semelhantes. Ele apresenta como principais vantagens:

- ✓ Óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, conforme a Portaria nº 1.119 de 05/06/2008;
- ✓ Indicador direto da qualidade da vigilância epidemiológica do óbito materno nas estruturas responsáveis por esta ação, além de ser um indicador indireto da qualidade dos dados de mortalidade materna;
- ✓ A investigação permite identificar os óbitos evitáveis e subsidia a discussão e análise dos casos, para que seja possível realizar as recomendações adequadas e evitar novos óbitos pelas mesmas causas.

No entanto, esse indicador apresenta algumas limitações tais como:

- ✓ O nome do indicador não condiz com o método de cálculo e a descrição do indicador estabelecido pela “Orientação e acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012”, já que se fala em causas presumíveis e estas não são consideradas no cálculo, e sim todos os óbitos de mulheres em idade fértil;
- ✓ A utilização do indicador com a fusão do número de óbitos de MIF e óbitos maternos declarados fora da faixa etária de 10 a 49 anos não permite acompanhar o aparecimento desses óbitos maternos fora dessa faixa etária;
- ✓ Os óbitos maternos encontrados fora dessa faixa etária geralmente estão relacionados a algum erro de codificação da causa básica, ou se ocorre, é um evento raro;
- ✓ Este indicador não permite analisar a magnitude dos óbitos maternos investigados.

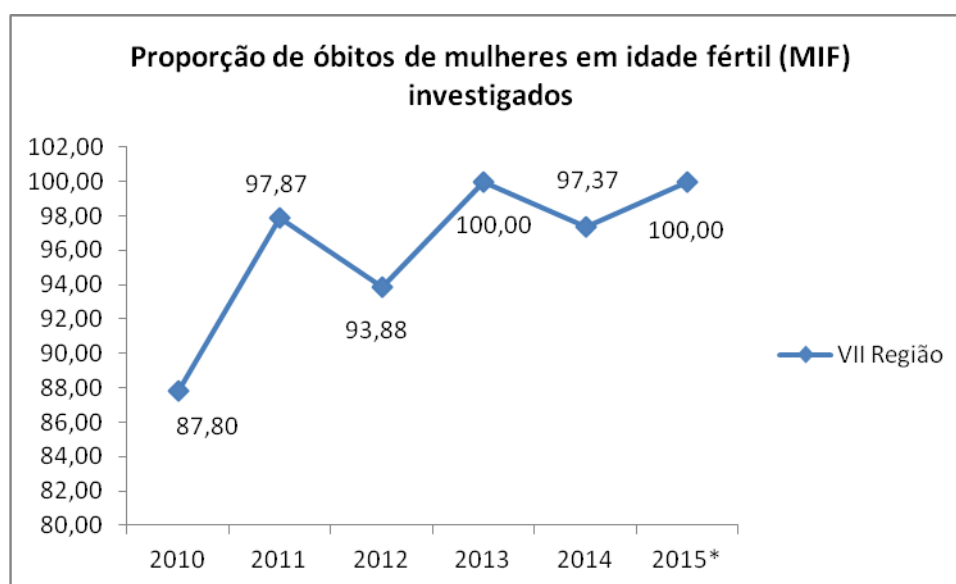
Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	2013	2015	2016
	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) Meta: ≥70% dos óbitos em MIF	92,6%	85%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos,		

	independente da causa declarada no registro original. Permite, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Total de óbitos de MIF investigados}}{\text{Total de óbitos de MIF}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. Observação: O numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo módulo
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com

Anexo: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



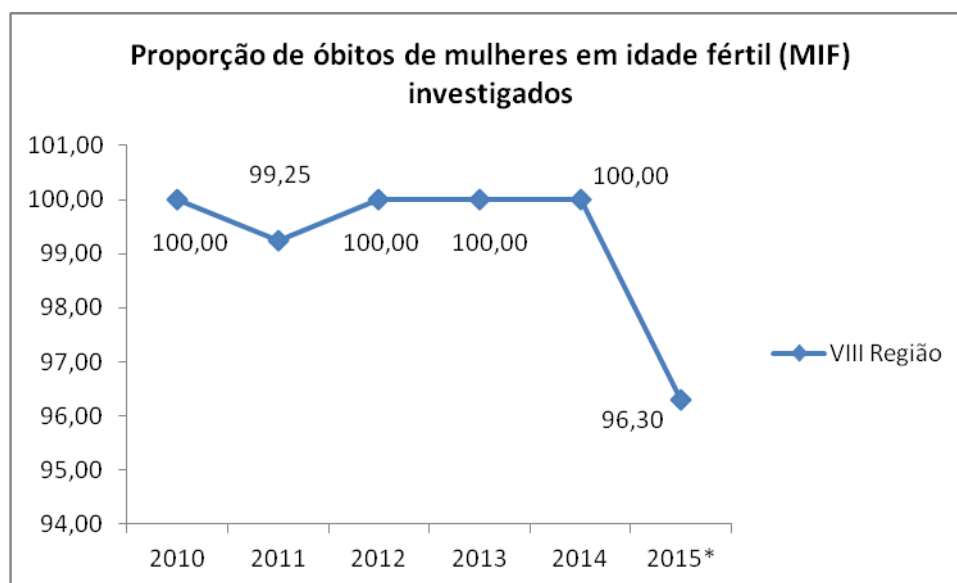
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	33,33	100,00	62,50	100,00	100,00	100,00	100
Cedro	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Mirandiba	85,71	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Salgueiro	100,00	94,74	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Serrita	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	75

Terra Nova	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Verdejante	100,00	100,00	100,00	100,00	66,67	100,00	100
Regional	87,80	97,87	93,88	100,00	97,37	100,00	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos a revisão. Captados direto do SIMWeb em: 28/06/2016

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



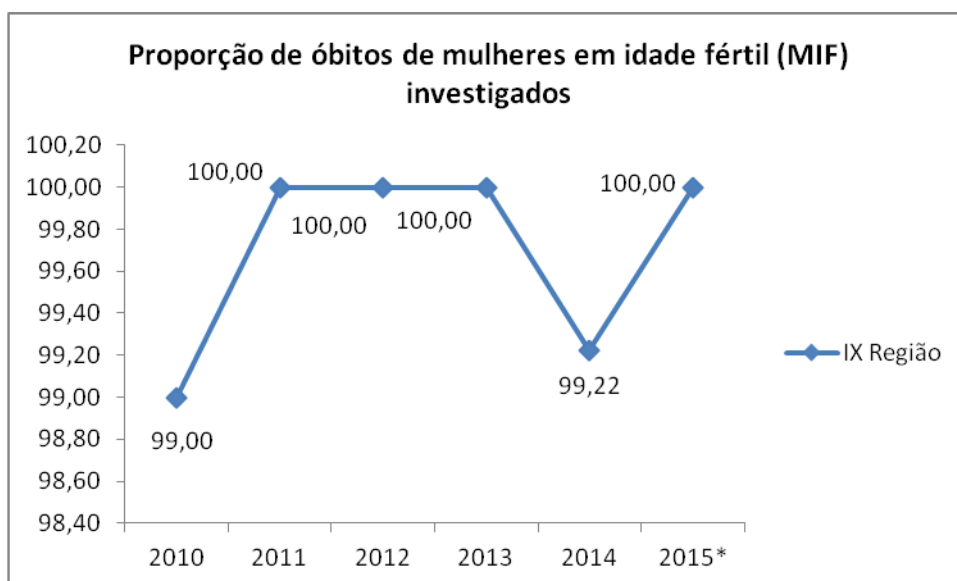
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Cabrobó	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Dormentes	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Lagoa Grande	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	66,67	100
Orocó	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Petrolina	100,00	98,92	100,00	100,00	100,00	96,40	80
Santa Maria da Boa Vista	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Regional	100,00	99,25	100,00	100,00	100,00	96,30	

Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos a revisão. Captados direto do SIMWeb em: 28/06/2016

 Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	90
Bodocó	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Exu	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	90
Granito	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00	100
Ipubi	94,44	79,31	74,36	100,00	100,00	100,00	90
Moreilândia	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-	100
Ouricuri	100,00	100,00	100,00	100,00	96,30	100,00	83
Parnamirim	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Santa Cruz	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Santa Filomena	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Trindade	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	83
Regional	99,00	100,00	100,00	100,00	99,22	100,00	

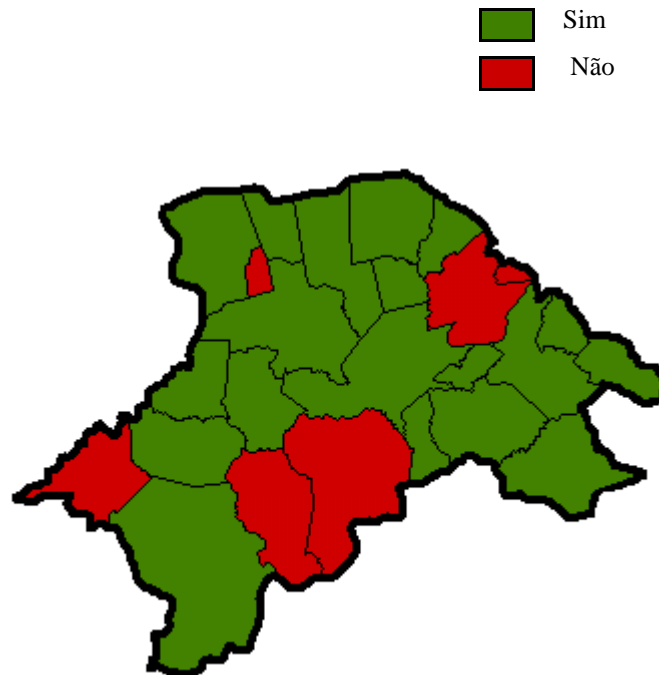
Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos a revisão. Captados direto do SIMWeb em: 28/06/2016

(-) Sem registro

INDICADOR 28

Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 28 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido-puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. Ela é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária (BRASIL, 2006).

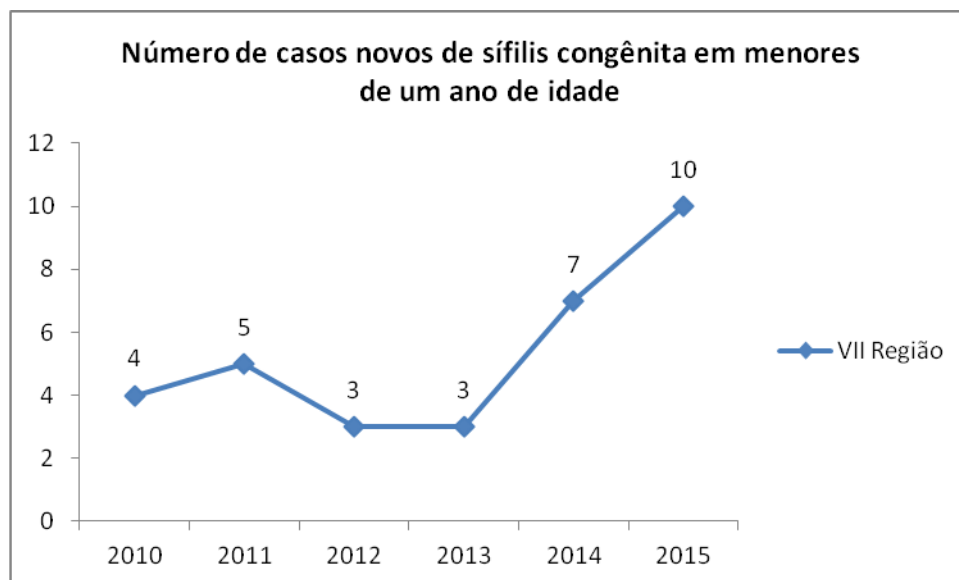
A incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano constitui importante marcador de assistência à saúde. O monitoramento e avaliação periódica desse indicador tornam-se importante ferramenta para a construção do diagnóstico situacional da assistência à saúde no pré-natal/parto/puerpério.

A redução dos casos de transmissão vertical de sífilis depende, dentre outras ações, que o diagnóstico e tratamento da sífilis, estejam disponíveis na atenção básica, ou seja, que sejam oportunizados em tempo hábil para sua prevenção.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Incidência de sífilis congênita	2013	2015	2016
	Reduzir o número de casos de sífilis congênita < 0,5/1.000 nascidos vivos	1.146	1.214
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.		
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Camila Dantas - DST/AIDS - 3184-0212 dstaidsestadualpe@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

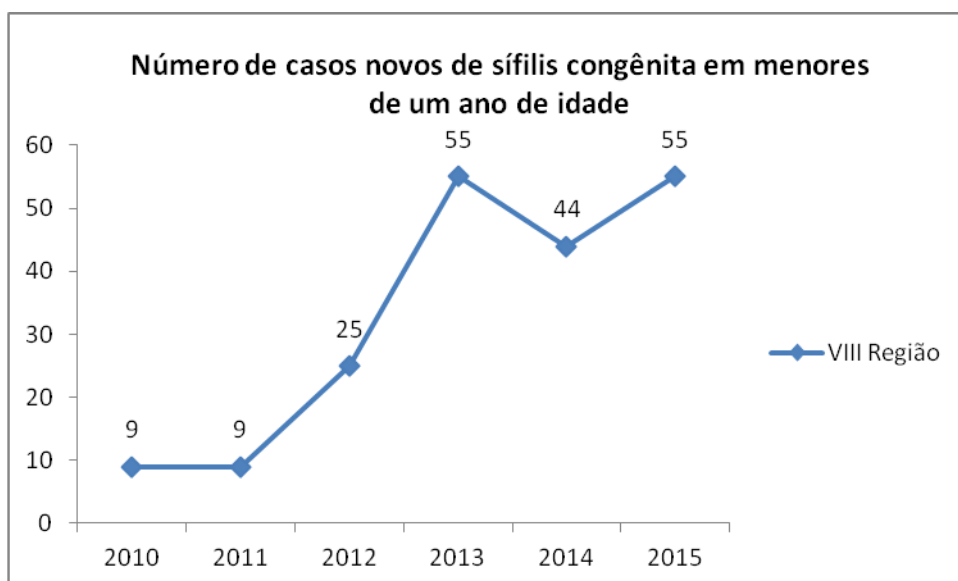


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	0	0	0	0	2	1	1
Cedro	1	1	0	0	3	3	1
Mirandiba	0	1	0	0	1	2	2
Salgueiro	2	2	3	2	1	3	3
Serrita	0	1	0	0	0	1	0
Terra Nova	1	0	0	1	0	0	0
Verdejante	0	0	0	0	0	0	0
Regional	4	5	3	3	7	10	

Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV

Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	0	0	0	0	0	2	0
Cabrobó	0	0	0	2	0	1	1
Dormentes	0	0	0	0	0	0	0
Lagoa Grande	0	0	1	3	0	1	0
Orocó	0	0	0	1	0	0	0
Petrolina	9	9	24	49	44	48	56
Santa Maria da Boa Vista	0	0	0	0	0	3	1
Regional	9	9	25	55	44	55	

Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



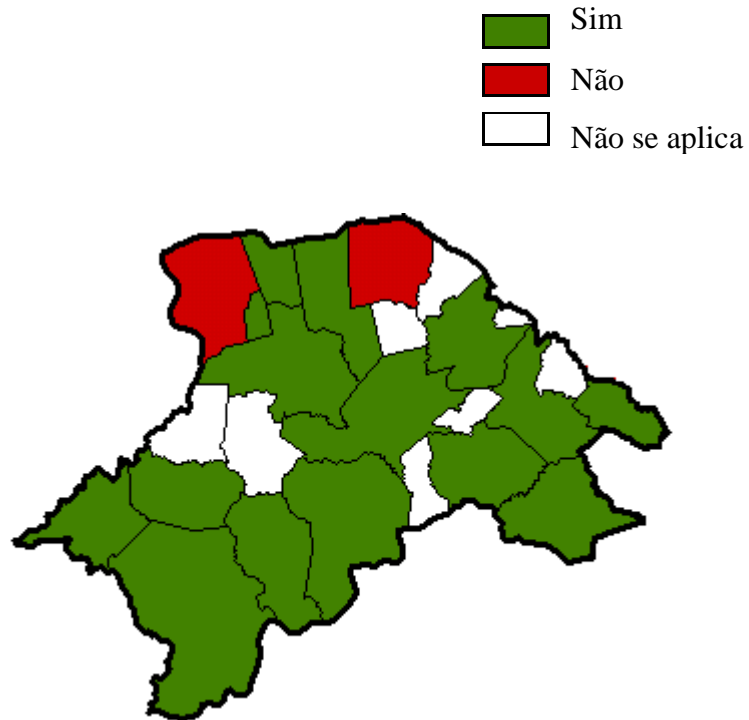
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	1	1	1	0	1	0	1
Bodocó	0	0	0	0	2	4	4
Exu	0	0	0	0	1	0	1
Granito	0	0	0	0	0	0	0
Ipubi	0	1	0	2	0	2	3
Moreilândia	1	0	0	0	0	0	0
Ouricuri	0	0	1	2	2	1	2
Parnamirim	0	0	0	1	1	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1	0	0
Santa Filomena	0	0	0	0	0	0	0
Trindade	0	1	1	0	2	4	2
Regional	2	3	3	5	10	11	

Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 29

Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Objetivo Nacional 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

Indicador 29 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei nº 10.212/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidades. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (hospitais gerais e CAPs III).

Os CAPs são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferece-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural, designado como território, o espaço da cidade onde se desenvolveu a vida cotidiana de usuários e familiares.

Os CAPs diferem quanto:

- a) Ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissional e diversidade nas atividades terapêuticas.
- b) A especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

Diferentes tipos de CAPs:

- CAPs I – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população de 20 mil até 70 mil habitantes. Atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPs II – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Também com atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPs III – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população a partir de 200 mil habitantes. Atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais e persistentes.
- CAPs ad – Serviço especializado para usuários de álcool e drogas em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Esse tipo de CAPs possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.
- CAPs ad III – Serviço especializado destinado a proporcionar atenção integral e contínua a adultos, crianças e adolescentes com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Funcionando 24 horas ininterruptamente (inclusive finais de semana e feriados). População estimada de 200 mil a 300mil habitantes. Poderá constituir-se como referência regional.

- CAPs i – CAPs de infância e adolescência, para atendimento diário a criança e adolescente com transtornos mentais até 25 anos. População acima de 200 mil habitantes.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	2013	2015	2016
	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	0,94	0,78
Tipo de Indicador	Específico		
Relevância do Indicador	Permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.		
Método de Cálculo	<p>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ CAPS I} \times 0,5) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS II}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS III} \times 1,5) + (\text{N}^\circ \text{ de CAPS i}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS ad}) + (\text{N}^\circ \text{ de CAPSad III} \times 1,5) \text{ em determinado local e período}}{\text{População residente no mesmo local e período}} \times 100.000$		
Fonte	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) População (IBGE)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Léa Lins - 3184-0581 gasam.saude@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - 2015									
Municípios	CAPS I	CAPS II	CAPS i	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	Cobertura	Meta	Situação – Meta
Belém do São Francisco	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	1
Cedro	0	0	0	0	0	0	0,00	N/A	3
Mirandiba	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	1
Salgueiro	1	0	0	0	0	0	0,87	0,87	1
Serrita	1	0	0	0	0	0	2,70	2,00	1
Terra Nova	0	0	0	0	0	0	0,00	N/A	3
Verdejante	0	0	0	0	0	0	0,00	N/A	3
Regional	2	0	0	0	0	0	0,93		

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Legenda: 1 – Atingiu

2 – Não atingiu

3 – Não se aplica (Municípios com menos de 15.000 hab.)

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - 2015									
Municípios	CAPS I	CAPS II	CAPS i	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	Cobertura	Meta	Situação – Meta
Afrânio	1	0	0	0	0	0	2,78	1,47	1
Cabrobó	1	0	0	0	0	0	1,59	1,40	1
Dormentes	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	1
Lagoa Grande	1	0	0	0	0	0	2,15	2,00	1
Orocó	1	0	0	0	0	0	3,69	N/A	1
Petrolina	0	1	1	0	0	1	1,15	0,90	1
Santa Maria da Boa Vista	1	0	0	0	0	0	1,26	0,50	1
Regional	5	1	1	0	0	1	1,34		

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Legenda: 1 – Atingiu

2 – Não atingiu

3 – Não se aplica (Municípios com menos de 15.000 hab.)

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - 2015									
Municípios	CAPS I	CAPS II	CAPS i	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	Cobertura	Meta	Situação – Meta
Araripina	1	0	0	0	0	0	0,64	1,80	2
Bodocó	1	0	0	0	0	0	1,40	1,00	1
Exu	1	0	0	0	0	0	1,59	1,59	2
Granito	0	0	0	0	0	0	0,00	N/A	3
Ipubi	1	0	0	0	0	0	1,73	0,78	1
Moreilândia	0	0	0	0	0	0	0,00	N/A	3
Ouricuri	1	0	0	0	0	0	0,76	0,74	1
Parnamirim	1	0	0	0	0	0	2,45	1,00	1
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0,00	N/A	3
Santa Filomena	0	0	0	0	0	0	0,00	N/A	3
Trindade	1	0	0	0	0	0	1,87	1,69	1
Regional	7	0	0	0	0	0	0,96		

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Legenda: 1 – Atingiu

2 – Não atingiu

3 – Não se aplica (Municípios com menos de 15.000 hab.)

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo Nacional 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Indicador 30a - Número de óbitos prematuros (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

Indicador 30b - Taxa de mortalidade prematura de (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

No contexto das transições epidemiológicas, demográfica e nutricional, bem como na globalização dos padrões de consumo, de alimentação e hábitos de vida, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são uns dos principais problemas de saúde em todo mundo, principalmente nos países de média e baixa renda.

O governo brasileiro, sob a coordenação do Ministério da Saúde construiu o Plano de Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011- 2012, com a definição de metas para o controle das quatro principais grupos de doenças crônicas (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco mais comum (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e tem como meta principal a redução das taxas de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade em 2% ao ano até 2022).

A articulação das três esferas de governo permitira o reforço das intervenções direcionadas para os determinantes das DCNT e para garantir acesso e qualidade da atenção.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
30a - Número de óbitos prematuros (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	2013	2015	2016
	Reduzir número de óbitos prematuros (< 70 anos) por DCNT	14.104	-
30b - Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT	359,3/100.000 hab	356,6/100.000 hab
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.		
Método de Cálculo	<p>1. <u>Para Município/Região com menos de 100 mil habitantes:</u></p> <p>Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 [I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14], em determinado ano e local.</p> <p>2. <u>Para Município/Região com 100 mil ou mais habitantes,</u> deverá ser calculada a taxa bruta:</p>		

	<p>Número de óbitos (30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 [I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14], em determinado ano e local</p> <hr/> <p>População residente (30 a 69 anos), em determinado ano e local</p> <p style="text-align: right;">x 100.000</p>
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	<p>Barbara Figueiroa – SIM (Dados) - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com Gorete Medeiros – DGAIS (Meta) - 3184-0534 Dgais.ses@gmail.com</p>

Anexo: Alterações na periodicidade e nas recomendações conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR


VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	18	24	18	27	28	25	18
Cedro	11	16	15	14	14	11	12
Mirandiba	10	13	16	20	21	22	20
Salgueiro	59	56	59	71	69	70	50
Serrita	22	12	15	19	25	23	19
Terra Nova	10	4	10	12	8	10	3
Verdejante	15	6	8	9	11	16	10
Regional	276,11	248,13	265,45	315,00	320,64	320,83	

Fonte: SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos a revisão. Captados em: 15/06/2016

Nota: Cálculo baseado nas estimativas da população para os anos de 2013-2015 (Datusus), tomando como base a representação proporcional da faixa etária estudada no ano de 2012.

 Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	13	19	16	14	13	15	29
Cabrobó	22	34	36	45	25	35	46
Dormentes	10	11	11	10	13	17	32
Lagoa Grande	26	16	22	20	22	15	20
Orocó	15	8	8	15	15	19	15
Petrolina**	228,9	213,4	225,4	250,2	242,4	231,9	260
Santa Maria da Boa Vista	26	27	20	22	34	30	25
Regional	262,50	257,81	257,94	303,72	311,68	310,12	

Fonte: SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos a revisão. Captados em: 15/06/2016

Nota: Cálculo baseado nas estimativas da população para os anos de 2013-2015 (Datusus), tomando como base a representação proporcional da faixa etária estudada no ano de 2012.



Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	67	66	89	106	91	95	100
Bodocó	34	43	35	33	26	40	70
Exu	30	38	29	24	18	32	25
Granito	0	4	3	3	7	7	2
Ipubi	37	27	31	28	26	30	31
Moreilândia	7	11	10	10	9	4	8
Ouricuri	51	61	77	71	63	52	70
Parnamirim	13	25	16	18	20	19	19
Santa Cruz	17	12	15	13	17	26	15
Santa Filomena	14	4	13	11	10	8	13
Trindade	23	29	22	31	32	34	31
Regional	246,80	267,57	282,43	280,37	255,13	275,61	

Fonte: SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos a revisão. Captados em: 15/06/2016

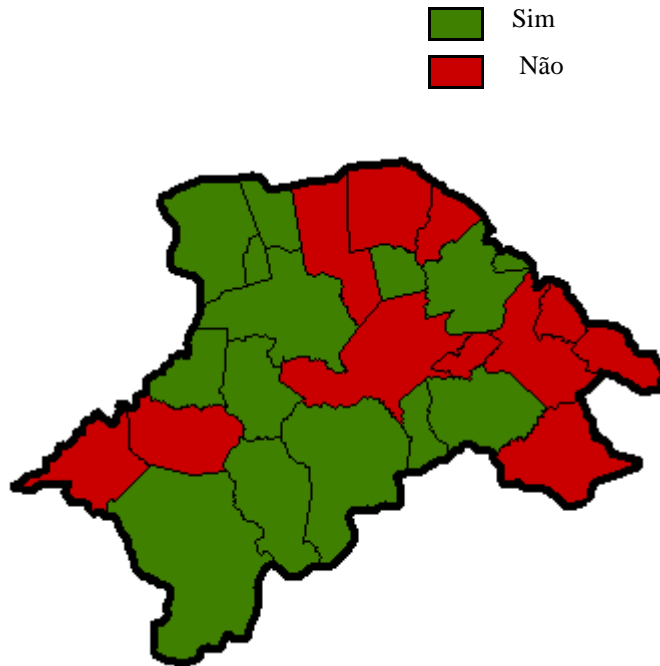
Nota: Cálculo baseado nas estimativas da população para os anos de 2013-2015 (Datusus), tomando como base a representação proporcional da faixa etária estudada no ano de 2012.



Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 35

Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 35 - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas

No Brasil, um dos programas de maior sucesso do Ministério da Saúde é o Programa Nacional de Imunização – PNI. Atualmente o PNI não está restrito às conquistas contra a pólio, doenças que afligiam milhares de crianças brasileiras estão controladas tais como: as formas graves de tuberculose, o tétano, a coqueluche, a difteria, o sarampo, a rubéola, a caxumba e a febre amarela, entre outras.

Em 2012, o Ministério da Saúde incluiu no calendário de vacinas da criança, a vacina pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, e Hemophilus influenza tipo b e hepatite tipo B), visando diminuir o número de aplicação de injeções nas crianças.

O Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde instituiu calendário não só para o primeiro ano de vida, mas também para crianças, adolescentes, adultos e idosos. A vacina é uma aliada importante para controlar, combater e eliminar estas doenças.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	2013	2015	2016
	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais do calendário básico	87,5%	75%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Evidencia se as vacinais que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem cobertura de acordo com preconizado pelo PNI.		
Método de Cálculo*	<p><u>Método de Cálculo Regional e Estadual:</u></p> $\frac{\text{Número de municípios com coberturas vacinais adequadas para as vacinas do calendário de vacinação da criança}}{\text{Total de municípios}} \times 100$ <p><u>Método de Cálculo Municipal e DF:</u></p> <p>Indicador: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinal adequada*</p> <p>*Cobertura vacinal adequada: $\geq 75\%$ das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com cobertura vacinal alcançada</p> <p>Passo 1: Coberturas vacinais por tipo de vacina:</p>		

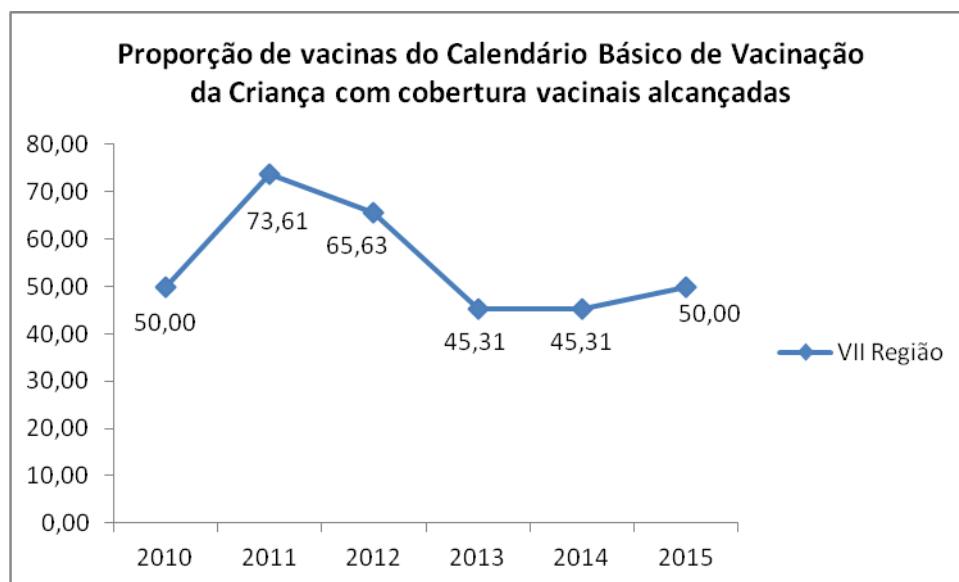
	<p>• CV BCG-ID =</p> $\frac{\text{Nº de doses aplicadas de BCG <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$ <p>Parâmetro Nacional para Referencia: BCG- ID \geq 90%</p>
	<p>• Rotavírus Humano (VORH) =</p> $\frac{\text{Nº de 2ª doses aplicadas de VORH <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$ <p>Parâmetro Nacional para Referencia: VORH \geq 90%</p>
	<p>• Tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) =</p> $\frac{\text{Nº de 3ª doses aplicadas de Tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) em <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$ <p>Parâmetro Nacional para Referencia: Pentavalente (DTP+Hib+HepB) \geq 95%</p>
	<p>• Vacina contra poliomielite (VIP/VOP) =</p> $\frac{\text{Nº de doses aplicadas de Vacina contra Poliomielite em <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$ <p>Parâmetro Nacional para Referencia: \geq 95%</p>
	<p>• Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) =</p> $\frac{\text{Nº de 3ª doses aplicadas de vacina Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) em <1ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$ <p>Parâmetro Nacional para Referencia: (PnC10v) \geq 95%</p>
	<p>• Meningocócica Conjugada C (MnC) =</p> $\frac{\text{Nº de 2ª doses aplicadas de vacina Meningocócica Conjugada C (MnC) em <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$

	<p>Parâmetro Nacional para Referencia: (MnC) \geq 95%</p> <p>• Tríplice viral =</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de doses da vacina Tríplice viral aplicadas em crianças de 1 ano de idade.}}{\text{População 1 ano de idade}} \times 100$ <p>Parâmetro Nacional para Referencia: 95%</p> <p>• Febre Amarela (quando recomendada) =</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de doses da vacina de Febre Amarela aplicadas na população < 1 ano de idade}}{\text{População < 1 ano de idade}} \times 100$ <p>Parâmetro Nacional para Referencia: para as áreas com recomendação da vacina 100%</p> <p>• Influenza =</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de doses de vacina Influenza na população de 6 meses a < 2 anos de idade}}{\text{População 6 meses a < 2anos idade}} \times 100$ <p>Parâmetro Nacional para Referencia: (INF) \geq 80%</p> <p><u>Passo 2</u>: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas =</p> $\frac{\text{Número de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas, de acordo com as normas do PNI}}{\text{Total de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-API ou SI-PNI) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Ana Catarina - 3184-4001 rfepe@hotmail.com

*Anexo: Método de Cálculo conforme Nota Técnica nº 70/2014


RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

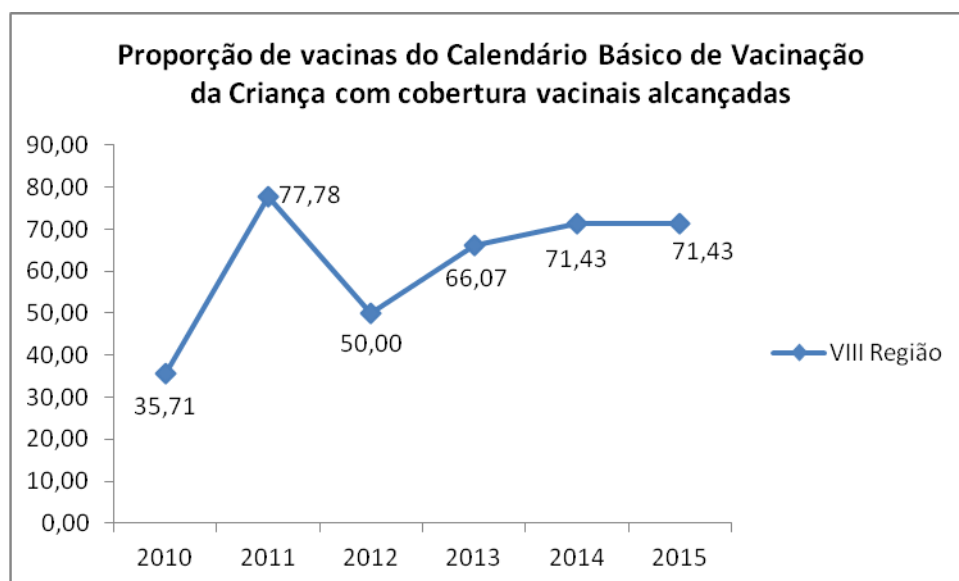


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	83,33	33,33	12,50	12,50	12,50	0,00	75
Cedro	66,67	77,78	37,50	12,50	87,50	75,00	55
Mirandiba	0,00	77,78	50,00	37,50	62,50	0,00	75
Salgueiro	0,00	88,89	100,00	100,00	37,50	75,00	80
Serrita	66,67	33,33	75,00	75,00	25,00	75,00	75
Terra Nova	83,33	100,00	62,50	25,00	87,50	12,50	80
Verdejante	50,00	100,00	100,00	25,00	12,50	62,50	75
Regional	50,00	73,61	65,63	45,31	45,31	50,00	

Fonte : Programa Nacional de Imunizações/Datasus. Dados atualizados em 10/12/2015. Cobertura janeiro - setembro de 2015

 Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

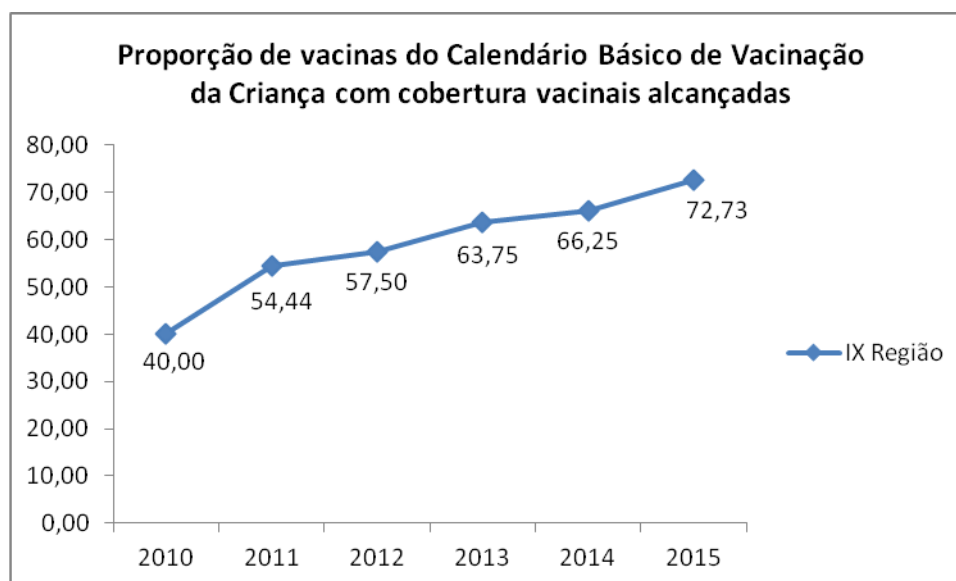


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	66,67	88,89	12,50	87,50	12,50	12,50	75
Cabrobó	50,00	77,78	25,00	62,50	87,50	100,00	77
Dormentes	0,00	66,67	12,50	50,00	50,00	0,00	95
Lagoa Grande	33,33	88,89	87,50	87,50	87,50	87,50	86
Orocó	83,33	88,89	87,50	87,50	87,50	87,50	87,5
Petrolina	0,00	88,89	87,50	62,50	87,50	100,00	90
Santa Maria da Boa Vista	16,67	44,44	37,50	25,00	87,50	87,50	80
Regional	35,71	77,78	50,00	66,07	71,43	71,43	

Fonte : Programa Nacional de Imunizações/Datasus. Dados atualizados em 10/12/2015. Cobertura janeiro - setembro de 2015

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	16,67	44,44	25,00	62,50	100,00	100,00	80
Bodocó	0,00	44,44	87,50	87,50	75,00	62,50	100
Exu	0,00	88,89	87,50	87,50	12,50	62,50	75
Granito	83,33	44,44	75,00	50,00	87,50	87,50	75
Ipubi	33,33	44,44	37,50	75,00	87,50	87,50	75
Moreilândia	66,67	88,89	50,00	75,00	87,50	75,00	80
Ouricuri	33,33	77,78	87,50	87,50	25,00	87,50	75
Parnamirim	50,00	77,78	87,50	75,00	37,50	75,00	83
Santa Cruz	33,33	55,56	12,50	12,50	12,50	62,50	60
Santa Filomena	66,67	22,22	50,00	12,50	87,50	87,50	60
Trindade	66,67	33,33	62,50	87,50	87,50	75,00	75
Regional	40,00	54,44	57,50	63,75	66,25	70,00	

Fonte : Programa Nacional de Imunizações/Datasus. Dados atualizados em 10/12/2015. Cobertura janeiro - setembro de 2015

Municípios que não atingiram a meta

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

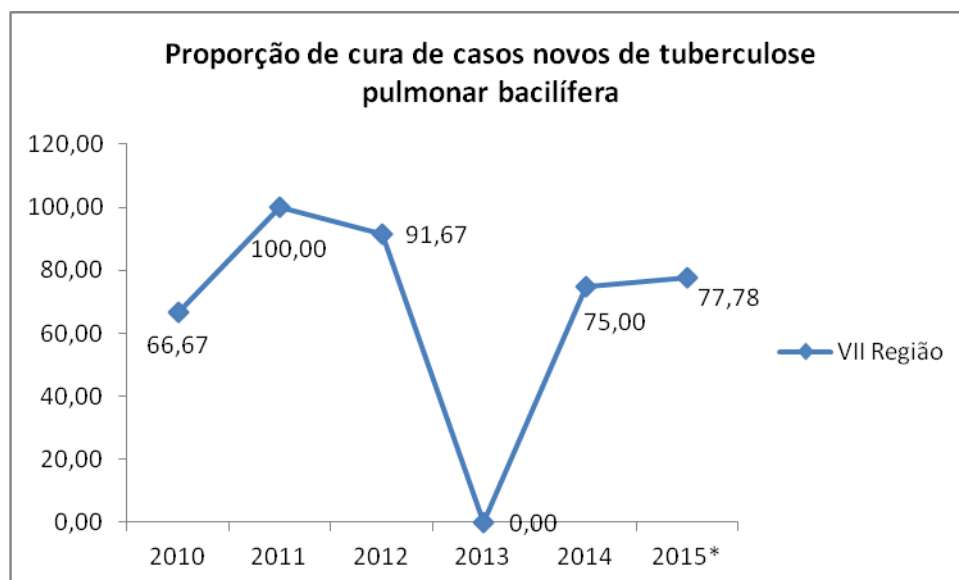
Indicador 36 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose (TB) pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2002).

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	2013	2015 (referente ao ano de 2014)	2016
	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera Meta 2013 ≥ 85%	70,3%	75%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados}}{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Raíssa Oliveira - 3184-0202 tuberculose.pe@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



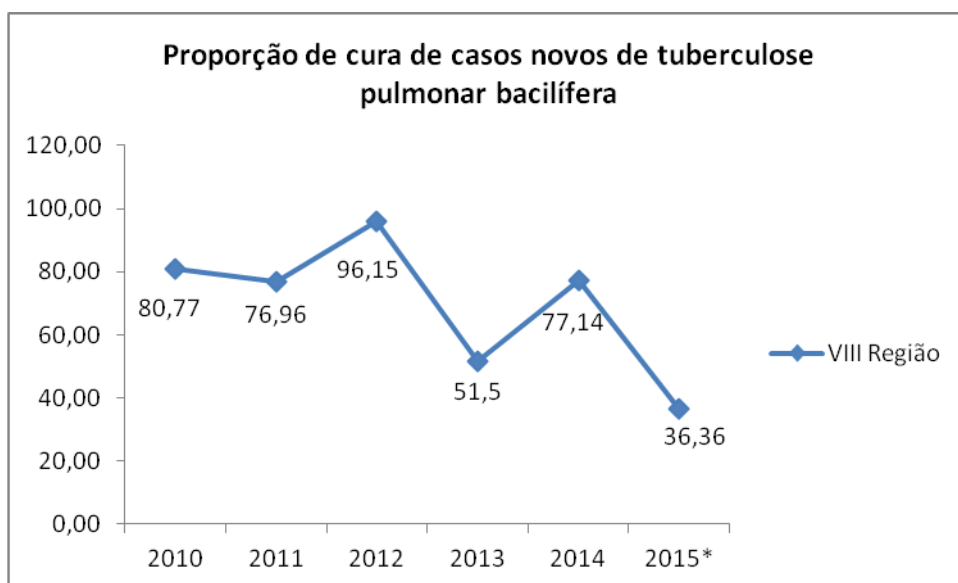
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	66,67	100,00	100,00	0,00	71,43	0,00	90
Cedro	100,00	0,00	50,00	0,00	-	100,00	86
Mirandiba	66,67	100,00	-	100,00	50,00	100,00	80
Salgueiro	92,31	86,67	83,33	66,67	80,00	78,95	70
Serrita	50,00	100,00	100,00	100,00	-	100,00	75
Terra Nova	0,00	-	100,00	0,00	-	-	100
Verdejante	0,00	100,00	100,00	0,00	100,00	-	100
Regional	66,67	100,00	91,67	0,00	75,00	77,78	

Fonte: Sinan/SES – PE.

*Dados preliminares sujeitos a alterações. Atualizados em 06.06.2016.

(-) Sem registro de casos novos notificados

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



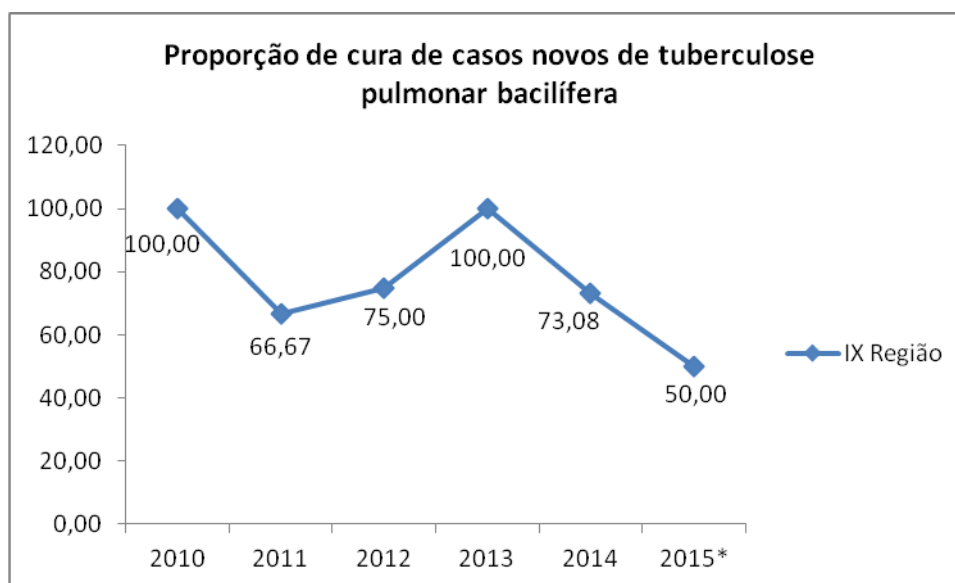
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	66,67	50,00	0,00	66,67	100,00	0,00	33,33
Cabrobó	100,00	85,71	100,00	80,00	73,33	45,45	78
Dormentes	100,00	-	100,00	50,00	100,00	-	100
Lagoa Grande	71,43	100,00	50,00	66,67	100,00	50,00	70
Orocó	100,00	100,00	100,00	100,00	-	100,00	0
Petrolina	61,54	70,59	92,31	52,94	69,23	27,78	63
Santa Maria da Boa Vista	100,00	83,33	100,00	50,00	100,00	66,67	65
Regional	80,77	76,96	96,15	51,5	77,14	36,36	

Fonte: Sinan/SES – PE.

*Dados preliminares sujeitos a alterações. Atualizados em 06.06.2016.

(-) Sem registro de casos novos notificados

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	40,00	75,00	100,00	66,67	100,00	0,00	55
Bodocó	57,14	50,00	100,00	33,33	100,00	66,67	100
Exu	100,00	100,00	100,00	66,67	100,00	50,00	70
Granito	100,00	100,00	-	0,00	100,00	-	100
Ipubi	40,00	-	100,00	75,00	60,00	0,00	70
Moreilândia	0,00	100,00	66,67	100,00	100,00	0,00	100
Ouricuri	94,44	90,91	100,00	100,00	57,14	63,64	70
Parnamirim	100,00	100,00	50,00	0,00	-	-	0
Santa Cruz	-	50,00	100,00	0,00	50,00	100,00	0
Santa Filomena	-	-	-	100,00	100,00	-	90
Trindade	100,00	66,67	75,00	100,00	100,00	0,00	70
Regional	100,00	66,67	75,00	100,00	73,08	50,00	

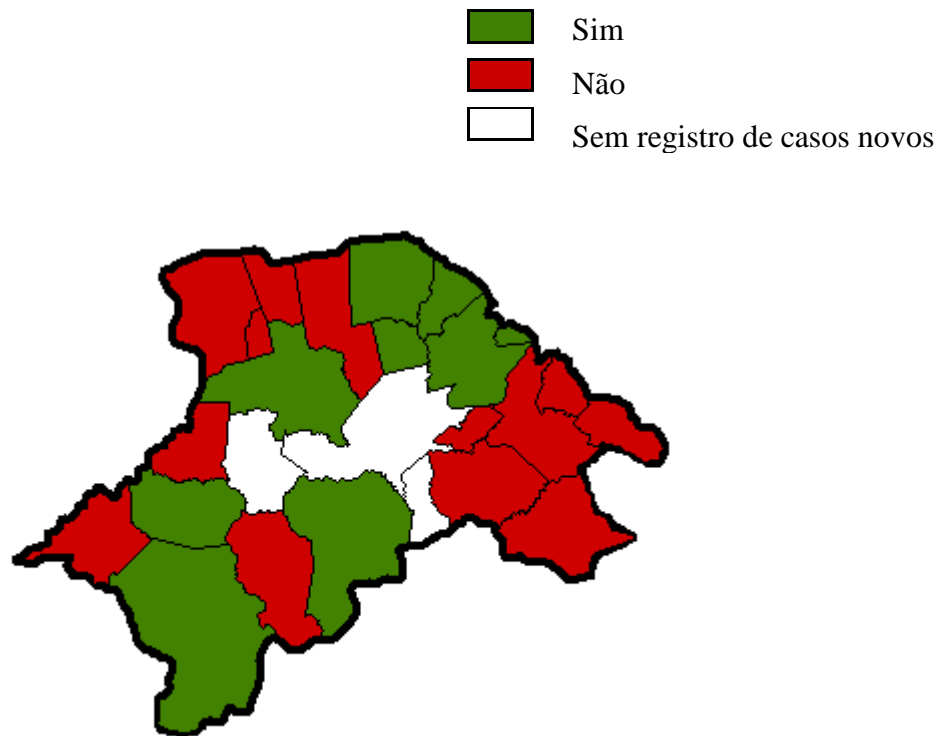
Fonte: Sinan/SES – PE.

*Dados preliminares sujeitos a alterações. Atualizados em 06.06.2016.

(-) Sem registro de casos novos notificados

INDICADOR 37

Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 37 - Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

A infecção por HIV modificou não apenas a tendência epidemiológica da tuberculose, mas também sua apresentação clínica.

A realização rotineiramente de teste anti-HIV por ocasião do diagnóstico de tuberculose, ainda é motivo de discussão, desde que mantido o sigilo da informação, com vistas a incrementar a descoberta de casos e fornecer subsídio a vigilância da coinfeção.

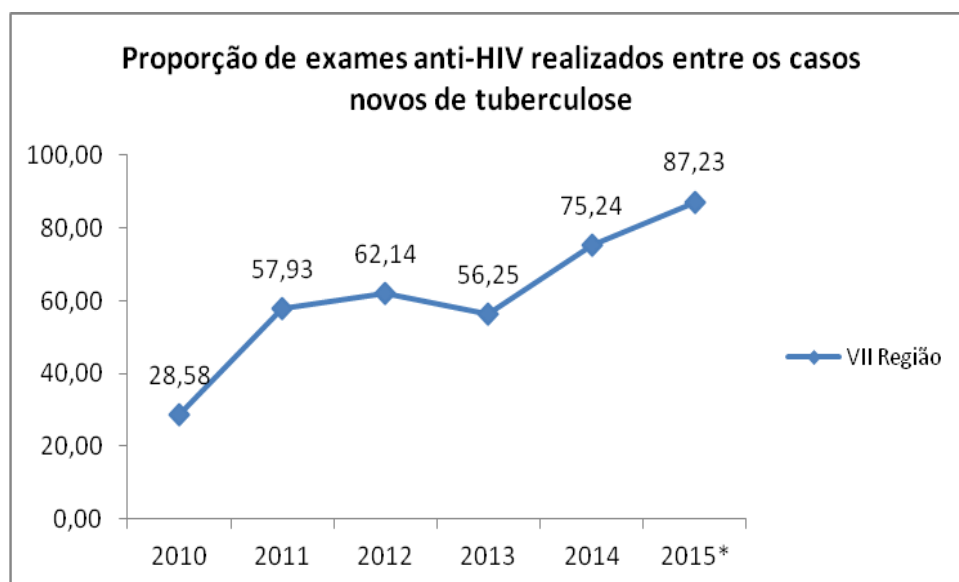
No entanto, a solicitação de anti-HIV para a tuberculose não é normatizada em nosso país e o exame é realizado de acordo com o critério do médico e somente com a autorização do paciente. As razões desta pouca atenção podem ir desde a falta de supervisão e reciclagem, sobrecarga de consultas, carência de ambulatório de referência entre outras. Entretanto a necessidade de autorização precária do paciente para realização do Anti-HIV coloca este teste numa posição discriminatória em relação a tantos outros exames realizados na prática médica diária que não necessita de autorização para serem realizados.

A real prevalência da associação HIV/M.tuberculosis, no Brasil, está longe de ser estimado, o que dificulta a implantação de uma política de controle eficaz.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2015	2016
Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose Meta: 100% dos casos	64,9%	75%
	Universal		
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de Aids, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado.		
Método de Cálculo	<p>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</p> $\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado}}{\text{Total de casos novos tuberculose diagnosticados}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Cândida Ribeiro - 3184-0202 tuberculose.pe@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	0,00	20,00	62,50	40,00	0,00	41,67	92,00
Cedro	25,00	0,00	0,00	100,00	-	50,00	100,00
Mirandiba	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00	75,00	100,00
Salgueiro	22,22	58,62	68,00	57,14	81,25	62,50	80,00
Serrita	0,00	0,00	50,00	100,00	100,00	100,00	75,00
Terra Nova	33,33	100,00	-	100,00	0,00	-	100,00
Verdejante	0,00	50,00	100,00	0,00	-	100,00	75,00
Média	11,51	32,66	63,42	56,73	56,25	71,53	

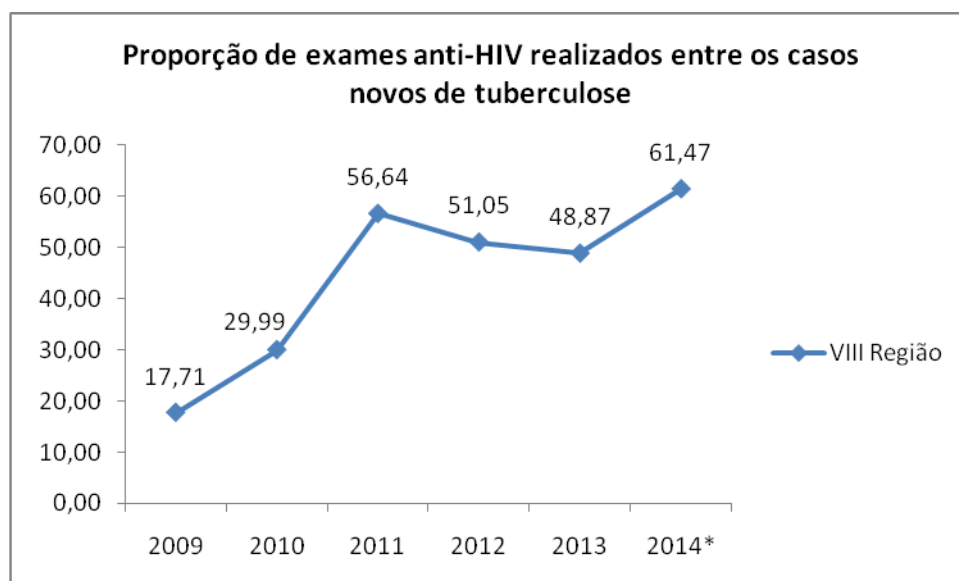
Fonte: Sinan/SES- 06.04.2015

*Dados provisórios, sujeitos à revisão. (Banco só fechará em novembro/2015)

(-) Sem registro de casos novos

■ Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	0,00	0,00	25,00	0,00	66,67	0,00	90,00
Cabrobó	50,00	60,00	87,50	70,00	80,00	89,47	100,00
Dormentes	0,00	0,00	33,33	50,00	0,00	100,00	100,00
Lagoa Grande	16,67	14,29	75,00	40,00	50,00	71,43	40,00
Orocó	-	100,00	100,00	100,00	50,00	-	100,00
Petrolina	27,08	35,62	42,31	47,37	35,44	52,38	35,00
Santa Maria da Boa Vista	12,50	0,00	33,33	50,00	60,00	55,56	80,00
Média	17,71	29,99	56,64	51,05	48,87	61,47	

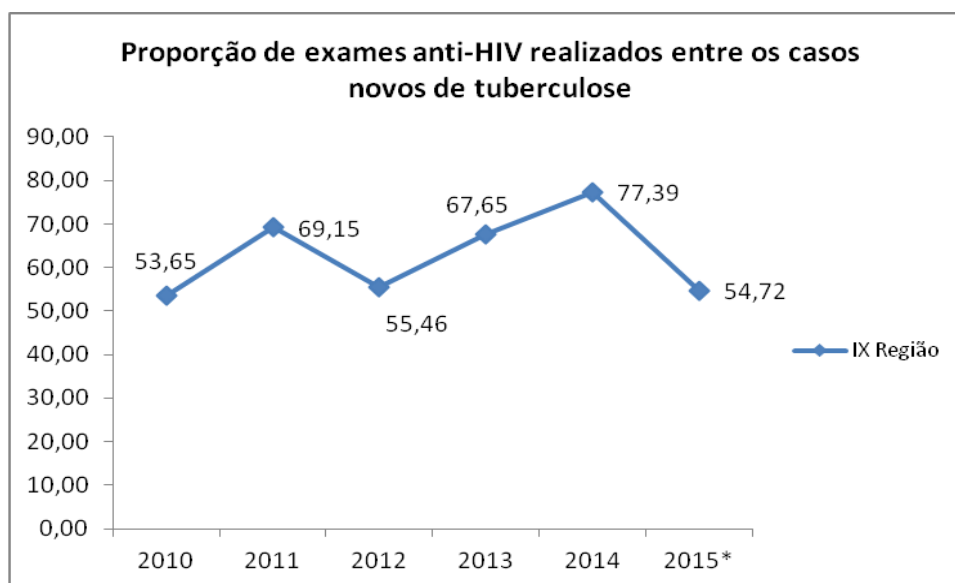
Fonte: Sinan/SES- 06.04.2015

*Dados provisórios, sujeitos à revisão. (Banco só fechará em novembro/2015)

(-) Sem registro de casos novos

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	Meta 2014
Araripina	14,29	42,86	70,00	76,92	60,00	80,00	75,00
Bodocó	62,50	88,89	100,00	83,33	40,00	71,43	100,00
Exu	0,00	16,67	83,33	100,00	75,00	80,00	80,00
Granito	-	0,00	100,00	0,00	-	0,00	100,00
Ipubi	0,00	57,14	100,00	0,00	20,00	12,50	90,00
Moreilândia	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ouricuri	20,00	77,27	35,71	44,44	88,89	44,44	88,89
Parnamirim	0,00	0,00	25,00	100,00	-	0,00	0,00
Santa Cruz	0,00	100,00	50,00	50,00	25,00	50,00	0,00
Santa Filomena	-	-	-	-	100,00	100,00	0,00
Trindade	20,00	100,00	83,33	44,44	100,00	50,00	100,00
Média	12,98	48,28	64,74	59,91	67,65	54,72	

Fonte: Sinan/SES- 06.04.2015

*Dados provisórios, sujeitos à revisão. (Banco só fechará em novembro/2015)

(-) Sem registro de casos novos

Municípios que não atingiram a meta

Municípios com pactuação incorreta

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 38 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

Dentre os dados sobre mortalidade, as causas de morte se apresentam como fonte das mais importantes para que seja conhecido o estado da saúde de populações. Destaca-se a causa básica, estabelecida para prevenir a morte e definida como: “(a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal”. A qualidade dos dados sobre mortalidade fica comprometida quando uma proporção considerável de causas de morte é classificada como mal definida (SANTO 2008).

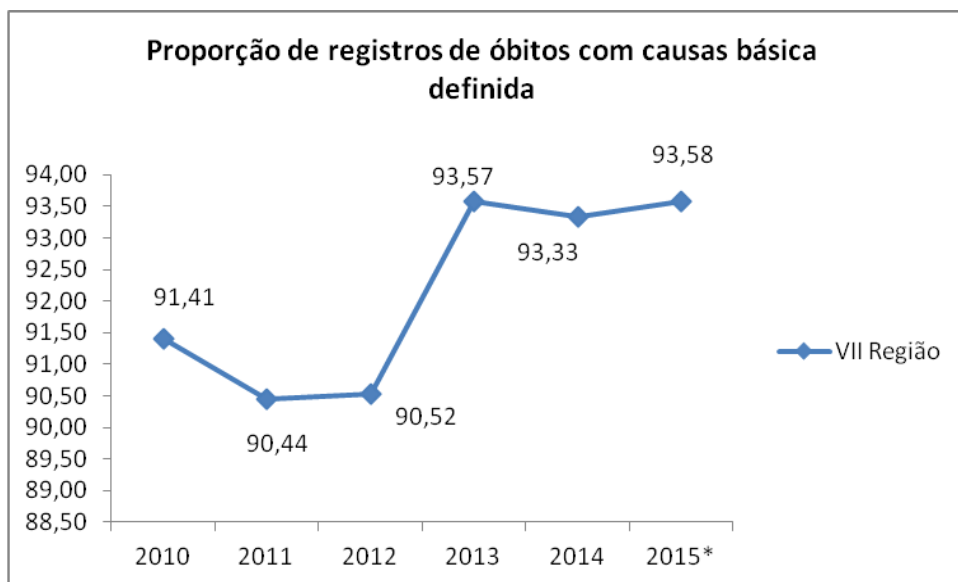
Os registros de óbitos representam importante fonte de informação para a avaliação do estado de saúde da população sendo muitas vezes e para muitas regiões do país, a única fonte disponível, seja para análise epidemiológica ou mesmo para o planejamento e administração em saúde. Dada à relevância das estatísticas de mortalidade, torna-se imprescindível o conhecimento da sua qualidade, tanto no que diz respeito à sua cobertura, quanto à qualidade dessas informações para a identificação da causa do óbito e características sócios demográficas do evento (Aidar, http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/saut32_5.pdf).

Esse é um indicador que reflete a qualidade da informação, permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbitos (DO), além de sinalizar as condições para diagnóstico de doenças, bem como a avaliação do preenchimento das DO's pelos profissionais médicos. Tem como principais vantagens: contribui na avaliação da qualidade das estatísticas da mortalidade, das condições de serviços de saúde, prestando-se para comparações nacionais e internacionais; subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas relativas à assistência e aos sistemas de informação em saúde; permite identificar os locais com proporção menores de causas bem definidas para medidas de intervenção.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	2013	2015 (referente ao ano de 2014)	2016
	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida Meta: 90%	95,56%	95%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{\text{Total de óbitos não fetais com causa}}{\text{Total de óbitos não fetais}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

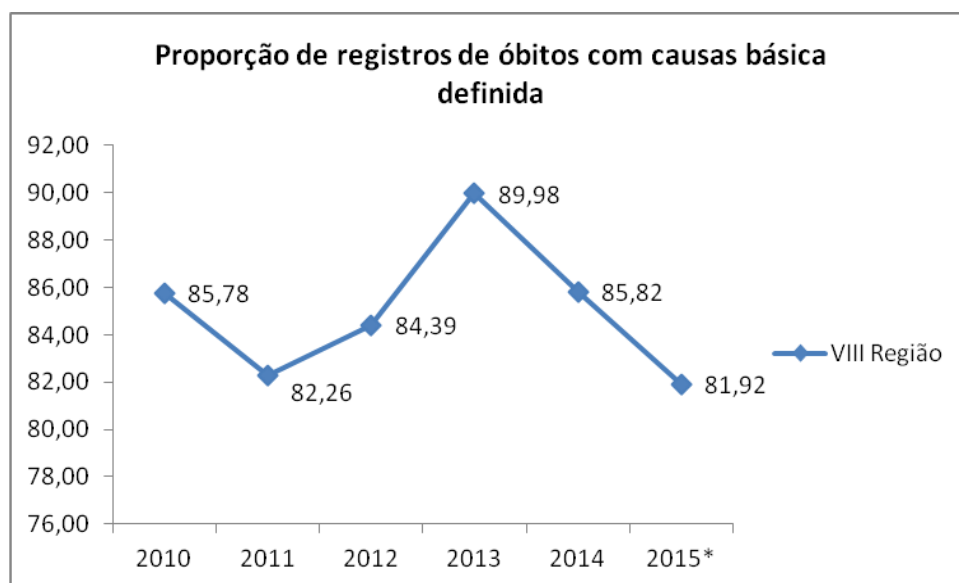


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém do São Francisco	87,13	84,68	87,21	90,68	94,07	90,76	82,00
Cedro	86,67	93,44	93,22	98,28	98,00	94,74	95,00
Mirandiba	92,11	95,92	89,61	95,00	91,26	96,33	95,00
Salgueiro	95,30	91,37	91,54	95,28	93,13	93,75	90,00
Serrita	92,77	90,83	92,41	96,59	93,81	92,05	95,00
Terra Nova	90,48	82,98	90,91	85,71	100,00	98,36	95,00
Verdejante	80,00	89,29	85,48	82,35	88,06	89,29	95,00
Regional	90,14	90,21	90,68	93,39	93,40	92,32	

Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

Dados captados em 15/06/2016, obtidos através de tabulação do TABWIN/SIM, e sujeitos a alteração.

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

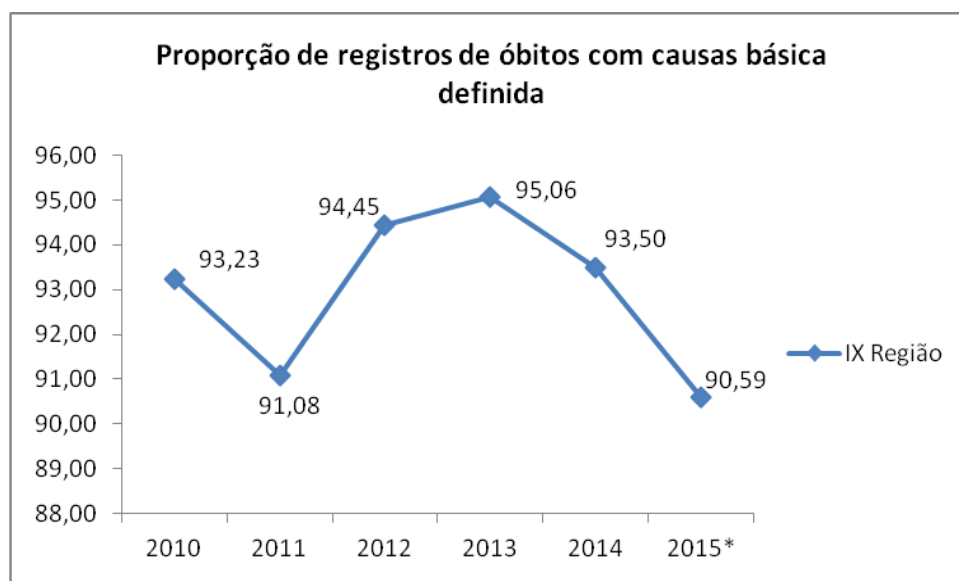


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	74,12	68,48	73,81	90,11	76,84	58,25	91,83
Cabrobó	85,93	79,49	80,37	89,57	92,47	93,85	92,00
Dormentes	90,32	93,51	94,12	97,01	97,33	97,83	100,00
Lagoa Grande	90,38	87,63	87,23	84,26	73,68	84,76	85,00
Orocó	67,53	69,49	66,67	81,54	75,81	72,41	75,41
Petrolina	89,31	84,65	87,55	92,14	87,86	83,44	80,00
Santa Maria da Boa Vista	71,12	70,83	70,98	75,16	75,00	64,40	70,50
Regional	85,78	82,26	84,39	89,98	85,82	81,92	

Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

Dados captados em 15/06/2016, obtidos através de tabulação do TABWIN/SIM, e sujeitos a alteração.

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



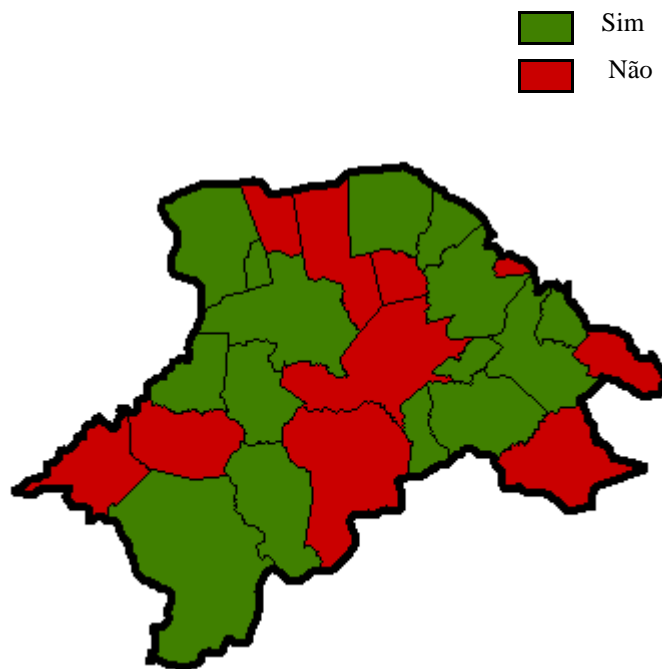
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	93,71	83,30	95,12	97,71	93,76	87,78	80,00
Bodocó	92,36	95,38	92,43	98,24	95,14	92,20	96,00
Exu	98,74	95,45	99,38	94,81	92,61	88,66	95,00
Granito	95,83	89,66	89,29	100,00	93,75	97,37	100,00
Ipubi	99,36	98,11	95,32	95,73	92,11	90,17	95,00
Moreilândia	97,56	94,23	93,75	92,54	90,57	94,59	95,00
Ouricuri	95,99	95,47	94,75	92,15	91,82	93,56	95,00
Parnamirim	81,19	88,30	91,74	92,11	93,91	84,00	95,00
Santa Cruz	93,83	78,75	97,50	91,67	93,10	94,05	90,00
Santa Filomena	96,00	96,49	98,00	93,75	98,48	95,89	100,00
Trindade	80,61	90,98	88,75	95,26	95,63	91,48	95,00
Regional	93,99	91,23	94,62	95,25	93,47	91,02	

Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

Dados captados em 15/06/2016, obtidos através de tabulação do TABWIN/SIM, e sujeitos a alteração.

INDICADOR 39

Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 39 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação

Este indicador possibilita à vigilância epidemiológica verificar a velocidade com que está encerrando os casos a partir do momento em que são notificados. Para o Ministério da Saúde (MS), considera-se oportunidade aceitável se pelo menos 80% dos casos notificados forem encerrados no intervalo do tempo esperado.

O Sinan operacionaliza 2 grupos de agravos para o encerramento oportuno: agravos encerrados com 60 dias após a data de notificação e agravos com encerramento em 180 dias após a data de notificação.

O indicador de encerramento oportuno refere-se a um dos indicadores de acompanhamento do Sinan. Através deste é possível calcular o percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente, isto é, com informações sobre o diagnóstico final (classificação final) e data de encerramento preenchido. O prazo foi estabelecido pelo MS, por nota técnica, para cada doença/agravo incluído no indicador.

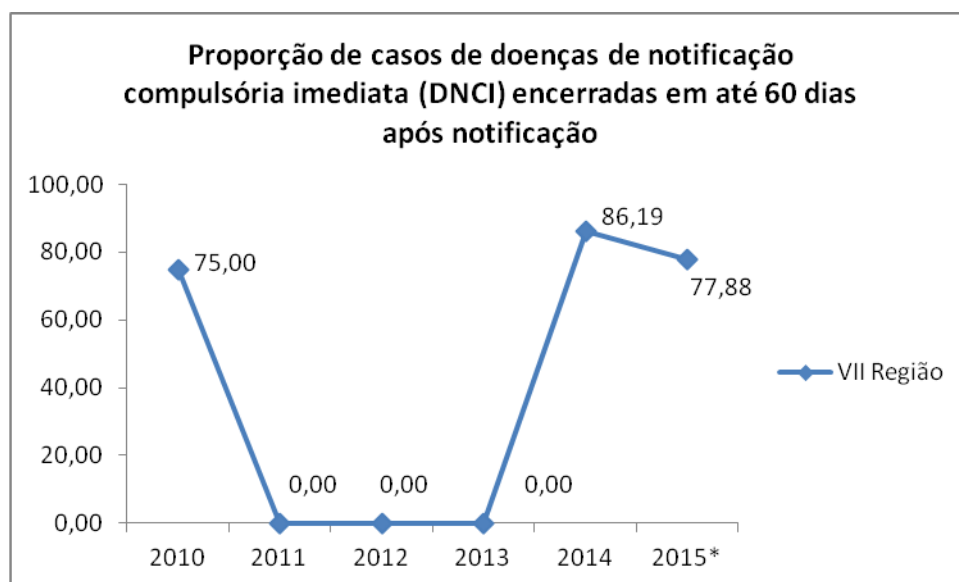
A informação da investigação concluída oportunamente fornece o conhecimento de casos confirmados e descartados e, por conseguinte permite orientar a aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil.

O estado de Pernambuco vem mostrando evolução ao longo dos anos no cumprimento desta meta

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	2013	2015	2016
	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação	76,52%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação}}{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação}} \times 100$		
Fonte	Base de dados de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Andréa Barbosa – Sinan - 3184-0122 sinan@saude.pe.gov.br		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



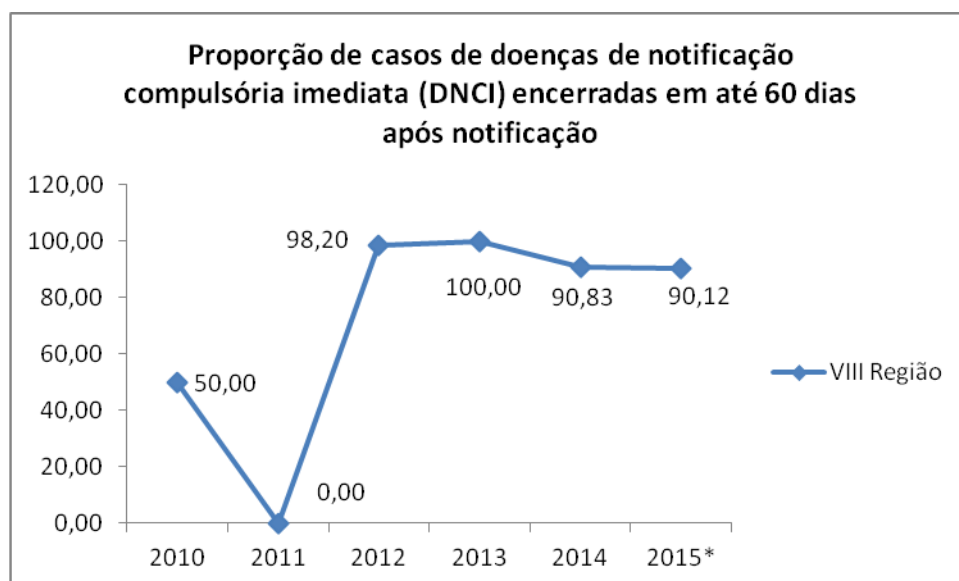
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	0,00	0,00	0,00	100,00	34,78	50,00	80
Cedro	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00	80,00	90
Mirandiba	100,00	0,00	0,00	0,00	90,91	22,73	85
Salgueiro	75,00	0,00	100,00	100,00	97,94	97,96	90
Serrita	50,00	0,00	0,00	80,00	88,46	100,00	80
Terra Nova	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	80
Verdejante	100,00	100,00	0,00	0,00	20,00	83,33	80
Regional	75,00	0,00	0,00	0,00	86,19	77,88	

Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE



Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Municípios	2010	2011	2012	20123	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	0,00	100,00	100,00	100,00	85,71	50,00	80
Cabrobó	33,30	0,00	0,00	0,00	87,50	92,86	60
Dormentes	100,00	0,00	0,00	75,00	58,93	66,67	80
Lagoa Grande	50,00	0,00	100,00	100,00	71,43	100,00	90
Orocó	0,00	0,00	100,00	100,00	90,91	83,78	0
Petrolina	82,10	0,00	98,20	95,30	95,19	95,39	90
Santa Maria da Boa Vista	50,00	0,00	0,00	100,00	92,59	81,25	82
Regional	50,00	0,00	98,20	100,00	90,83	90,12	

Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

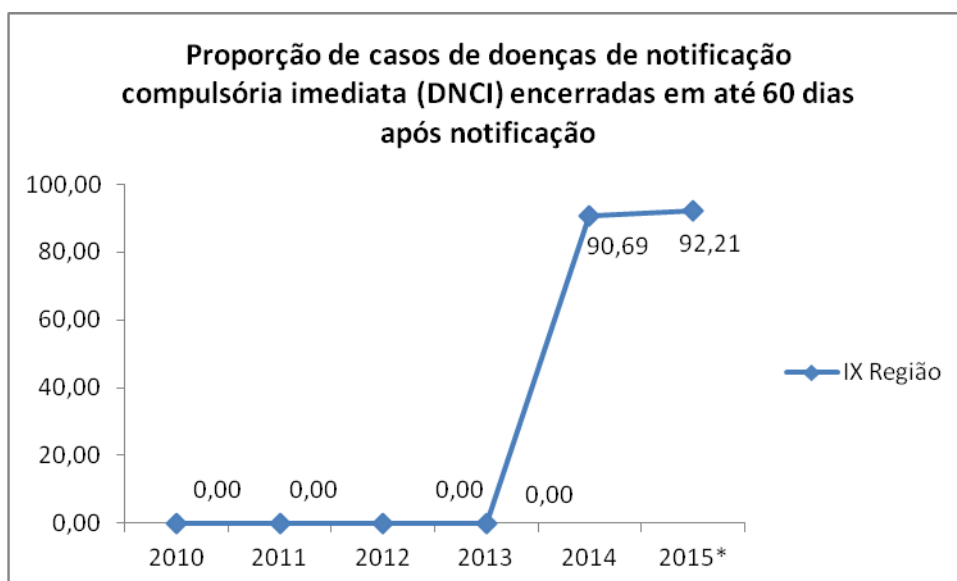


Municípios que não atingiram a meta



Municípios com pactuação incorreta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



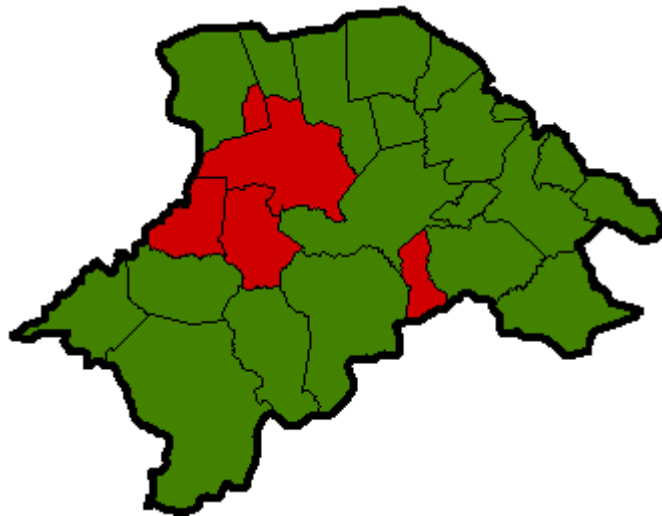
Municípios	2010	2011	2012	20123	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	100,00	0,00	100,00	83,30	98,38	100,00	85
Bodocó	100,00	0,00	0,00	100,00	95,83	80,00	90
Exu	66,70	0,00	50,00	0,00	86,67	85,71	80
Granito	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	75,00	80
Ipubi	0,00	0,00	0,00	100,00	33,33	72,73	80
Moreilândia	0,00	0,00	100,00	0,00	75,00	100,00	90
Ouricuri	80,00	0,00	0,00	88,90	82,35	88,57	80
Parnamirim	100,00	0,00	100,00	0,00	88,00	76,92	80
Santa Cruz	0,00	0,00	0,00	0,00	86,59	100,00	60
Santa Filomena	0,00	0,00	100,00	0,00	50,00	66,67	40
Trindade	0,00	0,00	0,00	66,70	81,82	91,67	80
Regional	0,00	0,00	0,00	33,35	90,69	93,21	

Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 40

Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados

Os acidentes de trabalho têm expressiva morbimortalidade, constituindo-se em importante problema de saúde pública. No Brasil, 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. Os sistemas de informação em saúde no país são avançados, mas dados sobre acidentes de trabalho continuam a demandar melhores registros, tanto de cobertura, como de qualidade dos dados. Há grande sub-registro do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), e os dados mais amplamente utilizados, da Previdência Social, são parciais, restritos a trabalhadores segurados que perfazem apenas um terço da população economicamente ativa ocupada. Dados da Previdência Social são também sub-registrados (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012).

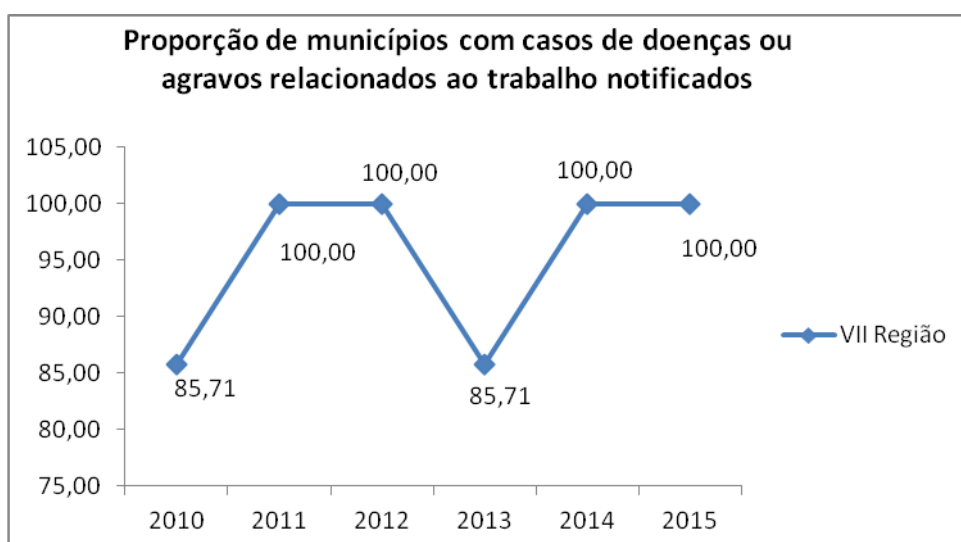
No que diz respeito ao fechamento do banco de dados, é importante informar que os casos relacionados à saúde do trabalhador só são notificados após confirmação. Somente a ficha de intoxicação exógena possui ficha de investigação e tem prazo de 180 dias para ser encerrada.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	2013	2015	2016
	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados Meta: 80% dos Municípios com pelo menos uma unidade de saúde com serviço de notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho implantado	77,3%	85%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Mede a cobertura das notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Regional e Estadual</u> $\frac{\text{Número de municípios com casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados por local de residência}}{\text{Número total de municípios na Região ou estado}} \times 100$ <u>Método de Cálculo Municipal e DF</u> Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados por local de residência.		

Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Aline Gurgel - 3184-0612 trabalhador.pe@gmail.com / cerestestadualpe@gmail.com

RESULTADOS DO INDICADOR

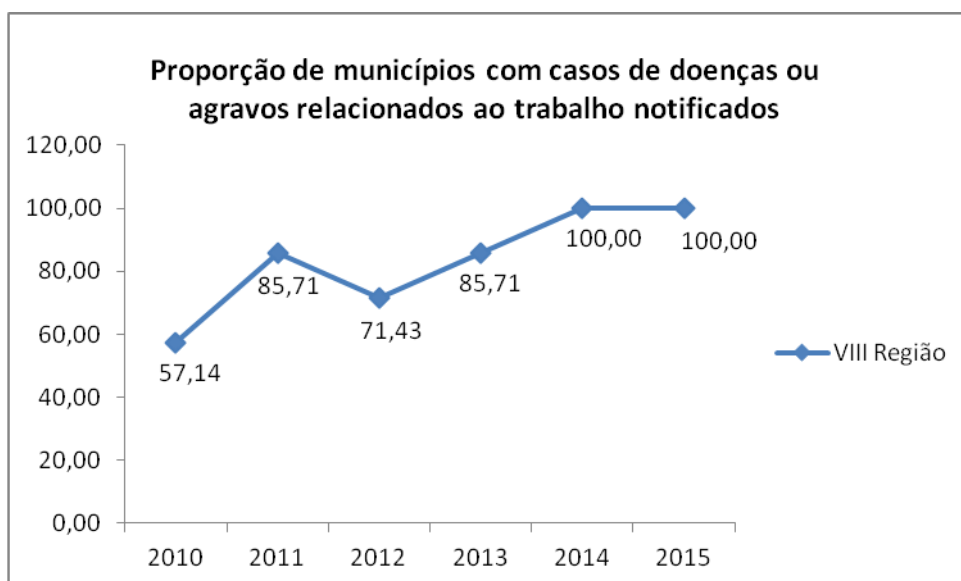
VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém do São Francisco	3	2	3	1	1	5	1
Cedro	0	4	1	2	4	1	0
Mirandiba	2	2	7	0	3	1	1
Salgueiro	48	93	66	75	69	24	1
Serrita	2	4	3	3	4	2	1
Terra Nova	3	4	3	9	4	2	1
Verdejante	3	5	4	2	5	3	2
Regional	85,71	100,00	100,00	85,71	100,00	100,00	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

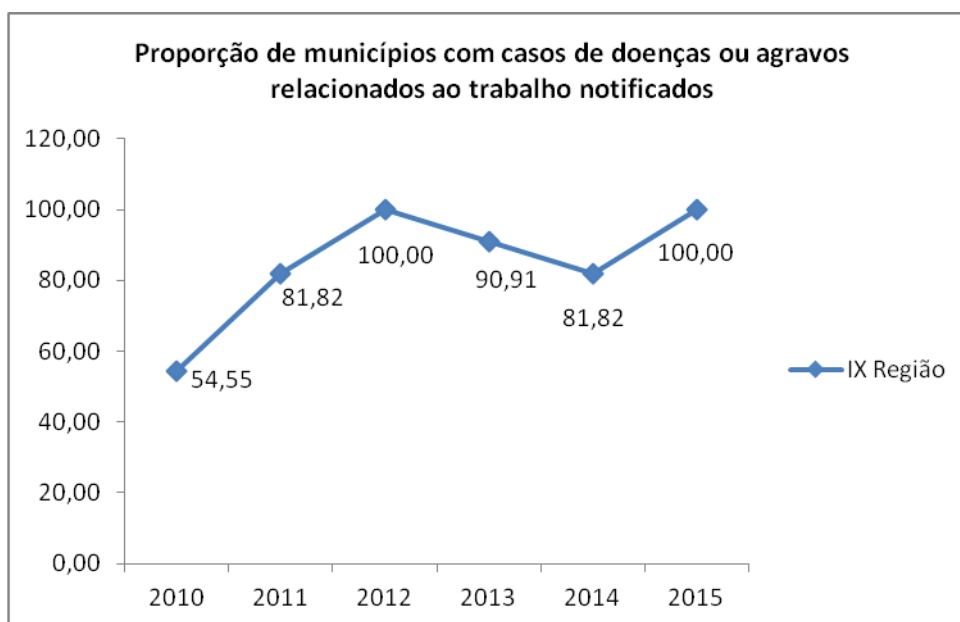


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	0	0	0	0	2	4	2
Cabrobó	1	2	3	10	3	4	1
Dormentes	0	1	0	1	1	2	1
Lagoa Grande	7	4	5	2	7	6	5
Orocó	0	1	1	19	15	11	15
Petrolina	122	141	134	134	156	254	200
Santa Maria da Boa Vista	3	2	11	18	35	54	20
Regional	57,14	85,71	71,43	85,71	100,00	100,00	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	5	11	19	25	21	11	8
Bodocó	0	8	10	9	7	9	0
Exu	3	5	8	1	46	5	3
Granito	0	0	4	0	0	2	1
Ipubi	0	10	10	18	16	3	1
Moreilândia	1	0	1	9	1	1	0
Ouricuri	2	23	32	24	30	20	30
Parnamirim	2	6	10	7	3	15	8
Santa Cruz	1	9	11	14	7	9	10
Santa Filomena	0	3	3	5	0	1	2
Trindade	0	6	12	21	16	8	17
Total de municípios	54,55	81,82	100,00	90,91	81,82	100,00	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

Municípios que não atingiram a meta

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 41 – Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

A Vigilância Sanitária (VISA) é a forma mais complexa de existência da Saúde Pública, pois suas ações, eminentemente preventivas, perpassam todas as práticas médico-sanitárias. São de alta relevância no contexto da proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (FILHO *et al.*, 2003).

É incontestável a necessidade de organização dos serviços de vigilância sanitária, apoiados no processo de planejamento e avaliação e em normas técnicas e bases jurídicas. Para isso é fundamental o acesso às informações e a construção e uso de indicadores. A prática de utilização de indicadores em vigilância sanitária é recente no Brasil e se constitui um grande desafio, visto que é necessário observar para que dimensão e objeto da vigilância sanitária se destina o indicador para então definir o tipo e as características mais adequadas dos mesmos.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	2013	2015	2016
	100%	21,74%	30%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	O indicador é importante para avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária, colaborando para uma coordenação nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelas ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios: (I) cadastro de estabelecimentos sujeitos a VISA, (II) instauração de processos administrativos de VISA, (III) inspeção em estabelecimentos sujeitos a VISA, (IV) atividades educativas para população, (V) atividades educativas para o setor regulado, (VI) recebimento de denúncias e (VII) atendimento de denúncias. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Regional, Estadual</u></p> $\frac{\text{Número de municípios que executam todas as ações de Vigilâncias Sanitárias consideradas necessárias.}}{\text{Número de municípios}} \times 100$ <p><u>Método de Cálculo Municipal e DF</u></p> $\frac{\text{Número de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias, realizadas no município.}}{\text{Total de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias}} \times 100$		


Fonte	SIA/SUS e IBGE 01.02.01.007-2 - Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária 01.02.01.052-8 - Instauração de Processo Administrativo Sanitário 01.02.01.017-0 - Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária 01.02.01.022-6 - Atividade Educativa para a População 01.02.01.005-6 - Atividade Educativa para o Setor Regulado 01.02.01.023-4 - Recebimento de Denúncias/Reclamações 01.02.01.024-2 - Atendimento a Denúncias/Reclamações
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Jaime Brito - 3181-6425 jaime@saude.pe.gov.br

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Municípios	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	71,43	0,00	100,00	100
Cedro	57,14	0,00	85,71	28
Mirandiba	42,86	14,29	85,71	100
Salgueiro	14,29	0,00	100,00	80
Serrita	57,14	0,00	100,00	100
Terra Nova	71,43	28,57	85,71	40
Verdejante	57,14	28,57	71,43	100
Regional	0,00	0,00	37,50	


Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

 Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Municípios	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	28,57	0,00	71,43	28,5
Cabrobó	0,00	0,00	57,14	65
Dormentes	0,00	0,00	57,14	50
Lagoa Grande	57,14	0,00	57,14	100
Orocó	57,14	0,00	14,29	57,14
Petrolina	57,14	57,14	71,43	80
Santa Maria da Boa Vista	71,43	0,00	42,86	80
Regional	0,00	0,00	0,00	


Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

 Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

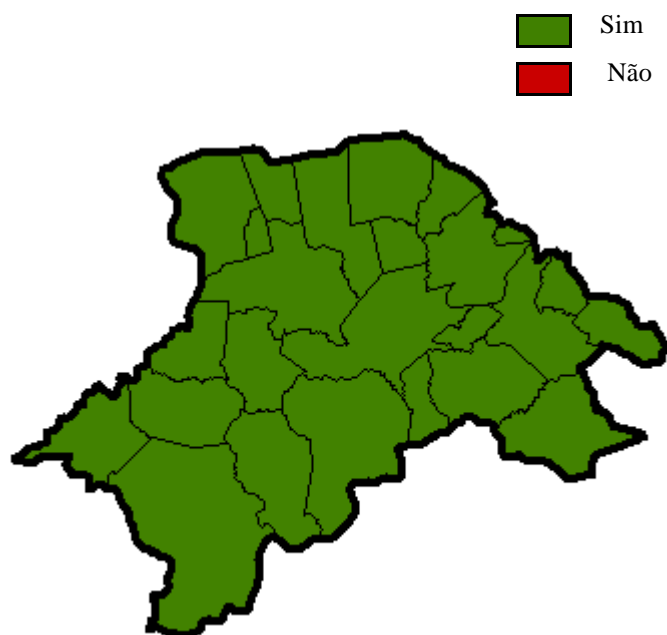
Municípios	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	57,14	0,00	71,43	100,00
Bodocó	71,43	85,71	85,71	100,00
Exu	85,71	85,71	85,71	85,00
Granito	85,71	71,43	100,00	100,00
Ipubi	85,71	85,71	71,43	100,00
Moreilândia	71,43	71,43	42,86	80,00
Ouricuri	0,00	14,29	85,71	85,71
Parnamirim	28,57	0,00	0,00	100
Santa Cruz	85,71	85,71	85,71	100,00
Santa Filomena	85,71	57,14	85,71	100,00
Trindade	85,71	71,43	85,71	85,71
Regional	85,71	71,43	85,71	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

 Municípios que não atingiram a meta

INDICADOR 42

Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 42 - Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos

A incidência de AIDS em menores de 5 anos constitui importante marcador de assistência à saúde. O monitoramento e avaliação periódica desse indicador tornam-se importante ferramenta para a construção do diagnóstico situacional da assistência à saúde no pré-natal/parto/puerpério.

A instituição dos Planos Nacional e Estadual de Enfretamento da TV do HIV e Sífilis e ainda do Pacto pela Saúde em 2007, e da programação de ações de vigilância em Saúde (PAVS) estimulou o aumento da cobertura de testagem VDRL e, possivelmente em decorrência dessas políticas, houve um incremento na incidência de casos, pois muitos municípios silenciosos passaram a notificar seus casos que certamente existiam.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	2013	2015	2016
	<p>Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos</p> <p>Meta: redução de 10% a cada ano</p> <p>A meta municipal será pactuada de acordo com a linha de base local</p>	7 casos notificados	11 casos notificados
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Expressa o número de casos novos de Aids, na população de menores de cinco anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado. Mede o risco de ocorrência de casos novos de Aids nessa população.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> Número de casos novos de Aids em menores de cinco anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.		
Fonte	<p>Para obter as informações consolidadas, acessar:</p> <p>1- www.aids.gov.br > dados e pesquisa > tabulação de dados > casos de aids – acessar o sistema (http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados_aids.asp)</p> <p>2- http://datasus.saude.gov.br/> informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o sistema (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm)</p> <p>Esses dados são extraídos dos seguintes sistemas de informação:</p> <p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel*) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p> <p>(*) As informações do SISCEL são validadas com informações dos indivíduos que estão em tratamento (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - Siclom)</p>		
Responsável pelo Monitoramento no	Françóis Figueiroa - 3184-0212		

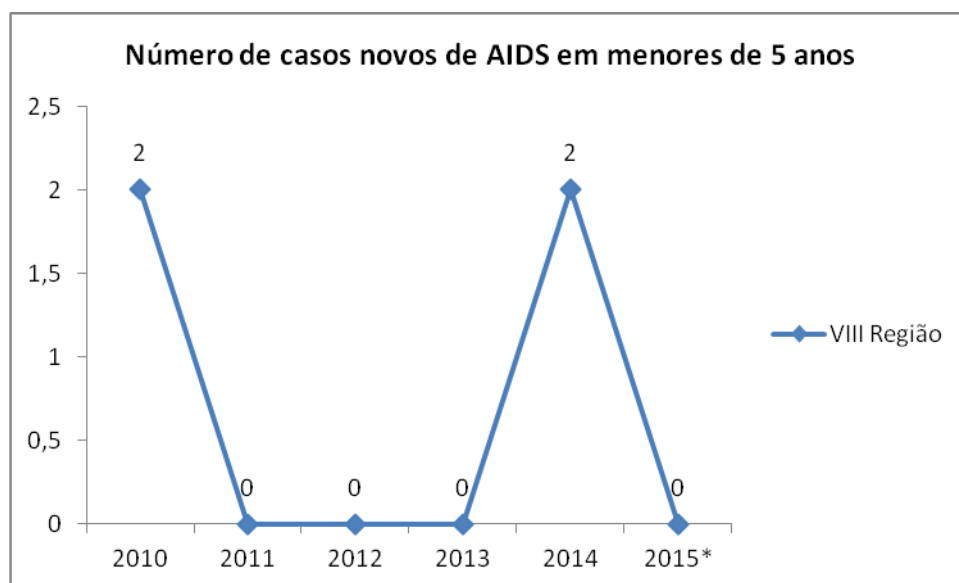
Anexo: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR**VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO**

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	0	0	0	0	0	0	0
Cedro	0	0	0	0	0	0	0
Mirandiba	0	0	1	0	0	0	0
Salgueiro	0	0	0	0	0	0	0
Serrita	0	0	0	0	0	0	0
Terra Nova	0	0	0	0	0	0	0
Verdejante	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	1	0	0	0	

Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	0	0	0	0	0	0	0
Cabrobó	0	0	0	0	0	0	0
Dormentes	0	0	0	0	0	0	0
Lagoa Grande	0	0	0	0	0	0	0
Orocó	0	0	0	0	0	0	0
Petrolina	2	0	0	0	2	0	1
Santa Maria da Boa Vista	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	0	0	0	2	0	

Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

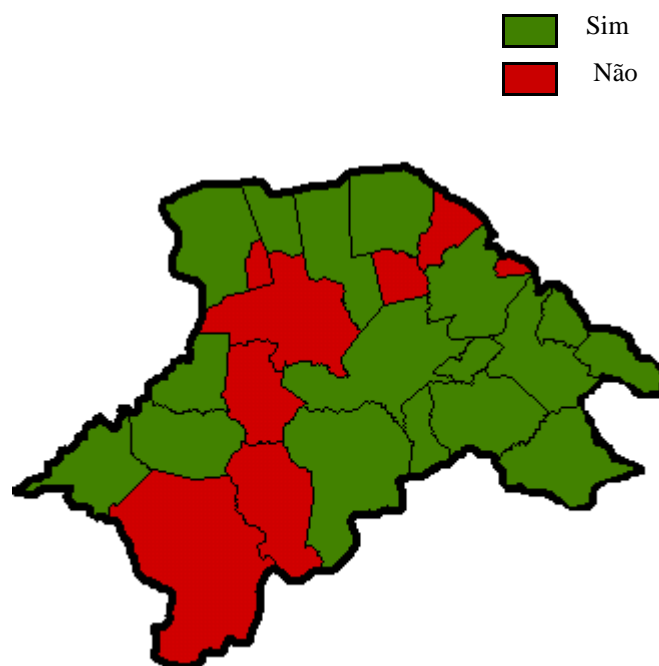


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	0	0	0	0	0	0	1
Bodocó	0	0	0	0	0	0	1
Exu	0	0	0	0	0	0	1
Granito	0	0	0	0	0	0	0
Ipubi	0	0	0	0	0	0	0
Moreilândia	0	0	0	0	0	0	0
Ouricuri	0	0	0	0	0	0	0
Parnamirim	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Santa Filomena	0	0	0	0	0	0	0
Trindade	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	

Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV

INDICADOR 45

Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1- Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Indicador 45 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica de grande influência para a saúde pública devido à sua magnitude e ao seu alto poder incapacitante.

Quando diagnosticada e tratada tardiamente, a hanseníase pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares, não apenas lesões que os incapacitam fisicamente, mas, sobretudo, pelas repercussões psicossociais, em decorrência de preconceitos, medos e rejeições por parte da sociedade.

Segundo o Ministério da Saúde os anos de coortes de hanseníase dividem-se em dois tipos: Casos residentes com data de diagnóstico no ano anterior à avaliação (tipo Paucibacilar). Casos novos residentes com data de diagnóstico 2 anos antes da avaliação (tipo multibacilar).

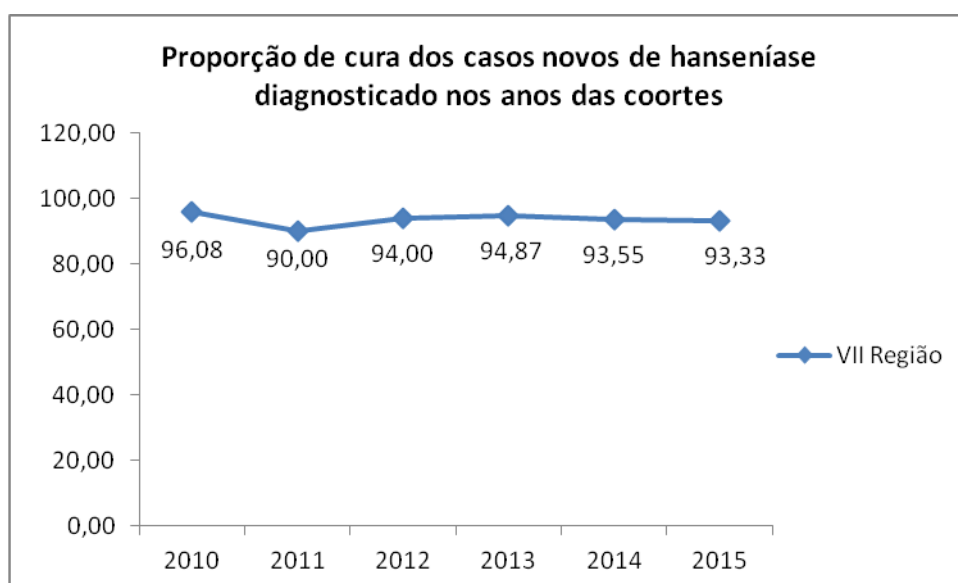
O indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde para hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacitantes físicas. Além de avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	2013	2015	2016
	<p>Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.</p> <p>Meta Brasil 2013: 86%</p> <p>Observações:</p> <ol style="list-style-type: none"> Quando a proporção de cura estiver entre 0% e 74,9%, o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, de 82,5% em 2013. Quando a proporção de cura estiver entre 75,0% e 89,9%, o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, de 90% em 2013. Quando a proporção de cura estiver em 90% ou mais, o parâmetro de referência passa a ser manter ou aumentar a proporção de cura em 2013. <p>Para calcular a linha de base de 2013, usar o resultado da cura nas coortes de casos novos de hanseníase de 2011, que considera em seu cálculo os PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação.</p>	78,10 %	85%
Tipo de Indicador	Específico		

Relevância do Indicador	Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas.
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> <p>Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes – PB (Paucibacilares) diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB (Multibacilares) diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação - e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação</p> $\frac{\text{Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local}}{\text{Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Raíssa Alencar - 3184-0200 hansenia.pe@gmail.com


RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

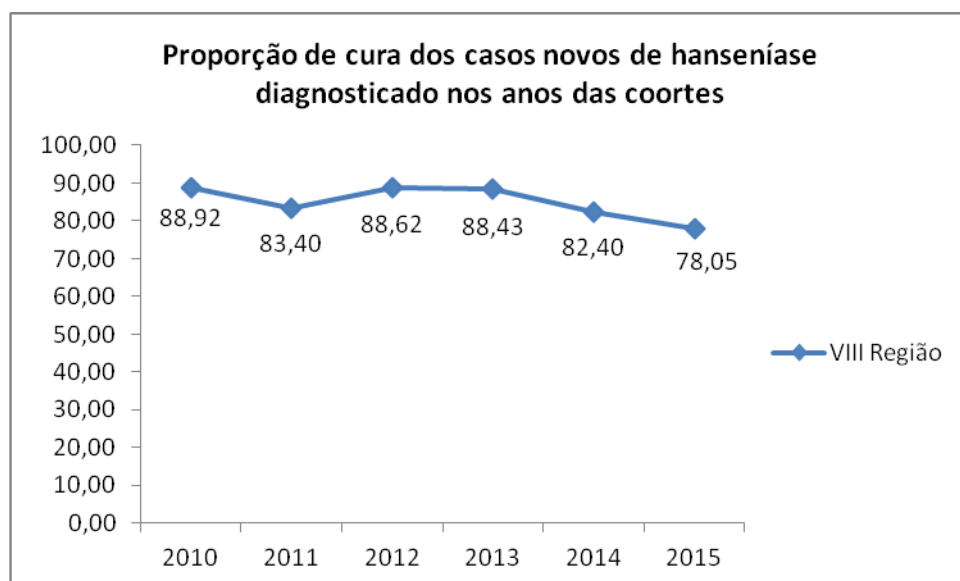


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	90,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Cedro**	0,00	0,00	100,00	100,00	0,00	0,00	87
Mirandiba	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	100,00	100
Salgueiro	94,30	86,36	94,44	96,30	100,00	88,90	80
Serrita	0,00	100,00	0,00	100,00	100,00	100,00	85
Terra Nova	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Verdejante	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	85
Regional	96,08	90,00	94,00	94,87	93,55	93,33	

Fonte: SINAN/PCH/SEVS/PE. Dados tabulados em 12/04/2016. * Anos das Coortes: Casos novos Paucibacilares que entraram no ano de 2014 e casos novos multibacilares que entraram no ano de 2013.

 Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

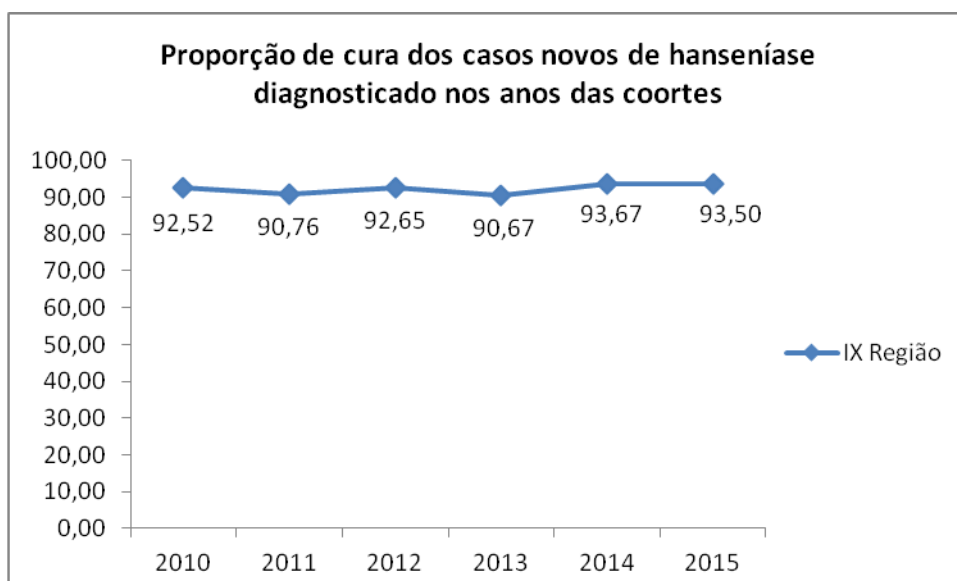


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	50,00	71,43	100,00	100,00	66,70	85,70	75
Cabrobó	96,20	90,00	87,50	90,90	100,00	96,20	90
Dormentes	100,00	100,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100
Lagoa Grande	100,00	91,67	83,33	96,00	96,00	83,30	96
Orocó	100,00	66,67	0,00	0,00	100,00	100,00	100
Petrolina	86,40	78,79	85,83	88,80	78,50	74,00	80
Santa Maria da Boa Vista	100,00	94,12	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Regional	88,92	83,40	88,62	88,43	82,40	78,05	

Fonte: SINAN/PCH/SEVS/PE. Dados tabulados em 12/04/2016. * Anos das Coortes: Casos novos Paucibacilares que entraram no ano de 2014 e casos novos multibacilares que entraram no ano de 2013.

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	100,00	82,76	96,97	96,30	96,70	94,70	85
Bodocó	100,00	66,67	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Exu	75,00	100,00	88,89	92,30	100,00	100,00	85
Granito	100,00	100,00	0,00	100,00	100,00	0,00	100
Ipubi	100,00	100,00	85,71	75,00	87,50	100,00	80
Moreilândia	96,00	96,00	100,00	97,40	100,00	90,50	97,4
Ouricuri	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	0,00	100
Parnamirim	0,00	100,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100
Santa Cruz	100,00	66,67	100,00	100,00	0,00	100,00	100
Santa Filomena**	0,00	66,67	0,00	100,00	100,00	0,00	100
Trindade	76,00	91,89	86,11	86,70	92,00	91,10	92
Regional	92,52	90,76	92,65	90,67	93,67	93,50	

Fonte: SINAN/PCH/SEVS/PE. Dados tabulados em 12/04/2016. * Anos das Coortes: Casos novos Paucibacilares que entraram no ano de 2014 e casos novos multibacilares que entraram no ano de 2013.

Municípios que não atingiram a meta

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença infecciosa sistemática de ampla distribuição geográfica, caracterizada pelo alto potencial de letalidade.

É uma doença espectral, cuja à apresentação clínica varia de forma assintomática até o quadro clássico da parasitose, evidenciado pela presença de febre, anemia, hepatoesplenomegalia, além de tosse seca, leucopenia e hipergamaglobulinemia.

A Associação de comorbidade como a desnutrição, o diagnóstico tardio e presença de complicações, como infecções bacterianas principalmente por staphylococcus aureus e pseudomonas aeroginosas e as hemorragias concorrem para o aumento da letalidade para este agravo.

É uma zoonose emergente com ampla distribuição em países de clima tropical e subtropical. No Brasil apresenta grande relevância na saúde coletiva, com elevadas taxas de incidência e de letalidade.

Apesar dos esforços no controle de vetores e reservatórios, a doença encontra-se em rápida expansão, por isso representa uma ameaça para a população e preocupa as autoridades sanitárias.

De forma geral, os estudos de indicadores epidemiológicos sobre os óbitos por leishmaniose visceral são importantes porque contribuem para sua melhor compreensão e sugerem aos gestores de saúde e ao serviço de vigilância a necessidade de priorizar e readequar as ações para a melhoria nos campos de assistência, da vigilância e do controle da doença.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral	2013	2015	2016
	Redução de 20% ao ano, nos municípios e regiões com 8 ou mais óbitos por leishmaniose visceral. No caso de municípios e regiões com até 7 óbitos, a redução deve ser de 1 óbito em cada município e região	18	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Específico		
Relevância do Indicador	Mede, de forma indireta, a qualidade da assistência ao paciente de leishmaniose visceral (acesso, oportunidade no diagnóstico e manejo do paciente).		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral (casos novos e recidivas), por ano de notificação, por local residência.		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Francisco Duarte - 3184-0214 dfbezerra@hotmail.com		


Anexo: Alteração nas recomendações conforme Nota Técnica nº 70/2014

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	0	0	0	0	1	0	0
Cedro	0	0	0	0	0	1	N/A
Mirandiba	0	0	0	0	0	0	0
Salgueiro	1	0	0	0	2	0	0
Serrita	0	0	0	0	0	0	1
Terra Nova	1	0	0	0	0	0	0
Verdejante	0	0	0	0	0	0	N/A
Regional	2	0	0	0	3	1	


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)


 Municípios com pactuação inadequada

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	0	0	0	0	0	0	N/A
Cabrobó	0	0	0	0	0	1	1
Dormentes	0	0	0	1	0	1	1
Lagoa Grande	1	0	0	1	0	1	1
Orocó	0	0	0	0	0	2	0
Petrolina	0	0	1	0	0	1	1
Santa Maria da Boa Vista	1	1	1	1	0	0	1
Regional	2	1	2	3	0	6	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)


 Municípios que não atingiram a meta

 Municípios com pactuação inadequada

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	0	0	0	0	1	0	1
Bodocó	0	0	0	0	0	1	2
Exu	0	0	0	0	0	0	1
Granito	0	0	0	0	0	1	0
Ipubi	0	0	0	0	0	0	0
Moreilândia	0	0	0	0	0	0	0
Ouricuri	1	0	0	1	0	0	0
Parnamirim	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	2	0	0
Santa Filomena	0	0	0	0	0	0	0
Trindade	0	0	0	0	0	1	0
Regional	1	0	0	1	3	3	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

 Municípios que não atingiram a meta

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina

A raiva é uma zoonose viral, caracterizada por uma encefalite progressiva e letal, constituindo-se como um dos mais sérios agravos em saúde pública.

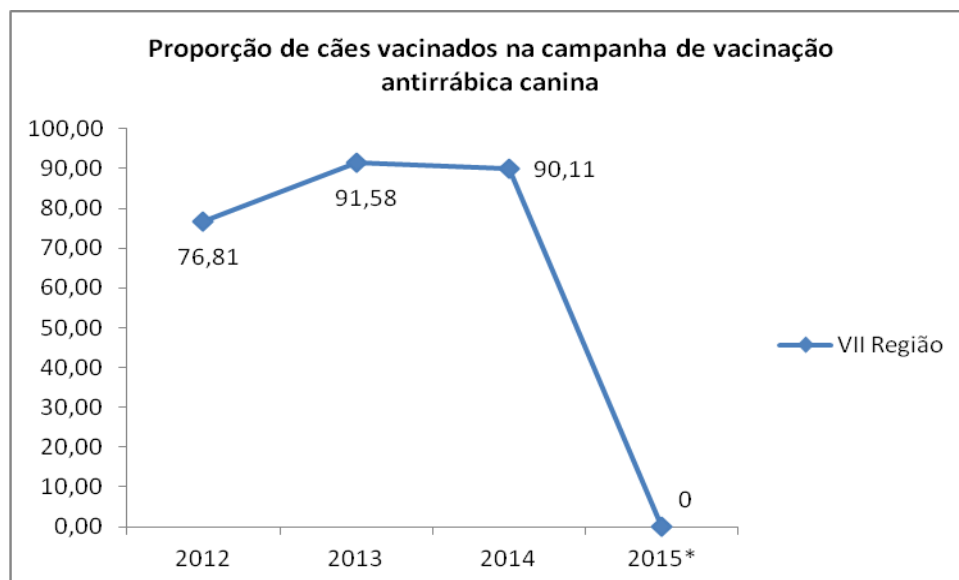
A prevenção da raiva animal é o instrumento mais importante no controle da raiva humana na zona urbana. Esse controle é feito, principalmente, por meio da vacinação de cães e gatos (na forma da campanha de vacinação) e controle da população de cães errantes (através de apreensão esterilização e eutanásia), realizadas pelas prefeituras municipais.

A vacinação tem se mostrado um eficiente recurso para o método de controle de doenças infecciosas nos animais e humanos. Em países onde a raiva canina é controlada através da vacinação, o número de casos humanos tem reduzido consideravelmente, embora siga sendo um dos maiores problemas de saúde pública na maior parte do mundo.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	2013	2015	2016
	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha $\geq 80\%$ de cobertura vacinal de cães	Sem campanha	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Específico		
Relevância do Indicador	Mede a cobertura vacinal antirrábica em cães, para prevenção, interrupção da circulação do vírus da raiva na população canina.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Número de cães vacinados}}{\text{Total da população canina}} \times 100$ <p>Observação: Estima-se, com base nos dados censitários caninos, que a população de cães pode variar entre 10 e 20% em relação à população humana de cada município.</p>		
Fonte	Para 2013 essas informações serão disponibilizadas por meio do sistema: consultas>_antirrabica>">http://pni.datasus.gov.br/>consultas>_antirrabica> - acessar o sistema (http://pni.datasus.gov.br/consulta_antirabica_13_selecao.asp)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Francisco Duarte - 3184-0214 dfbezerra@hotmail.com		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

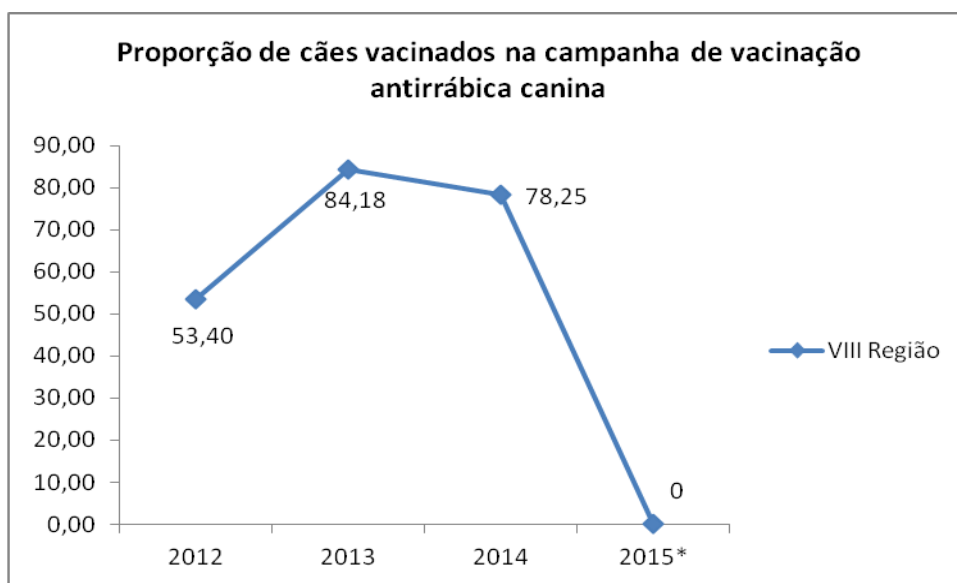


Municípios	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	58,57	91,58	91,11	-	90
Cedro	76,81	82,92	85,78	-	85
Mirandiba	80,84	104,95	117,42	-	95
Salgueiro	104,43	87,50	78,18	-	80
Serrita	50,53	96,54	90,11	-	80
Terra Nova	73,40	98,10	93,36	-	90
Verdejante	136,84	90,50	89,69	-	90
Mediana	76,81	91,58	90,11	-	

Fonte: SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS

*Não teve campanha

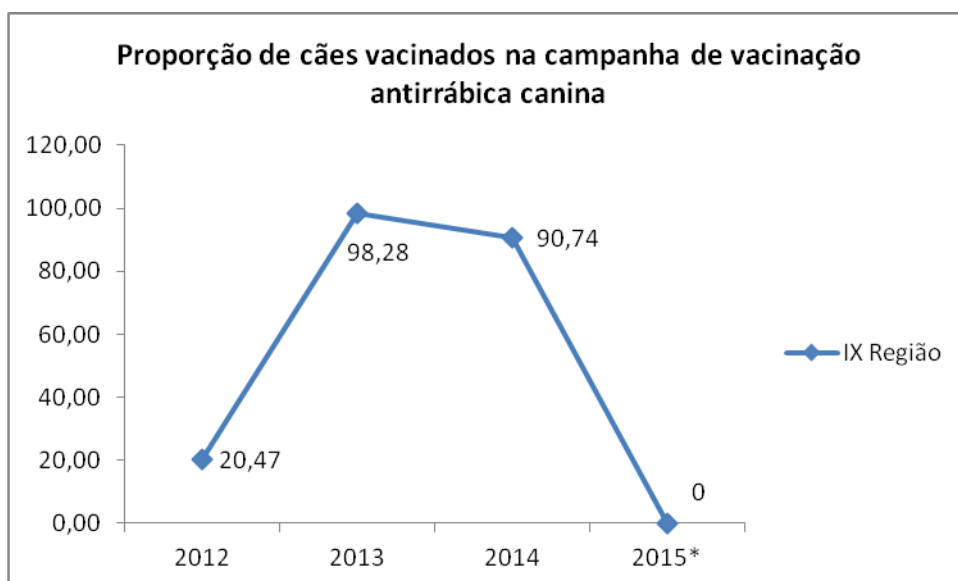
VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Municípios	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	6,28	92,61	84,57	-	N/A
Cabrobó	91,03	84,18	64,77	-	70
Dormentes	39,86	77,84	78,25	-	95
Lagoa Grande	10,02	89,32	69,07	-	85
Orocó	108,31	80,17	80,22	-	80,22
Petrolina	86,03	80,71	75,27	-	80
Santa Maria da Boa Vista	53,40	90,40	86,25	-	80
Mediana	53,40	84,18	78,25	-	

Fonte: SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	0,00	60,66	70,48	-	65
Bodocó	24,54	44,52	110,13	-	90
Exu	10,85	34,19	77,21	-	80
Granito	79,40	127,89	75,65	-	100
Ipubi	19,88	111,37	92,95	-	80
Moreilândia	10,44	102,60	89,59	-	80
Ouricuri	0,00	96,19	90,16	-	80
Parnamirim	19,18	148,18	91,84	-	42
Santa Cruz	2,79	87,53	80,72	-	45
Santa Filomena	0,00	88,86	61,89	-	45
Trindade	0,00	108,30	70,01	-	80
Mediana	10,44	96,19	80,72	-	

Fonte: SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 51 - Número absoluto de óbitos por dengue

A Organização Mundial de Saúde – OMS estima que três bilhões de pessoas estejam vivendo em áreas com risco de infecção pela doença, que é transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* que geralmente utiliza recipientes artificiais para proliferação.

Atualmente, 50 milhões de casos são registrados no mundo, sendo que 500 mil são considerados graves, e 21 mil resultam em morte. A dengue afeta mais de 120 países principalmente nas regiões tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem sua proliferação, o que torna essa espécie predominantemente urbana.

Considerada uma doença negligenciada pela OMS. No Brasil a dengue é uma das doenças infecciosas mais frequentes. De quadro clínico repentino e amplo, variando de infecção inaparente e sintomática, até quadros graves com hemorragias. Durante a evolução da doença, destacam-se três fases: febril, crítica e de recuperação. Na fase crítica da doença, ocorrem as manifestações clínicas (sinais de alarme) devido ao aumento de permeabilidade vascular e da perda de plasma, que podem levar ao choque irreversível e à morte.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2015	2016
Número absoluto de óbitos por dengue	<p>Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue</p> <p>Redução de 10% ao ano, nos municípios e regiões com 6 ou mais óbitos por dengue.</p> <p>No caso de municípios e regiões com 1 óbito, a redução, no ano seguinte, deve ser 100%; em locais com 2, 3, 4 e 5 óbitos, a redução deve ser de 1 óbito em cada município e região</p>	59 óbitos	54 óbitos
Tipo de Indicador	Específico		
Relevância do Indicador	Reflete a qualidade da assistência ao paciente com dengue.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u>		
	Número absoluto de óbitos por dengue no ano		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Claudenice Pontes - 3184-0218 dengue@saude.pe.gov.br		

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	0	0	0	0	0	0	0
Cedro	0	0	0	0	0	0	0
Mirandiba	0	0	0	0	0	0	0
Salgueiro	0	0	0	0	0	0	0
Serrita	0	0	0	0	0	1	1
Terra Nova	0	0	0	0	0	0	0
Verdejante	0	0	0	0	0	1	0
Regional	0	0	0	0	0	2	

Fonte: Sinan-net/Sinan-online-SES

*Dados obtidos em 06/07/2016, sujeitos à alteração.



Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	0	0	0	0	0	0	0
Cabrobó	0	0	0	0	0	0	0
Dormentes	0	0	0	0	0	0	N/A
Lagoa Grande	0	0	0	0	0	0	0
Orocó	0	0	0	0	0	0	0
Petrolina	0	1	0	0	0	0	1
Santa Maria da Boa Vista	0	0	0	0	0	0	0
Regional	0	1	0	0	0	0	

Fonte: Sinan-net/Sinan-online-SES

*Dados obtidos em 06/07/2016, sujeitos à alteração.




Municípios com pactuação incorreta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	0	0	0	0	0	0	0
Bodocó	0	0	0	0	0	0	1
Exu	0	0	0	0	0	0	0
Granito	0	0	0	0	0	0	N/A
Ipubi	0	0	0	0	0	0	0
Moreilândia	0	0	0	0	0	0	0
Ouricuri	0	0	0	0	0	0	0
Parnamirim	0	0	0	0	0	0	N/A
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Santa Filomena	0	0	0	0	0	0	0
Trindade	0	0	0	0	0	0	0
Regional	0	0	0	0	0	0	

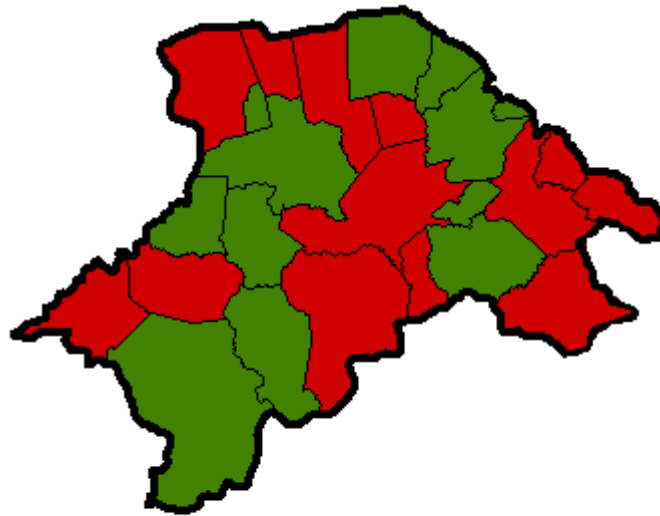
Fonte: Sinan-net/Sinan-online-SES

*Dados obtidos em 06/07/2016, sujeitos à alteração.

 Municípios com pactuação incorreta

INDICADOR 52

Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicador 52 – Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue

As ações de combate ao *Aedes Aegypti*, mosquito transmissor da dengue estão centradas em duas estratégias controle ou erradicação, que se diferenciam quanto às suas metas, o que implica distintas extensões de cobertura, estrutura, e organização operacional. Ambas incluem três componentes básicos: saneamento do meio ambiente; ações de educação, comunicação e informação; e controle direto ao vetor, (químico, físico e biológico).

O componente de saneamento básico visa reduzir os criadouros potenciais do mosquito: mediante aporte suficiente de água para evitar o seu armazenamento em recipiente que servirão para ovoposição das fêmeas do vetor transmissor, proteção (cobertura) de recipientes úteis; combate físico e químico do vetor.

Tendo em vista a progressiva expansão da dengue, cuja forma hemorrágica é potencialmente letal, há uma determinação das autoridades sanitárias no sentido de articular ações capazes de combater esta situação, mediante a busca de criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, nas residências e propriedades particulares.

Neste sentido o Ministério da Saúde através de Diretrizes Nacional para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue preconiza visita domiciliar bimestral em 100% dos imóveis nos municípios infestados (em períodos epidêmicos ou não).

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	2013	2015	2016
	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo	72,97% dos municípios atingiram 80% de cobertura, para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares	75% dos municípios atingirem 80% de cobertura para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares
Tipo de Indicador	Específico		
Relevância do Indicador	Evidencia do conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor, o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal e DF</u></p> <p>Passo 1: Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos 6 ciclos preconizados. Denominador: Número de imóveis da área urbana do município (Reconhecimento Geográfico)</p> <p>Passo 2: Somatório do número de ciclos realizados que atingiram 80% ou mais dos imóveis visitados.</p>		

	<p>Exemplo: Número de ciclos que atingiram 80% ou mais dos imóveis visitados</p> <p>Município A</p> <table border="1" data-bbox="655 342 1289 734"> <thead> <tr> <th>Ciclos</th> <th>Percentual</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>90%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>80%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>60%</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>85%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>75%</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>88%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Número de ciclos com 80% ou mais de visitas</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Meta* = 4</p> <p>*Dos 6 ciclos foram atingidos 80% ou mais de visitas em 4 ciclos, assim a meta pactuada será 4</p> <p><u>Método de cálculo regional e estadual</u></p> <p>Numerador: Número de municípios infestados que atingiram, pelo menos, 4 ciclos de visita com 80 % ou mais de imóveis visitados. Denominador: Número de municípios da região de saúde ou do estado, excluindo os municípios não infestados. Fator de multiplicação: 100</p>	Ciclos	Percentual	Total	1	90%	1	2	80%	1	3	60%	0	4	85%	1	5	75%	0	6	88%	1	Número de ciclos com 80% ou mais de visitas		4
Ciclos	Percentual	Total																							
1	90%	1																							
2	80%	1																							
3	60%	0																							
4	85%	1																							
5	75%	0																							
6	88%	1																							
Número de ciclos com 80% ou mais de visitas		4																							
Fonte	Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD).																								
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Claudenice Pontes - 3184-0218 dengue@saude.pe.gov.br																								

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

VII Geres	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	6	4
Cedro	6	5
Mirandiba	6	5
Salgueiro	6	5
Serrita	6	4
Terra Nova	6	4
Verdejante	6	4
Regional	100,0	

Fonte: SINAN/SEVS/SES-PE. Dados captados em 06/07/2016, sujeitos à alteração.




Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

VIII Geres	2015	Meta 2015
Afrânio	3	5
Cabrobó	6	4
Dormentes	5	6
Lagoa Grande	5	6
Orocó	5	3
Petrolina*	3	1
Santa Maria da Boa Vista	4	2
Regional	71,4%	


Fonte: SINAN/SEVS/SES-PE. Dados captados em 06/07/2016, sujeitos à alteração.


 Muncípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

IX Geres	2015	Meta 2015
Araripina	6	5
Bodocó	5	4
Exu	6	4
Granito	5	50
Ipubi	6	6
Moreilândia	4	4
Ouricuri	6	4
Parnamirim	4	6
Santa Cruz	6	6
Santa Filomena	5	6
Trindade	6	4
Regional	100,0	

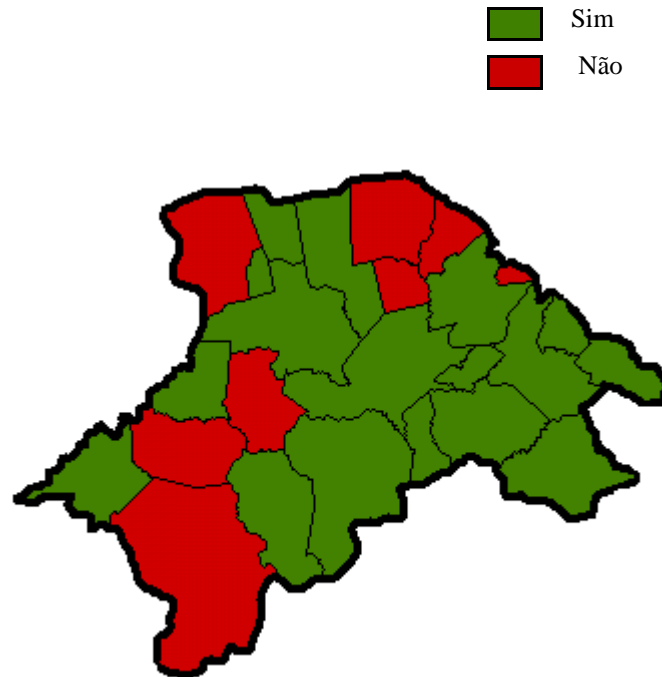
Fonte: SINAN/SEVS/SES-PE. Dados captados em 06/07/2016, sujeitos à alteração.

 Muncípios que não atingiram a meta

 Muncípios com pactuação incorreta

INDICADOR 53

Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas diante dos resultados alcançados pelos municípios

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.

Indicador 53 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

A água utilizada para consumo humano é um bem essencial que garante saúde e qualidade de vida à população quando distribuída em quantidade e qualidade suficiente por todo sistema de abastecimento, deve ser objeto de controle e vigilância que atenda ao padrão de potabilidade estabelecida na legislação vigente.

A portaria nº 2.214, publicada em 11 de dezembro de 2011, define os procedimentos da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade através de parâmetros analisados tais com:

- Cloro -> cloro é um agente bactericida, adicionado durante o tratamento, com o objetivo de eliminar bactérias e outros micro-organismos que podem estar presentes na água. O produto entregue ao consumidor deve conter de acordo com o Ministério da Saúde, uma concentração mínima de 0,2 mgl (miligramas por litro) de cloro residual.
- Turbidez -> é a medição da resistência da água à passagem da luz. É provocada pela presença de partículas flutuando na água. A turbidez é um parâmetro de aspecto estético de aceitação ou rejeição do produto, e o valor máximo permitido de turbidez na água distribuída é de 5,0 NTV.
- Coliformes -> grupo de bactérias que normalmente vivem no intestino de animais sangue quente. Alguns tipos são encontrados também no meio ambiente.

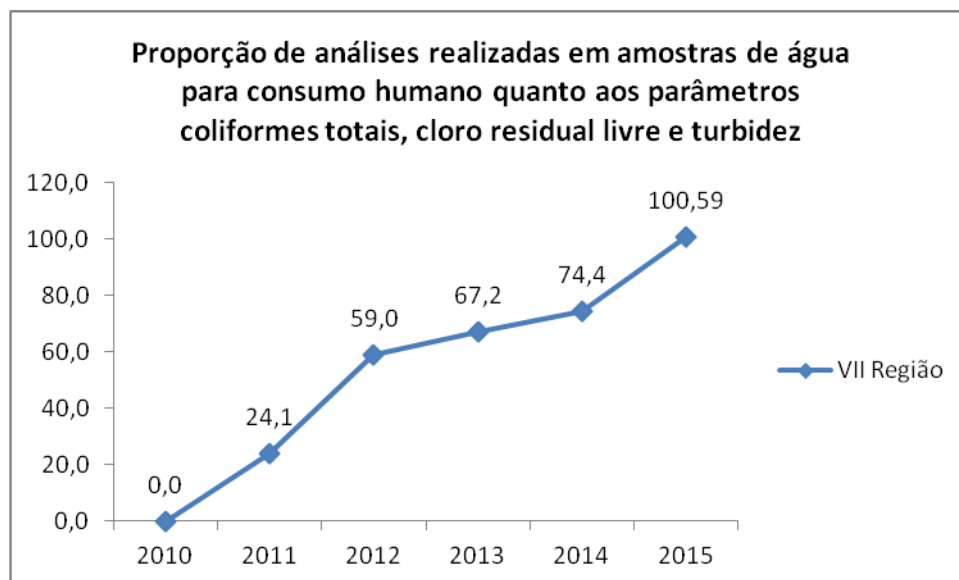
Embora o estabelecimento de um programa de vigilância da qualidade da água para consumo humano possa ser considerado um avanço, mas ainda existem muitos desafios a serem superados.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	2013	2015	2016
	Ampliar em 5 pontos percentuais, a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, em relação ao ano anterior	63,01%	60%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Avalia a qualidade da água utilizada para consumo humano e possibilita a verificação se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos. É essencial à vigilância da qualidade da água para consumo humano.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u>		
	<u>Passo 1:</u> Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro		

	<p>coliformes totais (PCT):</p> $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais}} \times 100$ <p><u>Passo 2:</u> Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez(PT):</p> $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez}} \times 100$ <p><u>Passo 3:</u> Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre:</p> <p>(PCRL):</p> $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre}} \times 100$ <p><u>Passo 4:</u> Calcular a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez:</p> $\frac{1,2 \times \text{PCT} + 1,0 \times \text{PT} + 1,0 \times \text{PCRL}}{3,2}$ <p>Observação: O método de cálculo utilizado para avaliar o atendimento do indicador considera a média aritmética ponderada dos percentuais de análises realizadas para os parâmetros coliformes totais, turbidez e cloro residual livre. Os pesos foram estabelecidos de acordo com a importância sanitária dos parâmetros de avaliação da qualidade da água para consumo humano. Estabeleceu-se o maior peso (1,2) para o Percentual de Análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT), uma vez que sua presença pode ser interpretada como ausência de cloro residual livre e presença de organismos patogênicos que indicam a falha ou insuficiência do tratamento da água e potenciais riscos à saúde pública. Para os parâmetros cloro residual livre (PCRL) e turbidez (PT) o peso é 1.</p>
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) Observação: Os dados necessários para esses cálculos estão disponíveis em http://portalweb04.saude.gov.br/sisagua/
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rosilene Rans - 3184-0190 ambiental.pe@gmail.com

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

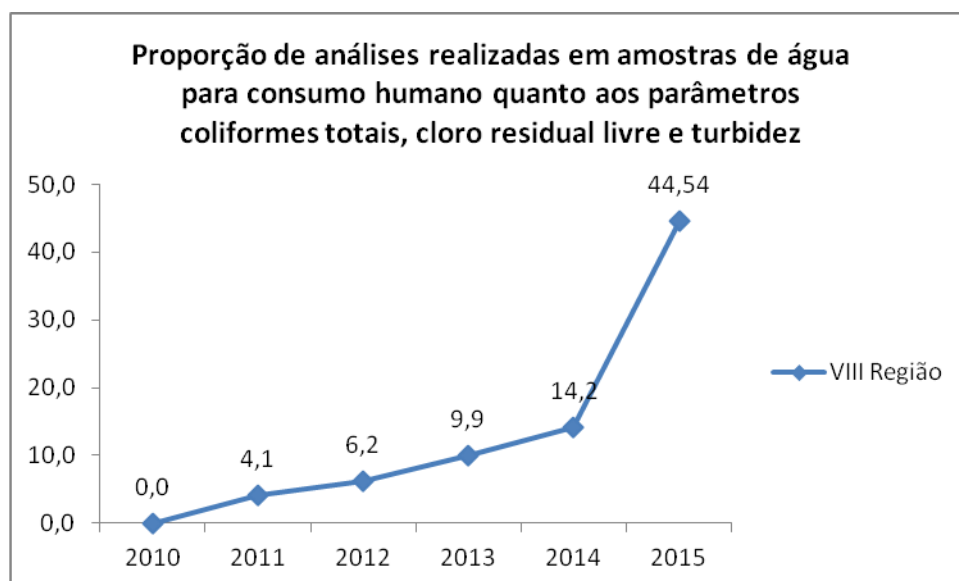


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Belém de São Francisco	0,00	0,00	60,84	74,90	113,02	109,23	90
Cedro	0,00	45,95	57,26	37,10	42,86	17,76	45
Mirandiba	0,00	0,00	4,17	1,90	128,85	122,50	80
Salgueiro	0,00	46,33	81,72	86,30	66,37	115,85	70
Serrita	0,00	0,00	33,80	59,50	82,43	80,54	35
Terra Nova	12,65	78,91	76,04	85,60	92,94	117,36	90
Verdejante	0,00	50,61	169,26	114,80	42,25	138,31	70
Regional	0,0	24,1	59,0	67,2	74,4	100,59	

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS/Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua

Municípios que não atingiram a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

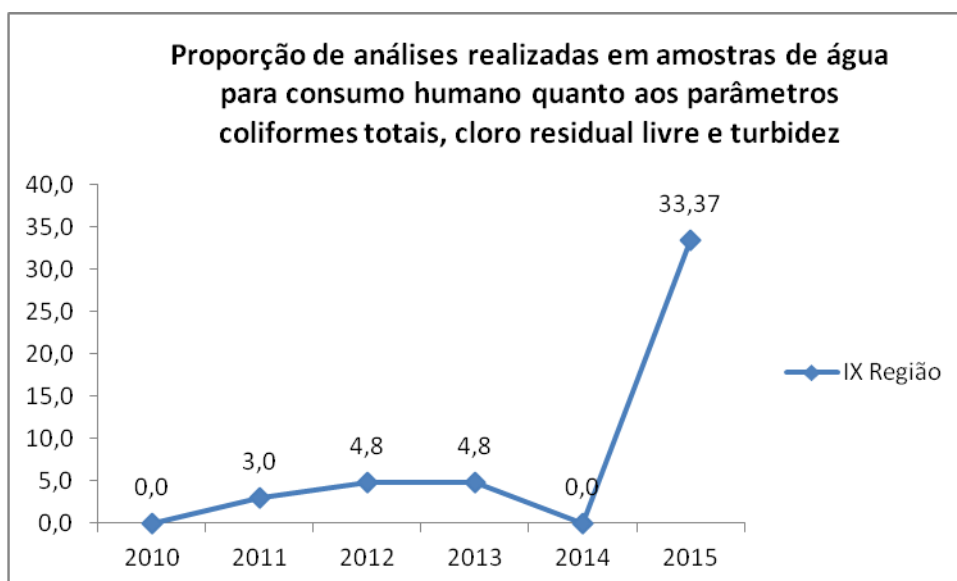


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Afrânio	0,00	0,00	0,00	17,40	58,00	73,58	70
Cabrobó	0,00	4,15	6,23	11,10	26,56	46,27	10
Dormentes	0,00	2,78	6,80	0,00	0,00	42,71	100
Lagoa Grande	0,00	3,83	5,52	9,90	14,20	38,83	20
Orocó	0,00	4,63	4,63	13,40	8,75	40,63	10
Petrolina	23,58	24,92	13,58	9,10	12,93	39,70	50
Santa Maria da Boa Vista	0,00	6,08	6,33	0,00	22,44	41,03	30
Regional	0,0	4,1	6,2	9,9	14,2	44,54	#N/D

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS/Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua

Municípios que não atingiram a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Meta 2015
Araripina	0,00	1,55	3,24	7,30	0,00	14,24	20
Bodocó	0,00	3,83	12,64	37,80	0,00	42,67	40
Exu	0,00	0,00	4,17	2,30	5,21	5,99	10
Granito	0,00	7,35	10,95	45,30	0,00	3,82	10
Ipubi	0,00	1,00	21,58	38,40	0,00	39,76	30
Moreilândia	0,00	2,66	4,80	0,00	0,00	0,00	30
Ouricuri	0,00	3,25	4,86	37,50	28,47	138,51	29,9
Parnamirim	0,00	2,31	6,02	0,00	0,00	14,20	7
Santa Cruz	0,00	4,17	6,13	0,00	0,00	2,81	8
Santa Filomena	0,00	0,93	3,24	0,00	0,00	18,13	7
Trindade	0,00	4,46	4,67	0,00	0,00	27,00	5
Regional	0,0	3,0	4,8	4,8	0,0	33,37	

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS/Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua

Municípios que não atingiram a meta

Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais de saúde.

Objetivo Nacional 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

Indicador 57 - Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas

Houve avanços na Política de Educação na Saúde do SUS/PE de forma descentralizada e regionalizada principalmente com implantação dos programas de residência em área profissional vinculados a COREMU ESPPE e maior atuação das CIES Regionais (comissão de integração ensino-serviço). Identifica-se dificuldade de mensurar este indicador, uma vez que as ações de educação permanente são descentralizadas e de responsabilidade tripartite, o que pode acarretar sobreposição de ações e consequentemente de informações, bem como o impacto dos processos de educação permanente ocorrem de maneira gradual e processual no cotidiano dos serviços de saúde.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	2013	2015	2016
	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	76%	70%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Verificar a implantação/execução das ações de educação permanente em saúde apontadas no Plano Regional		
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo Regional, Estadual e DF:</u></p> $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas}}{\text{Número de ações propostas no Plano Regional/Estadual de Educação Permanente em Saúde}} \times 100$ <p><u>Método de cálculo Municipal:</u></p> $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas pelo Município}}{\text{Número de ações propostas para o município no Plano Regional de Educação Permanente em Saúde.}} \times 100$		
Fonte	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde e Relatório Anual encaminhado ao DEGES/SGTES/MS		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Juliana Siqueira - 3184-0031 estagio.resid@saude.pe.gov.br residencia@saude.pe.gov.br		

Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais de saúde.

Objetivo Nacional 11.2 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de saúde.

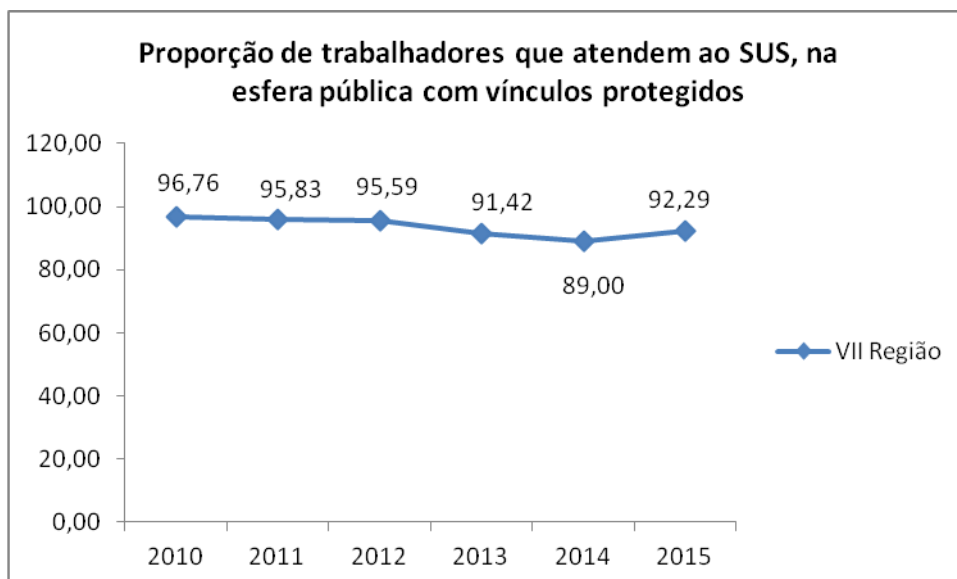
Indicador 61 - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos	2013	2015	2016
	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	94,29%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Mensurar a proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, orientando as políticas de gestão do trabalho relacionadas à valorização e fixação dos trabalhadores nos Estados, DF e Municípios e União.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES, em determinado local}}{\text{Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES, no mesmo local}} \times 100$ <p><u>Método de Cálculo Regional</u></p> $\frac{\text{Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES nos municípios da região}}{\text{Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES nos municípios da região}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)		
Recomendações, observações e informações adicionais	<p>Informações Adicionais:</p> <p>1) Trabalhadores do SUS: são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção a saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (Portaria nº 1.318, de 5 de junho de 2007).</p> <p>2) Esfera pública: corresponde a esfera administrativa pública a qual o estabelecimento de Saúde está subordinado.</p> <p>– Para o cálculo do indicador pelos municípios: deverão ser considerados os trabalhadores que atendem ao SUS na gestão municipal direta e indireta.</p>		

	<p>– Para o cálculo do indicador pelos estados e DF: deverão ser considerados os trabalhadores que atendem ao SUS na gestão estadual direta e indireta.</p> <p>3) Vínculos protegidos: a classificação dos vínculos protegidos e desprotegidos baseia-se nos critérios de existência de proteção social e cobertura legal dos contratos de trabalho.</p> <p>Na esfera pública, segundo o CNES, serão considerados vínculos empregatícios protegidos (com garantia dos direitos trabalhistas):</p> <p>Vínculos diretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – estatutário: cargo público (Lei nº 8.112/1990); – emprego público: CLT, cargo comissionado e contratos temporários; <p>Vínculos indiretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – contratos por prazo determinado ou indeterminado intermediados pela esfera privada. <p>Observações: segundo o CNES, não são considerados vínculos protegidos: contratos tácitos, pagamento de pessoa jurídica, pagamento de autônomos e trabalhadores contratados por cooperativas.</p> <p>Desconsiderar no cálculo os trabalhadores cadastrados no CNES nas seguintes modalidades: estágio (Lei nº 11.788/08), residência, bolsa, e voluntário (Lei nº 9.608/98), pois elas não caracterizam vínculo empregatício (protegido ou desprotegido).</p>
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rafaela Gurgel - 3184-0026 dggt.ses@gmail.com

RESULTADOS DO INDICADOR

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

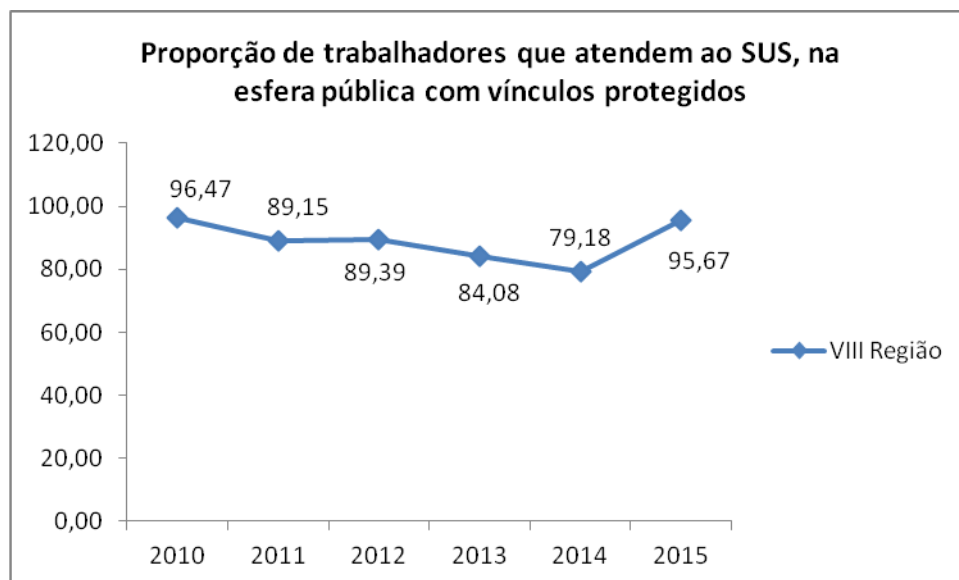


Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Belém de São Francisco	100,00	100,00	100,00	100,00	97,01	100,00	100
Cedro	100,00	100,00	100,00	100,00	88,99	100,00	100
Mirandiba	100,00	100,00	100,00	100,00	94,03	100,00	100
Salgueiro	93,69	92,06	91,86	85,35	83,36	85,85	98
Serrita	100,00	100,00	100,00	100,00	99,44	100,00	85,38
Terra Nova	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	95
Verdejante	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Regional	96,76	95,83	95,59	91,42	89,00	92,29	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

■ Municípios que não atingiram a meta

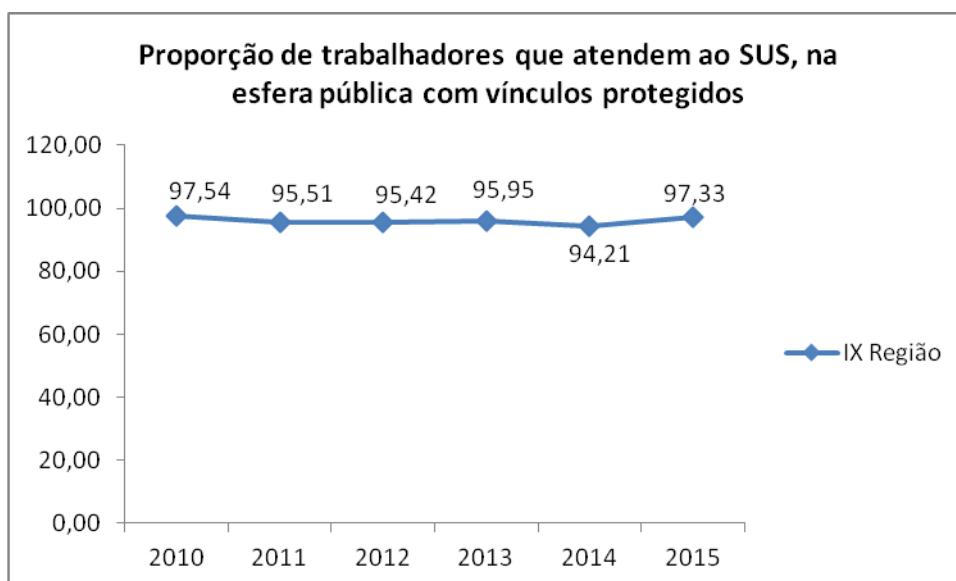
VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Afrânio	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Cabrobó	100,00	100,00	100,00	100,00	98,35	98,06	80
Dormentes	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Lagoa Grande	100,00	100,00	99,43	100,00	100,00	100,00	99,9
Orocó	100,00	100,00	100,00	100,00	39,42	100,00	39,42
Petrolina	94,95	84,98	85,75	78,08	73,41	94,10	80
Santa Maria da Boa Vista	100,00	100,00	100,00	99,62	99,24	99,60	86
Regional	96,47	89,15	89,39	84,08	79,18	95,67	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
Araripina	85,64	88,12	88,96	90,86	83,60	91,38	80
Bodocó	99,17	98,91	98,92	98,16	98,13	99,37	80
Exu	100,00	100,00	100,00	100,00	99,63	100,00	80
Granito	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Ipubi	99,60	100,00	100,00	100,00	99,35	100,00	80
Moreilândia	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	95
Ouricuri	99,82	91,99	91,45	92,25	92,25	97,72	80
Parnamirim	100,00	100,00	99,39	100,00	100,00	100,00	100
Santa Cruz	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Santa Filomena	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100
Trindade	100,00	97,22	96,35	96,50	96,63	96,79	80
Regional	97,54	95,51	95,42	95,95	94,21	97,33	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Diretriz 12 – Implementação do novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo Nacional 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agente de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

Indicador 63 - Proporção de Plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde

O Plano de Saúde é um documento que reúne e organiza as propostas de ação do governo para a área de saúde, oferecendo soluções relacionadas às necessidades e aos problemas da população local. Deste modo, o Plano considera as diretrizes gerais definidas para a política da saúde nas esferas, nacional, estadual e municipal.

Por ser um instrumento de programação e execução dos objetivos e metas, cabe aos Conselhos de Saúde apreciação e aprovação sobre o referido instrumento, segundo a portaria MS/GM 2.135/2013 em seu artigo 3º § 7º.

Apesar dos avanços nesse setor é verdade que a cultura do planejamento dentro do Sistema ainda enfrenta grandes desafios: este, afinal, é um processo que demanda uma mudança de atitude dos gestores e também dos demais profissionais, tanto de forma individual quanto técnica. Engajamento, mobilização e decisão também são pilares importantes neste processo.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde	2013	2015	2016
	X% de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	99,46% (183 municípios)	100%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Permite mensurar o quantitativo de Planos de Saúde enviados aos Conselhos de Saúde no país.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Estadual e DF</u> Número de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde Observação: Considerar 01 para o Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde $\frac{\text{Método de Cálculo Regional Número Planos de Saúde Municipais enviados aos Conselhos de Saúde}}{\text{Número de municípios da região de saúde}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Suzana Assis - 3184-4212 ces.saude.pe@gmail.com		

Diretriz 12 – Implementação do novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo Nacional 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agente de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

Indicador 64 - Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS

O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) visa cadastrar e manter atualizados todos os Conselhos de Saúde do país, sendo uma ferramenta de comunicação e informações que contribui com a efetividade do Controle Social. Desta forma, facilitando a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o que trata a Lei nº 8.142/90.

Portanto, é de fundamental importância o cadastramento do Conselho de Saúde no SIACS, que segundo o Conselho Nacional de Saúde, a responsabilidade de preencher o Cadastro dos Usuários no SIACS cabe ao presidente ou Secretário Executivo do Conselho.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS	2013	2015	2016
	Ampliar o percentual dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS	82,61% (152 municípios)	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	O indicador permite mensurar o quantitativo de conselhos cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS. Sistema este, que possibilita um retrato detalhado dos conselhos de saúde de todo o País, mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Estadual e DF</u></p> <p>Conselho de Saúde cadastro no SIACS</p> <p>Observação: Considerar 01 para o Conselho de Saúde com cadastro no SIACS</p> <p><u>Método de cálculo Regional</u></p> $\frac{\text{Número de conselhos de saúde municipal cadastrados no SIACS}}{\text{Número de conselhos municipais de saúde da região}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Suzana Assis - 3184-4212 ces.saude.pe@gmail.com		