



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

TARCIANA MARIA DA COSTA SOUZA

**INDICADORES DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO: UMA ANÁLISE DO
DESEMPENHO DOS MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2018**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO SAÚDE COLETIVA**

TARCIANA MARIA DA COSTA SOUZA

**INDICADORES DO SIS PACTO: UMA ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS
MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Ana Lúcia Andrade da Silva

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2018**

Fonte

S719i Souza, Tarciana Maria da Costa.

Indicadores do SIS pacto: uma análise do desempenho dos municípios pernambucanos / Tarciana Maria da Costa Souza . - Vitória de Santo Antão, 2018.

57 folhas.; Il.

Orientadora: Ana Lúcia Andrade da Silva.

Orientadora: Ana Lucia Andrade da Silva.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2018.

Inclui referências e anexos.

1. Avaliação em Saúde. 2. Indicadores Básicos de Saúde - Pernambuco. I. Silva, Ana Lúcia Andrade da (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed)

BIBCAV/UFPE-113/2018

TARCIANA MARIA DA COSTA SOUZA

**INDICADORES DO SIS PACTO: UMA ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS
MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 19/07/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a.Ana Lúcia Andrade da Silva (Orientadora)
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

Prof^a. Dr^a. Lívia Teixeira de Souza Maia (Examinador Interno)
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

Prof^a. Mariana Izabel Sena Barreto de Melo
(Examinador Interno)
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

Aos meus pais, Lourdes e Edilson.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir ter chegado onde cheguei, sempre me dando forças para superar minhas dificuldades na formação acadêmica e na minha vida.

A minha orientadora, Professora Ana Lúcia, pela tolerância e paciência, nessa difícil missão de me orientar, mesmo nos momentos em que demonstrei insegurança na construção desse trabalho. Por sua colaboração e sugestão no trabalho, e pelos repasses de grandes conhecimentos.

A todos os professores do Curso do Bacharelado em Saúde Coletiva e aos outros educadores que contribuíram na minha formação.

Aos meus amigos que tive o prazer de conhecer e ter suas companhias durante a formação de Sanitarista. Suas amizades foram fundamentais para continuar essa trajetória. Todos os momentos que passamos juntos, de estudo ou descontração, fizeram esse momento valer mais a pena.

Obrigada!

RESUMO

No decorrer do contexto histórico do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores identificam necessidades de mudanças por meio de ferramentas acrescentais para a melhoria do sistema. Os indicadores que compõem a pactuação interfederativa são utilizados como dispositivos que direcionam o planejamento em saúde. Os indicadores de saúde são instrumentos importantes para o desempenho das ações e serviços de saúde, estabelecendo parâmetros condicionantes para estabelecer o controle contínuo de desempenho. E tendo a avaliação como elemento fundamental integrando iniciativas voltadas para efetivação dos diversos caminhos do SUS, atribuído como estrutura decisória. O objetivo deste trabalho foi analisar o desempenho dos municípios pernambucanos em relação aos indicadores da diretriz 3 do SIS Pacto, em 2012 e 2015. Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal envolvendo os 185 municípios do Pernambuco, utilizando-se 11 indicadores relacionados à promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Conclui-se que o desempenho do estado de Pernambuco no cumprimento dos indicadores pactuado os indicadores com melhor aproveitamento foram Proporção de óbitos infantis, fetais e de mulheres em idade fértil investigados. Enquanto que o pior desempenho da razão de exames citopatológicos em 2012 e razão de exames citopatológicos e exames de mamografias em 2015 demonstrando fragilidades na organização das ações e serviços de saúde na gestão estadual e municipal em Pernambuco.

Palavras Chaves: Avaliação em Saúde. Indicadores Básicos de Saúde. Monitoramento. Pactuação.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1–Distribuição da razão de exames citopatológicos do colo do útero na população de mulheres entre de 25 a 64 anos, segundo nos municípios pernambucanos, 2012 e 2015.....	26
Figura 2 – Distribuição da razão de exames de mamografia de rastreamento realizados mulheres de 50 a 69 anos, segundo nos municípios pernambucanos, 2012 e 2015.....	27
Figura 3 – Distribuição da proporção de parto normal, segundo nos municípios pernambucanos, 2012 e 2015.....	28
Figura 4 – Distribuição da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, segundo os municípios pernambucanos, 2012 e 2015.....	29
Figura 5 – Distribuição da razão do quantitativo de testes de sífilis em gestantes, segundo os municípios pernambucanos, 2015.....	29
Figura 6 – Distribuição da taxa de mortalidade infantil, segundo os municípios pernambucanos, em 2012 e 2015.....	30
Figura 7 – Distribuição da proporção de óbitos infantis e fetais investigados, segundo os municípios pernambucanos, 2012 e 2015.....	31
Figura 8 –Distribuição da proporção de óbitos maternos investigados, segundo os municípios pernambucanos em 2015.....	31
Figura 9 – Distribuição da proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, segundo os municípios pernambucanos, em 2012 e 2015.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores, metas e resultados da diretriz 3.1 do SIS PACTO em Pernambuco, nos anos 2012 e 2015.....25

LISTA DE ABREVIAÇÕES

DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PS	Pacto Pela Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Pacto pela saúde/ Decreto 7.508/ Reestruturação da Rede – SIS PACTO	13
2.2 Organização das ações e serviços de saúde	16
2.3 Indicadores de Saúde	17
2.4 Avaliação em Saúde.....	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo Geral.....	20
3.2 Objetivos Específicos	20
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	21
4.1 Tipos de Estudo	21
4.2 Área e População de Estudo	21
4.3 Coletas dos dados e Período do Estudo.....	21
4.4 Indicadores e Análise dos dados.....	21
4.5 Processamentos dos dados.....	22
4.6 Aspectos Éticos.....	23
5 RESULTADOS	24
6 DISCUSSÃO	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
ANEXO A – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO	42
ANEXO B – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO	43
ANEXO C – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO.....	44
ANEXO D – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM SETE OU MAIS CONSULTAS	45
DE PRÉ-NATAL DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO	45

ANEXO E – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO	46
ANEXO F – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO	47
ANEXO G – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO	49
ANEXO H – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO ..	50
ANEXO I – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO	52
ANEXO J – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO	53
ANEXO L – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 1 ANO <u>DE IDADE 3</u> DO SIS PACTO	55
ANEXO M – METAS ESTABELECIDAS NA PACTUAÇÃO EM 2012	56
ANEXO N – METAS ESTABELECIDAS NA PACTUAÇÃO EM 2015	57

1 INTRODUÇÃO

No decorrer do contexto histórico do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores identificam necessidades de mudanças por meio de ferramentas acrescentais para a melhoria do sistema. Por meio dessa concepção, o comprometimento público da estruturação do Pacto Pela Saúde 2006, reformulado diante as imposições apontadas anualmente embasadas nos princípios constitucionais do SUS, apontam prioridades que são harmonizadas de acordo com a estruturação do Pacto pela Vida, Pacto de Gestão do SUS e Pacto em defesa do SUS, compondo-se de objetivos e metas seguidas pelo Termo de Compromisso de Gestão, e delineado pelo documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006).

A publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, estabelece o ciclo que melhora as práticas de aprimoramento dos serviços de saúde, possibilitando que o processo de regionalização e descentralização da saúde ocorra de forma efetiva para com a necessidade da população. Essa prática ela institui de forma horizontal o planejamento da assistência, permitindo que os resultados que venham a ser conseguidos, sejam monitorados e modificados para que sempre haja uma reforma para a melhoria da situação de saúde (BRASIL, 2013).

Os indicadores que compõem a pactuação interfederativa são utilizados como dispositivos que direcionam o planejamento em saúde, atribuindo uma melhor qualidade dos serviços de saúde. Sendo assim, a prática de avaliar esses indicadores possibilita a interpretação de medidas quantificadas e impostas por acordos que são estabelecidos entre as esferas de gestão, no qual proporcionam a elaboração de ações e serviços de saúde.

Como estratégia de avaliação, o SISPACTO foi criado em 1999 pelo Ministério da Saúde como instrumento de estratégia de avaliação de indicadores, compondo informações determinantes para o desempenho do sistema de saúde sob a situação de saúde. Instrumento auxiliar de acompanhamento que tem o objetivo de registrar as prioridades em saúde pactuadas pelos entes federados, de acordo com os objetivos, metas e indicadores do pacto pela saúde. Sendo assim, para manter o sistema atualizado dessas informações utiliza-se de ferramentas que permite

monitorar e avaliar a obtenção dos resultados auxiliando na tomada de decisão, para que assim cumpram as referências mínimas de qualidade em saúde.

Nesse sentido, esse estudo buscou responder a seguinte pergunta: os municípios pernambucanos cumpriram as metas dos indicadores do SIS Pacto da Diretriz 3 em 2012 e 2015?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Pacto pela saúde/ Decreto 7.508/ Reestruturação da Rede – SIS PACTO

Surge no cenário brasileiro o Pacto Pela Saúde (PS) no momento em que a saúde pública no Brasil se mostrava com dificuldades operacionais no setor saúde, por meio do enfrentamento de instituir a descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços, embasados pelos princípios doutrinários do sistema. A gestão interfederativa permite que os avanços estratégicos oriundos da pactuação qualifiquem e organizem realinhando o sistema para melhoria da assistência. (BRASIL, 2006a).

Os avanços oriundos do PS para com o sistema de saúde e as ferramentas para o acordo consensual entre os gestores, distinguindo de instrumentos anteriores. Serve de métodos de governança regional por meio das Comissões de Gestão Regional (CGRs), priorizando objetivos, indicadores e metas, estas últimas, a serem estabelecidas pelos gestores das três esferas de gestão municipal, estadual e união. Os de menor porte e complexidade assistencial têm de promoverem o acesso dos usuários aos serviços localizados em outros municípios assim como a participação de representantes do estado na discussão e definição das referências regionais para a assistência, contribuindo fortemente para o processo de implantação e consolidação dos pactos decisórios entre as gerências. (VIANNA; LIMA, 2013).

Adquirir a responsabilidade do pacto pela saúde e suas perspectivas de acordo com os eixos orientadores da gestão do SUS é conduzir para uma vertente mais estrutural-funcionalista. Apesar disso, sustentar o processo de pactuação em sua dimensão organizacional e político institucional, implica em valorizar a dimensão dos sujeitos, do poder que cada um tem na mobilização de recursos, reforçando a tendência em aproximar os aspectos regimentais aos políticos contextuais e à centralidade do ator social na ação em que o usuário está inserido na estrutura organizacional de saúde (BRASIL, 2010).

No Brasil, os cuidados para a redução das desigualdades em saúde, consideram a equidade na dotação de recursos financeiros, no acesso a serviços de saúde e nos resultados. Destacam-se ainda as desigualdades no estado de saúde, de modo que a igualdade no acesso aos serviços de saúde não é capaz de suprir com a necessidade que a população apresenta. Essa distinção tem sido

considerada importante na formulação de políticas públicas e na organização das ações de saúde pensada de forma a ser efetiva para os diversos grupos sociais, mas sendo voltadas para as suas diversidades situacionais, que são apresentadas por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos (PAIM, 2006).

Os progressos provenientes da regionalização da saúde, em seguimento com a descentralização dos serviços de saúde compartilham de responsabilidades de cunho norteador entre os entes federados do pacto pela saúde, em que permite desenvolver de acordo com o princípio da integralidade ações que estabelecem e subsidiam o Sistema Único de Saúde (SUS) encaminhando para a melhoria do acesso e a qualidade da situação de saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Esse novo modelo de sistema de saúde, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, de acordo com os direcionamentos de cada esfera de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade, visando ao controle social, se concretiza somente através do estabelecimento de relações interinstitucionais, intergovernos e interserviços (VIANA, 1995).

Apesar dos indiscutíveis avanços oriundos do processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil, principalmente como condição necessária para melhorar o acesso aos serviços de saúde (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000), algumas fragilidades resultantes do desenvolvimento dessa rede de saúde foram apontadas. A fragmentação da integralidade das ações e o enfraquecimento gradativo dos estados, que ainda contavam com uma pobre participação no crescimento das ações, obtiveram destaque, e para as esferas de governo isso é uma ferramenta em que o processo de gestão está inserido, de modo a ser resolutivo no desenvolvimento dessas ações. (MANSUR, 2001; MENDES, 1998).

Segundo Santos (2007), as mudanças propostas no pacto pela saúde precisam ser exploradas conforme a perspectiva da macropolítica e da microgestão, relacionadas ao trabalho em saúde, onde está localizado o espaço para acumulação de ações visíveis e cumprimento de mudanças significativas, compreendidas de acordo com o modelo de atenção à saúde estabelecida pelo SUS.

Reafirmar a regionalização como estratégia para a composição das políticas de saúde, no qual o Decreto nº 7.508 veio, configura-se como ferramenta estruturante e organizativa do SUS, do planejamento em saúde, da assistência e da articulação interfederativa, de modo em que as redes de atenção à saúde se

organiza continuamente com as modificações da reorganização da situação locorregional (BRASIL, 2011).

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, orienta a constituição de redes regionalizadas e estabelece as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. Delineando as atribuições das comissões intergestoras regional como instância de articulação dos gestores municipais, a distribuição dos serviços e trabalhadores da saúde, pretende garantir amplo acesso às ações de saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado. Nesse sentido, as comissões intergestoras regionais são progressistas, pois constituem instâncias de cogestão, no espaço regional, ao criarem um caminho permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado (VIANA *et al.*, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações estruturantes de modelo horizontais que dispõem de responsabilidade direta sob o conjunto de serviços de saúde, ligados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, regulada pela atenção primária à saúde prestada de acordo com as devidas responsabilidades sanitárias e econômicas em que a população necessita, assim afirma e complementa a importância do cumprimento dos pactos de acordo com a consolidação da rede (MENDES, 2009).

A instalação das RAS é recente, mas seu conceito vem sendo trabalhado desde a reforma sanitária que culminou na construção do SUS. Na constituição Federal de 1988, o artigo 198 propõe ações integradas em saúde, estabelecendo que as ações e serviços públicos de saúde constituem uma rede regionalizada e hierarquizada, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), no entendimento de rede de atenção (BRASIL, 2010), é uma estratégia de superação da maneira fragmentada de operar a assistência e a gestão em saúde e é dessa forma que o modelo de

atenção à saúde vem sendo continuamente direcionado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços, que articulados promovem a melhoria da saúde, com medidas de prevenção e promoção da rede de atenção à saúde (SILVA,2011).

2.2 Organização das ações e serviços de saúde

A compreensão da realidade e as principais necessidades que acompanham as ações e os serviços de saúde tornam-se um eixo estrutural importante que permite abranger ações gerenciais determinantes para o acompanhamento e a avaliação do processo organizacional dos serviços de saúde, buscando melhor alocação de recursos e pactuando de forma horizontal e complementar o melhoramento do acesso à saúde (BRASIL, 2008).

A qualidade nas organizações de saúde expressa a necessidade que o serviço tem de administrar e contemplar de resultados esperados no progresso da utilização dos recursos da saúde, desenvolvendo a eficiência com eficácia no fortalecimento do sistema no qual a tomada de decisão é importante para contemplar a necessidade do usuário (LIMA, 1998).

Dessa forma, os serviços de saúde se estruturam em modelos diversificados que se organizam como condição essencial para o fortalecimento das especialidades nas quais as esferas dos níveis de atenção à saúde estão inseridas, também embarcadas por técnicas extremamente diversificadas, tornando-se como forma de condição essencial para identificar as tecnologias e materiais responsáveis para contemplar o acesso à saúde. E abordar a gestão de serviços de saúde é integrar os desafios que são abordados à frente da estrutura organizacional da atenção à saúde, no qual compõe de instrumentos que defrontam a participação e os embates sobre os problemas de saúde que a população apresenta como condição necessária para determinar os constituintes que integram a rede assistencial a qual o sistema pertence. (NOVAES, 2004).

A importância para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde induz o processo de descentralização consolidando a formulando as normas operacionais que buscam o funcionamento da gestão no que tange as ações e serviços de saúde, que por intermédio do PS apresenta correntes mudanças, na qual reafirmam a necessidade da municipalização e organização do

sistema, através da atenção básica como caminho para a consolidação do SUS (BRASIL, 1993, 1997, 2001, 2006).

2.3 Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde são instrumentos importantes para o desempenho das ações e serviços de saúde, estabelecendo parâmetros condicionantes para o controle contínuo de desempenho. São instituídos de informações que são fundamentais para compor medidas que são acompanhadas pelo processo de monitorar e avaliar a situação de saúde (BRASIL, 2008).

Para Takashina e Flores (1996) os indicadores são fundamentais ao planejamento e controle dos processos das organizações, proporcionando a instauração de metas quantificadas e o seu desenvolvimento na composição do controle dos indicadores, pois as análises dos resultados condensam o desempenho da gestão, decorrente de relevantes delineamentos sobre constantes deliberações em saúde.

Os indicadores conseguem evidenciar a produtividade da gestão na qual moldam a prática de avaliar os processos e os resultados, funcionando como ligação para identificar as prováveis alterações que interferem no encadeamento das ações em saúde, construído de forma expressiva e resolutiva o acompanhamento dos serviços de saúde (SOÁREZ *et al.*, 2005).

As informações determinada pelos indicadores de saúde proporcionam a fundamentação indispensável ao planejamento, à avaliação das ações realizadas em que permitem o conhecimento sobre questionamentos essenciais da população, configurando a situação de saúde na qual buscam resoluções atribuídas à gestão de saúde, que se encontram efetivos no comprometimento em relação à responsabilidade das decisões que são realizadas de acordo com as mudanças ocorridas no cenário da situação em saúde (BRANCO, 2001).

Segundo Carvalho e Eduardo (1998, p. 31) a abrangência das atividades relacionadas ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades em saúde, embarcam em uma reflexão sobre a qualidade dos objetivos alcançados, no qual o usuário é o instrumento complementar e mais importante do processo de tomada de decisões horizontais ocorridas entre as esferas de gestão, refletindo diretamente no controle dos resultados.

A construção e a utilização dos indicadores de monitoramento e avaliação compõem as adversidades que surgem de realizar ações de saúde complementares para atender as necessidades dos usuários (BRASIL, 1990). A responsabilidade de planejamento na gestão dos serviços de saúde inclui informações que os auxiliam na elaboração e operacionalização das atividades de planejamento (BARRETA *et al.*, 2011). Os indicadores de saúde, quando são efetivados de forma regular em um sistema dinâmico e disponível, as esferas de gestão utilizam como instrumentos importantes para avaliar e acompanhar a situação de saúde (BRASIL, 2008).

Vasconcellos (2000) destaca que o sistema de informações em saúde compreende-se em elementos que no momento que são analisados, resultam em informações que são institucionalizados e utilizados para a tomada de decisão. Seguindo esta forma de pensar, Moraes e Cavalcante (2002, p.221) enfatizam que o campo das tecnologias de informação em saúde para o processo de gestão, integra um espaço de desenvolvimento importante e relevante para o campo da saúde, no qual a interpretação das informações e dados inseridos resulta em direção das definições em saúde.

2.4 Avaliação em Saúde

A avaliação em saúde é o posicionamento de entender a relação entre necessidade de saúde e os procedimentos que os desenvolvem, objetivando a observação do cumprimento das práticas que resultam nas necessidades constituídas no processo saúde-doença (CARVALHO; EDUARDO, 1998).

Segundo Portela (2000), a avaliação em saúde abrange diversas especificidades para acompanhar todos os efeitos, sendo premeditados ou não, em que os programas de saúde consistem em estabelecer indicadores de qualidade estabelecendo parâmetros, que surgem a partir das mudanças que ocorrem na situação de saúde.

A avaliação dos serviços de saúde proporciona aos gestores as informações que estabelecem estratégias norteadoras de intervenção, no qual as informações são registradas regularmente, e analisadas, sendo utilizadas como ferramentas fundamentais para o processo contínuo organizacional e institucional para o melhor planejamento em saúde. (MATUS, 1987).

Um dos mecanismos de controle de qualidade é a avaliação. Segundo Donabedian (1978), avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados. Referindo-se a qualidade no setor de saúde, os benefícios obtidos, através das alocações dos recursos a assistência reflete de forma direta na satisfação do usuário dos serviços de saúde (DONABEDIAN *et al.*, 1982; DONABEDIAN, 1992; NOGUEIRA, 1994; MALIK; SCHIESARI, 1998).

A avaliação como elemento fundamental integrando iniciativas voltadas para efetivação dos diversos caminhos do SUS, atribuído como estrutura decisória. Em relação aos avanços do processo de avaliação em saúde no Brasil no qual os métodos ainda são incipientes, e com pouca inclusão às práticas, sustentando os instrumentos de gestão de forma burocrática e punitiva. O processo avaliativo engloba o monitoramento como ferramenta indispensável para os resultados esperados, composto por uma análise sistemática e periódica das informações, na qual são transformadas em indicadores que são acompanhados como forma resolutiva de acompanhamento de ações em saúde (BRASIL, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o desempenho dos municípios pernambucanos em relação aos indicadores da diretriz 3 do SIS Pacto, em 2012 e 2015.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o desempenho do estado de Pernambuco, segundo as metas e resultados alcançados dos indicadores da diretriz 3 do SIS Pacto, em 2012 e 2015.
- b) Analisar o desempenho dos municípios pernambucanos, segundo as metas e resultados alcançados dos indicadores da diretriz 3 do SIS Pacto, em 2012 e 2015.
- c) Descrever a distribuição dos municípios pernambucanos segundo metas e resultados alcançados dos indicadores da diretriz 3 do SIS Pacto, em 2012 e 2015.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipos de Estudo

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal envolvendo os 185 municípios do Pernambuco, utilizando-se 11 indicadores relacionados à promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Segundo Oliveira (2001), o método quantitativo consiste em quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde a mais simples, como percentagem, média, moda, mediana e desvio padrão, até as de uso mais complexo, como coeficiente de correlação, análise de regressão.

4.2 Área e População de Estudo

Foram analisados todos os municípios do estado de Pernambuco, localizado na região nordeste do Brasil, com uma população estimada de 9.473.266 habitantes para o ano de 2017. A maioria das cidades é de pequeno porte populacional constituídos de populações com menos de 50 mil habitantes (IBGE, 2017).

4.3 Coletas dos dados e Período do Estudo

Foram utilizados dados secundários dos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde: Sistema de Informações Hospitalares (SIH); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC); e Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM). Também foram utilizados dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os anos estudados foram 2012 e 2015.

4.4 Indicadores e Análise dos dados

Para a análise do desempenho dos municípios e estado foram calculados os 11 indicadores que compõem a Diretriz 3 do SIS Pacto, em 2012 e 2015, são eles: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária; Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa

etária; Proporção de parto normal; Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; Número de testes de sífilis por gestante; Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência; Taxa de mortalidade infantil; Proporção de óbitos infantis e fetais investigados; Proporção de óbitos maternos investigados; Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados; e Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

O Cálculo foi realizado considerando a orientação do caderno de diretrizes, objetivos e metas do SIS Pacto (BRASIL, 2015, 2012). (ANEXOS A, B, C, D, E, F, G, H, I, J e L).

Posteriormente procedeu-se a análise comparando o resultado alcançado por cada município e estado de Pernambuco com a meta estabelecida para cada indicador em 2012 e 2015.

Considerou-se as metas pactuadas para o estado para analisar os municípios, e por isso, os dois indicadores que consistiam número absoluto não foram analisados para os municípios. Entre o ano de 2012 e 2015 houve o acréscimo dos indicadores *Proporção de óbitos maternos investigados* e *Número de testes de sífilis por gestante* na Diretriz 3, portanto, esses indicadores só foram avaliados no ano de 2015.

A partir dos resultados de cada indicador, definiu-se o intervalo: 0 quando não há registro de informação; 1 atingiu a meta; 2 não atingiu a meta. Os municípios foram distribuídos em mapas, sendo representados pela cor clara quando alcançou o parâmetro e cor escura quando do contrário.

Nos mapas onde foram analisados os indicadores relacionados à investigação de óbitos, apresentou-se 03 cores: (i) mais clara para os municípios com nenhum óbito; (ii) intermediária para os que atingiram a meta; e (iii) escura para os que não alcançaram o parâmetro pactuado.

As metas pactuadas nos anos 2012 e 2015 são apresentadas nos anexos M e N.

4.5 Processamentos dos dados

Os dados foram tabulados com o software de tabulação TabWin, o banco de dados foi organizado e processado no Programa Excel Microsoft Office e os dados apresentados em frequências absolutas e relativas, no formato de tabelas e mapas.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público do Ministério da Saúde, não existindo assim a possibilidade de danos ou riscos ou quaisquer implicações éticas durante a sua realização.

5 RESULTADOS

Na tabela1 observa-se o desempenho do estado de Pernambuco no cumprimento dos indicadores pactuados para o ano 2012 e 2015. Em 2012 dos 09 indicadores pactuados, 06 foram cumpridos, enquanto que 2015 foram atingidas as metas de 09 indicadores, entre 11 pactuados. Nos dois anos de estudo, os indicadores com melhor aproveitamento foram Proporção de óbitos infantis, fetais e de mulheres em idade fértil investigados. Enquanto que o pior desempenho da razão de exames citopatológicos em 2012 e razão de exames citopatológicos e exames de mamografias em 2015.

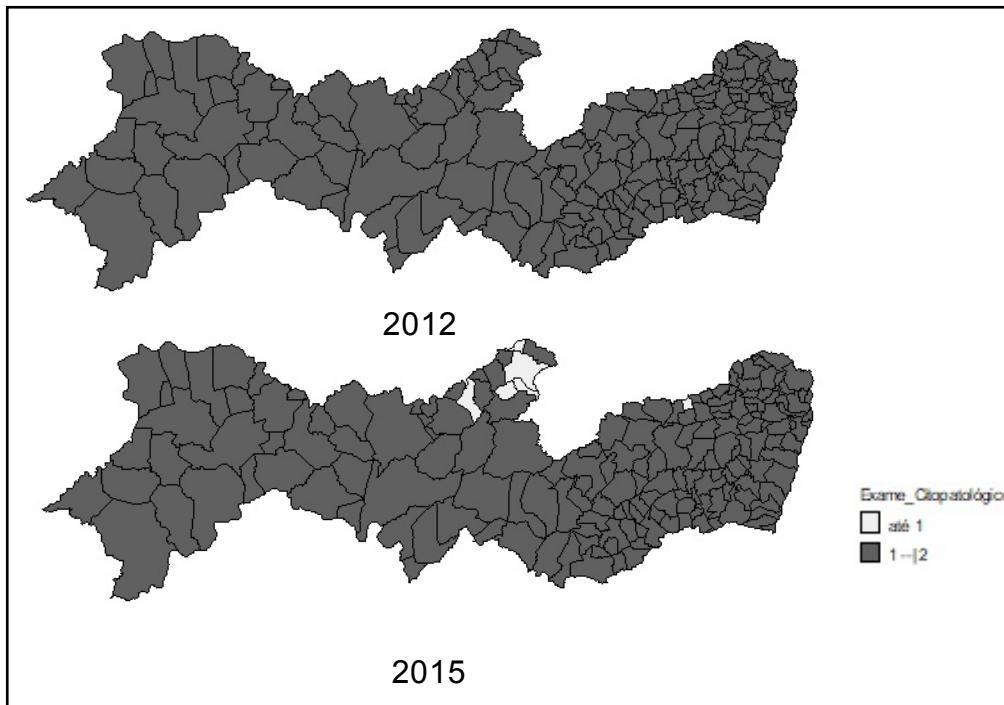
Tabela 1 – Indicadores, metas e resultados da diretriz 3.1 do SIS PACTO em Pernambuco, nos anos 2012 e 2015.

INDICADOR	2012		2015	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado
Razão de Exames Citopatológicos	0,56	0,16	0,43	0,13
Razão de Exames de Mamografia	0,13	0,14	0,39	0,18
Proporção de Parto Normal	48,0%	48,3%	48%	48,6%
7 e mais consultas de Pré-natal	60,0%	56,1%	61,1%	62,8%
*Quantitativo de Teste de Sífilis em Gestantes	-	-	2,0	2,2
Óbitos Maternos	83	73	88	98
Taxa de Mortalidade Infantil	16,4	14,2	16,01	13,0
Proporção de Óbitos Infantil e Fetais Investigados	45,0%	78,9%	75,0%	88,1%
*Proporção de Óbitos Maternos Investigados	-	-	90,0%	99,0%
Proporção de Óbitos de MIF Investigados	75,0%	89,7%	83,0%	94,6%
Casos de Sífilis Congênita	650	817	1214	1448

Fonte: SOUZA, T. M. C., 2018.

Em relação à ampliação da razão de exames citopatológicos realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em 2012 nenhum dos municípios atingiu a meta, enquanto que em 2015 seis municípios conseguiram atingir a meta atribuída, foram eles: São José do Egito, Tuparetama, Brejinho, Carnaíba, Ingazeira localizada na mesorregião do Sertão e o município de Santa Maria do Cabuncá que se encontra localizado na mesorregião do Agreste Pernambucano (Figura 1).

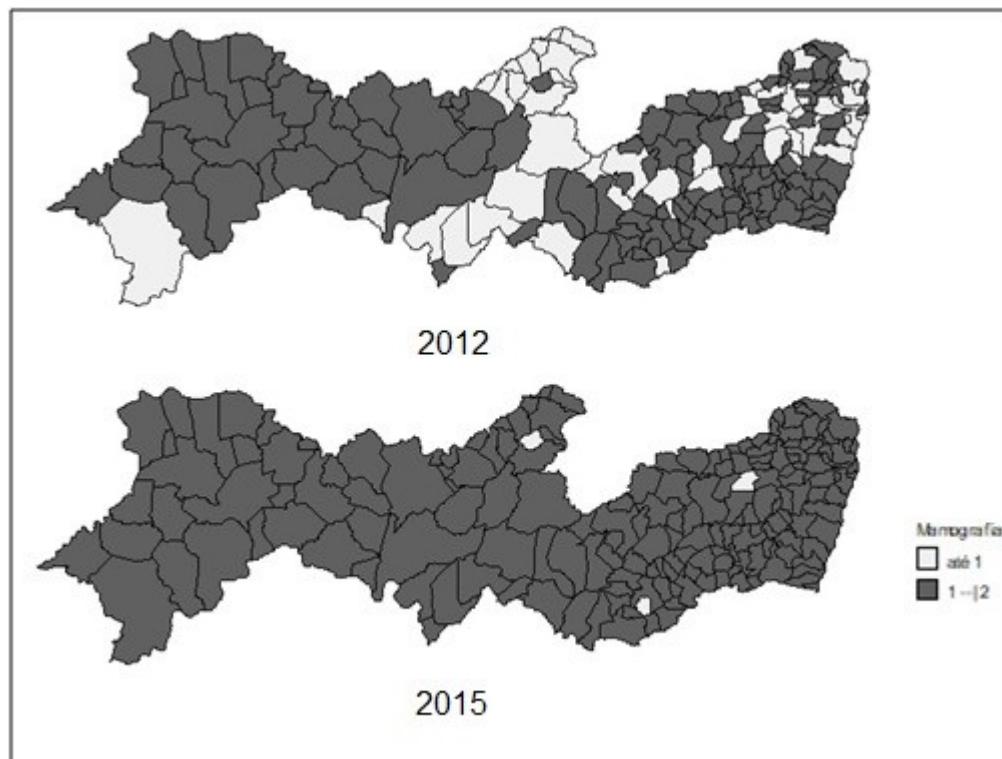
Figura 1- Distribuição da razão de exames citopatológicos do colo do útero na população de mulheres entre de 25 à 64 anos, segundo nos municípios pernambucanos, 2012 e 2015.



Fonte: SOUZA, T.M.C,2018)

No que se refere à ampliação da razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, no ano de 2012 a maioria dos municípios alcançou o parâmetro estabelecido, enquanto em 2015 com meta aumentada para 0,39 somente os municípios de Brejão, Cumaru e Ingazeira atingiram a meta (figura 2).

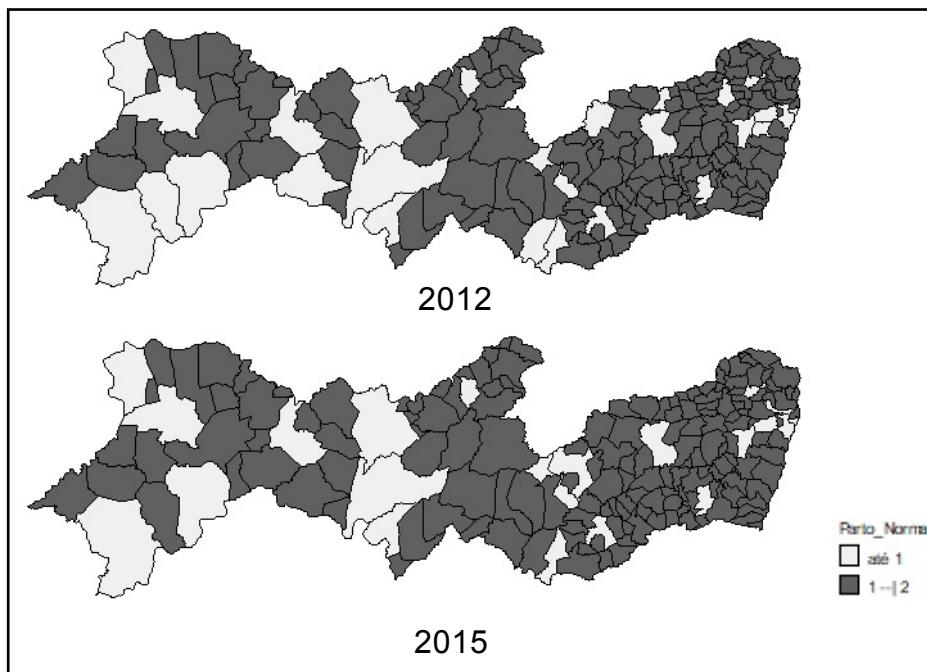
Figura 2 - Distribuição da razão de exames de mamografia de rastreamento realizados mulheres de 50 a 69 anos, segundo nos municípios pernambucanos, 2012 e 2015.



Fonte: SOUZA, T.M.C,2018)

Na figura 3, observa-se que em relação ao percentual do parto normal, não houve mudanças significativas entre os anos avaliados, em 2012 apenas 27 municípios atingiram a meta, enquanto em 2015 foram 23 municípios.

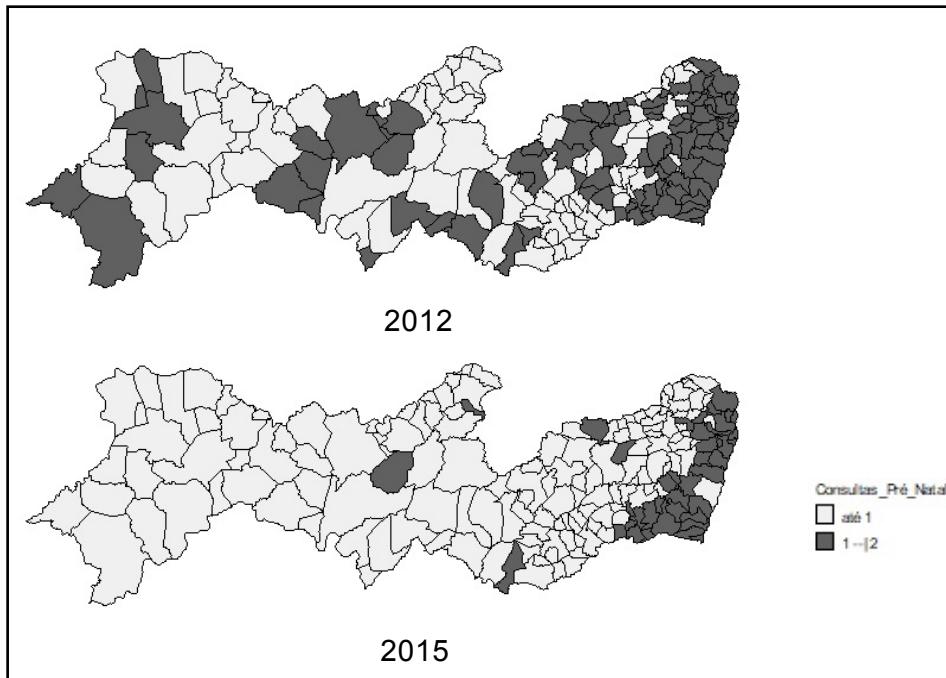
Figura 3 – Distribuição da proporção de parto normal, segundo nos municípios pernambucanos, 2012 e 2015.



Fonte: SOUZA, T.M.C,2018)

No que se refere ao quantitativo de consulta pré-natais realizadas pelas gestantes, identificou-se uma expressiva mudança entre 2012 e 2015 no cumprimento da meta por parte dos municípios em garantir 7 e mais consultas de pré-natal (figura 4).

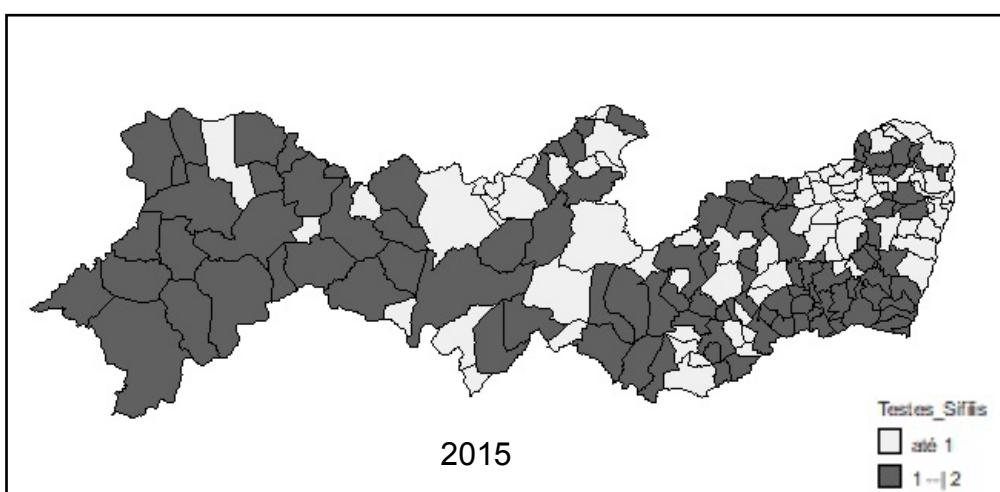
Figura 4 – Distribuição da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, segundo os municípios pernambucanos, 2012 e 2015.



Fonte: SOUZA, T.M.C,2018.

Em relação à razão de testes de sífilis realizados em gestantes usuárias do SUS, pactuado apenas para o ano de 2015, a maioria dos municípios não alcançou a meta (figura 5).

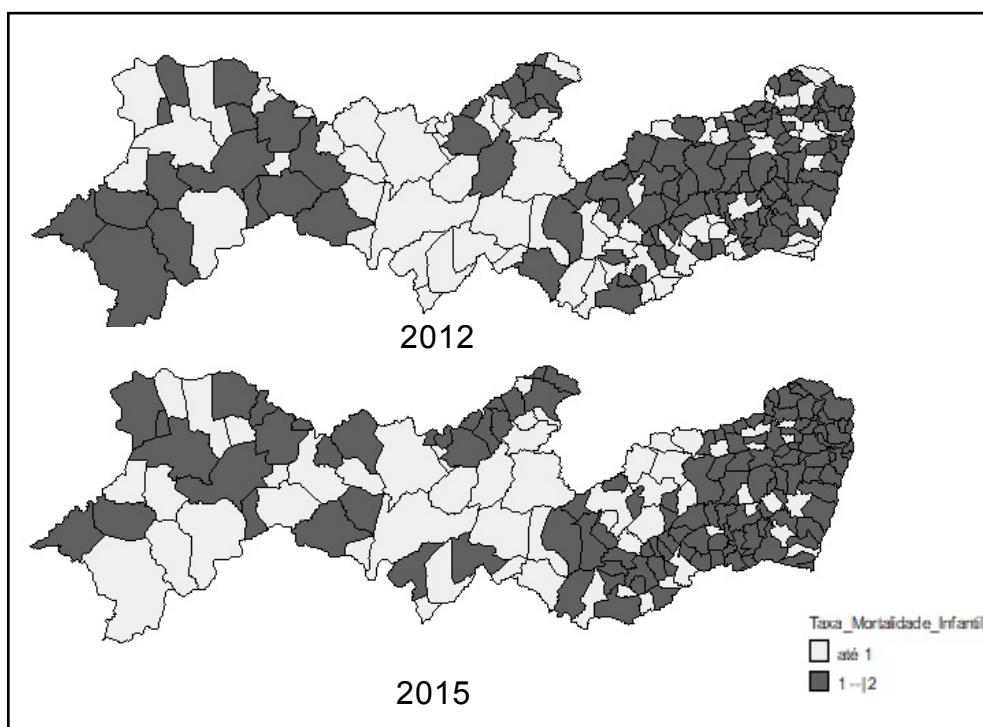
Figura 5 - Distribuição da razão do quantitativo de testes de sífilis em gestantes, segundo os municípios pernambucanos, 2015.



Fonte: SOUZA, T.M.C,2018

Na figura 6, observa-se que em relação à redução da taxa de mortalidade infantil 57 municípios cumpriram a meta de 16,40 em 2012, enquanto que no ano de 2015 havendo a diminuição da meta pactuada para 16,01 pôde-se constatar 76 municípios que atingiram a meta.

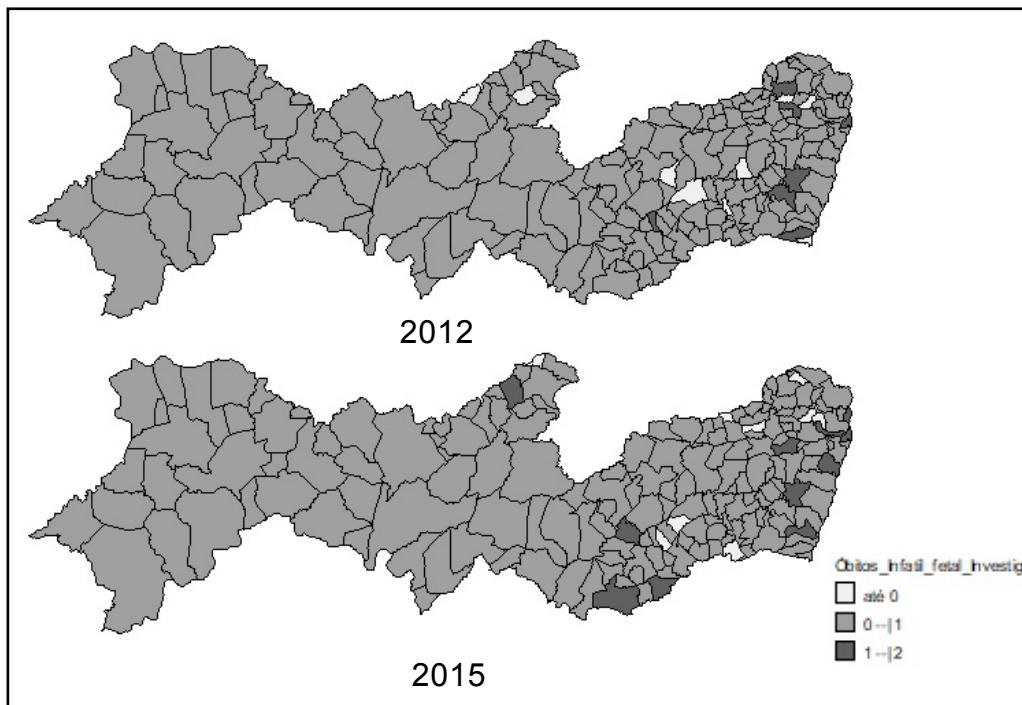
Figura 6 – Distribuição da taxa de mortalidade infantil, segundo os municípios pernambucanos, em 2012 e 2015.



Fonte: SOUZA, T.M.C,2018

Em relação à investigação dos óbitos infantis e fetais, entre os municípios que registraram óbitos, 168 alcançaram a meta em 2012 que era de 45% e 164 municípios em 2015 apresentando a meta de 75% e nos dois anos o alcance foi muito satisfatório (figura 7).

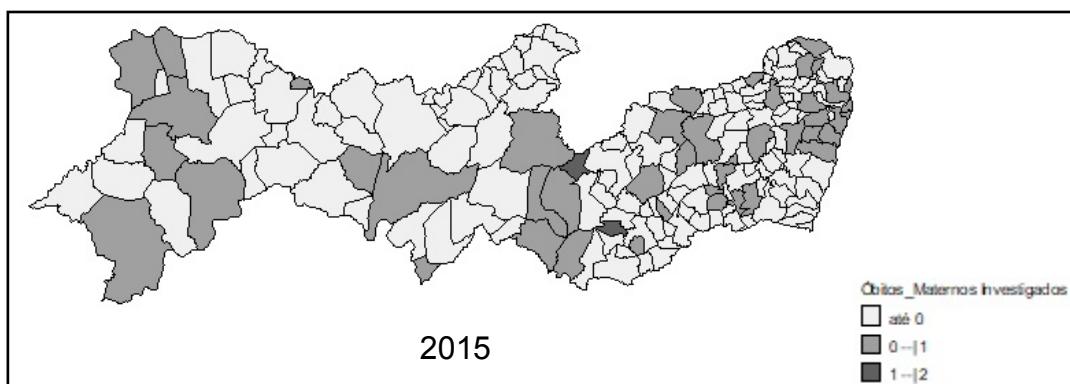
Figura 7 – Distribuição da proporção de óbitos infantis e fetais investigados, segundo os municípios pernambucanos, 2012 e 2015.



Fonte: SOUZA, T.M.C,2018

No que se refere à investigação de óbitos maternos, pactuados somente no ano de 2015, observou-se que entre os municípios que registraram mortes, os municípios de Arcoverde e Paranatama não alcançaram a meta estabelecida. (figura 8).

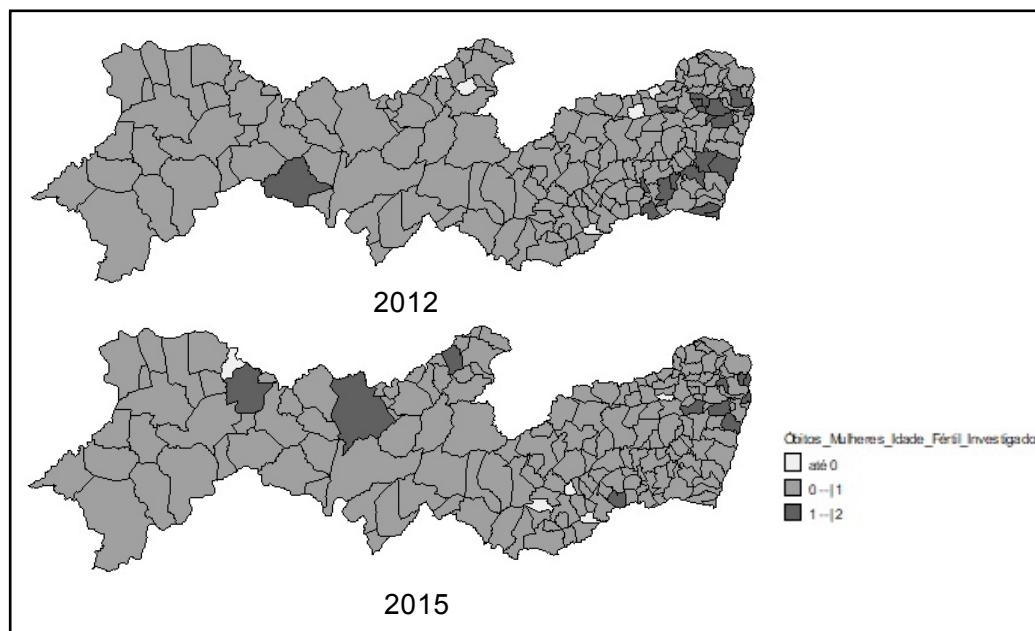
Figura 8- Distribuição da proporção de óbitos maternos investigados, segundo os municípios pernambucanos em 2015.



Fonte: SOUZA, T.M.C,2018.

Na figura 9, verificou-se que a proporção dos óbitos de mulheres em idade fértil investigados entre os municípios que registraram óbitos, 161 municípios alcançaram o parâmetro estabelecido em 2012 e 168 municípios em 2015.

Figura 9 – Distribuição da proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, segundo os municípios pernambucanos, em 2012 e 2015



Fonte: SOUZA, T.M.C,2018.

6 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo apontam que o estado de Pernambuco apresentou bom desempenho no cumprimento das metas da Diretriz 3 do SIS pacto nos anos de 2012 e 2015. Não cumprindo nos anos avaliados as metas pactuadas relacionadas ao aumento do quantitativo de exames citopatológicos e mamografia e redução dos casos de Sífilis Congênita.

Um estudo realizado em Jequitinhonha identificou que a rotatividade de profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família foi um dos obstáculos relacionados ao aumento da realização de exames citopatológicos (VIEGAS; PENNA, 2012).

Em relação aos exames de mamografia, uma pesquisa realizada no Rio Grande do Norte, apresentou resultados semelhantes aos achados do presente estudo e apontou como razão para a baixa adesão da meta o sub registro da produção desses exames (TAVARES *et al.*, 2016).

No que se refere ao número de casos de sífilis congênita, os achados se aproximaram bastante dos resultados encontrados por Domingues (2016) que destacou que no Brasil o controle da doença não se deu de maneira efetiva, por problemas na qualidade da atenção no que diz respeito ao seu diagnóstico e tratamento, sendo o Nordeste uma das regiões com maiores índices de transmissão da doença.

Os resultados apontaram que entre os municípios pernambucanos, os indicadores que apresentaram o melhor desempenho foram: proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; redução da taxa de mortalidade infantil; proporção de óbitos infantis, fetais, maternos e de mulheres em idade fértil investigados.

No que se refere às consultas de pré-natal, houve aumento da proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal, demonstrando compromisso dos municípios com a adequação da assistência obstétrica.

Carvalho e Araújo (2007) realizaram um estudo em Recife e apontaram uma melhoria gradativa no quantitativo das consultas de pré-natal, mas destacam a necessidade de adequação da qualidade da atenção, por que bons resultados na cobertura não suficientes para garantir a prestação de cuidados com qualidade.

Em relação à investigação dos óbitos infantis, fetais, maternos e de mulheres em idade fértil, verificou-se que os municípios pernambucanos apresentaram excelente desempenho, quando a maioria alcançou os parâmetros estabelecidos, o que demonstra a consolidação da vigilância à Saúde no SUS.

Achados semelhantes foram identificados na Bahia, onde as ações relacionadas à vigilância dos óbitos infantis, fetais e de mulheres em idade fértil são desempenhadas com oportunidade e efetividade (JACINTO; AQUINO; MOTA; 2013).

No Brasil, o desempenho dos comitês de mortalidade integra uma esfera técnica e política importante, suas atuações apresentam uma representatividade política e institucional e um compromisso com elucidação e auxílio na redução dos óbitos maternos e infantis. (CASARIN, 2011; PICCOLI, 2011; BIM, 2010).

No que se refere aos exames citopatológicos, os municípios pernambucanos não apresentaram bons resultados no alcance das metas estabelecidas.

O mesmo foi verificado por Discacciati (2014) em São Paulo, que identificou maior dificuldade entre os municípios de pequeno porte no cumprimento do parâmetro.

Em relação aos exames de mamografia o ano de 2012 apresentou melhores resultados em relação ao ano de 2015, no qual este último houve a diminuição da meta pactuada. Assim como os citopatológicos, os exames mamográficos representam uma estratégia fundamental na prevenção e tratamento oportuno dos cânceres de colo uterino e mama, refletindo a organização e qualidade da rede das ações de saúde e rede de cuidados a eles relacionados.

Também foi verificada uma baixa cobertura dos exames de mamografia, segundo a população alvo, nos municípios do estado do Rio de Janeiro (VIACAVA; SOUZA; MOREIRA; 2009).

O percentual de parto normal não apresentou mudanças significativas entre os anos estudados, demonstrando que os municípios não têm cumprido o que é instituído pela estratégia da Rede Cegonha, contribuindo para manutenção das elevadas taxas de cesarianas no país, incidindo de maneira negativa na saúde das gestantes e neonatos.

Silva *et al.* (2016) identificaram que os partos cesarianos representaram mais 40% do total de partos realizados no SUS e quando acrescidos os partos da rede privada, o Brasil configura-se como o líder mundial em partos cesáreos.

Características do modelo hegemônico de atenção ao parto do país, pautado no paradigma tecnocrático centrado na intervenção, medicalização muitas vezes desnecessária, não baseada em evidências científicas (CARNEIRO, 2015).

Em relação ao número de testes de sífilis por gestante identificou-se um péssimo desempenho dos municípios no ano de 2015, quando a maioria não alcançou a meta estabelecida. Achados que revestem-se de importância diante do quadro epidemiológico da sífilis congênita no Brasil. Resultado contraditório frente a ampliação das consultas pré-natal verificada, na medida em que a realização dos testes de Sífilis em gestantes são preconizados pela assistência pré-natal.

A situação de (des) controle da Sífilis congênita no Brasil representa um sério problema de saúde pública, que incide de maneira negativa sobre a morbimortalidade perinatal e neonatal e requer medidas efetivas de planejamento à saúde (MELO, et al . 2011).

No que se refere à pactuação relacionada à redução da taxa de mortalidade infantil, observou-se um quantitativo importante de municípios que não alcançaram o parâmetro.

No Brasil, nos últimos anos houve um decréscimo expressivo da taxa de mortalidade infantil, entretanto a maioria dos óbitos ainda são relacionados às causas de óbitos evitáveis. As mortes evitáveis estão diretamente associadas à qualidade da assistência prestadas às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, demonstrando a necessidade da melhoria da qualidade e organização da assistência obstétrica e consolidação da Estratégia da Rede Cegonha (SANTOS et al., 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou dois blocos de observação, o primeiro ocupou-se em analisar o desempenho do estado frente às metas pactuadas para os indicadores da Diretriz 3 do SIS Pacto, em 2012 e 2015, o segundo incidiu sobre os 185 municípios pernambucanos.

Observou-se desempenho satisfatório para os indicadores da Proporção de óbitos infantis, fetais e de mulheres em idade fértil investigados, e insatisfatório para razão de exames citopatológicos em 2012 e razão de exames citopatológicos e exames de mamografias em 2015, o que demonstra fragilidades na organização das ações e serviços de saúde na gestão estadual e municipal em Pernambuco.

Assim sendo faz-se necessária medidas no sentido de organizar e consolidar as ações e serviços de saúde em Pernambuco, no sentido de garantir a integralidade da atenção e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.C. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. **RevInd Qual Produt Ipea**, v. 1, n. 1, 1993.

BERRETA, I.Q., LACERDA, J.T., CALVO, M.C.M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saude Publica**, Florianópolis, v. 27, n. 11, p. 2143-54, 2011.

BIM, C. R. *et al.* Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. Maringá – PR. **Rev Esc Enferm**, São Paulo -SP, v.44, n.4, p. 940-6 ,2010.

BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília, DF, 2001. p. 163- 169.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1-3, 29 jun. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Acompanhamento e Avaliação**; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36p. Disponível em:<
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>
 Acesso em 20 de abril. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Cooperação Técnica GT de Avaliação da ABRASCO**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília (DF): Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), Seção 1, p. 1, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Processos e práticas do monitoramento e avaliação da gestão do SUS**: Contribuições e Reflexões dos Encontros Temáticos. Brasília: SGEP, 2010.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Portaria MS/GM nº. 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica.** Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf Acesso em: 20 abr. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB-SUS 1993:** Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB-SUS 1996:** Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

NOGUEIRA, P.N. **Perspectivas da qualidade em saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad Saude Publica**, Florianópolis, v. 20, Supl. 2, 2004. Disponível em:
<http://ciudadaniasexual.org/publicaciones/Destaque96.pdf> Acesso em: 16 abr. 2018.

OLIVEIRA, R. R.; MELO, E.C., NOVAES, E.S., FERRACIOLI, P.L.R.V, MATHIAS ,T.A.F. Título. Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del Hospital de apoyo ii de sullana, enero-diciembre 2017. **rev Esc Enferm USP**, v. 50, p.5, n.:733-740, 2016;

OLIVEIRA, Conceição Maria de et al . Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 29, n. 3, p. 282-290, jun. 2016.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n .2, p. 34-46, 2006.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo**: a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas, 1995. 286 p.

BRASIL. Portaria MS/GM nº. 95. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília (DF): Rede Interagencial de Informação para Saúde - Ripsa, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>> Acesso em: 24 maio 2018

CARNEIRO, R.G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. 328p.

CARVALHO, V.C.P.; ARAÚJO, T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, **Rev Bras Saude Mater Infant.** Recife-PE,; v.7 p.3 n.: 309-17, 2007.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistema de Informações em Saúde para municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Saúde & Cidadania, v. 6).

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Rio Grande do Sul-RS., vol.16, n.9, pp.3925-3932, 2011.

DISCACCIATI, M. G. *et al.* Por que a prevalência de resultados citopatológicos do rastreamento do câncer do colo do útero pode variar significativamente entre duas regiões do Brasil?. São Paulo-SP. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Rio de Janeiro, 2014; v.36 p.5, n.:192-7 1

DOMINGUES, R. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32 p.6 n:00082415, jun, 2016.

DONABEDIAN, A. The Qualityof Medical Care. **Science**, Washington, v. 200, n. 4344, 1978.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWLANSKI, L. Quality, cost and health: An integrative model. **Medical Care**, Hagerstown-MD, 20: 975-992. 1982.

DUTRA, I.R.; et al. Investigação dos óbitos infantil e fetal no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Reme: Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, 2015;v. 19 p.3, n.:597-611.

GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração Estratégica de Serviços**. São Paulo: Atlas, 1994. Disponível em:
http://eprints.rclis.org/18017/1/09_INDICADORES%20DE%20SAUDE%20COMO%20APOIO.pdf Acesso em: 21 abr. 2018

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

JACINTO, E.; AQUINO, E. M. L; MOTA E. L. A., Mortalidade perinatal no município de Salvador, Bahia: evolução de 2000 a 2009. **Rev Saúde Pública** São Paulo, v. 47, n. 5, 2013.

BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), Seção 1, p. 018-055, 20 set 1990

LIMA, C. R. M. de. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 62-73, abr./jun. 1998. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901998000200007 Acesso em: 16 abr. 2018

MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 3).

MALTA, D.C., et al. Avoidable causes of infant mortality in Brazil, 1997-2006: contributions to performance evaluation of the Unified National Health System. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2010; 26(3):481-91.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. 119 f. Dissertação (Mestrado) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MATUS, C. **Política, Planificación y Gobierno**. Washinton: OPS/ILPES, 1987.

MELO, N. C. D.; DAN, A. M.; FERREIRA, L. O. C.; Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20 n.2 p.:213-222, abr-jun 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E. G. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. G. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-56.

PORTELA, M. C.. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, Suely. (Org). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000, p.259-269. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n36/n36a12.pdf>> Acesso em: 21 de abril. 2018

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cad Saude Publica**, São Paulo-SP, v.19 n.1 p:183-189,003.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes Interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1671-1680, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>> Acesso em: 21 abr. 2018

SANTOS, N. R. O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para visualização dos rumos: a necessidade de acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SILVA, A. L. A., et al. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 16(2), 139-148, 2016.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, Brasília-DF;v.16 n.6 p.:2753-62. .2011

TAKASHINA, N. T.; FLORES, Mário C. **Indicadores da qualidade e do desempenho**: como estabelecer metas e medir resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999. Disponível em:<http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/83.pdf> Acesso em: 30 abr. 2018.

TAVARES, T. R. P *et al.* Avaliação de indicadores para câncer de mama no período de 2009 a 2013.. **Revista Ciência Plural**. Natal,, 2016;2(1):30-41

UNITED NATIONS. **Millennium Declaration**. Geneva, 2000.

VASCONCELLOS, Miguel Murat.; MORAES, IlaraHammerliSozzi de; CAVALCANTE, Maria Tereza Leal. Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n 61, p.219-235, mai./ago., 2002.

VIACAVA, F.; SOUZA, P. R. P.; MOREIRA, R. S. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, Porto Alegre-RS.;v.43 n. v. 2 p .117-125. 2009

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **CiencSaude Coletiva**.São Paulo. v.15 n.5 p.:2317-26, 2010.

VIANA, A. L. D. **Modelos de Intervenção do Estado na Área de Saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1995.

VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 23-27, 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000400002&script=sci_abstract&tlang=pt Acesso em: 25 de abril. 2018

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família.– MG, **Rev Rene.**; Belo Horizonte 13(2):375-85, 2012.

ANEXO A – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.
Meta	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.
Indicador	Indicador 18 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária
Relevância do Indicador	Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos. Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) Quantidade apresentada Código do procedimento: 02.03.01.001-9 - Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 - Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora-rastreamento
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Março – referente ao ano anterior. Periodicidade para monitoramento: trimestral. Periodicidade para avaliação: anual.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar estados e municípios na implantação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br Coordenação de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Ações Especializadas (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> altacomplexidade@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

ANEXO B – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.
Meta	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.
Indicador	Indicador 19 – Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
Relevância do Indicador	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Aponta ainda capacidade de captação dessas mulheres pelas unidades básicas de Saúde.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</p> <p>Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano.</p> <p>População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2.</p>
Fonte	<p>Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).</p> <p>Quantidade apresentada.</p> <p>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</p> <p>Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento.</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Março – referente ao ano anterior.</p> <p>Periodicidade para monitoramento: trimestral</p> <p>Periodicidade para avaliação: anual</p>
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar estados e municípios na implantação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS)</p> <p>Secretaria-Executiva (SE/MS)</p> <p><i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br</p> <p>Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC)</p> <p>Departamento de Atenção Especializada (DAE)</p> <p>Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)</p> <p><i>E-mail:</i> altacomplexidade@saude.gov.br</p>

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

ANEXO C – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Aumentar o percentual de parto normal.
Indicador	Indicador 20 – Proporção de parto normal
Relevância do Indicador	Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano <hr/> $\frac{\text{Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano}}{\text{Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar técnico e financeiramente os estados e municípios na formação dos profissionais para boas práticas, realização de campanhas de sensibilização e elaboração de atos normativos.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM) Departamento de Ações Programáticas em Saúde (DAPES) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> saude.mulher@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

**ANEXO D – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE
NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM SETE OU MAIS CONSULTAS
DE PRÉ-NATAL DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO**

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.
Indicador	Indicador 21 – Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal
Relevância do Indicador	Mede a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar técnica e financeiramente os estados e municípios na adesão à Rede Cegonha incluído seu componente pré-natal.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM) Departamento de Ações Programáticas em Saúde (DAPES) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> saude.mulher@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

ANEXO E – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.
Indicador	Indicador 22 – Número de testes de sífilis por gestante
Relevância do Indicador	Como indicador de concentração, expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> <p>Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e por local de residência</p> <p>Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local de residência.</p> <p>Observação:</p> <p>1. Para o numerador considerar os seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL para detecção de sífilis em gestante. 0214010082 teste rápido para sífilis em gestante.</p> <p>2. Para o denominador considerar o total de internações pelo SUS dos seguintes procedimentos:</p> <p>0310010039 parto normal.</p> <p>0310010047 parto normal em gestação de alto risco.</p> <p>0411010026 parto cesariano em gestação de alto risco.</p> <p>0411010034 parto cesariano.</p> <p>0411010042 parto cesariano com laqueadura tubária.</p>
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: abril (SIA) e junho (SIH) Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Realizar, pelo menos, dois testes de sífilis, conforme preconizado em normativa específica. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita). No final de 2013, foi inserido no SIA, o campo Residência para o registro de dados referentes ao VDRL por parte do município executor do exame.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) E-mail: cm&a@aids.gov.br

**ANEXO F – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR NÚMERO DE
ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE
RESIDÊNCIA DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO**

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Reducir o número de óbitos maternos.
Indicador	Indicador 23 – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, ao parto e puerpério.
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.

Continua

Conclusão

Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). <u>Conceito de óbito materno</u> – A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas accidentais ou incidentais”. As mortes maternas são causadas por afecções do capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério (com exceção das mortes fora do período do puerpério de 42 dias – códigos O96 e O97) e por afecções classificadas em outros capítulos da CID, especificamente: (i) Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez (campo 44 da Declaração de Óbito DO assinalado “sim”) ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte (campo 44 da DO em branco ou assinalado “ignorado”). (ii) Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte. Para isso devem ser considerados os casos em que o campo 43 da DO (morte durante gravidez, parto e aborto) esteja marcado “sim” ou o campo 44 (morte durante o puerpério) assinalado “sim, até 42 dias”. (iii) São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério. Entretanto, essas mortes, para efeito do cálculo da Razão de Mortalidade Materna, não serão incluídas, tanto pela baixa frequência de ocorrência, quanto pela dificuldade da sua identificação na base de dados de mortalidade. A CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por sequela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Esses casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em fevereiro de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral Periodicidade para avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar técnica e financeiramente os estados e municípios na adesão à Rede Cegonha incluindo a formação dos profissionais para boas práticas e segurança na atenção à gravidez, parto e nascimento. Monitorar a vigilância dos óbitos maternos e padronizar instrumentos de investigação nos estados e municípios.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Análise e Situação de Saúde (DASIS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

ANEXO G – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Reducir a mortalidade infantil.
Indicador	Indicador 24 – Taxa de mortalidade infantil
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de Saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> <p style="text-align: center;"> $\frac{\text{Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano}}{\text{Número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano}} \times 1.000$ </p> <p>Para municípios com população menor que 100 mil habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano.</p>
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em fevereiro de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar técnica e financeiramente os estados e municípios na adesão à Rede Cegonha com boas práticas e segurança na atenção à gravidez, parto e nascimento e atenção à saúde de crianças menores de 1 ano com qualidade e resolutividade. Monitorar a vigilância dos óbitos infantis e padronizar instrumentos de investigação nos estados e municípios.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Área Técnica da Saúde da Criança (ATSC) Departamento de Ações Programáticas em Saúde (DAPES) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: crianca@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

ANEXO H – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Investigar os óbitos infantis e fetais.
Indicador	Indicador 25 – Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
Relevância do Indicador	O percentual de investigação de óbitos infantis e fetais mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, levando à reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais e à identificação de determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</p> $\frac{\text{Total de óbitos infantis e fetais investigados}}{\text{Total de óbitos infantis e fetais ocorridos}} \times 100$
Fonte	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.</p> <p><u>Observação:</u> O numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo Módulo.</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011.</p> <p>Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período.</p> <p>O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso.</p> <p>Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e fetal <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>.</p> <p>Os dados também poderão ser consultados no site: http://datasus.saude.gov.br/ > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o link: (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm)</p> <p>Periodicidade para avaliação: anual</p>
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 2013 = 70%

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância dos óbitos. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) <i>E-mail:</i> cgiae@saud.gov.br; dasis@saud.gov.br

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

ANEXO I – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS DA DIRETRIZ 3 DO SIS PACTO

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Investigar os óbitos maternos.
Indicador	Indicador 26 – Proporção de óbitos maternos investigados
Relevância do Indicador	Permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DE</u> $\frac{\text{Total de óbitos maternos investigados}}{\text{Total de óbitos maternos}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. <u>Observação:</u> o numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo módulo.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, <i>14 meses</i> após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna < http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.showmtw >. Os dados também poderão ser consultados no site: http://datasus.saude.gov.br/ > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o link: (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm) Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 100%.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância dos óbitos. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) E-mail: cgiae@saude.gov.br ; dasis@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

**ANEXO J – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR PROPORÇÃO DE
ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS DA DIRETRIZ
3 DO SIS PACTO**

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).
Indicador	Indicador 27 – Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
Relevância do Indicador	Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Permite, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DE</u> $\frac{\text{Total de óbitos de MIF investigados}}{\text{Total de óbitos de MIF}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. <u>Observação:</u> o numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo módulo.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparado com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna < http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.showmtw >. Os dados também poderão ser consultados no site: http://datasus.saude.gov.br/ > informações de saúde > tabnet > indicadores de saúde > pactuações – acessar o link: (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm) Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 2013 <u>> 70%</u> dos óbitos em MIF.

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância dos óbitos. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) <i>E-mail:</i> cgiae@saud.gov.br; dasis@saud.gov.br

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS.

**ANEXO L – INSTRUÇÕES PARA O CÁLCULO DO INDICADOR NÚMERO DE
CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 1 ANO
DE IDADE 3 DO SIS PACTO**

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Reducir a incidência de sífilis congênita.
Indicador	Indicador 28 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
Relevância do Indicador	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: outubro. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: < 0,5/1.000 nascidos vivos.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) <i>E-mail:</i> cm&a@aids.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

ANEXO M – METAS ESTABELECIDAS NA PACTUAÇÃO EM 2012

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2012						
Estado: PERNAMBUCO		Status: Pactuação Validada		Ano de Referência: 2012		
		Data: 04/06/2018		Hora: 15:34		
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.						
Objetivo Nacional 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
7	P	RAZAO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DO UTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULACAO FEMININA NA MESMA FAIXA ETARIA.	0,56		0,48	RAZAO
8	P	RAZAO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULACAO DA MESMA FAIXA ETARIA.	0,13		0,28	RAZAO
9	P	SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNOSTICO DE LESOES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO UTERO	100,00		9,79	%
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
10	P	PROPORCAO DE PARTOS NORMAIS	48,00			%
11	P	PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM NO MINIMO 7 CONSULTAS DE PRE-NATAL.	60,00			%
12	P	NUMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERIODO E LOCAL DE RESIDENCIA	83,00			N ABSOLUTO
13	P	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	16,40			/1000
14	P	PROPORCAO DE OBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	45,00			%
15	P	PROPORCAO DE OBITOS MATERNOS E DE MULHERES EM IDADE FERTIL (MIF) POR CAUSAS PRESUMIVEIS DE MORTE MATERNA INVESTIGADOS	75,00			%
16	P	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA.	650		144	N.ABSOLUTO

ANEXO N – METAS ESTABELECIDAS NA PACTUAÇÃO EM 2015

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2015				
Estado: PERNAMBUCO	Status: Pactuação Validada	Ano de Referência: 2015		
	Data: 04/06/2018	Hora: 15:36		
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.				
Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015	Unidade
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,43	RAZÃO
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,39	RAZÃO
Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015	Unidade
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	48,00	%
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	61,10	%
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	2,00	RAZÃO
23	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	88	N.ABSOLUTO
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	16,01	/1000
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	75,00	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS	90,00	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	83,00	%
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÉNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	1214	N.ABSOLUTO