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

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA

INDICADORES 2017

MACRORREGIÃO 4 – VALE DO SÃO FRANCISCO E ARARIPE

PERNAMBUCO

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

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA

INDICADORES 2017

Orientações, metas e resultados

MACRORREGIÃO 4 – Vale de São Francisco e Araripe

(Regiões de Saúde – VII, VIII e IX)

Recife
2017

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
Ricardo Ernestino da Silva
Marlene Souto Barbosa
Ana Cláudia de Andrade Cardoso
Poliana Germano Bezerra de Sá Siqueira
Maria do Rosário M. Ribeiro de Brito
Daphne Dayane Vasconcelos Ramos
Jerônimo Ferreira R. Filho

Sumário

Apresentação ..... Erro! Indicador não definido.

Pactuação Interfederativa de Indicadores **7**

Indicador 1a. Para município e região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas); 1b. Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) 8

Indicador 2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigado 12

Indicador 3. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida 16

Indicador 4. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada 20

Indicador 5. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação 22

Indicador 6. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes 26

Indicador 8. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade 30

Indicador 9. Número de casos novos de aids em menores de 5 anos 34

Indicador 10. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez 36

Indicador 11. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária 41

Indicador 12. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária 45

Indicador 13. Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar 49

Indicador 14. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos 53

Indicador 15. Taxa de mortalidade infantil 57

Indicador 16. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência 61

Indicador 17. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica 65

Indicador 18. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) 69

Indicador 19. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica .. 73

Indicador 20. Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano..... 77

Indicador 21. Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica 81

Indicador 22. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue 84

Indicador 23. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho 86

ANEXOS 90

Indicador 5. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação..... 90

Indicador 17. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica 91

Indicador 19. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica .. 93

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, no que diz respeito 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, podendo ser em relação às ações consideradas estratégicas ou prioritárias, bem como aos indicadores de pactuação interfederativa. Sendo esses últimos 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; e 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 de pactuação interfederativa devem ser utilizados pelo gestor de saúde como instrumento de orientação do planejamento em saúde, deixando de ser um processo 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 do alcance ou não das metas pactuadas e as causas que influenciaram o resultado final;

O 1º e o 4º momentos são os que predominam em um processo de pactuação. 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.

Nesse contexto, o presente caderno tem como objetivo auxiliar o processo de pactuação municipal e regional de Pernambuco, demonstrando os métodos de cálculo e descrição dos indicadores da pactuação interfederativa 2017-2021, assim como o panorama dos

resultados e metas pactuados no estado de Pernambuco no ano de 2016, ilustrados por meio de mapas e gráficos. As análises de cada indicador foram apresentadas pelas respectivas áreas técnicas em conjunto com a Gerência de Acompanhamento de Gestão Municipal - GAGM.

Andreza Barkokebas Santos de Faria
Secretária Executiva de Regulação em Saúde

Pactuação Interfederativa de Indicadores

O SISPACTO foi criado no ano de 1999 pelo Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, como estratégia para avaliação dos indicadores de saúde em todo Brasil. Em termos gerais, os indicadores de saúde são medidores-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como o desempenho do sistema de saúde, servindo para a vigilância das condições de saúde da população e refletindo a situação sanitária.

Definido como instrumento virtual, o SISPACTO tem como objetivo o preenchimento e registro de uma pactuação quanto às prioridades, metas, objetivos e indicadores do Pacto pela Saúde. Os pactos são firmados entre os entes federados, as metas pactuadas devem ser avaliadas e re-pactuadas anualmente, ou seja, de acordo com o resultado alcançado no ano anterior. Auxiliando, desse modo, o planejamento de novas ações e favorecendo a proposta de pactuação para o ano seguinte.

A atualização das informações serve como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados, uma vez que são ferramentas criticas e fundamentais para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implantação de um programa, isto é, para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para seu desempenho finalístico. A avaliação, por sua vez, permite a aferição e julgamento sobre o grau de alcance dos objetivos, devendo ser encarada como uma verificação do processo de planejamento e intervenção que auxilia na tomada de decisão. Essas ferramentas atuam como incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade.

Com base no Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, no tocante ao planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa e a regionalização bem como na deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, através da Resolução CIT nº 8, de 24 de Novembro de 2016, foi estabelecido o processo de pactuação interfederativa de indicadores relacionados às prioridades nacionais de saúde no período de 2017 a 2021. Segundo essa resolução, o rol de pactuação é composto por um total de 22 indicadores dos quais, após decisão em CIB, 21 serão pactuados em Pernambuco, correspondendo a 19 indicadores universais, ou seja, de pactuação comum e obrigatória e dois indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

Vale ressaltar a importância da integração das regionais de saúde ao processo de pactuação com o objetivo de fortalecer o planejamento regional, aumentar a adesão dos municípios, além de reforçar as responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população no território.

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

Indicador 1a. Para município e região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas); 1b. Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (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.

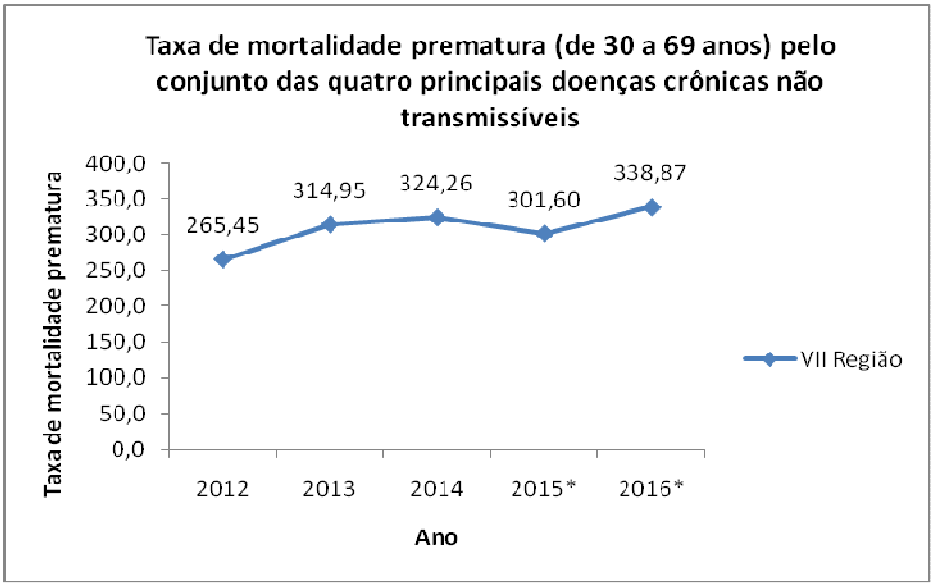
Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
1a. Para município e região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	**2017**	**2016**	**2016** (Referente a 2015)	**2017**
	Redução de 2%	-	-	-
1b. Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)		356,6/100.000 hab	361,68/100.000 hab	339,76/100.000 hab
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.			

Método de Cálculo	1. <u>Para Município com menos de 100 mil habitantes</u>: 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; 2. <u>Para Município/Região com 100 mil ou mais habitantes</u>, deverá ser calculada a taxa bruta: $\frac{\text{Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT em determinado ano e local}}{\text{População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local}} \times 100.000$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – (Dados): 3184-0196 Flávia Villachan – (Meta): 3184-0534

Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



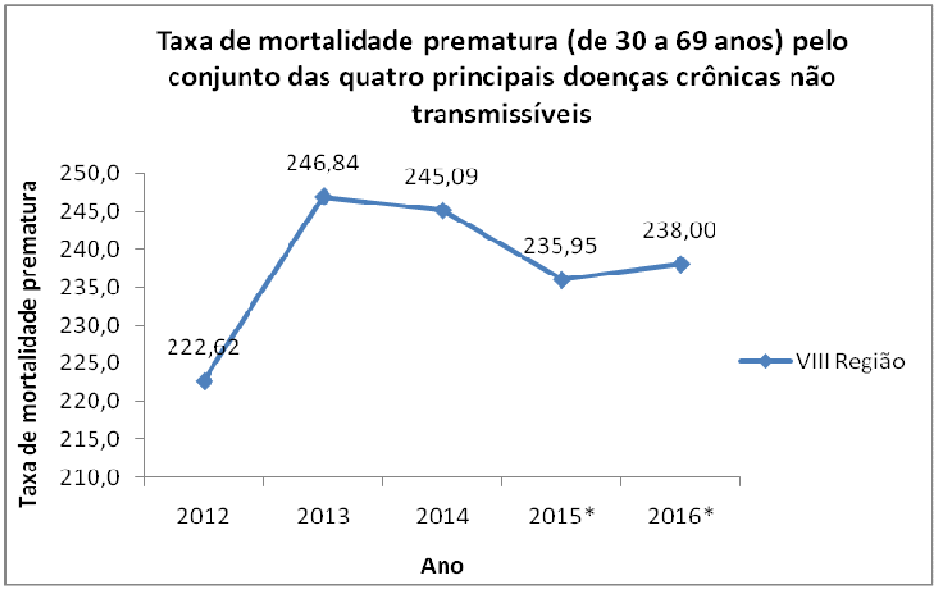
Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	2012	2013	2014	2015*	2016*	Meta 2016
Belém do São Francisco	18,00	27,00	30,00	25,00	31,00	33,00
Cedro	15,00	14,00	14,00	11,00	14,00	12,00
Mirandiba	16,00	20,00	21,00	22,00	23,00	20,00
Salgueiro	59,00	71,00	69,00	70,00	91,00	70,00
Serrita	15,00	19,00	25,00	23,00	19,00	18,00
Terra Nova	10,00	12,00	8,00	10,00	10,00	12,00
Verdejante	8,00	9,00	11,00	17,00	12,00	10,00
Regional	**265,4**	**315,0**	**324,3**	**301,6**	**338,9**	**320,80**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



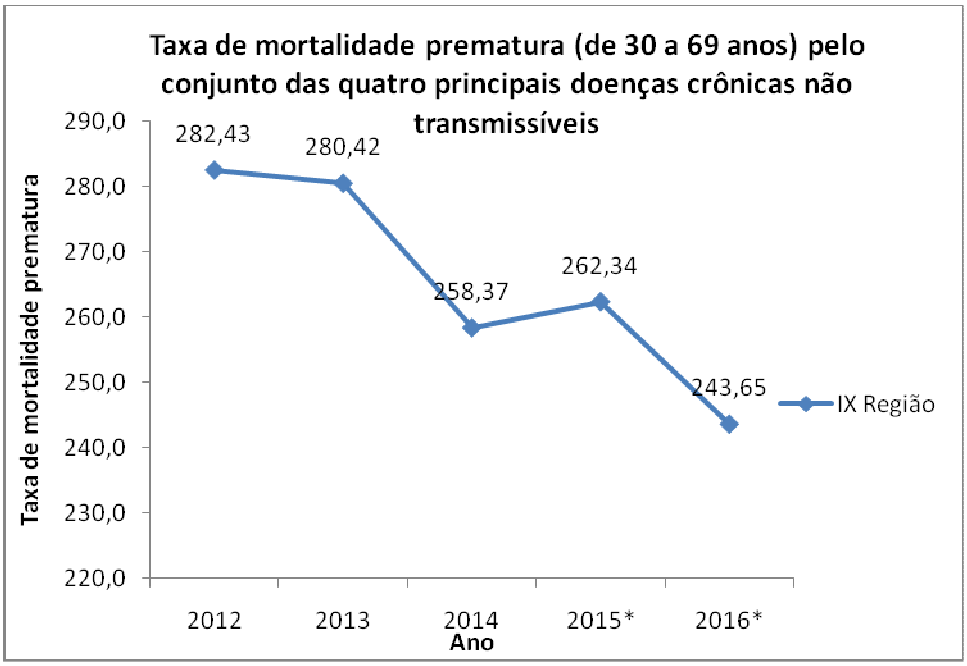
Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
***Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.**

Municípios	2012	2013	2014	2015*	2016*	Meta 2016
Afrânio	16,00	14,00	13,00	19,00	6,00	17,00
Cabrobó	36,00	45,00	25,00	35,00	54,00	48,00
Dormentes	11,00	10,00	13,00	17,00	13,00	13,00
Lagoa Grande	22,00	20,00	24,00	15,00	13,00	8,00
Orocó	8,00	15,00	15,00	19,00	12,00	16,00
Petrolina	225,36	252,71	252,67	250,46	258,33	250,00
Santa Maria da Boa Vista	20,00	22,00	34,00	30,00	25,00	30,00
Regional	**222,6**	**246,8**	**245,1**	**235,9**	**238,0**	**300,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	2012	2013	2014	2015*	2016*	Meta 2016
Araripina	89,00	106,00	91,00	94,00	74,00	100,00
Bodocó	35,00	33,00	26,00	40,00	32,00	65,00
Exu	29,00	24,00	19,00	32,00	20,00	30,00
Granito	3,00	3,00	7,00	8,00	7,00	2,00
Ipubi	31,00	28,00	28,00	30,00	28,00	30,00
Moreilândia	10,00	10,00	9,00	5,00	11,00	8,00
Parnamirim	16,00	18,00	20,00	20,00	22,00	18,00
Ouricuri	77,00	71,00	64,00	53,00	71,00	69,00
Santa Cruz	15,00	13,00	17,00	27,00	14,00	20,00
Santa Filomena	13,00	11,00	10,00	8,00	10,00	8,00
Trindade	22,00	31,00	32,00	34,00	37,00	33,00
Regional	**282,4**	**280,4**	**258,4**	**262,3**	**243,7**	**275,76**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigado

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:

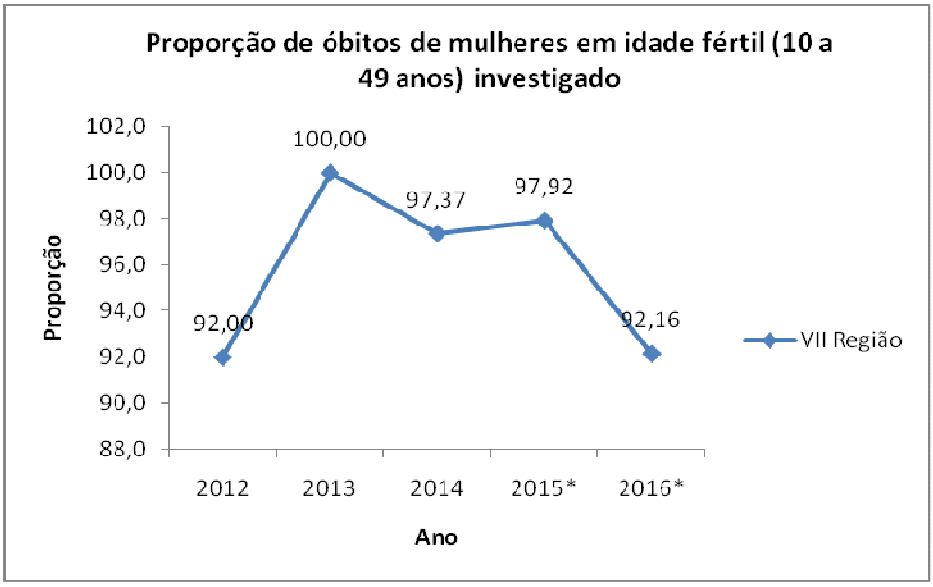
- ✓ A utilização do indicador com a fusão do número de óbitos de MIF e óbitos maternos declarados fora da faixa etária de 10 a 49 anos não permite acompanhar o aparecimento desses óbitos maternos fora dessa faixa etária;
- ✓ Os óbitos maternos encontrados fora dessa faixa etária geralmente estão relacionados 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	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	90%	85%	94,34% (referente ao ano de 2015)	90%
Tipo de Indicador	Específico: apenas em municípios com óbitos de mulheres em idade fértil residentes.			
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. Possibilita, 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	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF: $\frac{\text{Total de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM}}{\text{Total de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM}} \times 100$			

Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Cândida Pereira/Bárbara Figueiroa: 3184-0196

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



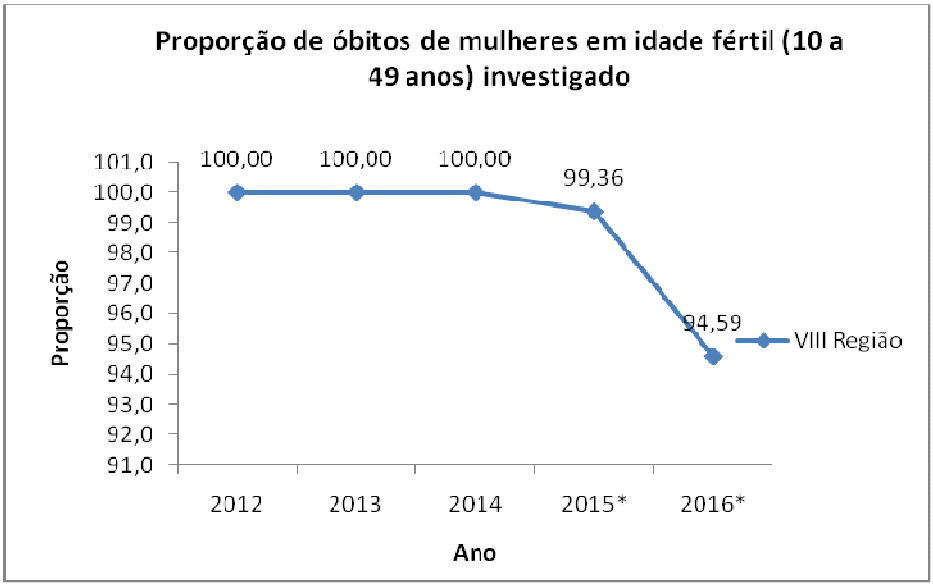
Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	2012	2013	2014	2015*	2016*	Meta 2016
Belém do São Francisco	55,56	100,00	100,00	100,00	50,00	100,00
Cedro	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Mirandiba	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Salgueiro	100,00	100,00	100,00	100,00	96,43	100,00
Serrita	100,00	100,00	100,00	75,00	100,00	100,00
Terra Nova	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Verdejante	100,00	100,00	66,67	100,00	100,00	100,00
Regional	**92,0**	**100,0**	**97,4**	**97,9**	**92,2**	**100,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



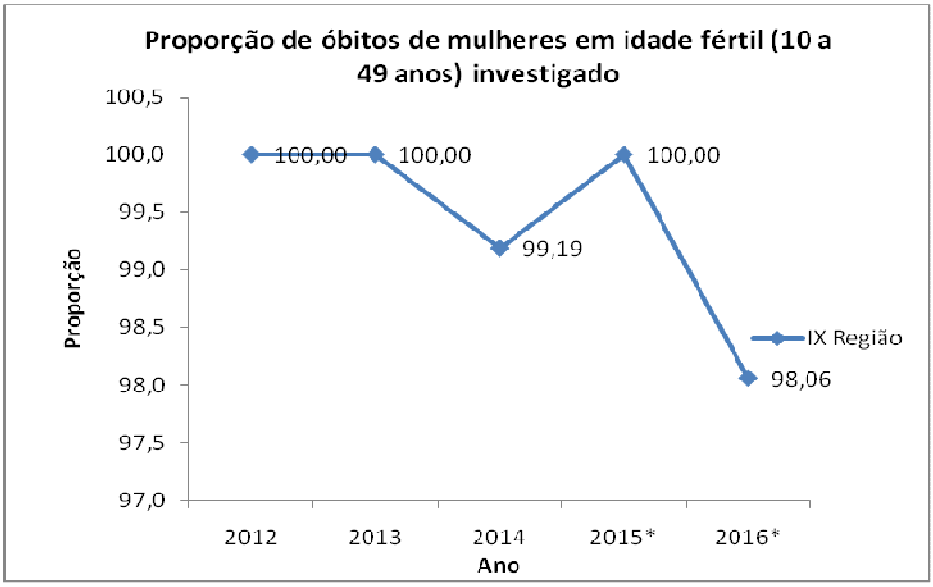
Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	2012	2013	2014	2015*	2016*	Meta 2016
Afrânio	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Cabrobó	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Dormentes	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Lagoa Grande	100,00	100,00	100,00	100,00	90,91	100,00
Orocó	100,00	100,00	100,00	100,00	71,43	100,00
Petrolina	100,00	100,00	100,00	99,06	94,62	81,00
Santa Maria da Boa Vista	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Regional	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**99,4**	**94,6**	**85,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015***	**2016***	**Meta 2016**
Araripina	100,00	100,00	100,00	100,00	96,97	90,00
Bodocó	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Exu	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	90,00
Granito	-	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ipubi	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	80,00
Moreilândia	100,00	100,00	100,00	-	100,00	100,00
Parnamirim	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ouricuri	100,00	100,00	96,15	100,00	93,33	84,00
Santa Cruz	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Santa Filomena	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Trindade	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	85,00
Regional	**100,0**	**100,0**	**99,2**	**100,0**	**98,1**	**85,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 3. 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).

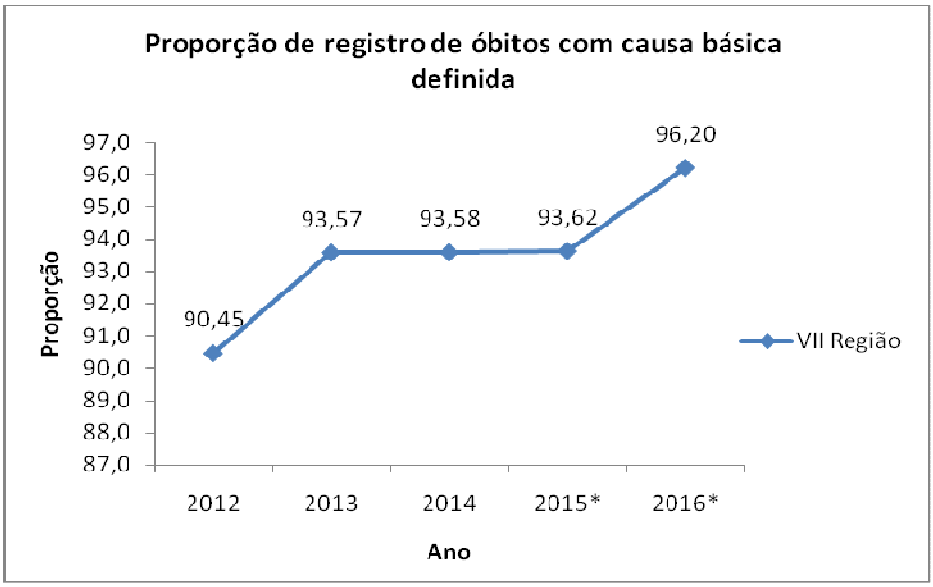
Os registros de óbitos representam importante fonte de informação para a avaliação do estado de saúde da população sendo muitas vezes e para muitas regiões do país, a única fonte disponível, seja para análise epidemiológica ou mesmo para o planejamento e administração em saúde. Dada à relevância das 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.

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 da DO pelos profissionais médicos. Tem como principais vantagens: contribuir na avaliação da qualidade das estatísticas da mortalidade, das condições de serviços de saúde, prestando-se para comparações nacionais e internacionais; subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas relativas à assistência e aos sistemas de informação em saúde; permitir a identificação dos locais com proporção menores de causas bem definidas para medidas de intervenção.

Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	**2017**	**2016**	**2016** (referente ao ano de 2015)	**2017**
	95%	95%	95,82%	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	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de óbitos não fetais com causa básica definida}}{\text{Total de óbitos não fetais}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Cândida Pereira/Bárbara Figueiroa: 3184-0196			

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



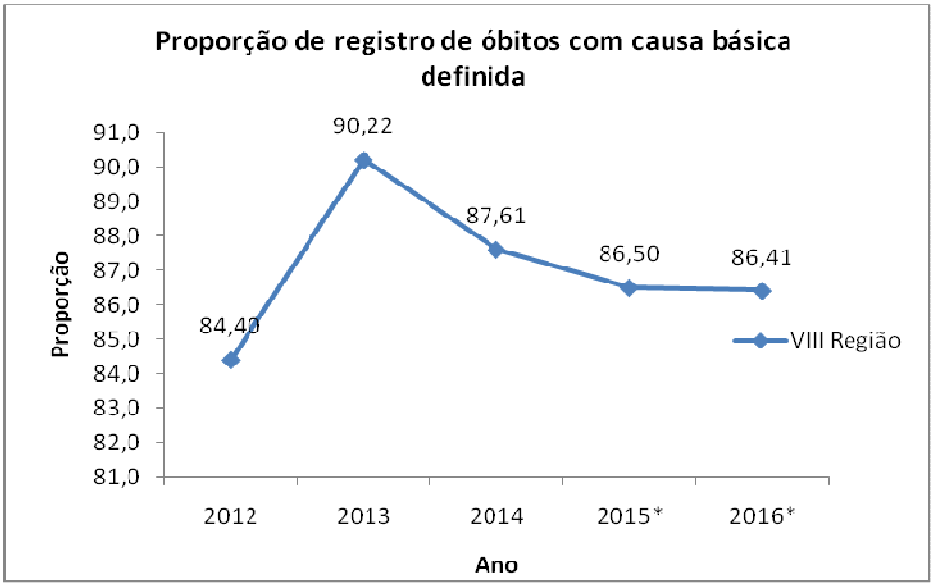
Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	2012	2013	2014	2015*	2016*	Meta 2016
Belém do São Francisco	86,21	90,68	95,76	90,98	97,12	80,00
Cedro	93,22	98,28	98,00	94,74	95,38	90,00
Mirandiba	89,61	95,00	91,26	96,33	96,23	95,00
Salgueiro	91,62	95,28	93,13	93,77	97,82	87,00
Serrita	92,41	96,59	93,81	90,91	92,31	95,00
Terra Nova	91,07	85,71	100,00	98,39	94,92	95,00
Verdejante	85,48	82,35	88,06	91,07	93,10	95,00
Regional	**90,5**	**93,6**	**93,6**	**93,6**	**96,2**	**93,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



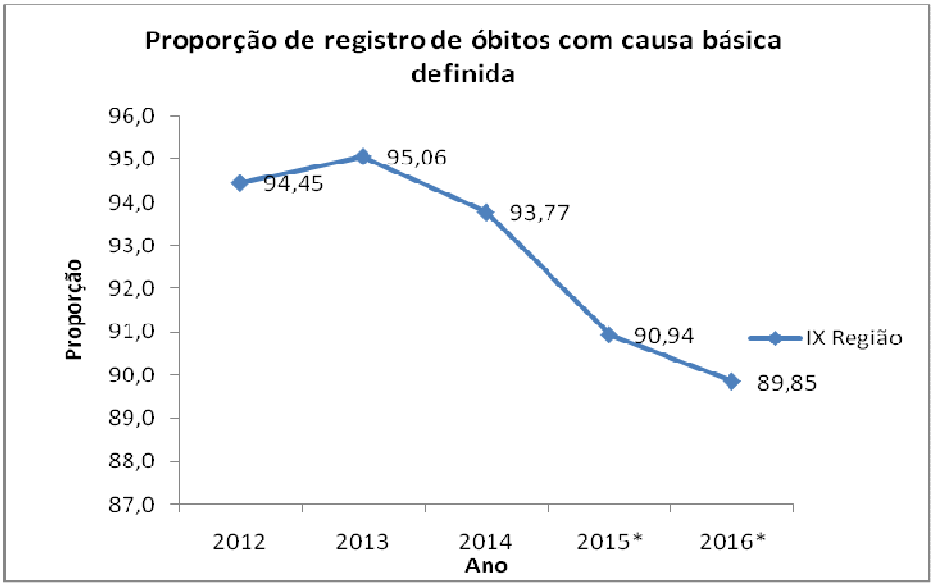
Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015***	**2016***	**Meta 2016**
Afrânio	73,81	90,11	81,05	67,96	52,22	80,00
Cabrobó	80,37	89,63	93,15	93,96	96,37	92,00
Dormentes	94,12	97,01	97,33	97,83	95,95	95,00
Lagoa Grande	87,23	84,26	75,44	83,96	71,82	24,00
Orocó	66,67	81,54	75,81	72,41	73,68	60,00
Petrolina	87,56	92,48	89,99	89,57	89,12	88,00
Santa Maria da Boa Vista	70,98	75,16	75,00	64,06	78,02	75,00
Regional	**84,4**	**90,2**	**87,6**	**86,5**	**86,4**	**85,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 19/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015***	**2016***	**Meta 2016**
Araripina	95,12	97,71	93,98	87,80	88,19	85,00
Bodocó	92,43	98,24	95,14	93,17	91,26	96,00
Exu	99,38	94,81	93,18	88,72	89,69	90,00
Granito	89,29	100,00	93,75	97,50	84,21	100,00
Ipubi	95,32	95,73	93,46	90,23	84,97	90,00
Moreilândia	93,75	92,54	90,57	95,00	91,67	90,70
Parnamirim	91,74	92,11	93,91	87,30	83,08	95,00
Ouricuri	94,75	92,15	92,11	93,61	95,18	81,00
Santa Cruz	97,50	91,67	93,10	93,98	90,48	95,00
Santa Filomena	98,00	93,75	98,48	95,89	90,28	95,00
Trindade	88,75	95,26	95,63	91,48	91,03	90,00
Regional	**94,5**	**95,1**	**93,8**	**90,9**	**89,9**	**90,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 4. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada

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 inclui 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 institui 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	Parâmetro Nacional	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	**2017**	**2016**	**2017**
	75%	50%	75%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual: • a vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B; • a vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil; • a vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e, • a vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.		
Método de Cálculo*	Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual e DF: $\frac{\text{Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada.}}{\text{4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral.}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/ Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Ana Catarina - 3184-4001		

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016
Belém do São Francisco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cedro	25,00	75,00	75,00	100,00	100,00
Mirandiba	50,00	75,00	75,00	0,00	0,00
Salgueiro	100,00	100,00	0,00	100,00	100,00
Serrita	100,00	100,00	25,00	75,00	100,00
Terra Nova	50,00	25,00	100,00	100,00	100,00
Verdejante	100,00	25,00	0,00	100,00	100,00

Fonte: Programa Nacional de Imunizações/ Datasus
*Dados extraídos em 20/06/2017. Sujeitos à alteração.

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016
Afrânio	0,00	100,00	0,00	25,00	0,00
Cabrobó	0,00	75,00	100,00	100,00	0,00
Dormentes	0,00	50,00	25,00	25,00	0,00
Lagoa Grande	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Orocó	75,00	100,00	100,00	100,00	0,00
Petrolina	100,00	50,00	75,00	100,00	0,00
Santa Maria da Boa Vista	50,00	25,00	100,00	100,00	25,00

Fonte: Programa Nacional de Imunizações/ Datasus
*Dados extraídos em 20/06/2017. Sujeitos à alteração.

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016
Araripina	0,00	75,00	100,00	100,00	50,00
Bodocó	100,00	100,00	100,00	100,00	75,00
Exu	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Granito	75,00	75,00	100,00	100,00	25,00
Ipubi	25,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Moreilândia	75,00	100,00	100,00	25,00	25,00
Parnamirim	100,00	75,00	25,00	100,00	100,00
Ouricuri	100,00	100,00	50,00	75,00	25,00
Santa Cruz	0,00	0,00	0,00	75,00	0,00
Santa Filomena	50,00	0,00	100,00	100,00	75,00
Trindade	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Programa Nacional de Imunizações/ Datasus
*Dados extraídos em 20/06/2017. Sujeitos à alteração.

Indicador 5. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação

Por meio deste indicador 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 preenchidos em até 60 dias após a data de notificação.

O indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante por envolver as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas.

Além disso, este indicador possibilita à vigilância epidemiológica verificar a velocidade com que está se encerrando os casos a partir do momento em que são notificados. 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.

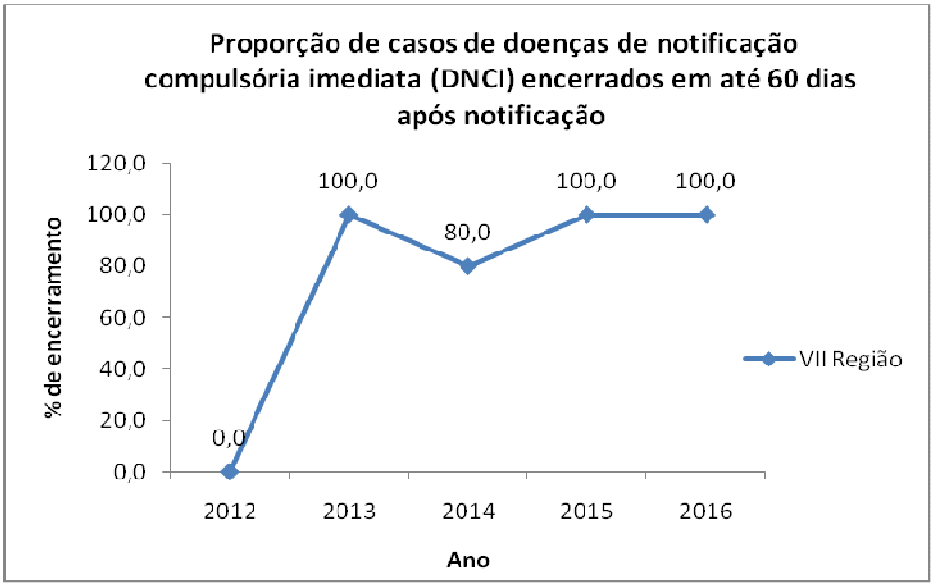
Portanto, o encerramento oportuno é um dos indicadores operacionais de acompanhamento do Sinan que contribui para o cálculo de mais dois indicadores quantitativos de avaliação de um sistema de vigilância epidemiológica: a) sensibilidade, que é a capacidade do sistema em detectar casos; b) especificidade que expressa a capacidade de descartar os "não-casos". Além de disponibilizar informação para interromper ou prevenir exposição continuada que conduza à doença.

Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	Resultado Nacional 2015: 55,2%	80%	48,2%	70%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todos as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação}}{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação.}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Andréa Barbosa /Amanda Freire: 3184-0122			

*__Anexo:__ Alteração dos eventos e doenças de notificação imediata nacional.

RESULTADOS DO INDICADOR:

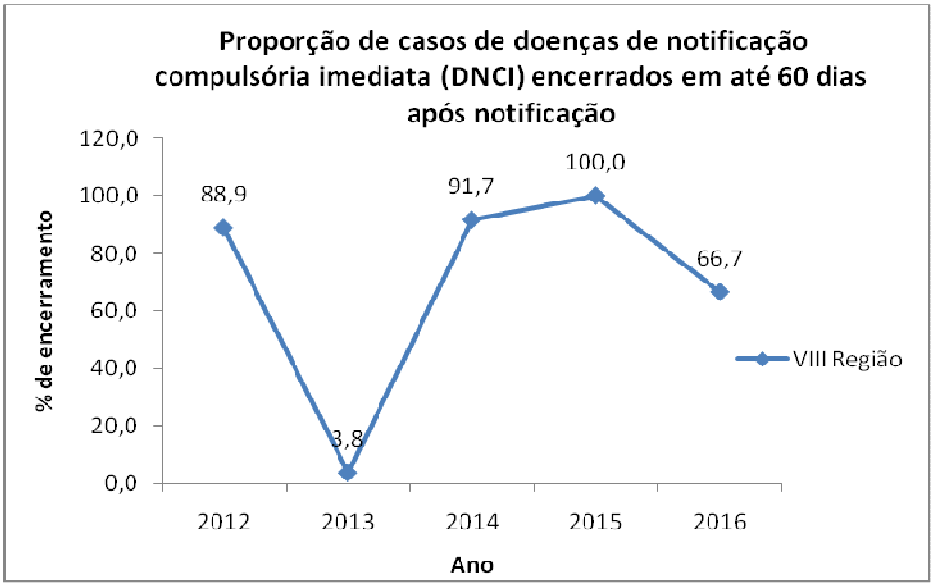
VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Belém do São Francisco	-	100,0	0,0	100,0	-
Cedro	-	-	100,0	-	100,0
Mirandiba	0,0	-	-	-	-
Salgueiro	-	100,0	100,0	-	-
Serrita	-	100,0	-	-	-
Terra Nova	-	-	-	-	-
Verdejante	-	-	-	-	-
Regional	**0,0**	**100,0**	**80,0**	**100,0**	**100,0**

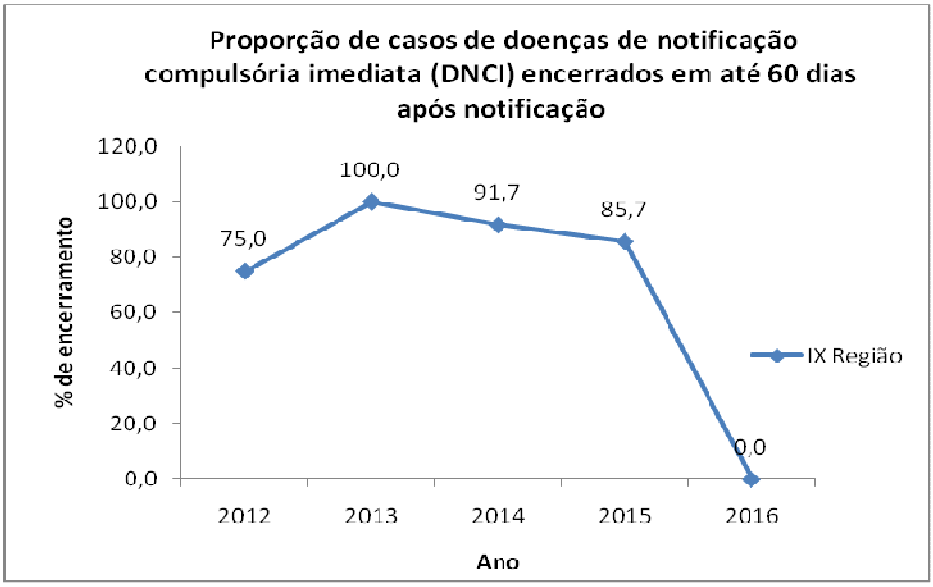
VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Afrânio	-	-	-	-	-
Cabrobó	-	0,0	-	-	100,0
Dormentes	-	-	-	-	-
Lagoa Grande	-	-	-	-	-
Orocó	-	1,3	-	-	100,0
Petrolina	100,0	100,0	91,7	100,0	50,0
Santa Maria da Boa Vista	0,0	0,0	-	-	-
Regional	**88,9**	**3,8**	**91,7**	**100,0**	**66,7**

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Araripina	100,0	-	75,0	100,0	-
Bodocó	0,0	100,0	100,0	0,0	-
Exu	-	-	100,0	-	-
Granito	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	-
Moreilândia	-	-	-	-	-
Parnamirim	-	-	-	100,0	-
Ouricuri	-	-	100,0	-	-
Santa Cruz	-	-	-	-	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-
Trindade	-	100,0	-	-	-
Regional	**75,0**	**100,0**	**91,7**	**85,7**	**-**

Indicador 6. 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 completitude do tratamento.

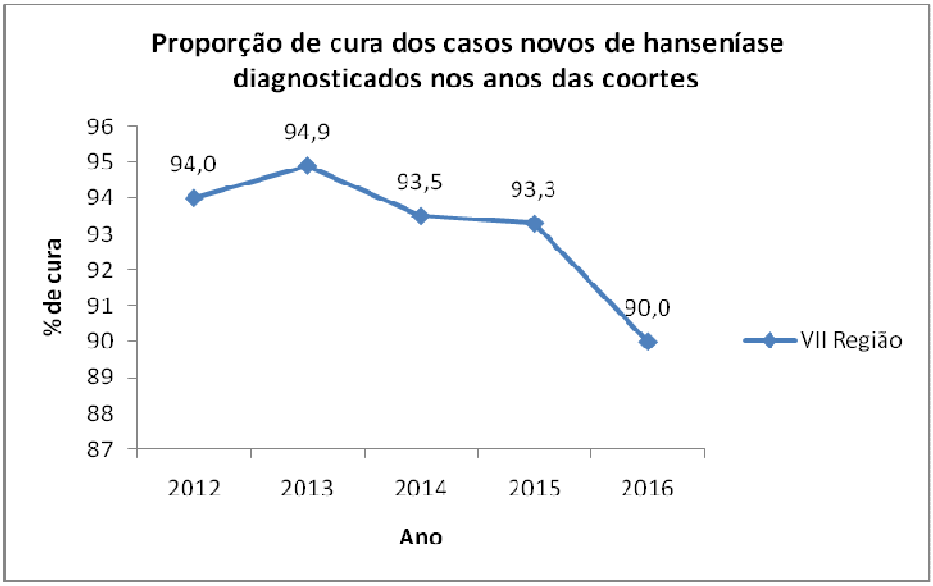
Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	**2017**	**2016**	**2016** (Referente a 2015)	**2017**
	88%	85%	78,1 %	85%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação}}{\text{Número total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes}} \times 100$			

Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Olivia/Juliana:3184-0200

RESULTADOS DO INDICADOR:

OBS: Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional atual e data de ano de avaliação. Paucibacilar (PB): Todos os casos novos paucibacilares que foram diagnosticados 01 ano antes do ano de avaliação. Multibacilar (MB): todos os casos novos multibacilares que foram diagnosticados 02 anos antes do ano de avaliação.

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Fonte: SINAN/PCH/SEVS/PE.
*****Dados sujeitos à alteração.

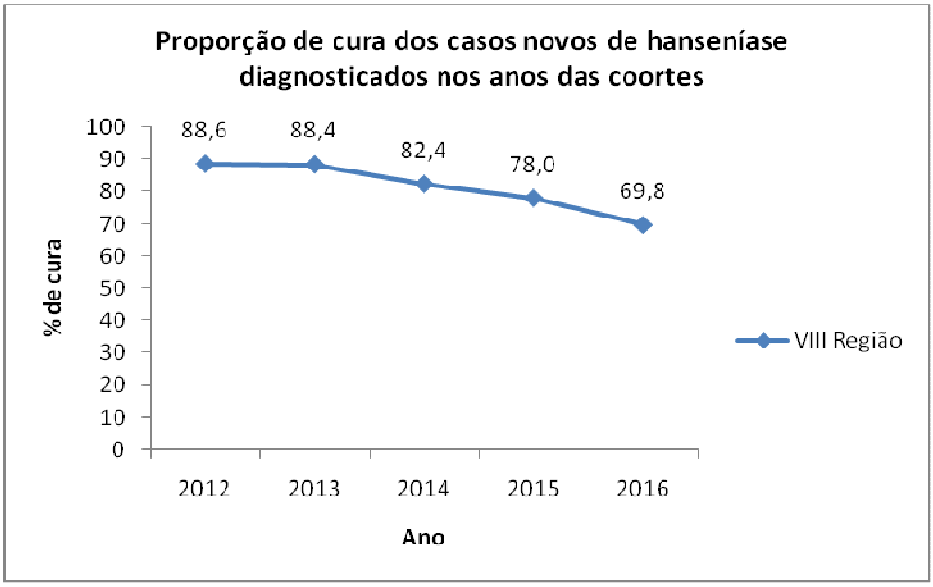
.

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Belém do São Francisco	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Cedro	100,0	100,0	-	-	-	80
Mirandiba	100,0	-	100,0	100,0	0,0	100
Salgueiro	94,4	96,3	100,0	88,9	100,0	80
Serrita	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	85
Terra Nova	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100
Verdejante	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	85
Regional	**94**	**94,9**	**93,5**	**93,3**	**90,0**	**90**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



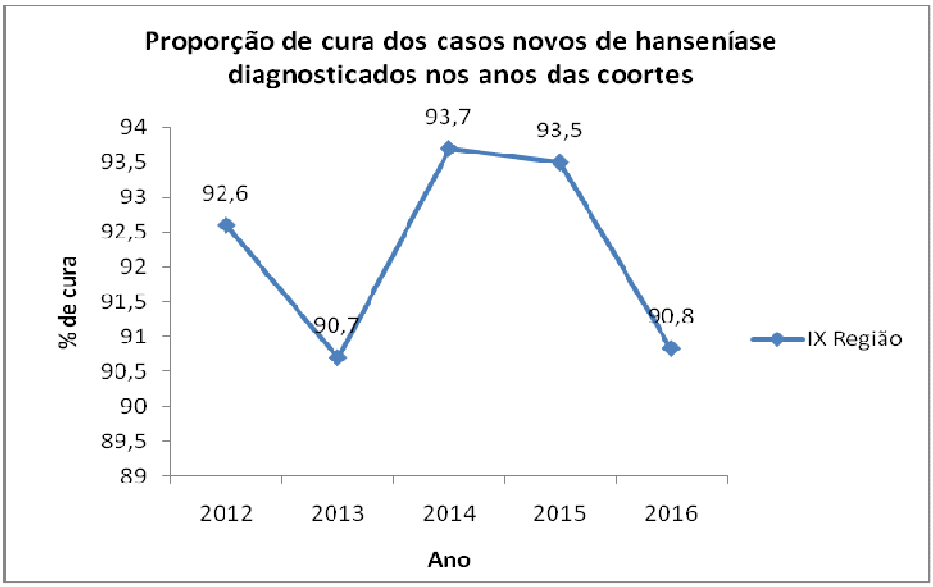
Fonte: SINAN/PCH/SEVS/PE.
*****Dados sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Meta 2016**
Afrânio	100,0	100,0	66,7	85,7	88,9	80
Cabrobó	87,5	90,9	100,0	96,2	92,0	90
Dormentes	-	0,0	100,0	100,0	100,0	100
Lagoa Grande	83,3	96,0	96,0	83,3	81,0	80
Orocó	-	-	100,0	100,0	-	100
Petrolina	85,8	88,8	78,5	74,0	65,0	80
Santa Maria da Boa Vista	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Regional	**88,6**	**88,4**	**82,4**	**78,0**	**69,8**	**83**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: SINAN/PCH/SEVS/PE.
*****Dados sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Meta 2016**
Araripina	97,0	96,3	96,7	94,7	83,6	85
Bodocó	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Exu	88,9	92,3	100,0	100,0	100,0	85
Granito	-	100,0	100,0	-	100,0	100
Ipubi	85,7	75,0	87,5	100,0	100,0	90
Moreilândia	-	100,0	100,0	-	100,0	100
Parnamirim	50,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100
Ouricuri	100,0	97,4	100,0	90,5	100,0	97,4
Santa Cruz	-	100,0	100,0	-	-	100
Santa Filomena	100,0	100,0	-	100,0	66,7	100
Trindade	86,1	86,7	92,0	91,1	100,0	91,1
Regional	**92,6**	**90,7**	**93,7**	**93,5**	**90,8**	**86**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 8. 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 concepto, por via transplacentária (BRASIL, 2006).

A incidência de sífilis congênita em menores de um ano constitui importante marcador de assistência à saúde. O monitoramento e a avaliação periódica desse indicador tornam-se importantes ferramentas 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. Porém, tanto o diagnóstico em tempo hábil quanto o tratamento adequado, que inclui a mãe e parceiro sexual são sérios entraves que contribuem para a não redução de casos de sífilis congênita no estado.

Para enfrentamento dessa situação, a Secretaria de Saúde de Pernambuco através do Programa Estadual IST/AIDS/HV e em parceria com os municípios e regionais de saúde formulou uma reorientação das estratégias com intensificação das ações de controle por meio da elaboração do Plano de Enfrentamento, Prevenção e Controle da Sífilis.

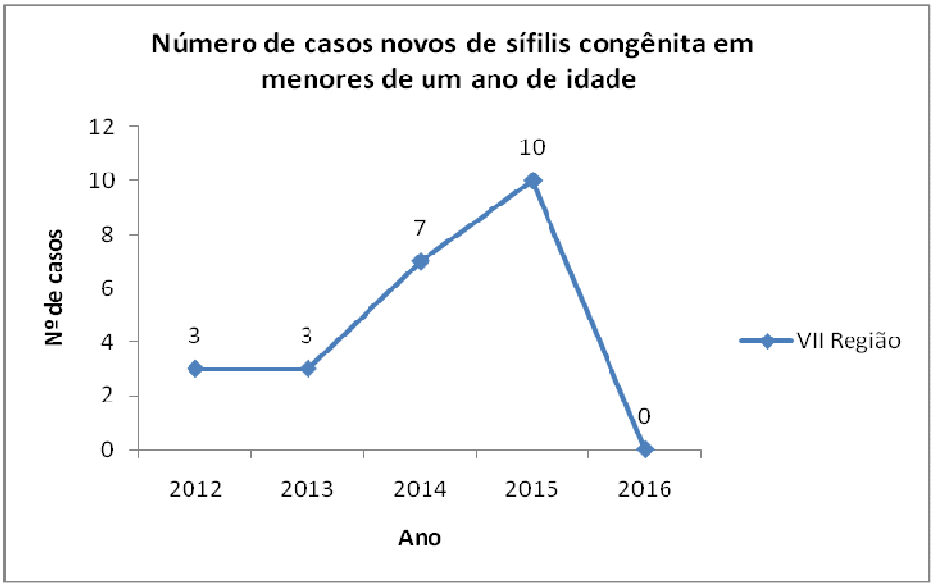
Dentre as ações destacam-se a implementação das ações de prevenção; ampliação do acesso ao diagnóstico; ampliação do acesso ao tratamento; realização do seguimento das crianças com sífilis congênita; realização da vigilância epidemiológica de todos os casos de sífilis adquirida, em gestante e congênita; além de outras.

Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	Resultado Nacional 2015: 19.228 casos	1.214	1.462	Até 1.462
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e 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. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, consequentemente, a sífilis congênita.			
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	François Figueiroa/Camila Dantas: 31840212

RESULTADOS DO INDICADOR:

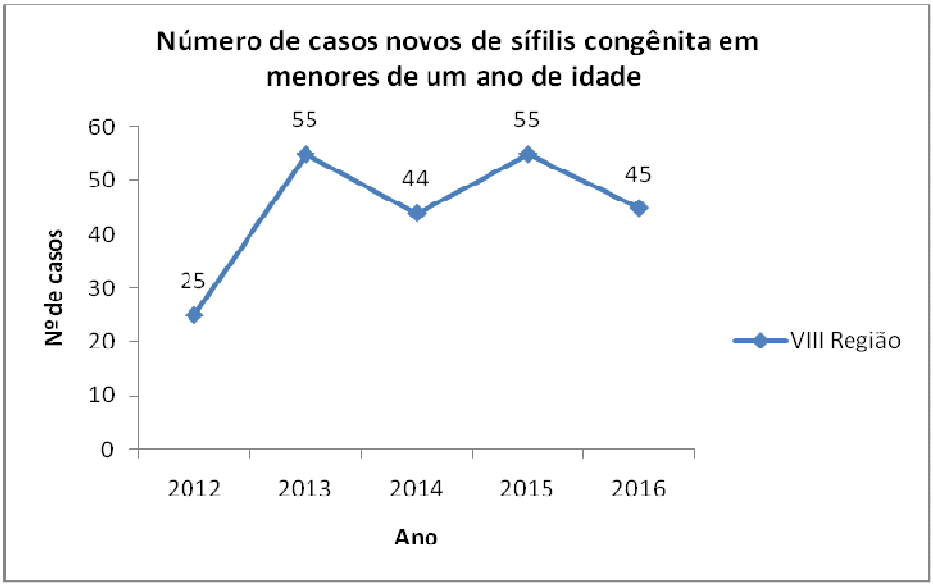
VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV
*Dados atualizados em 27/04/2017, sujeitos à alteração

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Meta 2016**
Belém do São Francisco	0	0	2	1	0	1
Cedro	0	0	3	3	0	0
Mirandiba	0	0	1	2	0	2
Salgueiro	3	2	1	3	0	1
Serrita	0	0	0	1	0	0
Terra Nova	0	1	0	0	0	0
Verdejante	0	0	0	0	0	0
Regional	**3**	**3**	**7**	**10**	**0**	**10**

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



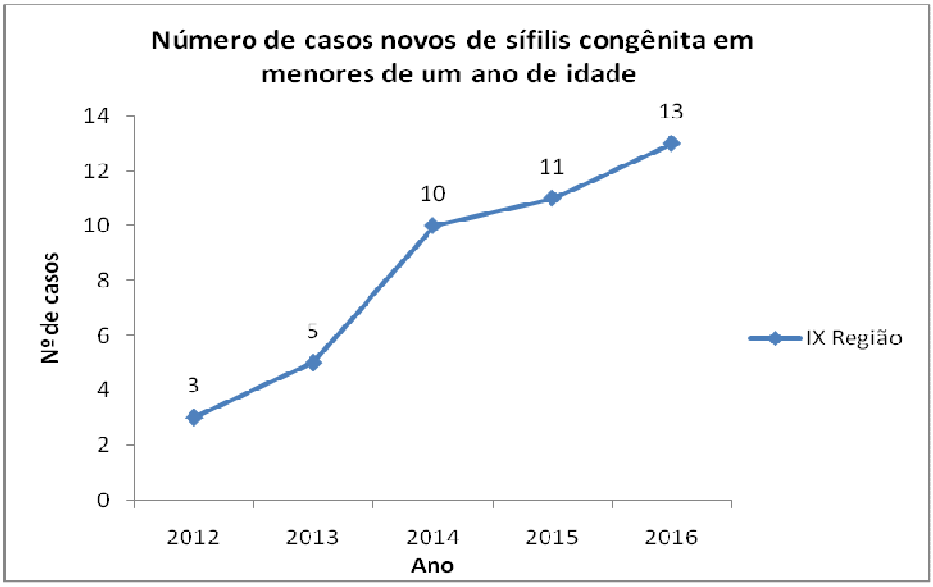
Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV
*Dados atualizados em 27/04/2017, sujeitos à alteração

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Afrânio	0	0	0	2	1	2
Cabrobó	0	2	0	1	2	1
Dormentes	0	0	0	0	0	0
Lagoa Grande	1	3	0	1	6	4
Orocó	0	1	0	0	0	0
Petrolina	24	49	44	48	34	42
Santa Maria da Boa Vista	0	0	0	3	2	3
Regional	**25**	**55**	**44**	**55**	**45**	**43**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV
*Dados atualizados em 27/04/2017, sujeitos à alteração

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Araripina	1	0	1	0	0	1
Bodocó	0	0	2	4	1	3
Exu	0	0	1	0	1	1
Granito	0	0	0	0	0	0
Ipubi	0	2	0	2	0	3
Moreilândia	0	0	0	0	0	0
Parnamirim	0	1	1	0	1	0
Ouricuri	1	2	2	1	3	2
Santa Cruz	0	0	1	0	1	0
Santa Filomena	0	0	0	0	1	0
Trindade	1	0	2	4	5	3
Regional	**3**	**5**	**10**	**11**	**13**	**10**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 9. 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 a avaliação periódica desse indicador tornam-se importantes ferramentas para a construção do diagnóstico situacional da assistência à saúde no pré-natal/parto/puerpério.

A instituição do Projeto Nascer-Maternidades, em 2002, estabeleceu diversas medidas para controle da transmissão vertical do HIV como a implantação do diagnóstico no pré, peri e pós-parto e acompanhamento dos casos positivos.

Em 2006, com o objetivo de avançar nesta prevenção, o Ministério da Saúde percebeu ser necessária a ampliação do "Projeto Nascer – Maternidades", para que todas as maternidades do Brasil tenham condições de atendimento à gestante portadora de HIV ou com sífilis, bem como ao seu recém-nascido, e a ampliação do diagnóstico e atenção a essa mulher, principalmente durante o pré-natal. Para tal, foi criado o "Protocolo para a Prevenção Vertical de HIV e Sífilis" que tem o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade na atenção destas mulheres e recém-nascidos, resultando em uma redução das taxas de transmissão vertical do HIV e eliminação da sífilis congênita.

A Rede Cegonha, em 2011, assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Instituindo, assim, a testagem rápida para o HIV na atenção básica com a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce às mulheres.

Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	Resultado Nacional 2014: 389 casos	11 casos	6 casos	8 casos
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Expressa o número de casos novos de aids na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado, medindo o risco de ocorrência de casos novos de aids nessa população.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número de casos novos de aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	François Figueiroa/ Camila Dantas: 31840212			

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016*	Meta 2016
Belém do São Francisco	0	0	0	0	0	0
Cedro	0	0	0	0	0	0
Mirandiba	1	0	0	0	0	0
Salgueiro	0	0	0	0	0	0
Serrita	0	0	0	0	0	0
Terra Nova	0	0	0	0	0	0
Verdejante	0	0	0	0	0	0
Regional	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**

Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/aids/HV
*Dados atualizados em 27/04/2017, sujeitos à alteração.

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016*	Meta 2016
Afrânio	0	0	0	0	0	0
Cabrobó	0	0	0	0	0	0
Dormentes	0	0	0	0	0	0
Lagoa Grande	0	0	0	0	0	0
Orocó	0	0	0	0	0	0
Petrolina	0	0	2	0	0	1
Santa Maria da Boa Vista	0	0	0	0	0	0
Regional	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**

Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/aids/HV
*Dados atualizados em 27/04/2017, sujeitos à alteração.

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016*	Meta 2016
Araripina	0	0	0	0	0	1
Bodocó	0	0	0	0	0	1
Exu	0	0	0	0	0	0
Granito	0	0	0	0	0	0
Ipubi	0	0	0	0	0	0
Moreilândia	0	0	0	0	0	0
Parnamirim	0	0	0	0	0	0
Ouricuri	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Santa Filomena	0	0	0	0	0	0
Trindade	0	0	0	0	0	0
Regional	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/aids/HV
*Dados atualizados em 27/04/2017, sujeitos à alteração.

Indicador 10. 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 de sangue quente. Alguns tipos são encontrados também no meio ambiente.

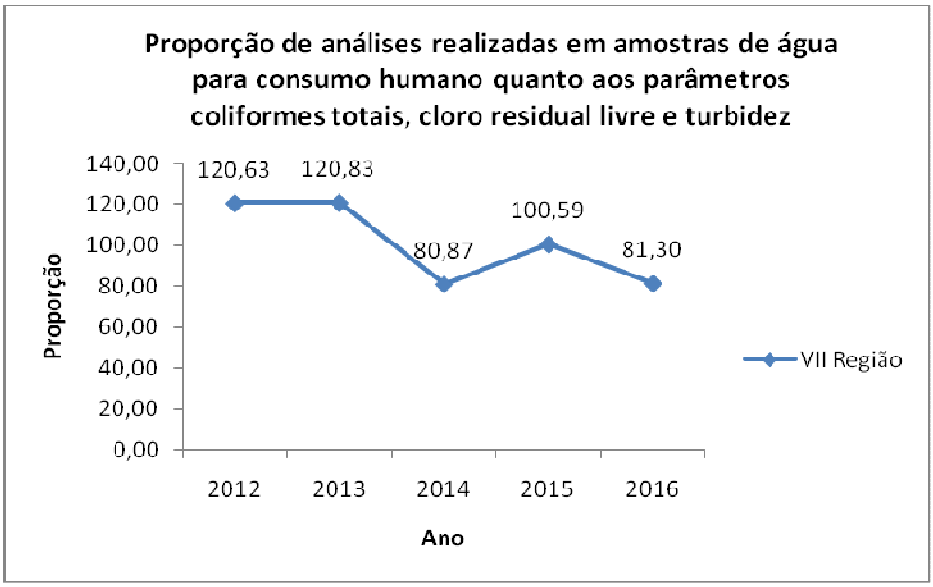
Embora o estabelecimento de um programa de vigilância da qualidade da água para consumo humano possa ser considerado um avanço, ainda existem muitos desafios a serem superados.

Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	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.	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	60%	72,71%	65%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avalia a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Passo 1: Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT):			

	$$\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais}} \times 100$$ Passo 2: Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (PT): $$\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez}} \times 100$$ Passo 3: Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (PCRL): $$\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre}} \times 100$$ Passo 4: Calcular a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez: $$\frac{1{,}2 \text{ X PCT} + 1{,}0 \text{ X PT} + 1{,}0 \text{ X PCRL}}{3{,}2}$$ **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.
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - Sisagua
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Roselene Hans: 31840190

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



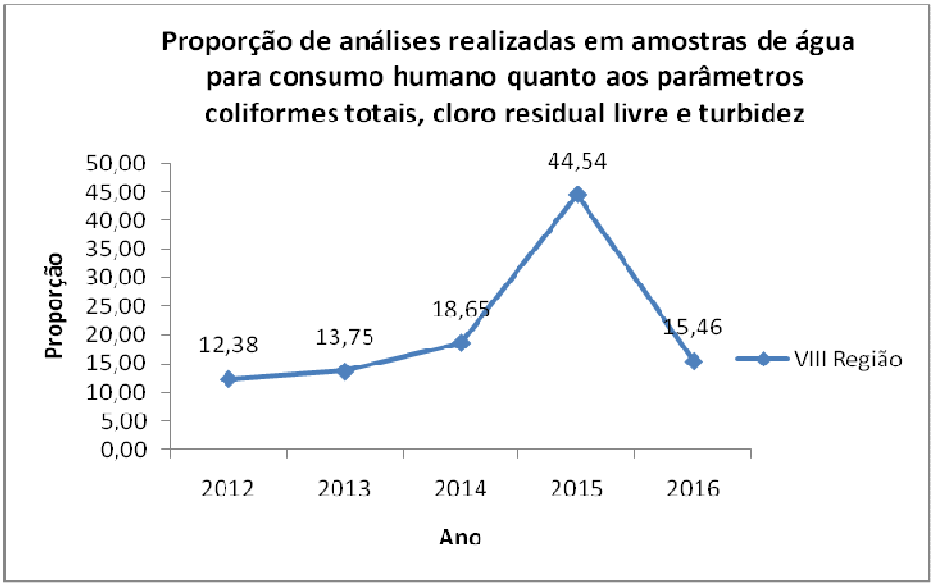
Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS/Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Belém do São Francisco	60,84	74,87	113,02	109,23	92,75	90,00
Cedro	57,26	37,06	42,86	17,76	72,13	65,00
Mirandiba	4,17	1,85	128,85	122,50	64,06	80,00
Salgueiro	81,72	86,30	66,37	115,85	65,59	95,00
Serrita	33,80	59,46	82,43	80,54	47,35	70,00
Terra Nova	76,04	85,56	92,94	117,36	156,48	90,00
Verdejante	169,26	114,77	42,25	138,31	90,92	70,00
Regional	**120,63**	**120,83**	**80,87**	**100,59**	**81,30**	**100,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



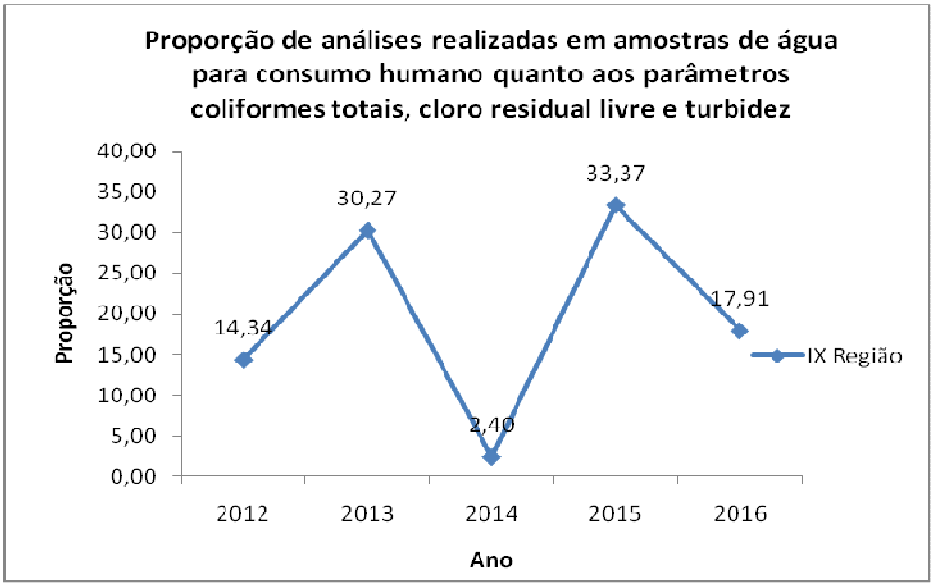
Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS/Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Afrânio	0,00	17,36	58,00	73,58	80,78	100,00
Cabrobó	6,23	11,13	26,56	46,27	35,16	9,00
Dormentes	6,80	0,00	0,00	42,71	17,19	50,00
Lagoa Grande	5,52	9,87	14,20	38,83	0,00	20,00
Orocó	4,63	13,37	8,75	40,63	14,06	100,00
Petrolina	13,58	9,14	12,93	39,70	0,00	60,00
Santa Maria da Boa Vista	6,33	0,00	22,44	41,03	0,00	30,00
Regional	**12,38**	**13,75**	**18,65**	**44,54**	**15,46**	**40,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



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

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Araripina	3,24	7,29	0,00	14,24	22,05	15,00
Bodocó	12,64	37,81	0,00	42,67	10,58	50,00
Exu	4,17	2,25	5,21	5,99	0,00	6,00
Granito	10,95	45,31	0,00	3,82	0,00	10,00
Ipubi	21,58	38,37	0,00	39,76	0,00	35,00
Moreilândia	4,80	0,00	0,00	0,00	0,00	60,00
Parnamirim	6,02	0,00	0,00	14,20	0,00	15,00
Ouricuri	4,86	37,50	28,47	138,51	78,74	40,00
Santa Cruz	6,13	0,00	0,00	2,81	0,00	7,00
Santa Filomena	3,24	0,00	0,00	18,13	0,00	20,00
Trindade	4,67	0,00	0,00	27,00	42,45	30,00
Regional	**14,34**	**30,27**	**2,40**	**33,37**	**17,91**	**40,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 11. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária

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.

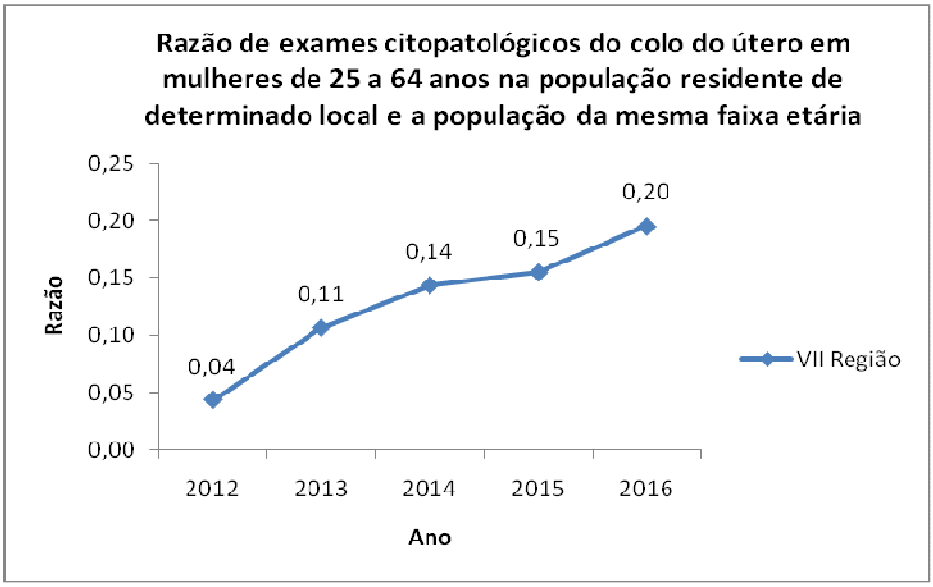
Para garantia da atenção integral em saúde, em tempo e local oportunos, com qualidade e uso racional dos recursos disponíveis, os diversos serviços de saúde que compõem o SUS devem estar organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas, orientadas pela atenção primária, capazes de responder às necessidades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

Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	Resultado Nacional 2015: 0,42	0,43	0,42	0,44
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	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. O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). A			

	rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento ——————————————— População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/ 3.
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Joyce Santos : 3184-0604

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



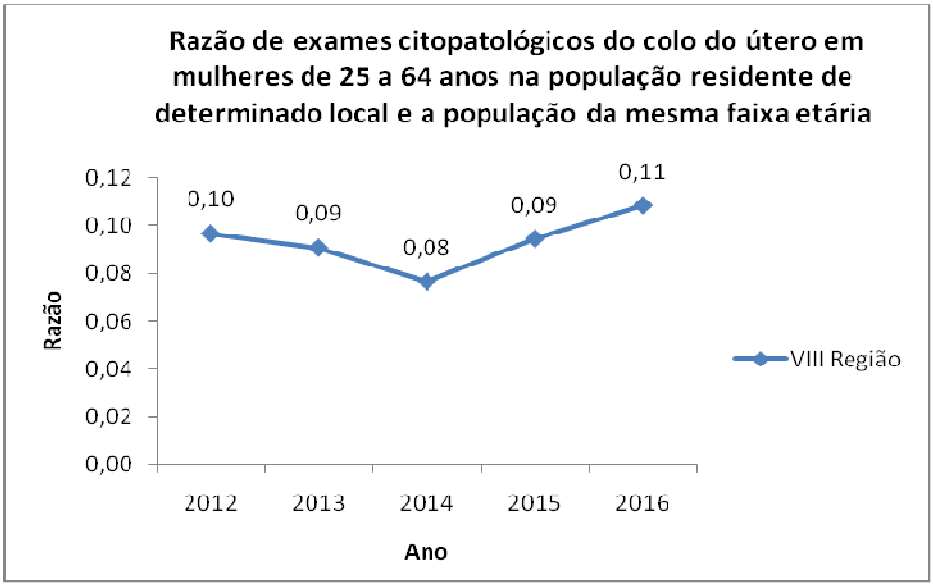
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Belém do São Francisco	0,48	0,45	0,48	0,49	0,24	0,50
Cedro	0,48	0,57	0,42	0,53	0,33	0,60
Mirandiba	0,33	0,61	0,44	0,48	0,41	0,50
Salgueiro	0,83	1,04	0,76	0,96	0,63	0,50
Serrita	0,44	0,05	0,53	0,76	0,63	0,60
Terra Nova	0,75	1,19	0,93	1,17	0,81	1,00
Verdejante	0,91	1,09	0,72	1,02	0,60	0,55
Regional	**0,04**	**0,11**	**0,14**	**0,15**	**0,20**	**0,48**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



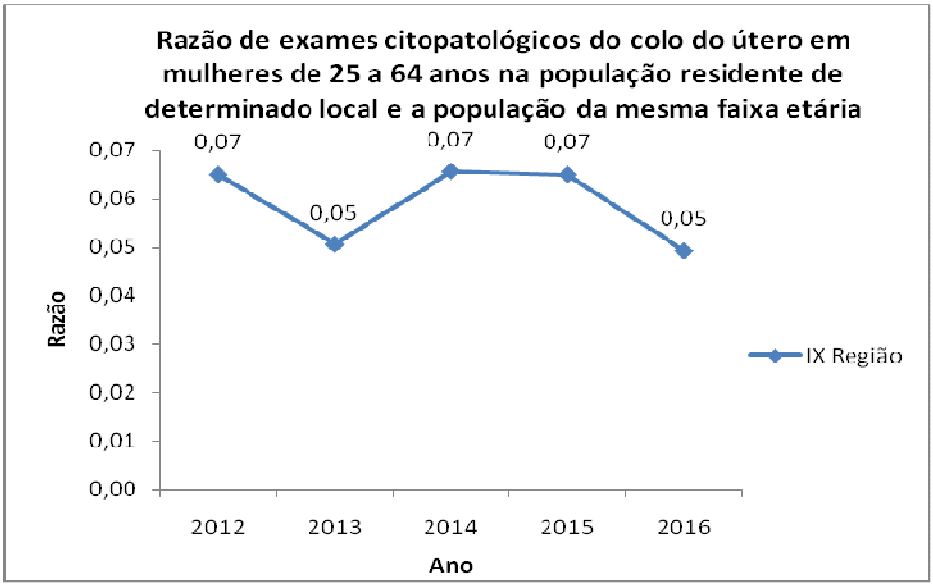
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Afrânio	0,00	0,12	0,04	0,00	0,00	0,02
Cabrobó	0,81	0,13	0,13	0,37	0,02	0,30
Dormentes	0,27	0,11	0,07	0,00	0,00	0,05
Lagoa Grande	0,78	0,04	0,08	0,01	0,01	0,19
Orocó	0,43	0,12	0,02	0,02	0,01	0,02
Petrolina	0,42	0,32	0,10	0,12	0,01	0,01
Santa Maria da Boa Vista	0,01	0,16	0,03	0,01	0,01	0,05
Regional	**0,10**	**0,09**	**0,08**	**0,09**	**0,11**	**0,06**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



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

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Araripina	0,39	0,56	0,71	0,41	0,18	0,42
Bodocó	0,67	0,85	0,41	0,55	0,03	0,60
Exu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30
Granito	0,59	0,32	0,07	0,02	0,01	0,35
Ipubi	0,53	0,38	0,25	0,18	0,29	0,17
Moreilândia	0,53	0,03	0,00	0,02	0,01	0,10
Parnamirim	0,20	0,07	0,07	0,02	0,01	0,03
Ouricuri	0,10	0,17	0,03	0,26	0,01	0,44
Santa Cruz	0,52	0,45	0,08	0,01	0,00	0,20
Santa Filomena	0,11	0,32	0,02	0,00	0,00	0,20
Trindade	0,27	0,34	0,08	0,01	0,01	0,43
Regional	**0,07**	**0,05**	**0,07**	**0,07**	**0,05**	**0,25**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 12. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local 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.

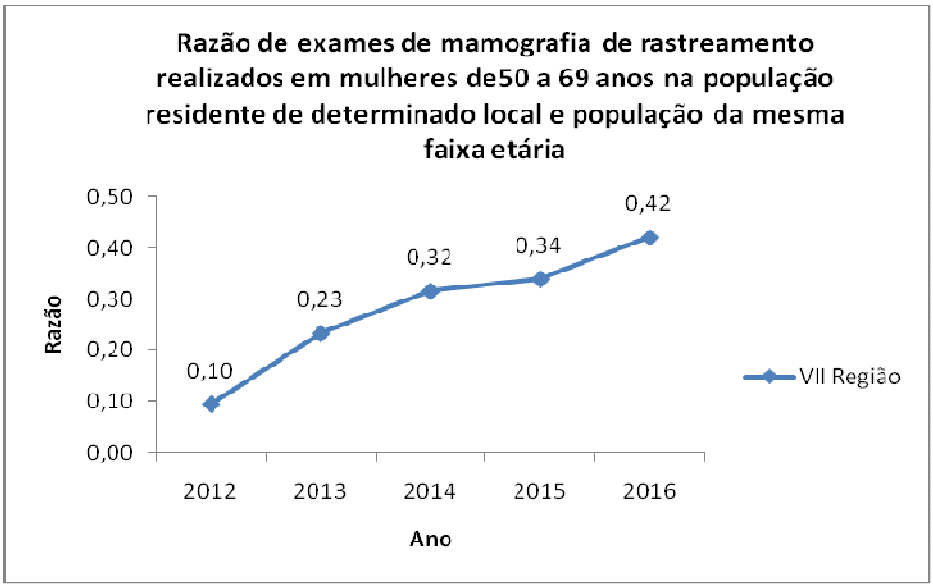
Dentre as diretrizes referentes à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Portaria GM 874/13), destaca-se que a implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento e diagnóstico precoce, deve ser realizada a partir de recomendações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

Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	Resultado Nacional 2015: 0,31	0,45	0,33	0,35
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Soma da frequência de mamografias realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2			

Fonte	Sistema nacional informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Joyce Santos : 3184-0604

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



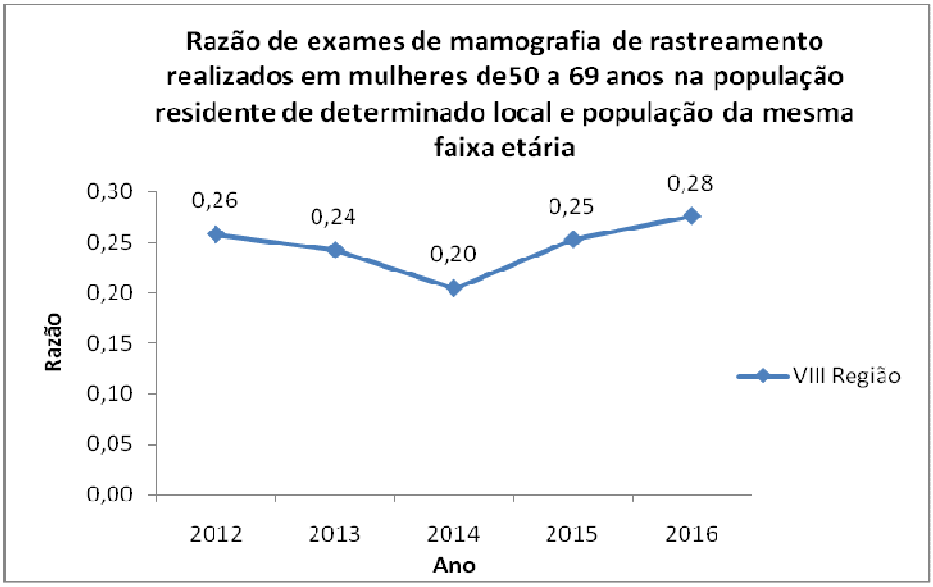
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Belém do São Francisco	0,14	0,13	0,22	0,23	0,19	0,40
Cedro	0,07	0,37	0,38	0,37	0,31	0,38
Mirandiba	0,02	0,16	0,21	0,35	0,36	0,25
Salgueiro	0,12	0,25	0,31	0,31	0,48	0,35
Serrita	0,10	0,17	0,25	0,40	0,40	0,50
Terra Nova	0,04	0,29	0,56	0,47	0,49	0,50
Verdejante	0,06	0,35	0,48	0,45	0,67	0,30
Regional	**0,10**	**0,23**	**0,32**	**0,34**	**0,42**	**0,30**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



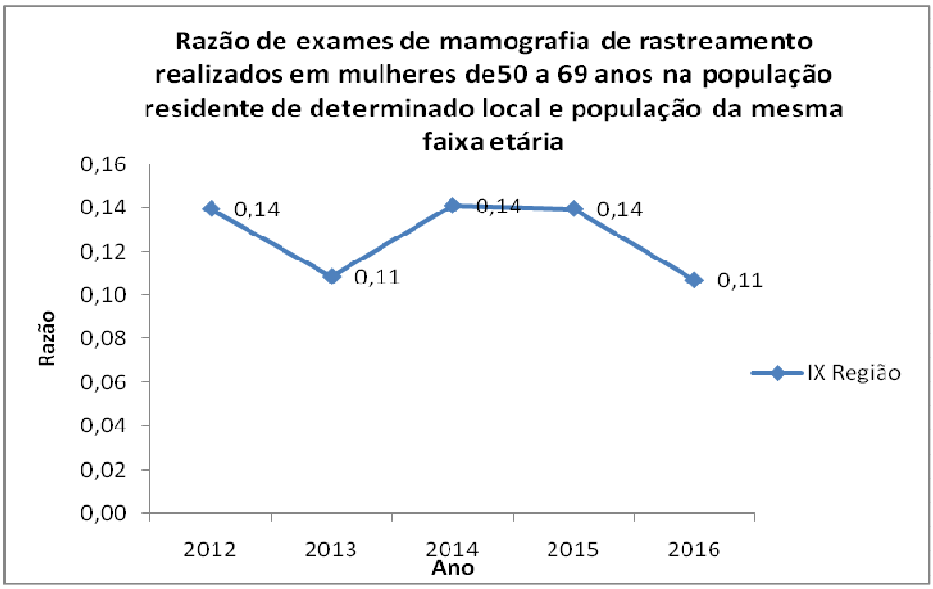
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Afrânio	0,06	0,11	0,09	0,04	0,33	0,67
Cabrobó	0,08	0,04	0,09	0,03	0,09	0,05
Dormentes	0,07	0,09	0,14	0,04	0,43	0,30
Lagoa Grande	0,09	0,09	0,10	0,04	0,14	0,10
Orocó	0,04	0,06	0,04	0,03	0,10	0,04
Petrolina	0,35	0,33	0,26	0,36	0,32	0,20
Santa Maria da Boa Vista	0,07	0,07	0,09	0,05	0,14	0,06
Regional	**0,26**	**0,24**	**0,20**	**0,25**	**0,28**	**0,50**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



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

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Meta 2016**
Araripina	0,15	0,16	0,12	0,16	0,10	0,10
Bodocó	0,13	0,11	0,14	0,12	0,13	0,20
Exu	0,16	0,09	0,18	0,11	0,05	0,20
Granito	0,08	0,17	0,18	0,06	0,11	0,30
Ipubi	0,20	0,07	0,17	0,17	0,15	0,20
Moreilândia	0,11	0,10	0,15	0,07	0,07	0,42
Parnamirim	0,21	0,13	0,13	0,10	0,20	0,07
Ouricuri	0,08	0,06	0,11	0,11	0,08	0,15
Santa Cruz	0,24	0,14	0,15	0,19	0,11	0,10
Santa Filomena	0,17	0,11	0,09	0,17	0,08	0,10
Trindade	0,09	0,10	0,23	0,22	0,15	0,39
Regional	**0,14**	**0,11**	**0,14**	**0,14**	**0,11**	**0,20**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 13. Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar

A Rede Cegonha, programa do Governo Federal instituída através da Portaria nº 1.459/11, é uma estratégia que prevê a implementação de ações de saúde capazes de produzir atenção humanizada no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo primordial da Rede Cegonha é melhorar os indicadores de saúde materna, contribuindo com as ações do Pacto pela redução da Mortalidade Materna, através da implantação do novo modelo de assistência ao parto de risco habitual. Em Pernambuco, assim como no Brasil, a taxa de cesarianas apresenta valores elevados que implica no aumento de até 120 vezes o risco de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte materna. Nesse sentido, o parto normal deve ser estimulado por implicar menores riscos maternos e fetal.

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 pode refletir um acompanhamento inadequado do pré-natal e/ou indicações inadequadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

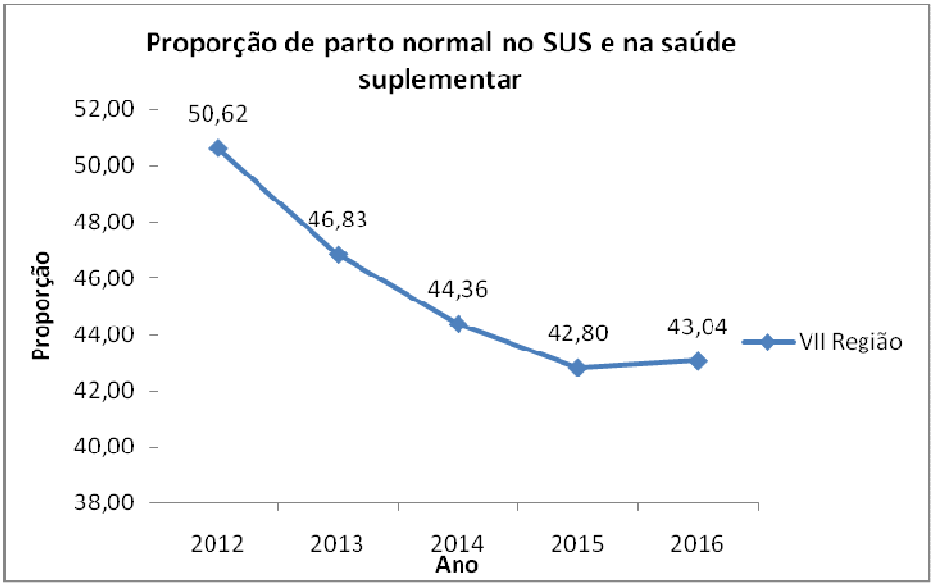
O pressuposto é que a decisão pela via de parto é influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos entre outros. Embora não recomendadas pelas OMS, as cesáreas ainda são feitas em maior número no Brasil.

Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	**2017**	**2016**	**2016** (Referente a 2015)	**2017**
	70% de partos normais	49%	48,37%	50,79%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. 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. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agencia Nacional de Saúde Suplementar.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual:			

	$\frac{\text{Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos de mães residentes em determinado local e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos de todos os partos ocorridos de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Idalacy Barreto – SINASC (Dados): 3184-0196 Hérika Dantas – Saúde da Mulher (Meta): 3184-0604

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



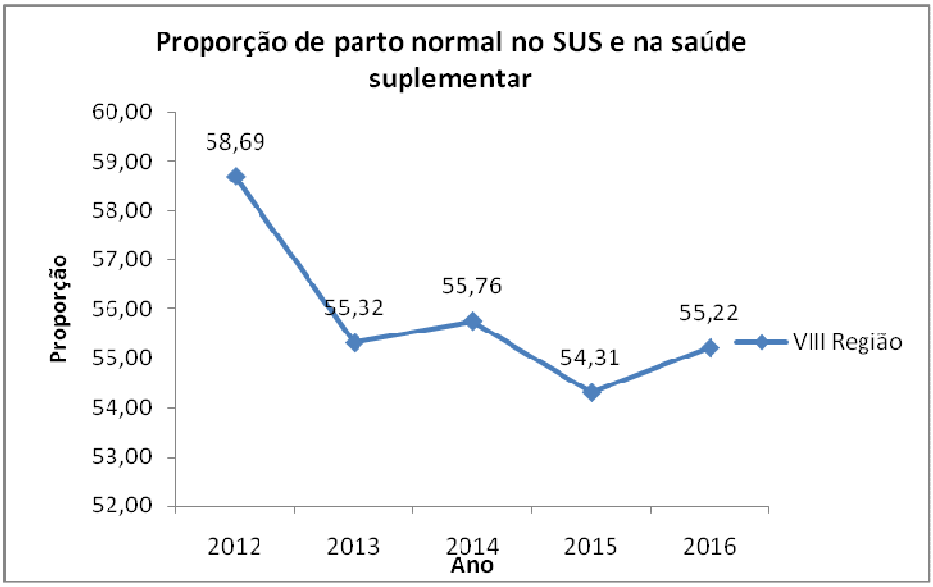
Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
Dados captados em 11/01/2017, sujeitos à alteração

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Belém do São Francisco	58,75	62,42	61,52	52,24	57,45	52,00
Cedro	56,45	48,30	43,23	47,09	45,83	45,00
Mirandiba	44,75	52,07	46,86	45,00	48,89	48,00
Salgueiro	46,80	39,67	37,91	38,22	35,53	52,00
Serrita	53,61	53,19	46,25	47,85	49,12	48,00
Terra Nova	53,91	42,28	40,28	35,21	38,74	40,00
Verdejante	52,84	42,67	46,94	45,16	41,38	48,00
Regional	**50,62**	**46,83**	**44,36**	**42,80**	**43,04**	**45,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



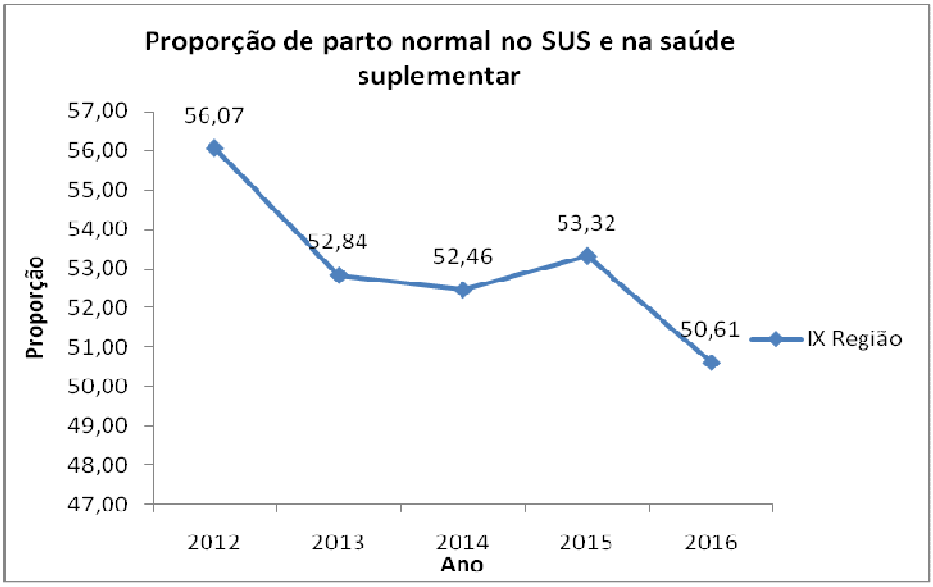
Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
Dados captados em 11/01/2017, sujeitos à alteração

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Afrânio	63,05	58,72	56,72	57,99	54,39	57,99
Cabrobó	47,64	53,07	50,26	52,91	56,34	46,00
Dormentes	56,32	55,44	43,21	43,60	45,11	45,00
Lagoa Grande	74,63	67,28	63,59	64,60	64,03	70,00
Orocó	66,02	55,60	59,87	61,38	60,08	60,00
Petrolina	57,11	53,76	54,93	52,46	53,74	53,00
Santa Maria da Boa Vista	66,94	62,36	64,40	66,16	63,86	61,00
Regional	**58,69**	**55,32**	**55,76**	**54,31**	**55,22**	**54,45**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
Dados captados em 11/01/2017, sujeitos à alteração

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Araripina	60,48	55,01	55,34	57,66	56,86	50,00
Bodocó	56,20	56,04	56,09	54,50	46,17	60,00
Exu	51,09	48,51	47,23	50,79	45,40	50,00
Granito	53,51	47,83	51,72	40,78	45,16	50,00
Ipubi	63,43	61,94	60,39	62,10	54,47	60,00
Moreilândia	47,59	41,72	52,02	42,86	49,04	49,00
Parnamirim	55,47	54,58	57,43	55,10	48,81	55,00
Ouricuri	50,97	46,98	45,97	48,02	47,08	46,50
Santa Cruz	64,81	54,11	53,79	52,81	54,33	53,00
Santa Filomena	56,42	63,43	61,62	53,40	47,53	54,00
Trindade	48,48	50,90	47,16	49,66	46,70	50,00
Regional	**56,07**	**52,84**	**52,46**	**53,32**	**50,61**	**50,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 14. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos

A Organização Mundial da Saúde estabelece a Adolescência o período que vai dos 10 aos 19 anos. Entretanto, não devemos nos deter apenas a partir de critérios etários ou biológicos. Trata-se de um fenômeno social, fruto da conjugação de transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Nesta etapa da vida, estas mudanças evidenciam também a busca de novas descobertas, e a intensificação de novas emoções.

Os adolescentes e jovens, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, são sujeitos de direitos, os quais apresentam demandas específicas de saúde, principalmente no que se refere às questões de saúde sexuais e reprodutivas.

Na atualidade vê-se o exercício da sexualidade começando cada vez mais cedo, impulsionado pela imposição social que leva crianças a adolescerem precocemente. A iniciação da atividade sexual pode gerar grandes consequências, uma delas é a gravidez precoce e não desejada que leva adolescentes a ingressarem na vida adulta rapidamente mesmo não estando preparadas psicologicamente, levando a jovem a mudar completamente seu modo de vida e contribuindo para alterações no seu projeto de vida.

Nos últimos dez anos tem sido evidenciado queda do percentual de grávidas adolescentes em Pernambuco, porém ainda é elevado o número de casos, correspondendo a 20,5% do total de gestantes em 2016.

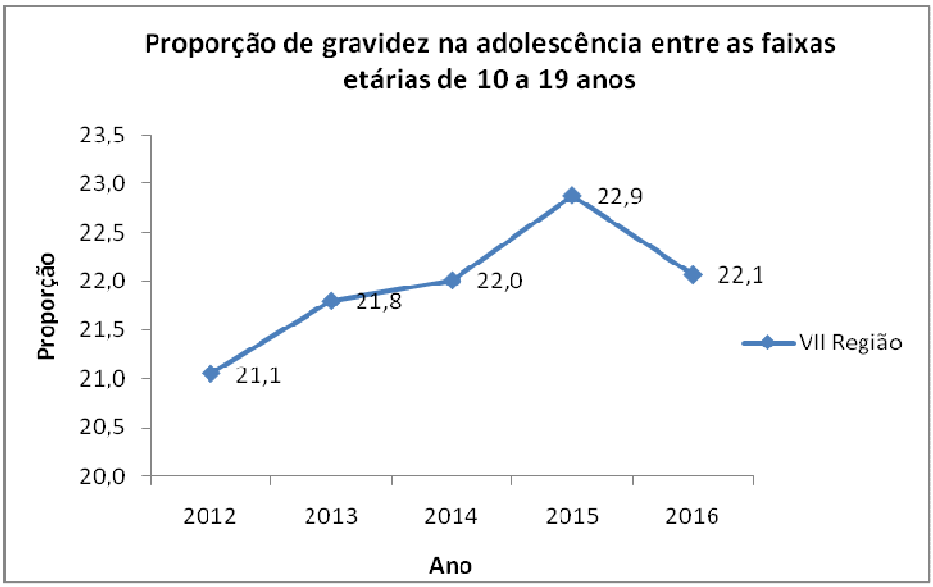
Diante disso, o acesso às políticas de prevenção e orientação sobre a saúde sexual tem sido considerado de grande importância na redução do número de partos em adolescentes na rede pública. Entretanto, faz-se necessário, estratégias e ações no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, focada nesse segmento populacional, tendo uma perspectiva multidisciplinar, que requer um olhar diferenciado dos profissionais envolvidos, pautada na proteção e garantia dos direitos e mudanças de paradigmas relacionadas à sexualidade e a vida reprodutiva.

Indicador	Parâmetro Nacional	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	**2017**	**2016**	**2017**
	Resultado Nacional 2014: 18,87%	20,5%	20,5%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Monitora a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.		
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF:		

	$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e ano}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Idalacy Barreto – SINASC (Dados): 3184-0196 Solange Loureiro – Saúde da Criança e Adolescente (Meta): 31840603

RESULTADOS DO INDICADOR:

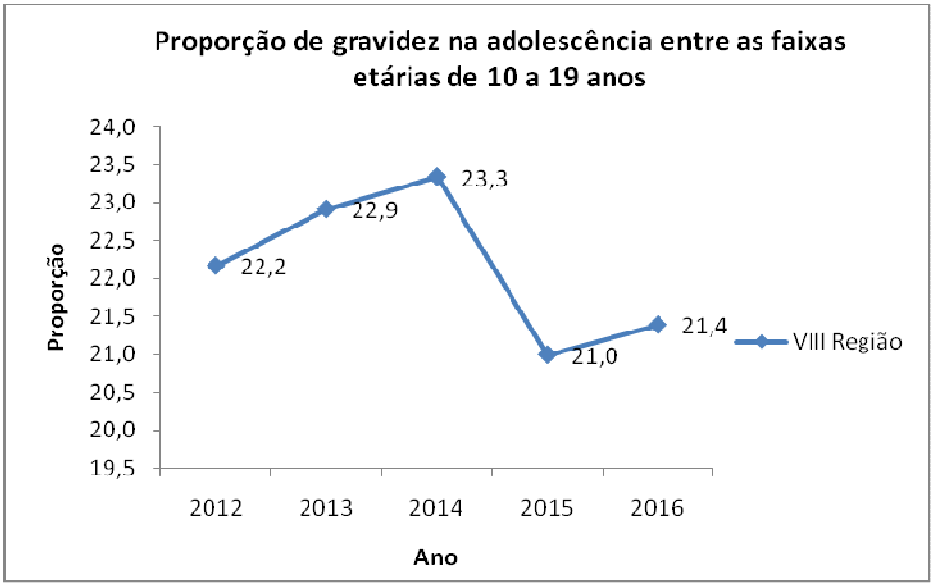
VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
Dados captados em 03/05/2017 e 24/05/2017.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Belém do São Francisco	22,45	26,97	28,93	25,00	19,94
Cedro	24,19	21,59	18,06	23,81	19,14
Mirandiba	24,75	26,21	25,10	25,67	26,38
Salgueiro	21,06	18,73	20,85	20,98	21,85
Serrita	18,18	18,79	17,39	25,08	19,38
Terra Nova	17,19	22,82	19,44	20,42	29,03
Verdejante	16,48	28,00	23,13	24,52	23,13
Regional	**21,1**	**21,8**	**22,0**	**22,9**	**22,1**

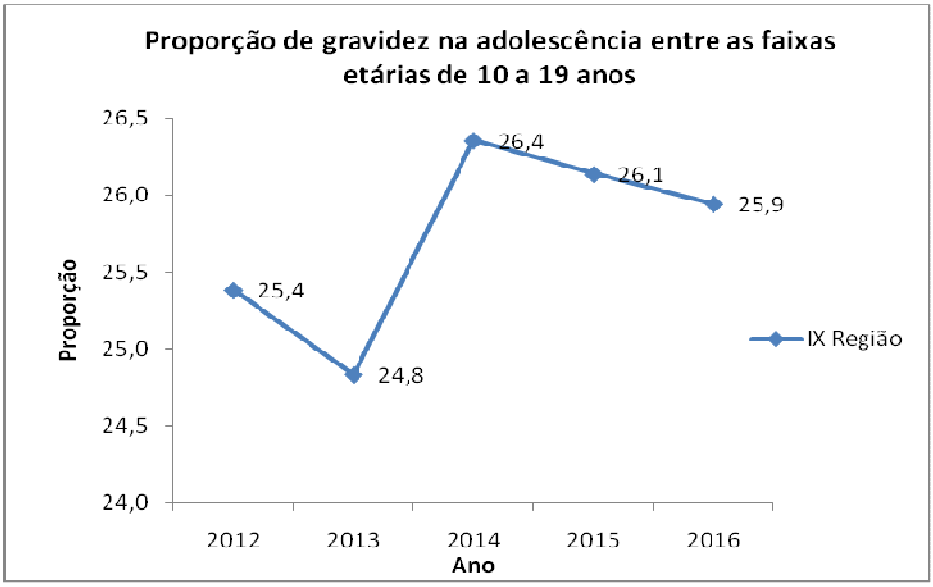
VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
Dados captados em 03/05/2017 e 24/05/2017.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Afrânio	25,08	27,52	25,25	21,93	25,44
Cabrobó	24,00	25,10	22,14	25,00	24,61
Dormentes	21,84	22,46	23,46	23,20	21,52
Lagoa Grande	25,85	29,58	26,12	28,94	25,42
Orocó	16,80	23,47	25,99	20,69	25,09
Petrolina	21,56	21,91	22,66	19,58	20,02
Santa Maria da Boa Vista	24,25	24,28	26,45	25,31	25,64
Regional	**22,2**	**22,9**	**23,3**	**21,0**	**21,4**

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
Dados captados em 03/05/2017 e 24/05/2017.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Araripina	27,43	23,42	28,89	27,02	26,22
Bodocó	24,11	23,02	23,15	20,37	24,30
Exu	21,64	23,13	18,58	24,01	23,33
Granito	18,42	21,74	20,69	24,27	21,30
Ipubi	26,08	26,41	28,04	28,89	28,62
Moreilândia	22,76	26,38	20,23	20,83	20,63
Parnamirim	21,35	25,16	23,31	21,02	26,19
Ouricuri	25,49	26,96	26,65	28,16	25,19
Santa Cruz	29,26	25,11	25,76	20,13	23,95
Santa Filomena	21,10	20,57	25,95	25,13	19,79
Trindade	27,70	27,17	31,61	32,26	32,83
Regional	**25,4**	**24,8**	**26,4**	**26,1**	**25,9**

Indicador 15. 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 (SIM e SINASC), por apresentarem coberturas consideradas adequadas (acima de 90% dos esperados registrados nos Sistemas). Os demais estados em especial aqueles situados nas regiões Norte e Nordeste apresentam sub-registro de nascimento e de óbito e, por este motivo, necessitam de correção dos seus indicadores.

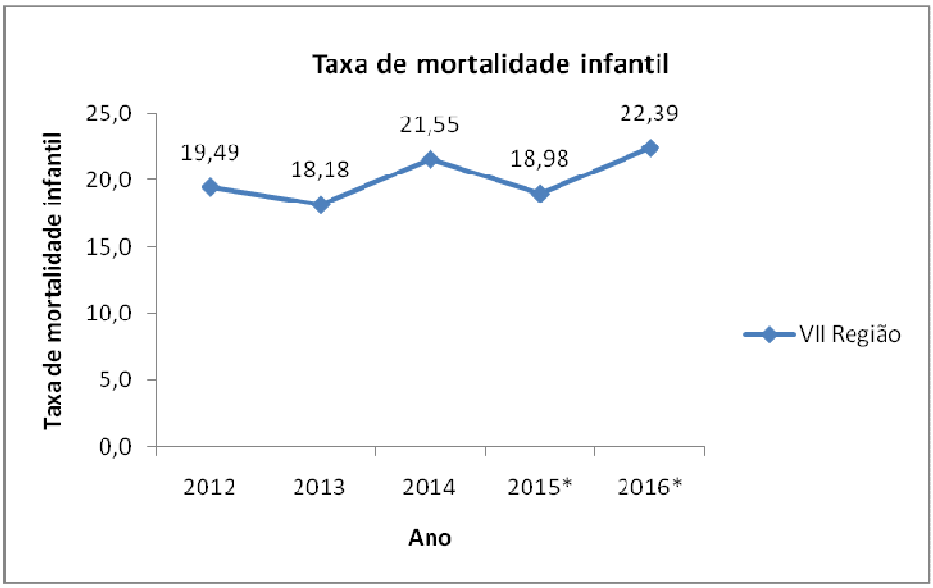
Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Taxa de Mortalidade Infantil	**2017**	**2016**	**2016** (referente a 2015)	**2017**
	Resultado Nacional 2013: 14,4 /1000 NV	16,0/1000 NV	14,7 /1000 NV	16,0/1000 NV
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Monitorar 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 e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano. É importante acompanhar a Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes pois, a taxa de mortalidade neonatal vem caindo em menor velocidade comparado a mortalidade infantil pós-neonatal, especialmente nos estados das regiões norte e nordeste. A			

	mortalidade neonatal precoce representa de 60 a 70% da mortalidade infantil, sendo que 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida. No período neonatal concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais; com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano.}} \times 1000$ Obs: 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.
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 Andréa Zacchê – Saúde da Criança (Meta): 31840569

RESULTADOS DO INDICADOR:

OBS: Taxas estimadas com os dados informados ao SIM e ao Sinasc corrigidos por fatores obtidos pela Pesquisa de Busca Ativa realizada na Amazônia Legal

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



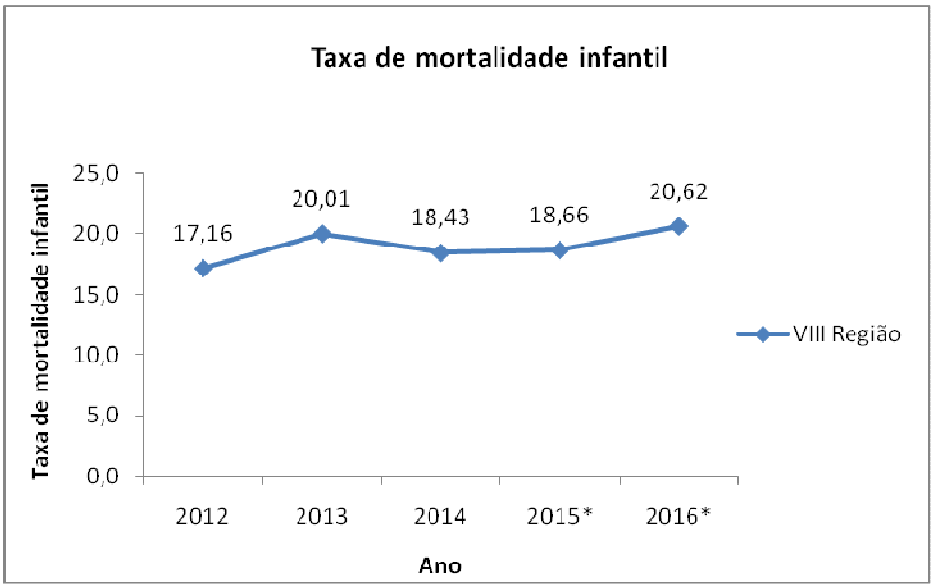
Fonte: SIM/SINASC/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 15/03/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	2012	2013	2014	2015*	2016*	Meta 2016
Belém do São Francisco	6,00	4,00	12,00	4,00	1,00	5,00
Cedro	5,00	5,00	1,00	3,00	3,00	4,00
Mirandiba	5,00	6,00	4,00	6,00	8,00	6,00
Salgueiro	17,00	15,00	17,00	19,00	19,00	17,00
Serrita	4,00	5,00	5,00	4,00	7,00	7,00
Terra Nova	3,00	2,00	2,00	4,00	1,00	3,00
Verdejante	5,00	2,00	4,00	2,00	5,00	3,00
Regional	**19,5**	**18,2**	**21,6**	**19,0**	**22,4**	**20,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



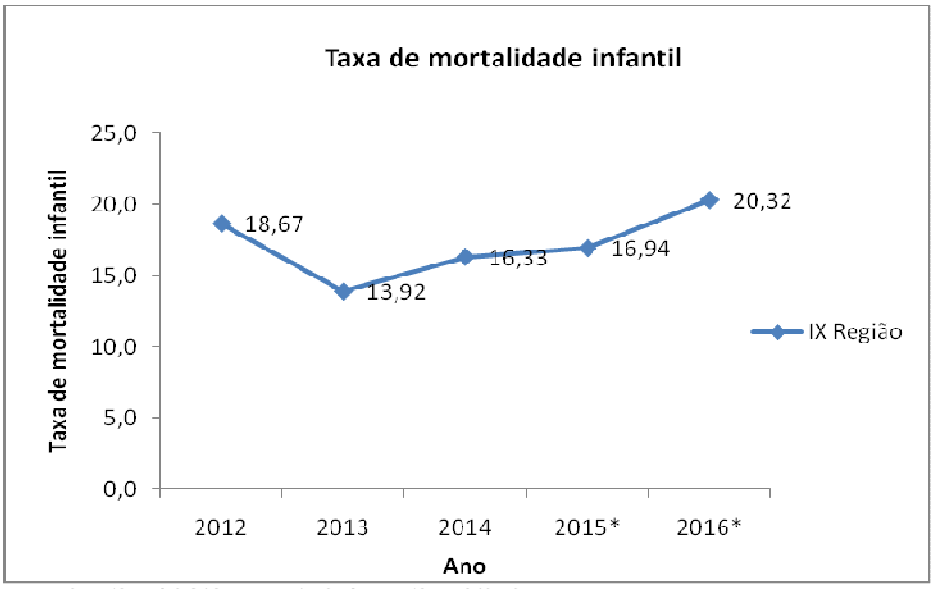
Fonte: SIM/SINASC/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 15/03/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	2012	2013	2014	2015*	2016*	Meta 2016
Afrânio	3,00	6,00	5,00	2,00	4,00	5,00
Cabrobó	6,00	10,00	12,00	10,00	9,00	13,00
Dormentes	3,00	9,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Lagoa Grande	5,00	8,00	7,00	7,00	11,00	5,00
Orocó	3,00	6,00	4,00	2,00	8,00	5,00
Petrolina	84,00	97,00	99,00	108,00	111,00	16,00
Santa Maria da Boa Vista	18,00	10,00	13,00	14,00	8,00	10,00
Regional	**17,2**	**20,0**	**18,4**	**18,7**	**20,6**	**16,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: SIM/SINASC/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 15/03/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015***	**2016***	**Meta 2016**
Araripina	37,00	18,00	28,00	26,00	20,00	26,00
Bodocó	11,00	7,00	8,00	12,00	8,00	10,00
Exu	8,00	3,00	16,00	5,00	9,00	4,00
Granito	1,00	2,00	0,00	2,00	2,00	1,00
Ipubi	8,00	7,00	7,00	12,00	8,00	10,00
Moreilândia	4,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00
Parnamirim	6,00	2,00	5,00	4,00	6,00	4,00
Ouricuri	22,00	15,00	21,00	17,00	19,00	19,00
Santa Cruz	4,00	6,00	3,00	7,00	9,00	6,00
Santa Filomena	4,00	1,00	1,00	5,00	4,00	4,00
Trindade	8,00	14,00	3,00	6,00	21,00	5,00
Regional	**18,7**	**13,9**	**16,3**	**16,9**	**20,3**	**16,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 16. Número 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 de 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).

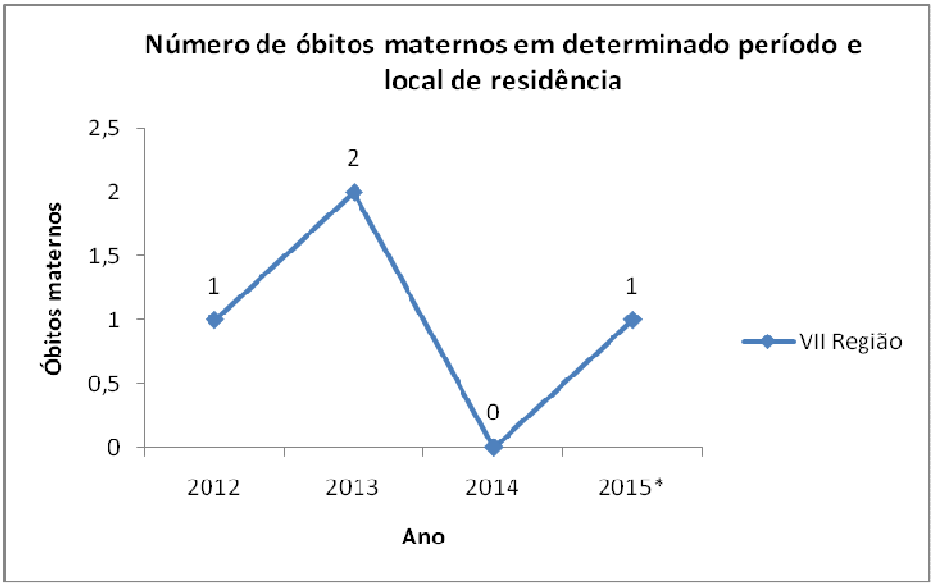
Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	**2017**	**2016**	**2016** (referente a 2015)	**2017**
	Resultado Nacional 2015: 1.570	88	103	101
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis. Considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais. Analisar variações geográficas e temporais do número de óbitos maternos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do número de óbitos maternos entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agencia Nacional de Saúde Suplementar.			

Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.
Responsável pelo monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM (Dados): 3184-0196 Hérika – Saúde da Mulher (Meta): 3184-0604

RESULTADOS DO INDICADOR:

OBS: Não foi disponibilizado o número de óbitos maternos do ano de 2016, dada a notificação tardia dos óbitos.

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Fonte:SIM/GMVEV/DGAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 17/05/2017; Sujeitos à alteração.

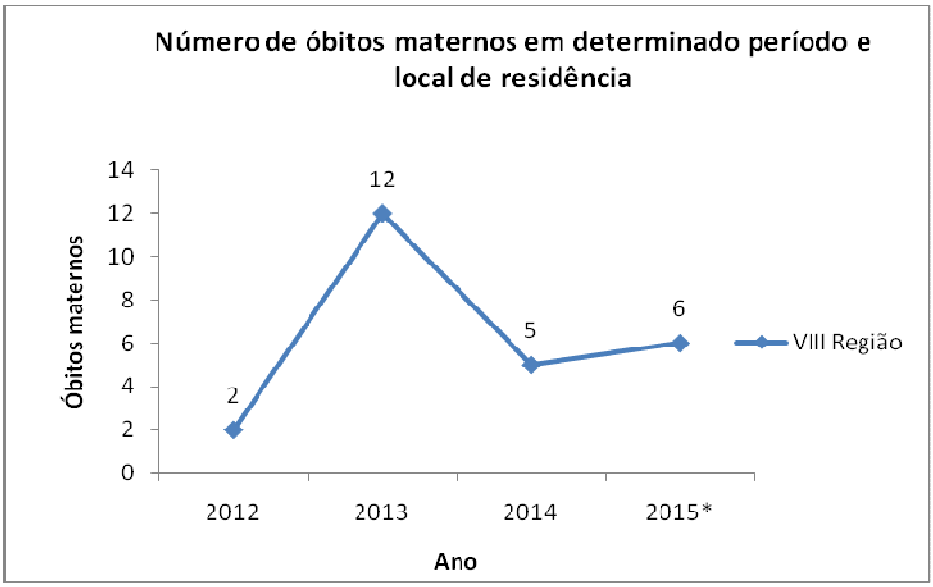
.

Municípios	2012	2013	2014	2015*	Meta 2016
Belém do São Francisco	0	0	0	0	1
Cedro	0	0	0	1	0
Mirandiba	0	0	0	0	0
Salgueiro	1	2	0	0	0
Serrita	0	0	0	0	0
Terra Nova	0	0	0	0	0
Verdejante	0	0	0	0	0
Regional	**1**	**2**	**0**	**1**	**0**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



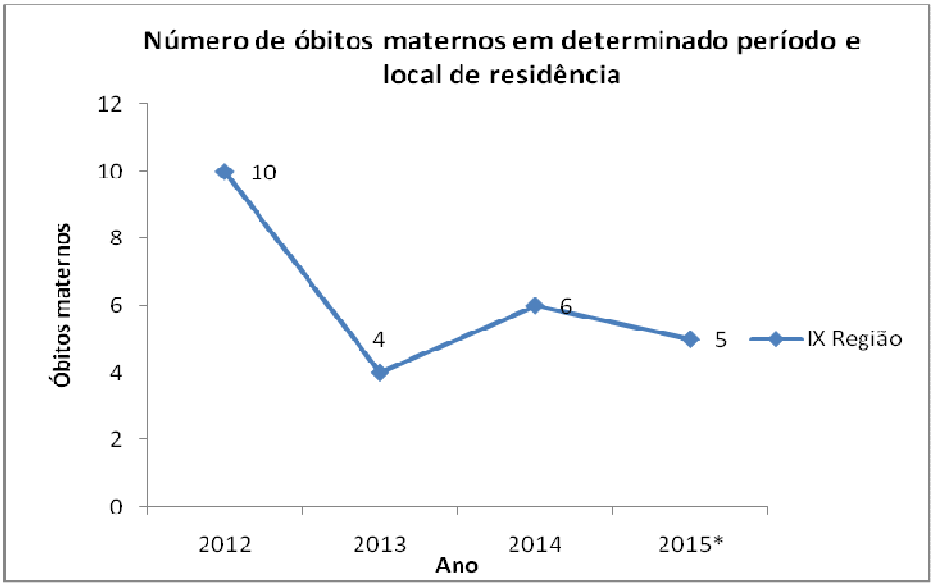
Fonte:SIM/GMVEV/DGAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 17/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015***	**Meta 2016**
Afrânio	0	0	0	0	0
Cabrobó	0	1	0	0	1
Dormentes	0	1	0	0	0
Lagoa Grande	0	0	0	0	0
Orocó	0	1	0	0	0
Petrolina	1	7	5	5	4
Santa Maria da Boa Vista	1	2	0	1	1
Regional	**2**	**12**	**5**	**6**	**0**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte:SIM/GMVEV/DGAEVE/SEVS/SES-PE
*****Dados captados em 17/05/2017; Sujeitos à alteração.

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015***	**Meta 2016**
Araripina	4	1	2	1	1
Bodocó	1	0	0	0	1
Exu	0	0	2	0	1
Granito	1	0	0	0	0
Ipubi	0	0	0	1	1
Moreilândia	0	0	0	0	0
Parnamirim	1	0	0	1	0
Ouricuri	2	2	1	1	1
Santa Cruz	0	0	0	1	0
Santa Filomena	0	0	1	0	0
Trindade	1	1	0	0	1
Regional	**10**	**4**	**6**	**5**	**0**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 17. 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.

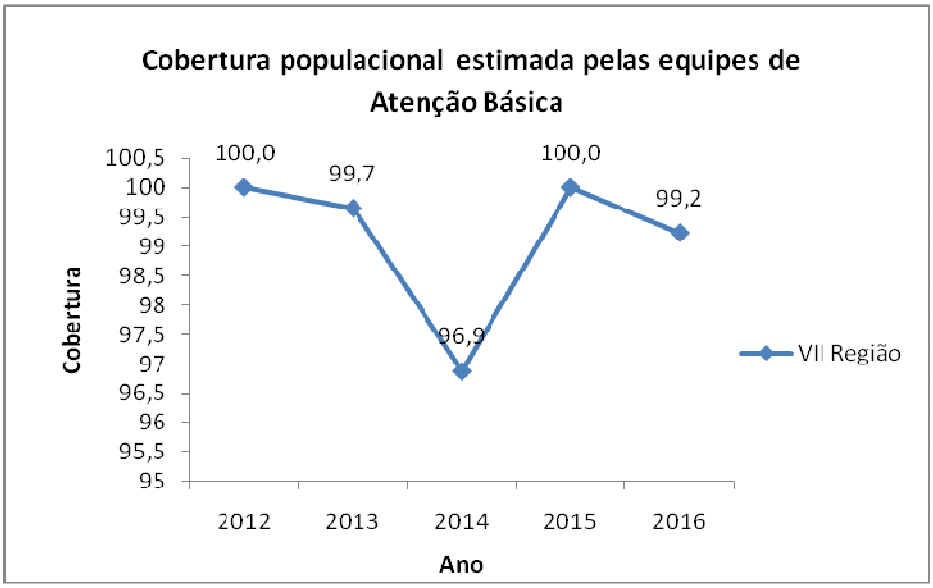
Indicador	Parâmetro Nacional	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	**2017**	**2016**	**2017**
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	79,3%	80%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locorregionais 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*	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{(\text{Nº de eSF x 3.450} + (\text{Nº eAB} + \text{Nº eSF equivalente}) \text{ em determinado local e período x 3.000})}{\text{Estimativa popilacional do ano anterior}} \times 100$
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população, com referência em 1º de julho.
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Juliana Lopes/Patrícia Carneiro - 3184-0592 / 3184-0593

***Anexo:** Alteração no método de cálculo.

RESULTADOS DO INDICADOR:

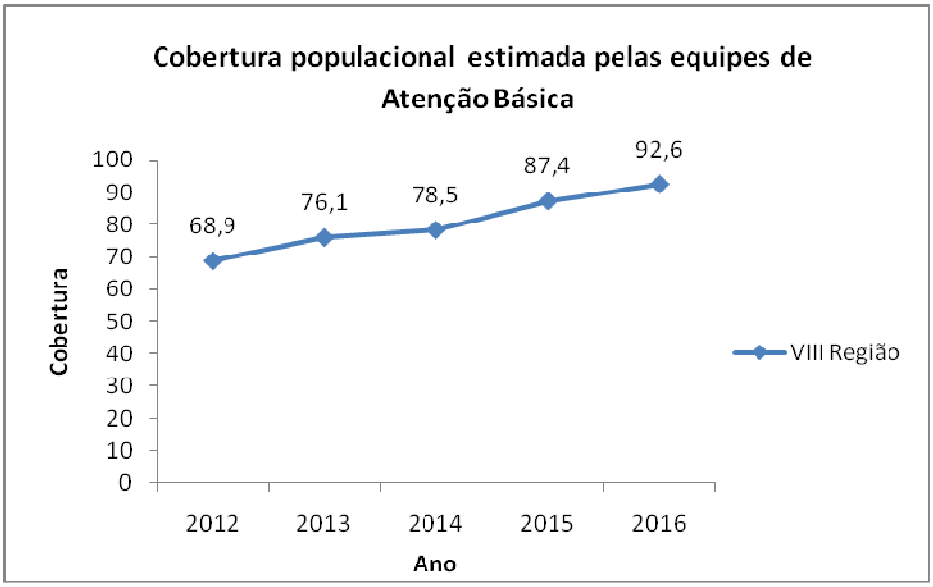
VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Fonte: E-GESTORAB/DAB/MS

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Belém do São Francisco	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cedro	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Mirandiba	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Salgueiro	100,00%	99,14%	92,38%	100,00%	98,13%	97,56%
Serrita	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Terra Nova	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Verdejante	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Regional	**100,00**	**99,65**	**96,88**	**100,00**	**99,23**	**99,00**

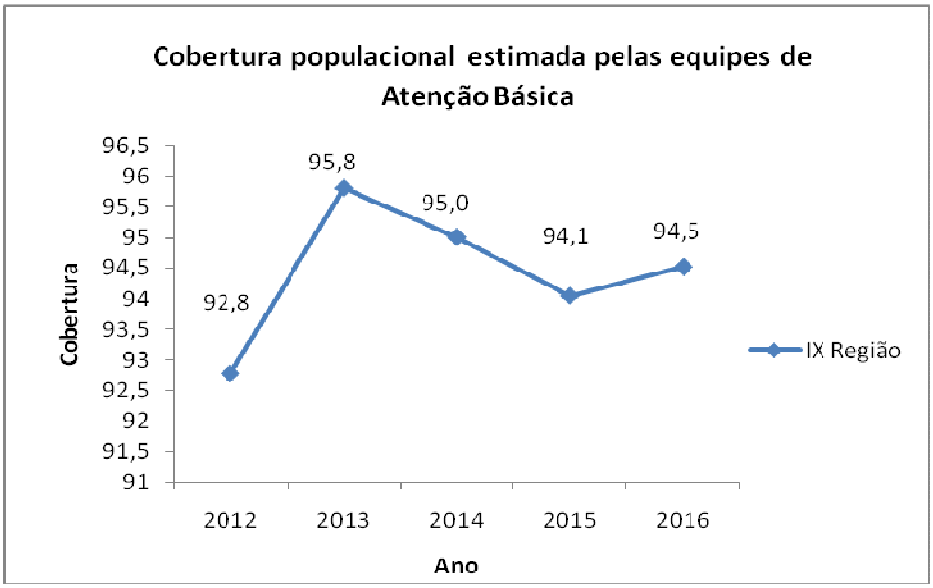
VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Fonte: E-GESTORAB/DAB/MS

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Afrânio	77,60%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cabrobó	99,55%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Dormentes	60,49%	99,73%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Lagoa Grande	89,85%	100,00%	100,00%	100,00%	99,73%	100,00%
Orocó	77,46%	76,46%	63,11%	96,77%	95,53%	94,37%
Petrolina	64,15%	69,79%	73,34%	84,66%	90,91%	88,97%
Santa Maria da Boa Vista	64,95%	70,30%	74,51%	77,00%	88,27%	82,82%
Regional	**68,87**	**76,09**	**78,45**	**87,40**	**92,60**	**90,78**

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: E-GESTORAB/DAB/MS

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Araripina	77,44%	82,22%	79,12%	75,02%	76,99%	77,98%
Bodocó	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Exu	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Granito	100,00%	100,00%	95,95%	100,00%	100,00%	100,00%
Ipubi	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Moreilândia	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Parnamirim	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Ouricuri	90,31%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Santa Cruz	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Santa Filomena	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Trindade	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Regional	**92,78**	**95,81**	**95,01**	**94,05**	**94,52**	**94,76**

Indicador 18. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)

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

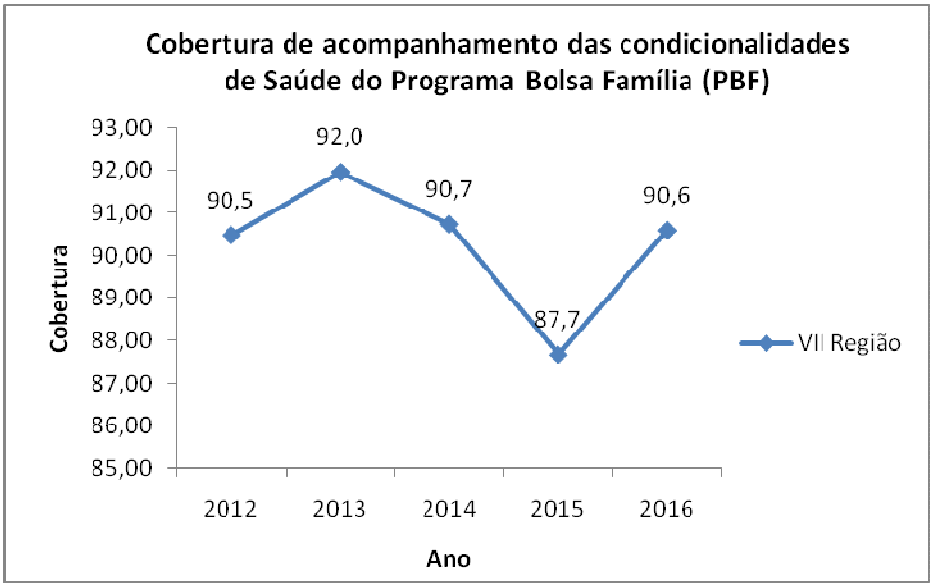
Pernambuco atende mais de 800.000 famílias. As famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma equipe de PACS/PSF ou por uma unidade básica de saúde. É fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades da saúde, 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 nutrizes nos serviços de saúde é central no desenho do PBF.

Indicador	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	74%	75,0%	75%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	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	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano}}{\text{Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – Datasus			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rijane Barros: 3184-0601/0488			

RESULTADOS DO INDICADOR:

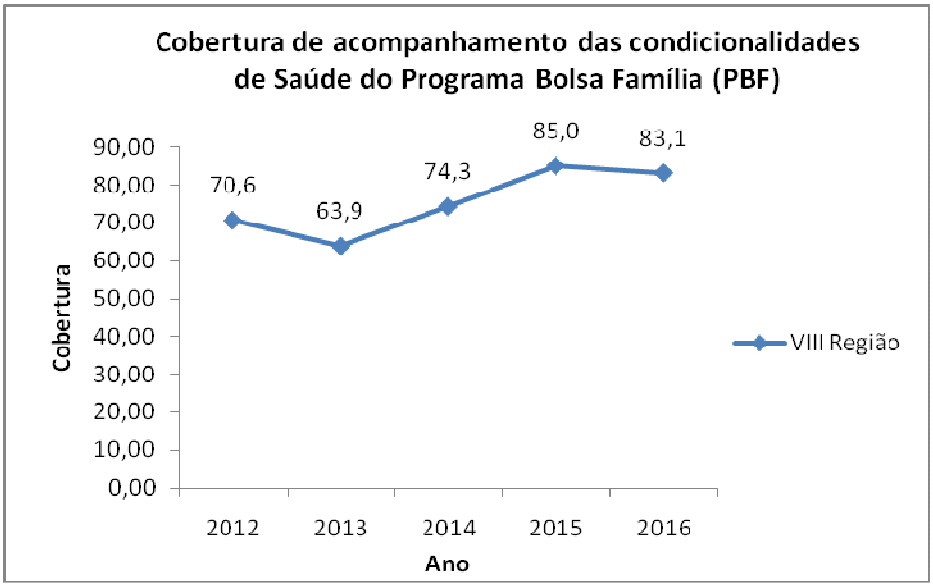
VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



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

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Belém do São Francisco	94,1 %	97,26 %	97,07%	96,66%	89,68%	75,00
Cedro	82,03 %	76,41 %	75,49%	85,33%	83,46%	80,00
Mirandiba	81,02 %	81,13 %	82,59%	88,17%	86,80%	82,00
Salgueiro	90,62 %	96,28 %	99,10%	83,65%	97,94%	85,00
Serrita	81,24 %	98,68 %	83,66%	87,36%	85,62%	75,00
Terra Nova	81,71 %	84,95 %	87,85%	85,81%	89,95%	80,00
Verdejante	86,05 %	86,28 %	86,44%	90,64%	83,03%	80,00
Regional	**90,48**	**91,96**	**90,74**	**87,68**	**90,59**	**80,00**

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



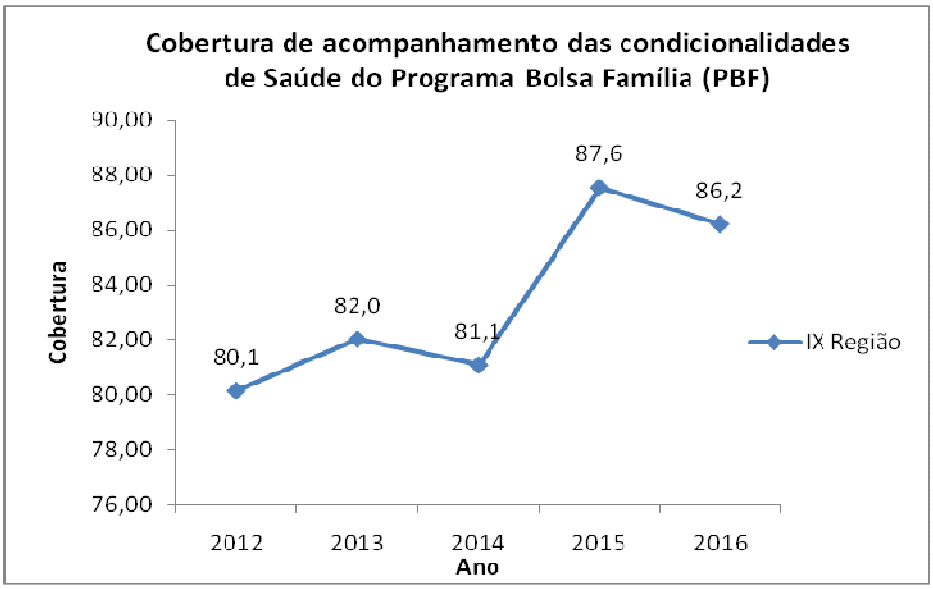
Fonte: Sistema de gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF DATASUS/MS

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Meta 2016**
Afrânio	100 %	97,1 %	95,86%	96,99%	96,37%	96,00
Cabrobó	92,83 %	94,16 %	94,46%	96,67%	94,35%	90,00
Dormentes	86,22 %	83,35 %	94,84%	98,12%	92,27%	95,00
Lagoa Grande	87,5 %	88,19 %	86,19%	88,13%	60,89%	85,00
Orocó	85,44 %	82,06 %	85,67%	100,00%	99,73%	80,00
Petrolina	46,24 %	52,81 %	66,39%	81,10%	80,82%	65,00
Santa Maria da Boa Vista	88,7 %	44,78 %	65,34%	72,90%	78,14%	65,00
Regional	**70,63**	**63,89**	**74,30**	**85,02**	**83,12**	**80,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



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

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2016
Araripina	63,55 %	89,86 %	85,44%	94,58%	97,27%	73,00
Bodocó	67,15 %	67,55 %	82,19%	82,00%	63,18%	80,00
Exu	82,78 %	89,19 %	90,15%	89,21%	85,27%	80,00
Granito	91,12 %	88,04 %	97,02%	96,46%	96,65%	90,00
Ipubi	94,47 %	87,18 %	84,67%	83,22%	85,20%	78,00
Moreilândia	41,97 %	80,97 %	79,53%	76,35%	88,22%	80,00
Parnamirim	81,23 %	80,6 %	45,29%	92,62%	82,98%	85,00
Ouricuri	42,21 %	78,46 %	79,60%	88,97%	82,84%	74,50
Santa Cruz	82,81 %	88,26 %	90,56%	79,05%	81,63%	75,00
Santa Filomena	65,73 %	79,36 %	86,76%	85,44%	84,01%	80,00
Trindade	32,77 %	71,62 %	70,41%	72,99%	92,23%	74,00
Regional	**80,14**	**82,02**	**81,07**	**87,56**	**86,23**	**74,00**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 19. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica

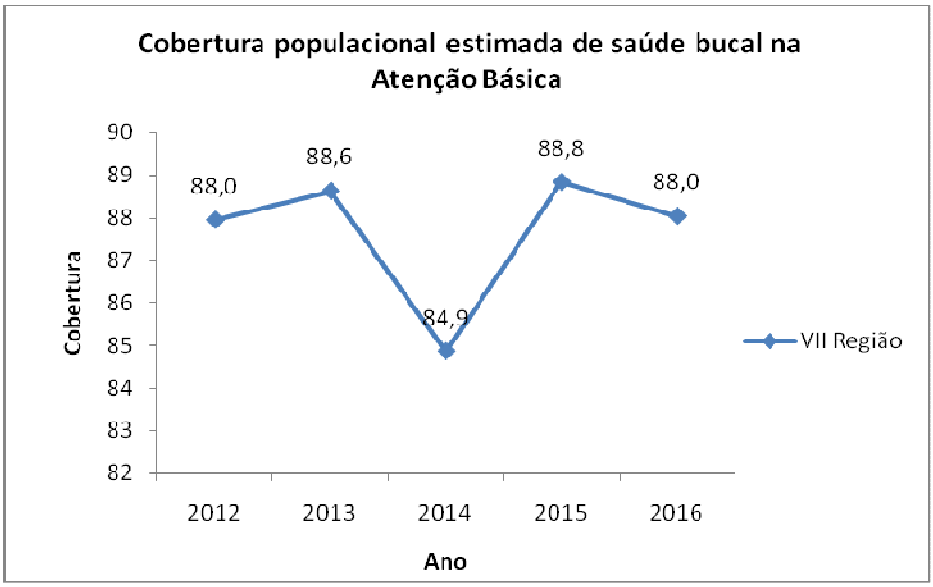
A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi formalizada por meio da portaria Ministerial nº 1.444, de 28/12/2000, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (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	Parâmetro Nacional	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	**2017**	**2016**	**2017**
	Aumentar a Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	61,4%	62%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.		
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual: $\frac{((nº\ eSB*3.450)+(nº\ eSB\ equivalentes*3.000))\ em\ determinado\ local\ e\ período}{Estimativa\ populacional} X\ 100$		
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo Cesar: 3184-0579		

***Anexo:** Alteração no método de cálculo.

RESULTADOS DO INDICADOR:

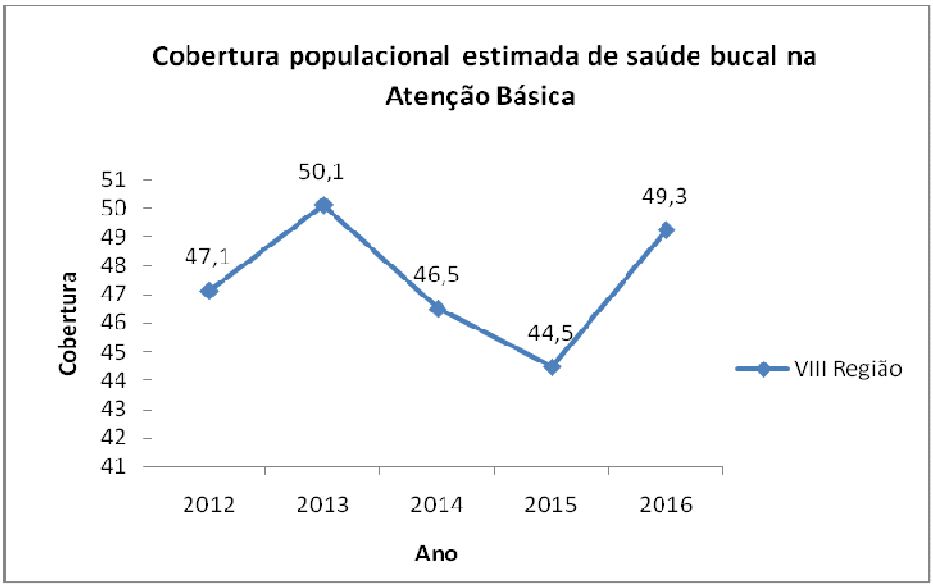
VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Fonte: E-GESTORAB/DAB/MS

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Belém do São Francisco	17,03	37,76	33,37	37	37	37,01
Cedro	100	100	100	100	100	100
Mirandiba	100	100	100	100	100	100
Salgueiro	100	94,17	91,47	100	98,13	97,56
Serrita	100	100	100	100	100	100
Terra Nova	100	100	69,58	68,64	67,75	66,91
Verdejante	100	100	100	100	100	100
Regional	**87,95**	**88,63**	**84,86**	**88,84**	**88,04**	**87,77**

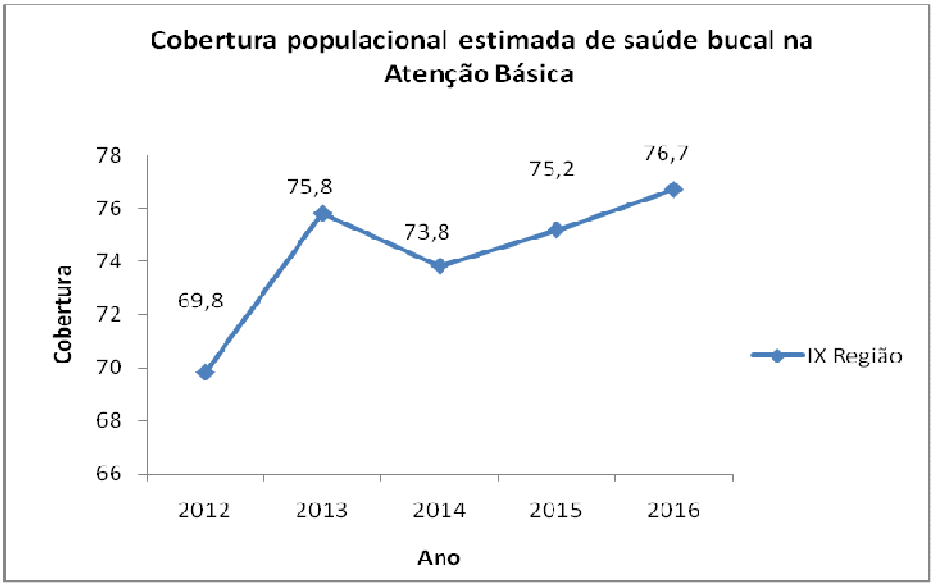
VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Fonte: E-GESTORAB/DAB/MS

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Afrânio	77,6	100	100	100	100	100
Cabrobó	44,24	76,67	92,5	52,39	80,31	100
Dormentes	60,49	79,79	96,23	76,13	100	100
Lagoa Grande	63,16	79,16	71,33	84,58	52,11	85,1
Orocó	51,64	50,98	24,52	24,19	23,88	23,59
Petrolina	41,13	38,91	32,21	35,84	39,99	40,33
Santa Maria da Boa Vista	64,35	62,54	68,2	50,36	59,94	48,82
Regional	**47,12**	**50,13**	**46,49**	**44,47**	**49,25**	**51,52**

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: E-GESTORAB/DAB/MS

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Araripina	59	55,58	51,57	52,86	56,16	55,11
Bodocó	58,44	67,69	65,66	55,86	64,72	55,1
Exu	76,48	76,62	75,29	75,47	100	100
Granito	100	100	95,95	100	100	100
Ipubi	60,51	80,49	78,9	82,32	100	91,72
Moreilândia	92,97	62,61	100	88,04	61,38	100
Parnamirim	100	100	100	100	97,67	100
Ouricuri	58,44	84,26	71,36	82,27	81,57	84,19
Santa Cruz	100	100	100	100	100	100
Santa Filomena	51,24	50,88	70,83	70,33	0	72,56
Trindade	100	100	100	100	100	100
Regional	**69,83**	**75,82**	**73,84**	**75,21**	**76,72**	**79,59**

Indicador 20. Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano

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).

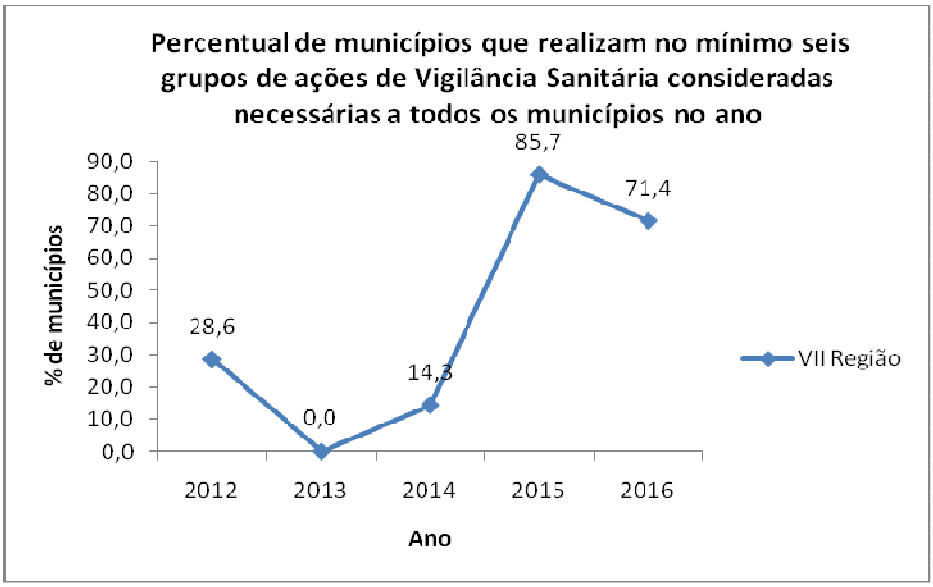
É incontestável a necessidade de organização dos serviços de vigilância sanitária, apoiados no processo de planejamento e avaliação e em normas técnicas e bases jurídicas. Para isso é fundamental o acesso às informações e a construção e uso de indicadores. A prática de utilização de indicadores em vigilância 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	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	Ampliar o percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias	30%	45,1%	50%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário. 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	Método de Cálculo Regional, Estadual $\frac{\text{Número de municípios que realizam de 6 a 7 dos grupos de ações de Visa consideradas necessárias}}{\text{Número de municípios do estado}} \times 100$ Método de Cálculo Municipal e DF $\frac{\text{Número de ações de vigilância* sanitária realizadas no Município}}{\text{Total de ações de vigilância}} \times 100$			

Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial – SIA
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Jaime Brito/ 3181-6425

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



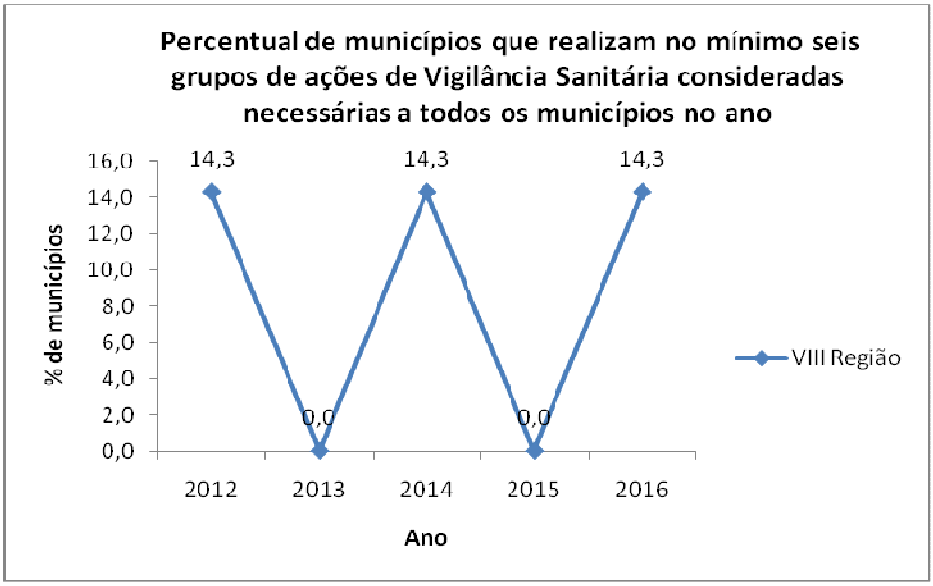
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Meta 2016**
Belém do São Francisco	83,3	83,3	66,7	100,0	83,3	100,0
Cedro	66,7	66,7	33,3	100,0	100,0	85,0
Mirandiba	83,3	50,0	50,0	100,0	83,3	100,0
Salgueiro	33,3	16,7	16,7	100,0	100,0	80,0
Serrita	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0
Terra Nova	66,7	83,3	50,0	100,0	100,0	80,0
Verdejante	100,0	66,7	66,7	83,3	100,0	100,0
Regional	**28,6**	**0,0**	**14,3**	**85,7**	**71,4**	**95,0**

Legenda:

Não atingiu a meta

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



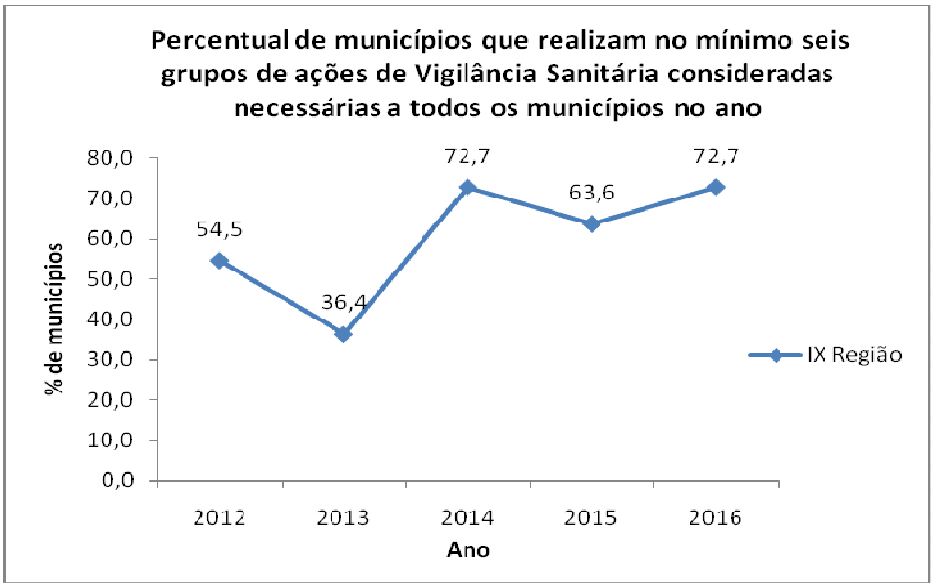
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Meta 2016**
Afrânio	33,3	33,3	33,3	83,3	100,0	83,3
Cabrobó	83,3	0,0	83,3	66,7	50,0	57,0
Dormentes	0,0	0,0	0,0	66,7	83,3	80,0
Lagoa Grande	66,7	66,7	83,3	66,7	33,3	50,0
Orocó	66,7	66,7	66,7	16,7	0,0	0,0
Petrolina	83,3	66,7	83,3	83,3	66,7	60,0
Santa Maria da Boa Vista	100,0	83,3	100,0	50,0	33,3	80,0
Regional	**14,3**	**0,0**	**14,3**	**0,0**	**14,3**	**30,0**

Legenda:

Não atingiu a meta

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



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

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Meta 2016**
Araripina	66,7	0,0	83,3	66,7	66,7	80,0
Bodocó	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Exu	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	85,0
Granito	100,0	83,3	100,0	83,3	100,0	50,0
Ipubi	100,0	100,0	83,3	50,0	83,3	70,0
Moreilândia	83,3	83,3	83,3	100,0	100,0	70,0
Parnamirim	33,3	33,3	100,0	0,0	0,0	100,0
Ouricuri	0,0	16,7	100,0	100,0	100,0	100,0
Santa Cruz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Santa Filomena	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0
Trindade	100,0	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0
Regional	**54,5**	**36,4**	**72,7**	**63,6**	**72,7**	**54,6**

Legenda:

Não atingiu a meta

Indicador 21. Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica

A Reforma Psiquiátrica evidencia a necessidade de articulação entre a saúde mental e a atenção básica, na tentativa de superar o modelo de atenção médico-hospitalocêntrico e institucionalizado, com vistas a um modelo de intervenção que privilegie a atenção integral e territorializada.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços estratégicos da saúde mental, configuram-se como ordenadores e articuladores na rede de saúde e surgem com uma proposta ousada de transformação, tentando ganhar espaço em uma realidade antes alicerçada e restrita ao espaço hospitalar, com o poder de resolução centralizado no profissional médico. Os CAPS submetem a lógica de hierarquização, agregando os diferentes níveis de atenção em uma só unidade. Em seu processo de trabalho dão suporte, discutem e intervém conjuntamente, supervisionam e capacitam os cuidados de atenção básica e o Programa de Saúde da Família no atendimento às necessidades em saúde mental, propiciando a corresponsabilidade dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva em saúde mental pelas equipes locais.

Entende-se por matriciamento, o suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e facilitar suas ações, num processo de construção compartilhada, criando uma interação psicológica– terapêutica (Chiaverini; 2011,p.13).

A articulação da rede de saúde mental com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), permite facilitar o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de uma clinica aplicada, favorecendo a corresponsabilização entre equipes, promovendo saúde e diversidade terapêutica através de um profissional de saúde mental que acompanha sistematicamente a UBS. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e conclusão de conhecimento (MS; 2011, p.16).

Indicador	Parâmetro Nacional	Resultado Estadual	Meta Estadual
Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	**2017**	**2016**	**2017**
	50%	13,7%	50%
Tipo de Indicador	Específico Especificidade: Aplica-se apenas a municípios com CAPS habilitados (população maior ou igual a 15.000 hab)		
Relevância do Indicador	A integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (“Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e bem estar”). Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas		

	com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº-3.088/ 2011). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão.
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual $\frac{\text{Nº de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano}}{\text{Total de CAPS habilitados}} \times 100$ (Média mínima esperada: 12 registros por ano)
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial – SIA
Responsável pelo Monitoramento no Estado	João Marcelo: 3184-0581/0583

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Municípios	2016
Belém do São Francisco	-
Cedro	-
Mirandiba	-
Salgueiro	0,0
Serrita	0,0
Terra Nova	-
Verdejante	-
Regional	**0,0**

Fonte: SIA/SUS/GASAM-PE

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Municípios	2016
Afrânio	100,0
Cabrobó	0,0
Dormentes	-
Lagoa Grande	0,0
Orocó	0,0
Petrolina	33,3
Santa Maria da Boa Vista	0,0
Regional	**25,0**

Fonte: SIA/SUS/GASAM-PE

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

Municípios	2016
Araripina	0,0
Bodocó	0,0
Exu	0,0
Granito	-
Ipubi	0,0
Moreilândia	-
Parnamirim	-
Ouricuri	0,0
Santa Cruz	-
Santa Filomena	-
Trindade	0,0
Regional	**0,0**

Fonte: SIA/SUS/GASAM-PE

Indicador 22. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial 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 sentindo de articular ações capazes de combater esta situação, mediante a busca de criadouros do mosquito Aedes aegypti, nas residências e propriedades particulares.

Neste sentindo 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	Parâmetro Nacional	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	**2017**	**2016**	**2016**	**2017**
	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue, em 80% dos domicílios em cada ciclo	75% dos municípios atingirem 80% de cobertura para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares	72,97% dos municípios atingiram 80% de cobertura, para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares	Não será pactuado por Estados e Regiões de Saúde
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e 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	Método de cálculo municipal e DF **Passo 1:** Cobertura por ciclo. $\frac{\text{Número de imóveis visitados nos municípios em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue}}{\text{Número de imóveis da base do reconhecimento Geográfico (RG) atualizado}} \times 100$ **Passo 2:** Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.			
Fonte	Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República - SIM-PR 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: 3184-0220

RESULTADOS DO INDICADOR:

VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016
Belém do São Francisco	6	5	6	5	0
Cedro	3	5	6	5	0
Mirandiba	6	4	5	5	0
Salgueiro	5	4	4	6	6
Serrita	5	0	0	0	0
Terra Nova	5	2	5	4	6
Verdejante	0	0	4	3	0

Fonte: SISPNCD/SIM-PR/MS

VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016
Afrânio	6	4	6	6	0
Cabrobó	3	4	3	2	3
Dormentes	5	4	6	4	0
Lagoa Grande	5	1	4	0	3
Orocó	4	4	6	3	0
Petrolina	6	4	6	6	2
Santa Maria da Boa Vista	4	4	5	5	0

Fonte: SISPNCD/SIM-PR/MS

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016
Araripina	1	1	0	0	6
Bodocó	4	0	1	0	6
Exu	6	5	6	5	0
Granito	6	3	6	6	0
Ipubi	5	3	4	6	6
Moreilândia	5	3	6	3	5
Parnamirim	5	3	6	5	5
Ouricuri	5	4	6	4	6
Santa Cruz	6	3	5	6	0
Santa Filomena	2	2	4	3	2
Trindade	0	0	4	4	5

Fonte: SISPNCD/SIM-PR/MS

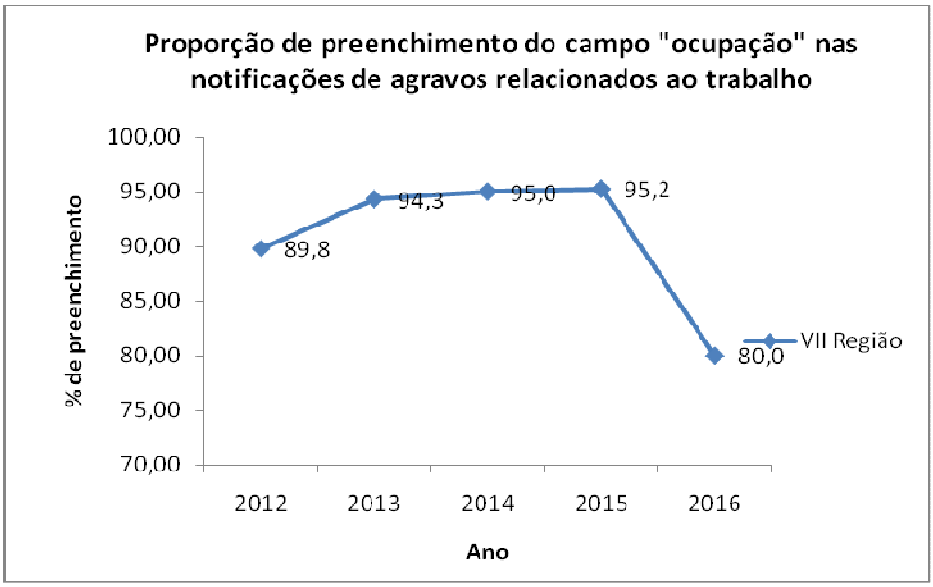
Indicador 23. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

Os acidentes de trabalho têm expressiva morbi-mortalidade, constituindo-se um 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. Apesar do avanço nos sistemas de informação em saúde no país, os 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) dificultando a definição de atividades produtivas vulneráveis, que devam ser priorizadas. Considerando o registro de agravos relacionados ao trabalho de notificação universal (Acidente de Trabalho Grave, Acidente com Exposição à Material Biológico e Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho), o preenchimento do campo "ocupação" permite conhecer quais as principais categorias acometidas por estes agravos, permitindo planejar ações para promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis.

Indicador	Parâmetro Nacional	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	**2017**	**2016**	**2017**
	95%	94,1%	95%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.		
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF: $\frac{\text{Número de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso.}}{\text{Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Adriana Guerra: 3184-0613		

RESULTADOS DO INDICADOR:

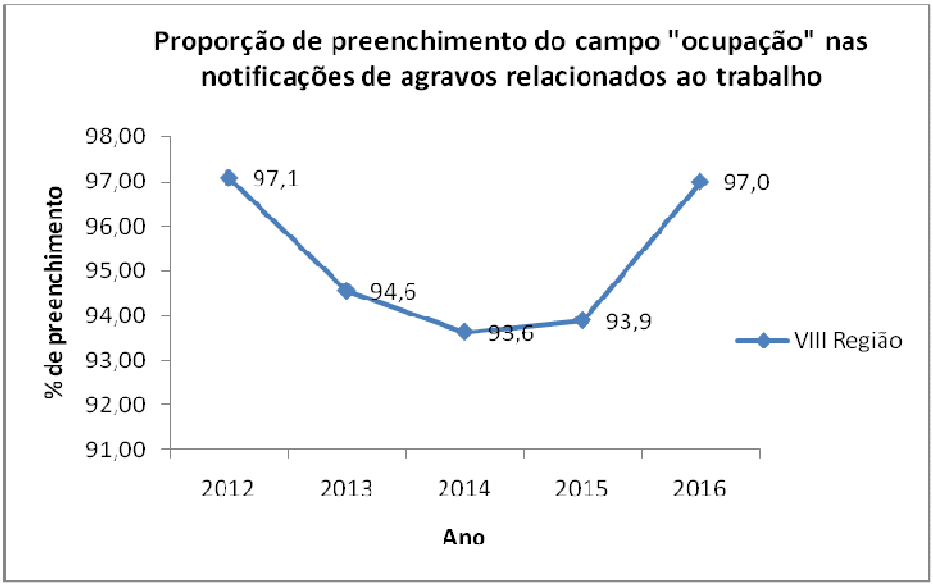
VII REGIÃO DE SAÚDE – SALGUEIRO



Fonte: SINAN/PE. Dados tabulados em 19/05/17

Municípios	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Belém do São Francisco	100,00	-	-	33,33	100,00
Cedro	-	100,00	100,00	100,00	100,00
Mirandiba	-	-	-	-	-
Salgueiro	89,52	94,23	94,95	100,00	78,79
Serrita	-	-	-	-	-
Terra Nova	-	100,00	-	-	-
Verdejante	-	-	-	-	-
Regional	89,81	94,34	95,00	95,24	80,00

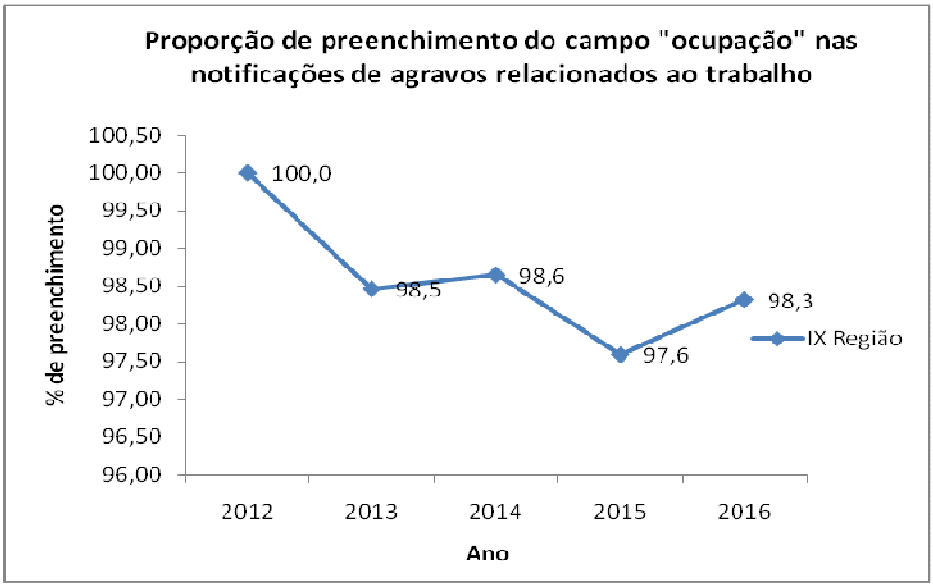
VIII REGIÃO DE SAÚDE – PETROLINA



Fonte: SINAN/PE. Dados tabulados em 19/05/17

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016
Afrânio	-	-	100,00	100,00	100,00
Cabrobó	50,00	83,33	100,00	100,00	100,00
Dormentes	-	-	-	100,00	-
Lagoa Grande	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Orocó	0,00	60,00	53,33	20,00	100,00
Petrolina	98,01	98,73	95,65	95,20	97,30
Santa Maria da Boa Vista	100,00	100,00	97,22	98,15	84,21
Regional	**97,08**	**94,55**	**93,63**	**93,90**	**96,99**

IX REGIÃO DE SAÚDE – OURICURI



Fonte: SINAN/PE. Dados tabulados em 19/05/17

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016
Araripina	100,00	-	100,00	100,00	-
Bodocó	-	-	100,00	100,00	100,00
Exu	100,00	-	100,00	100,00	100,00
Granito	-	-	-	100,00	-
Ipubi	-	-	-	-	-
Moreilândia	-	100,00	-	-	-
Parnamirim	-	-	100,00	100,00	100,00
Ouricuri	100,00	99,14	97,94	96,61	98,08
Santa Cruz	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Santa Filomena	-	-	-	-	100,00
Trindade	-	66,67	-	100,00	-
Regional	**100,00**	**98,46**	**98,65**	**97,59**	**98,32**

ANEXOS

Indicador 5. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação

Observações:

Para este indicador, foram definidas, em virtude de sua magnitude e relevância, os seguintes eventos e doenças de notificação imediata nacional, listados na Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016:

Antraz pneumônico, Arenavírus, Botulismo, Cólera, Dengue (óbitos), Ebola, Febre amarela, Febre do Nilo ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública, Febre maculosa e outras riquetisioses, Febre purpúrica brasileira, Hantavirose, Influenza humana produzida por novo subtipo viral, Lassa, Malária na região extra Amazônica, Marburg, Poliomielite por poliovírus selvagem, Peste, Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika, Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya, Raiva humana, Rubéola, Sarampo, Síndrome de paralisia flácida aguda, Tularemia, Varíola e outras emergências de saúde pública.

É importante ressaltar que a Síndrome de Rubéola Congênita e a Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus estão listadas na referida portaria, mas não terão seus dados processados na tabulação desse indicador, pelos motivos a seguir citado. No primeiro caso, o tempo de encerramento é de 180 dias, porque para a confirmação ou descarte do caso suspeito pelo critério laboratorial é necessário coletar a primeira amostra de espécimes clínicos para identificação viral no nascimento da criança e, depois, a segunda amostra aos 6 meses de vida, com o objetivo de avaliar a excreção viral dessa criança. No segundo caso, essa síndrome é notificada ao CIEVS Nacional, através do Notifica, que utiliza e-mail ou formulário eletrônico Formsus e não por meio do Sinan.

As doenças listadas (DNCI) devem ser notificadas em 24 horas e registradas no Sinan no prazo de 7 dias.

No caso de epidemias de Dengue, Zika e Chinkungunya, a prioridade é investigar os óbitos, que são de notificação imediata.

Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.

Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção. Cabe a SESAI/MS, a investigação de casos que envolvam a população indígena. Parâmetro nacional de referência: 2015 - numerador = 46.757 casos de DNCI notificados em 2015 encerrados oportunamente; denominador = 84.697 casos de DNCI notificados; percentual de casos encerrados = 55,2%.

Indicador 17. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Método de cálculo municipal, estadual, regional e Distrito Federal: (Nº de eSF x 3.450 + (Nº eAB + Nº eSF equivalente) em determinado local e período x 3.000) ——————————————————— X 100 Estimativa da populacional do ano anterior Numerador: Nº de eSF x 3.450 + (Nº eAB + Nº eSF equivalente) x 3.000 em determinado local e período Denominador: Estimativa da populacional do ano anterior Fator de multiplicação: 100 I – Como identificar os tipos de equipes e a ponderação de acordo com as portarias de cadastramento. O levantamento dos tipos de equipes de saúde da família, equipes de atenção básica e equipes equivalentes deve ser realizado no SCNES. Passo 1 (nº eSF) – O número de equipes de Saúde da Família com os códigos de 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39. As equipes de códigos 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011, equivalendo: códigos 24 a 26 = 1 equipe; códigos 27 a 29 = 2 equipes; códigos 30 a 32 = 3 equipes; código 33 a 35 = 0,85 equipe; código 36 a 38 = 0,6 equipe. Passo 2 (nº eAB) - número de equipes de Atenção Básica parametrizadas códigos de 16 a 21 deverão ser ponderadas conforme Portaria nº 576/2011, equivalendo: códigos 16 e 19 = 1 equipe; códigos 17 e 20 = 2 equipes; códigos 18 e 21 = 3 equipes.

Passo 3 (nº eSF equivalentes) - a cada 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe. Para a identificação dos profissionais médicos e enfermeiros para compor essas equipes serão considerados as seguintes famílias de CBO: CBOs médicos: 225125 médico clínico; 225170 médico generalista; 225124 médico pediatra; 225250 médico ginecologista e obstetra; 225142 médico da estratégia saúde da família; 225130 médico de família e comunidade. CBOs enfermagem: família 2235 enfermeiros e afins II – Como realizar as críticas de carga horária dos profissionais, lotação dos profissionais e natureza jurídica dos estabelecimentos. Passo 4 – Deverá ser realizadas críticas de carga horária e lotação dos profissionais, bem como a natureza jurídica do estabelecimento, de acordo com as regras abaixo:

Crítica da carga horária: não será contabilizada a carga horária de profissionais que tiverem registradas no SCNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho. Lotação: profissionais lotados diretamente nos seguintes tipos de estabelecimentos no SCNES – 01 posto de saúde; 02 centro de saúde / unidade básica de saúde; 32 unidade móvel fluvial; 40 unidade móvel terrestre. Natureza jurídica: 1000 - administração pública; 1015 - órgão público do poder executivo federal; 1023 - órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal; 1031 - órgão público do poder executivo municipal; 1104 - autarquia federal; 1112 - autarquia estadual ou do distrito federal; 1120 - autarqui municipal; 1139 - fundação federal; 1147 - fundação estadual ou do distrito federal; 1155 - fundação municipal; 1163 - órgão público autônomo federal; 1171 - órgão público autôno+B6mo estadual ou do distrito federal; 1180 - órgão público autônomo municipal; 1210 - associação pública; 1228 - consórcio público de direito privado; 1236 - estado ou distrito federal; 1244 - município; 1252 - fundação pública de direito privado federal; 1260 - fundação pública de direito privado estadual ou do distrito federal; e 1279 - fundação pública de direito privado municipal.

III – Estimativa populacional a ser considerada Passo 5 – Para estimativa populacional será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro, para fins de cálculo do indicador.
Unidade de Medida: Porcentagem

Observações e Limitações:

Observações: Para fazer o cálculo estadual, regional, municipal e do Distrito Federal ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador.

É considerado para as eSF o parâmetro de 3.450, e para as equipes eAB e eSF parametrizadas é considerado o parâmetro de 3.000. Assim, é indicador de cobertura não deve passar de 100%; caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador a "Estimativa populacional".
São excluídas do cálculo do indicador as equipes de Saúde da Família que apresentarem irregularidades no cadastro de profissionais no SCNES.

São excluídos do cálculo do indicador os registros de profissionais com carga horária total superior a 120 horas semanais, ou carga horária ambulatorial superior a 60 horas, ou carga horária hospitalar superior a 96 horas ou carga horária superior a 44 horas de outras categorias.

Para o cálculo do indicador é necessário aguardar o fechamento oficial da base do SCNES.

Limitações: A principal limitação desse indicador está no fato de ele mensurar a carga horária de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles. Ele constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços na Atenção Básica, e não o acesso efetivamente proporcionado.

Indicador 19. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica

Método de cálculo municipal/estadual/regional:

$$\frac{((\text{nº eSB}*3.450)+(\text{nº eSB equivalentes}*3.000)) \text{ em determinado local e período}}{\text{Estimativa populacional}} \times 100$$

Numerador: ((nº eSB*3.450)+(nº eSB equivalentes*3.000)) em determinado local e período.

Denominador: população no mesmo local e período
Fator de multiplicação: 100

I – Como identificar os tipos de equipes e a ponderação de acordo com as portarias de cadastramento. O levantamento dos tipos de equipes de saúde da família, equipes de atenção básica e equipes equivalentes deve ser realizado no SCNES.

Passo 1 (nº eSB): número de equipes de Saúde da Família com saúde bucal (códigos 2, 3, 10, 11, 13, 15, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 e 39, na base do SCNES).

Passo 2 (nº eSB equivalentes): 1) número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com saúde bucal (códigos 19, 20 e 21, na base do SCNES). As equipes de 19 a 21 serão ponderadas conforme Portaria nº 576/2011 (19 = 1 equipe; 20 = 2 equipes; 21 = 3 equipes). 2) a cada 40h de carga horária ambulatorial de cirurgiões-dentistas na Atenção Básica equivale a uma equipe. II – Como realizar as críticas de carga horária dos profissionais, lotação dos profissionais e natureza jurídica dos estabelecimentos.

Passo 3 (CBO cirurgião dentista): CBOs: 223208 cirurgião dentista - clínico geral; 223272 cirurgião dentista de saúde coletiva; 223293 cirurgião dentista da estratégia de saúde da família. Não será contabilizada a carga horária de profissionais que tiverem registradas no SCNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho.

Passo 4 Lotação: profissionais não vinculados a equipe e lotados diretamente nos seguintes tipos de estabelecimentos no SCNES – 01 posto de saúde; 02 centro de saúde / unidade básica de saúde; 22 consultório isolado; 32 unidade móvel fluvial; 40 unidade móvel terrestre; ou lotados em equipes de saúde bucal (códigos 43 e 44, na base do SCNES.

Passo 5 Natureza jurídica: 1000 - administração pública; 1015 - órgão público do poder executivo federal; 1023 - órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal; 1031 - órgão público do poder executivo municipal; 1040 - órgão público do poder legislativo federal; 1058 - órgão público do poder legislativo estadual ou do distrito federal; 1066 - órgão público do poder legislativo municipal; 1074 - órgão público do poder judiciário federal; 1082 - órgão público do poder judiciário estadual; 1104 - autarquia federal; 1112 - autarquia estadual ou do distrito federal; 1120 - autarquia municipal; 1139 - fundação federal; 1147 - fundação estadual ou do distrito federal; 1155 - fundação municipal; 1163 - órgão público autônomo federal; 1171 - órgão público autônomo estadual ou do distrito federal; 1180 - órgão público autônomo municipal; 1198 - comissão polinacional; 1201 - fundo público; 1210 - associação pública; 1228 - consórcio público de direito privado; 1236 - estado ou distrito federal; 1244 - município; 1252 - fundação pública de direito privado federal; 1260 - fundação pública de direito privado estadual ou do distrito federal; e 1279 - fundação pública de direito privado municipal.III – Estimativa populacional a ser considerada.

Passo 6 – Estimativa populacional: será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro, para fins de cálculo do indicador. Para fazer o cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador. O indicador de cobertura não deve passar de 100%; caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador a "Estimativa populacional". São excluídas do cálculo do indicador as equipes de Saúde Bucal que apresentarem irregularidades no cadastro de profissionais no SCNES.São excluídos do cálculo do indicador os registros de profissionais com carga horária total superior a 120 horas semanais, ou carga horária ambulatorial superior a 60 horas, ou carga horária hospitalar superior a 96 horas ou carga horária superior a 44 horas de

Unidade de Medida: Porcentagem

Parâmetro nacional de referência com série histórica (se houver):
Índices de referência nacional (série histórica):

Limitações: Mensurar a carga horária de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles. Constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços de saúde bucal na Atenção Básica, e não o acesso efetivamente proporcionado.