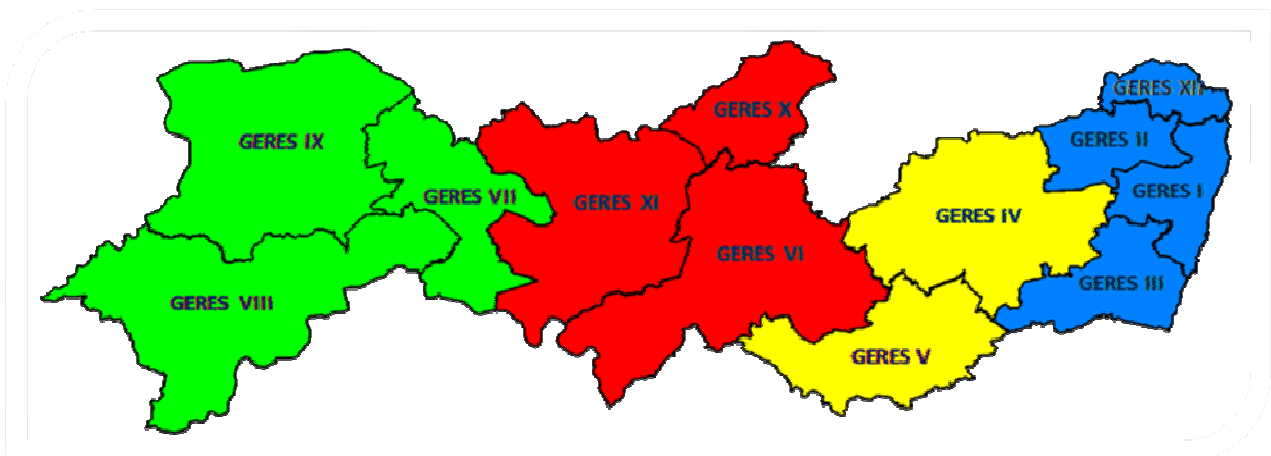


**Secretaria Executiva de Regulação em Saúde  
Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS  
Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal**

**METAS E RESULTADOS DOS INDICADORES COAP 2013**



**Recife**

**2013**

## **EXPEDIENTE**

### **GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Eduardo Henrique Accioly Campos

### **SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE**

Antônio Carlos dos Santos Figueira

### **SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE**

Adelaide Caldas Cabral

### **DIRETOR GERAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS**

Ricardo Ernestino da Silva

### **GERENTE DE ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL**

Raquel Moura Lins Acioli

### **COORDENADORA DO PACTO PELA VIDA**

Marlene Souto Barbosa

### **COORDENADORA DAS POLÍTICAS ESTRATÉGICAS**

Beatriz Helena Ferreira Sitônio

### **EQUIPE DE PRODUÇÃO**

Raquel Moura Lins Acioli

Marlene Souto Barbosa

Beatriz Helena Ferreira Sitônio

Luane Nayara Barbosa Nunes Pereira

#### **Residente em Saúde Coletiva**

Bruna Mariana Coutinho

#### **Residente em Saúde Coletiva**

Maria do Rosário M. Ribeiro de Brito

#### **Sanitarista**

Jéssica Lúcia da Silva

#### **Secretária GAGM**

Jerônimo Ferreira R. Filho

#### **Apoio Administrativo**

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	4
Indicador 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica básica e da atenção especializada. ....	7
Indicador 2 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) .....	10
Indicador 3 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.....	12
Indicador 4 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.....	15
Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada .....	18
Indicador 6 - Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos .....	21
Indicador 7 - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.....	23
Indicador 8 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente....	25
Indicador 12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado .....	27
Indicador 18 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.....	32
Indicador 19 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.....	35
Indicador 20 - Proporção de partos normais.....	38
Indicador 21 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal .....	41
Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante.....	44
Número de teste de sífilis por gestante .....	44
Indicador 23 - Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência .....	46
Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil.....	49
Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.....	52
Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados .....	55
Indicador 27 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.....	57
Indicador 28 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade .....	60
Indicador 29 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) .....	63
Indicador 30a - Número de óbitos prematuros(<70anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas).....	65
Indicador 30b - Taxa de mortalidade prematura(<70anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas) .....	65

30a - Número de óbitos prematuros(<70anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT ( Doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas).....	65
Indicador 31 - Percentual de crianças indígenas < 7anos de idade com esquema vacinal.....	67
Indicador 32 - Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados .....	69
Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados.....	69
Indicador 33 - Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.....	71
Indicador 34 - Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) .....	73
Indicador 35 - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas .....	75
Indicador 36 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. ....	77
Indicador 37 - Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose .....	80
Indicador 38 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida .....	82
Indicador 39 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNC) encerradas em até 60 dias após notificação. ....	85
Indicador 40 - Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.....	88
Indicador 41 - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.....	91
Indicador 42 - Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. ....	94
Indicador 45 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes..	97
Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral.....	99
Indicador 48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.....	101
Indicador 49 - Proporção de escolares examinados para tracoma nos municípios prioritários .....	103
Indicador 51 - Número absoluto de óbitos por dengue.....	104
Indicador 52 - Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue .....	106
Indicador 53 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.....	108
Indicador 57 - Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.....	110
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas .....	110
Indicador 61 - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos .....	111
Indicador 63 - Proporção de Plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde.....	113
Indicador 64 - Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS.....	114

## APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Geralmente o 1º e o 4º momentos são os que predominam em um processo de pactuação, tornando este processo meramente burocrático e com pouca ou nenhuma influência na condição de saúde da população. Assim, é necessário um olhar cuidadoso para proporcionar a orientação da tomada de decisões, viabilizando atividades mais eficientes, eficazes e efetivas,

além de possibilitarem o verdadeiro conhecimento sobre a situação que se deseja modificar, estabelecer as prioridades, escolher os beneficiados, identificar os objetivos e traduzi-los em metas.

Assim, dentro desse contexto, este documento foi produzido com a finalidade de retratar o histórico dos indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública no estado de Pernambuco.

Raquel Moura Lins Acioli

## **Contrato Organizativo de Ação Pública**

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

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

Assim, dentro desse processo de mudança, em 28 de junho de 2013 foi realizada uma videoconferência pelo Ministério da Saúde com o objetivo de esclarecer e orientar o estado de Pernambuco quanto às regras de transição de pactuação dos indicadores do COAP, em substituição aos indicadores do Pacto pela Vida. Assim, diante das mudanças dos indicadores e da forma de Pactuação, a Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal (GAGM) disponibilizará os materiais com o objetivo de capacitar as 12 regionais de saúde e torná-las multiplicadoras.

Para o ano de 2013 serão pactuados todos os indicadores universais contidos na Plataforma SISPACTO ([www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)), além dos indicadores pactuados para o COAP de Pernambuco aprovados em CIB.

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

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

### **Indicador 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica**

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

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

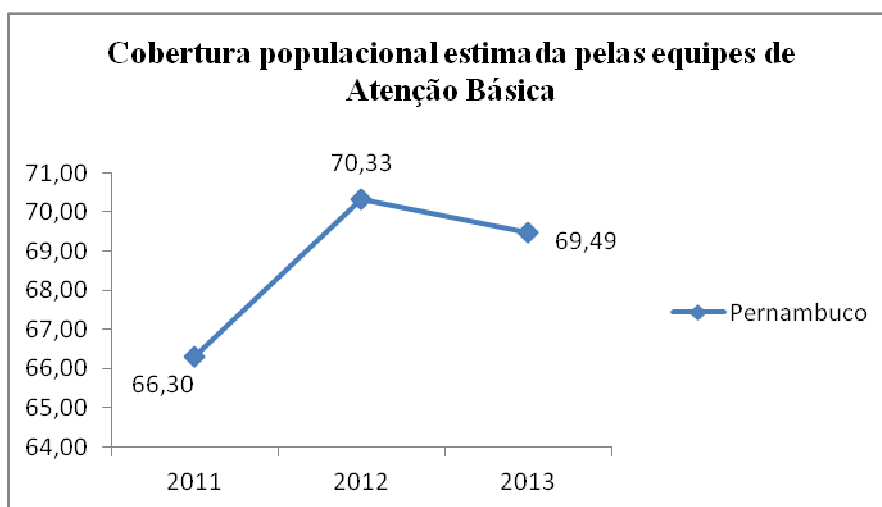
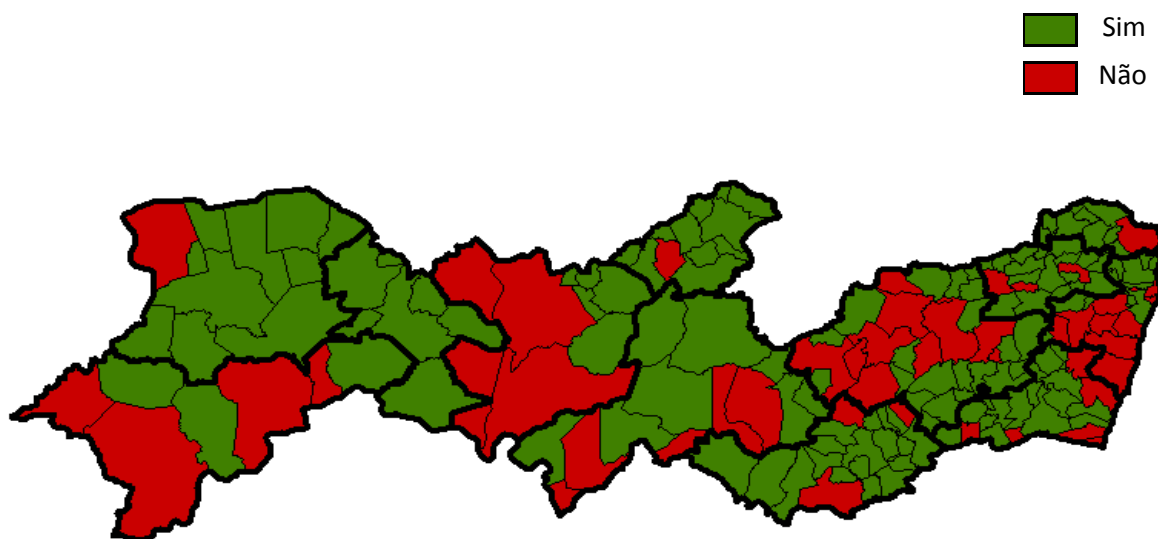
No que diz respeito à construção do indicador, merece destaque o método adotado que seleciona todos os estabelecimentos de AB, mas propõe equivalência à Saúde da Família a partir da carga horária do médico, não prevendo, portanto a adscrição de território.

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

- ✓ Subalimentação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), no quesito carga horária dos médicos (clínico, pediatra e ginecologista/obstetra) vinculados à Atenção Básica Tradicional, gerando estimativas distorcidas;
- ✓ Fragilidades da EABT em trabalhar os princípios ordenadores da Atenção Básica, inclusive a territorialização;
- ✓ Estimar acesso a consultas médicas e não a serviços e ações de AB;
- ✓ Dificultar a identificação do modelo de AB a ser implementado;
- ✓ Com relação às potencialidades desse indicador pode-se identificar:
  - Possibilitar o acompanhamento da cobertura da ABS como um todo, permitindo o redimensionamento da rede;
  - Induzir a atualização permanente do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES.



Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	2013	2012	2013
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	70%	70%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas loco-regionais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.		
Método de Cálculo	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de ESF} + \text{N}^\circ \text{ de ESF equivalente}) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Juliana Lopes 31840592 / 31840593 gerencia.eq@gmail.com		



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). IBGE.

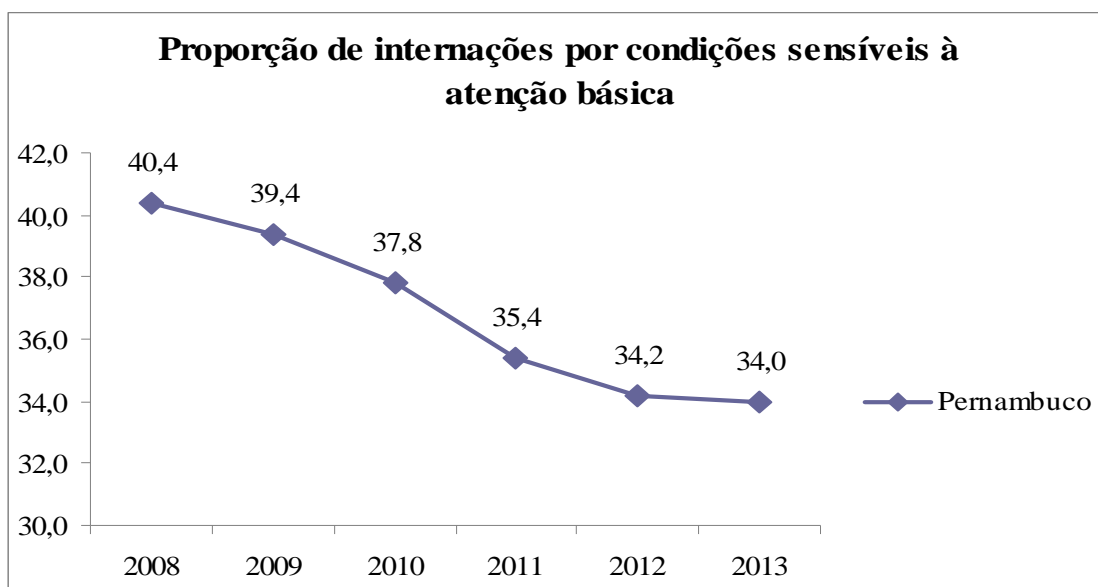
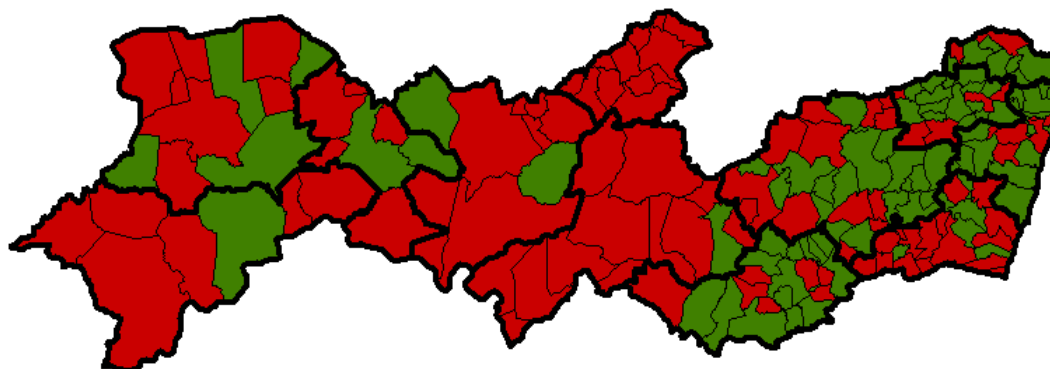
**Diretriz 1** – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	2013	2013
	Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica	33,5%
Tipo de Indicador	Universal	
Relevância do Indicador	Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais	
Método de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações por causas sensíveis à atenção Básica, em determinado local e período}}{\text{Total de internações por todas as causas, em determinado local e período}} \times 100$	
Fonte	Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS)	
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Juliana Lopes 31840592 / 31840593 gerencia.eq@gmail.com	

Sim  
Não



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Internação Hospitalar (SIH).  
Dados emitidos em: 20/05/2013

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

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

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

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

Em Pernambuco atende 977.547 famílias. As famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma equipe de PACS/PSF ou por uma unidade básica de saúde. É fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades da saúde, deixando-a ciente de sua responsabilidade na melhoria das suas condições de saúde e nutrição.

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

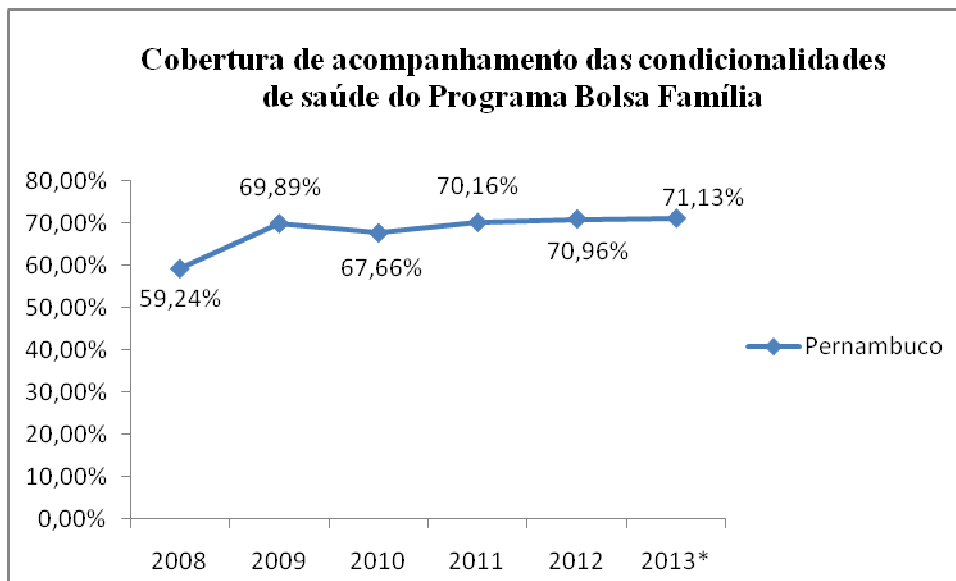
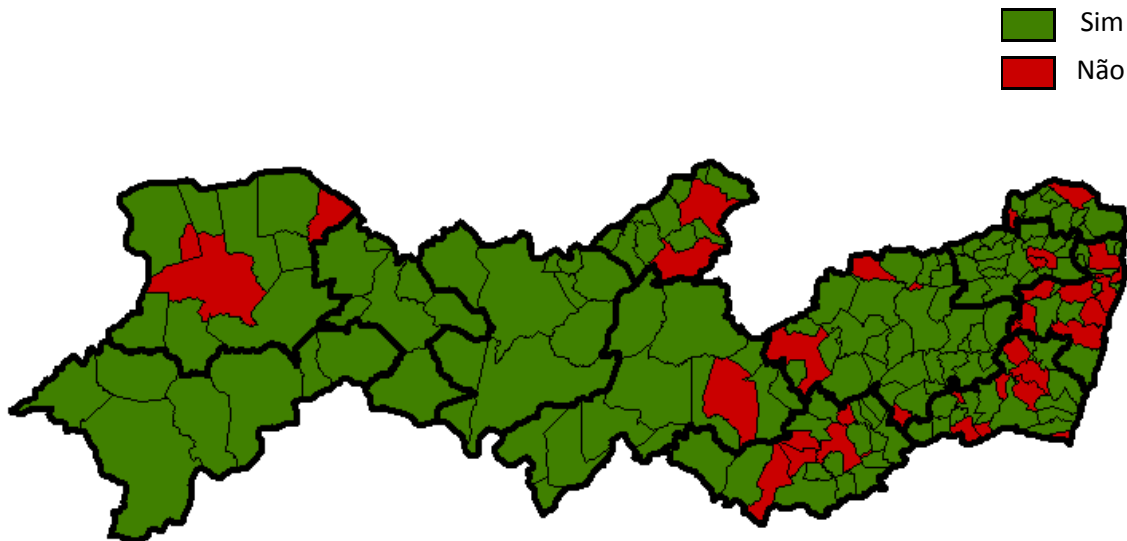
Ao analisar os resultados do indicador de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em Pernambuco foi verificado que apesar de não ter alcançado a meta sugerida pelo MS (73%), observamos que houve um incremento ao longo dos anos de 2011 (70,16%), e 2012 (71,49%) em relação ao ano de 2010 (67,66 %).

Mesmo tendo sido realizadas Oficinas em todas as Regionais de saúde do Estado em 2011 e 2012, com técnicos municipais (coordenador e digitador) podemos observar algumas dificuldades locais para realização do acompanhamento como: Falta de intersetorialidade na gestão municipal do PBF, grande rotatividade de técnicos contratados, baixa qualidade da internet, falta de infra-estrutura e recursos humanos, o não desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica como atividade de rotina das ESF; a não utilização da informação gerada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN para formulação e implementação de políticas públicas locais na área de alimentação e Nutrição; a falta de Organização do processo de Atenção Nutricional, com geração, monitoramento e análise das informações.

Para melhorar o acompanhamento das condicionalidades do PBF são necessárias algumas ações como:

- ✓ Criação de um comitê municipal envolvendo as três secretarias (Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, Secretaria de Saúde e Educação) atuantes no PBF;
- ✓ Estímulo à gestão compartilhada do Índice de Gestão Descentralizada Municipal – IGDM trabalhando intersecretorialmente no Programa;
- ✓ Educação Permanente para os profissionais envolvidos no processo;
- ✓ Oficialização de um cargo de coordenação Municipal da VAN/PBF
- ✓ Agenda para intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição (ANDI) e obesidade Infantil;

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família</b>			
	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	73%	73%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde) no que se refere às condicionalidades de saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.		
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  <u>Nº de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano</u> x100 Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano		
<b>Fonte</b>	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Rijane Barros 31840601/31840488 segurancaalimentarpe@gmail.com		



Fonte: \* Dados da 1ª Vigência 2013

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

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

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

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

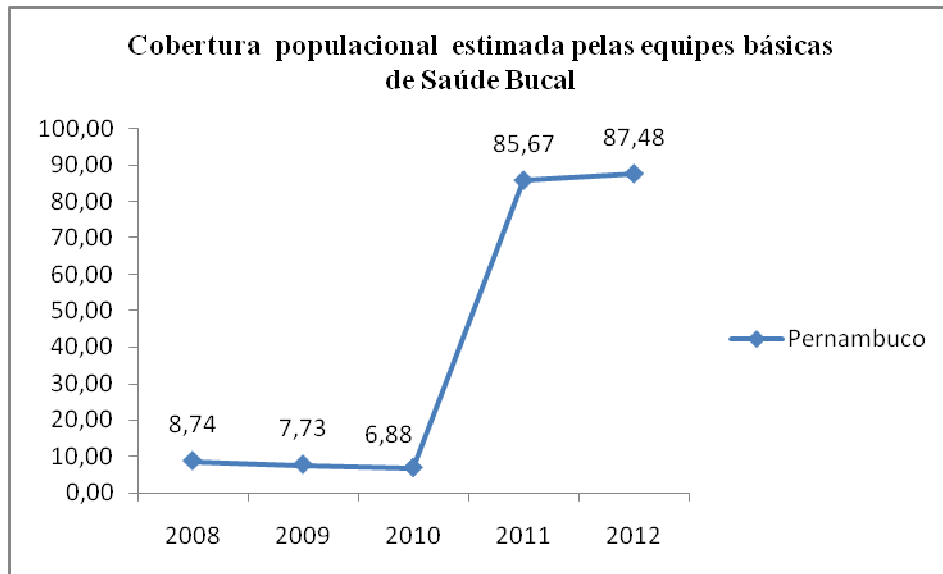
A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi formalizada por meio da portaria Ministerial nº 1.444, de 28/12/2000, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família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

De acordo com a Coordenação Estadual de Saúde Bucal, este indicador quantifica o percentual estimado da população que se encontra dentro do planejamento das Equipes com a perspectiva de acesso às ações de Saúde Bucal. No entanto, observa-se que umas das grandes dificuldades para trabalhá-lo corretamente é o fato de poucos municípios cadastrarem suas Unidades Básicas fora da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, em vários municípios foram encontrados erros no CBO dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária com prejuízo do cálculo.

Dessa maneira, diante dessas dificuldades, a Coordenação Estadual lançou mão de estratégias para tentar sanar e/ou minimizar tais problemas. Assim, foram realizadas duas oficinas com as Coordenações Municipais, para discutir os indicadores e estratégias para cumprimento das metas. A primeira em fevereiro e a segunda em agosto.



Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal</b>	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	50%	50%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população.		
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{(Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40)} * 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) - Nº de equipes da saúde bucal, Nº de profissionais, Especialidade, Carga horária  Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE - População		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Paulo Cesar 31840579 p2caesar@yahoo.com.br/saudebucalpe@gmail.com		



**Fonte:** Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde- SCNES, IBGE

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

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

### **Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada**

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

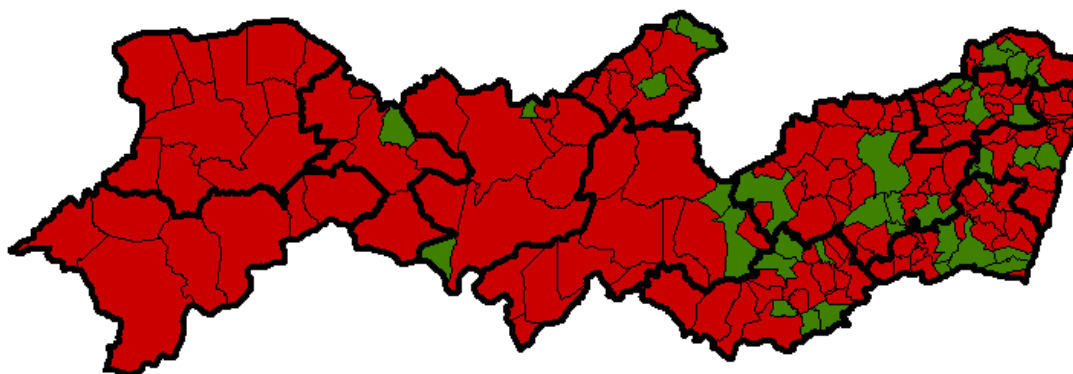
Observa-se que algumas dificuldades são encontradas para execução dessa ação pelos municípios, o que tem ocasionado dificuldades por parte da Coordenação Estadual de Saúde Bucal de Pernambuco em se alcançar a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde. Tais dificuldades giram em torno de questões como: muitos municípios não possuem coordenação de saúde bucal para acompanhamento dos indicadores, além de haver equívoco de interpretação do instrutivo com prejuízo na alimentação do sistema de informação. Além disso, desde o ano de 2009 o Ministério da Saúde não tem disponibilizado os Kits de higiene oral e os municípios não estão destinando recursos para aquisição de escovas e cremes dentais, associada à determinação dos gestores para que as ações das equipes de saúde bucal se restrinja a nível ambulatorial.

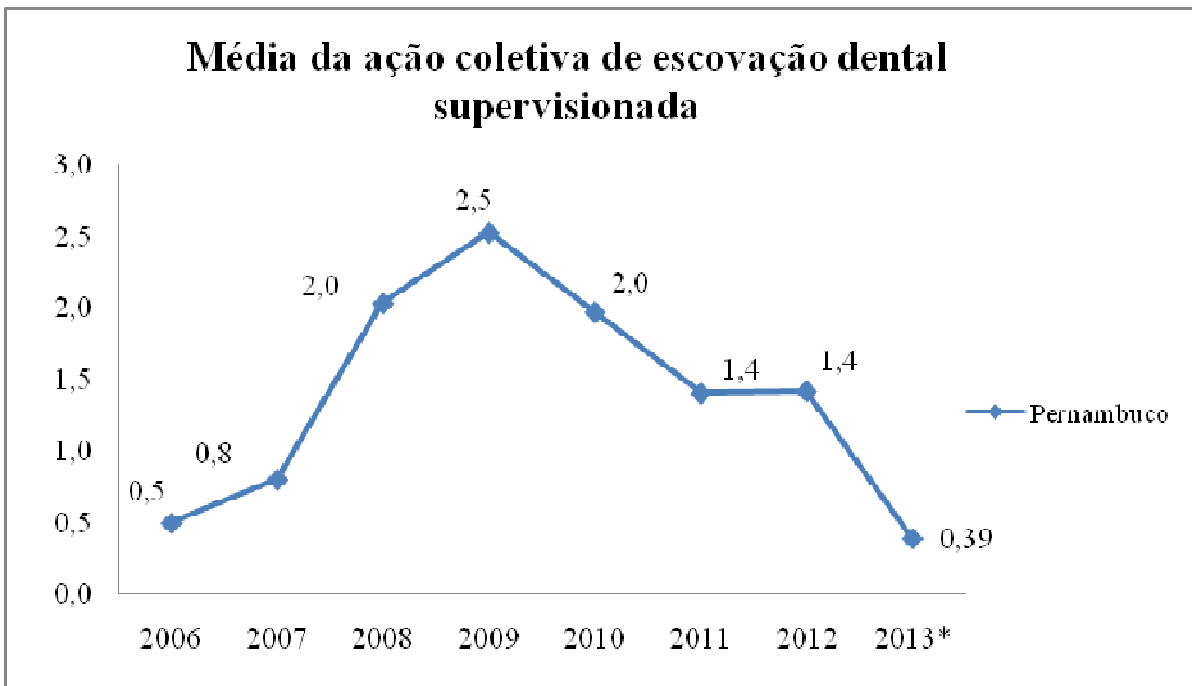
Assim, na tentativa de minimizar o problema do não fornecimento dos Kits, dentro da Política Estadual de Saúde Bucal, foram distribuídos 120.000 Kits de higiene oral para a população cadastrada no Programa Chapéu de Palha Canavieiro.

No que diz respeito ao fechamento do banco de dados desse indicador, tal processo é realizado no mês de dezembro.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada</b>	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	2,0%	2,0%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.		
<b>Método de Cálculo</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses} / 12}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS -SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada)  IBGE - População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código:01.01.02.003-1).		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Paulo Cesar 31840579 p2caesar@yahoo.com.br /saudebucalpe@gmail.com		

Sim  
 Não





**Fonte:** Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/ SUS e IBGE.  
**Dados emitidos em:** 20/05/2013

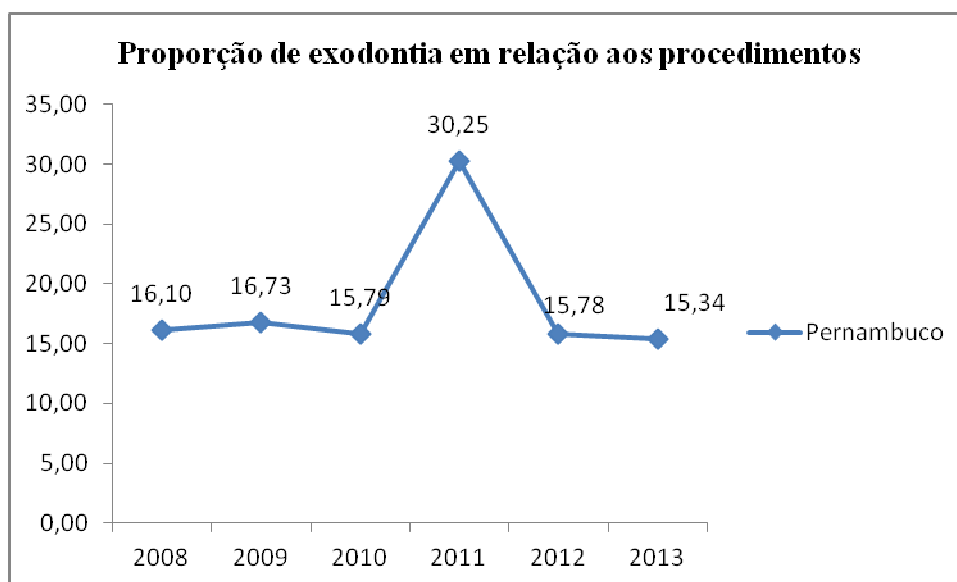
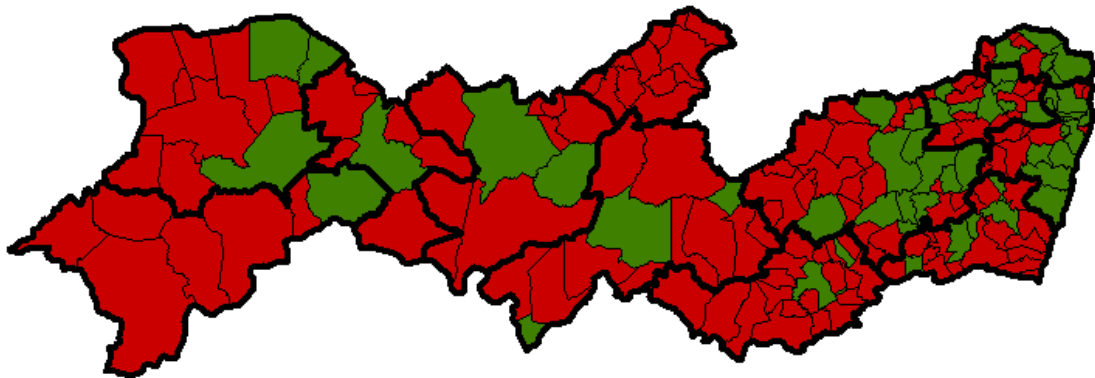
**Diretriz 1** – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

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

**Indicador 6 - Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos**

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual
	2013	2013
Proporção de exodontia em relação dos procedimentos	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	15%
Tipo de Indicador	Específico	
Relevância do Indicador	Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.	
Método de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de extrações dentárias em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$	
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS	
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo Cesar 31840579 p2caesar@yahoo.com.br /saudebucalpe@gmail.com	

■ Sim  
■ Não



**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/ SUS e Instituto de Geografia e Estatística - IBGE.

\*Dados até 05/2013 sujeitos à alteração.

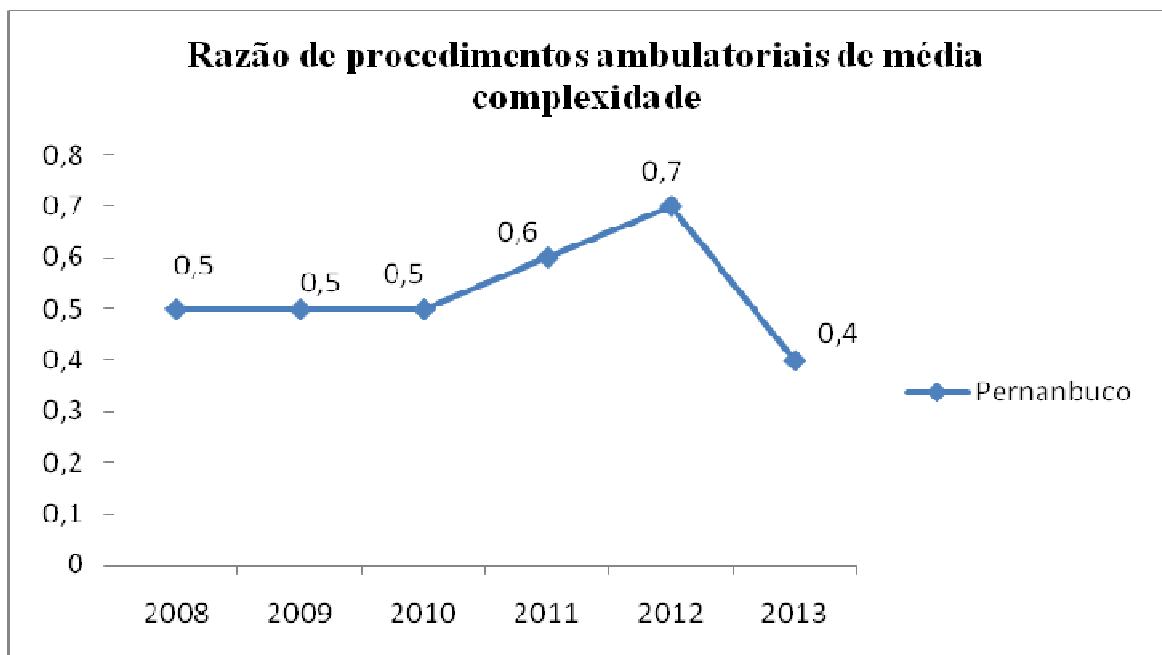
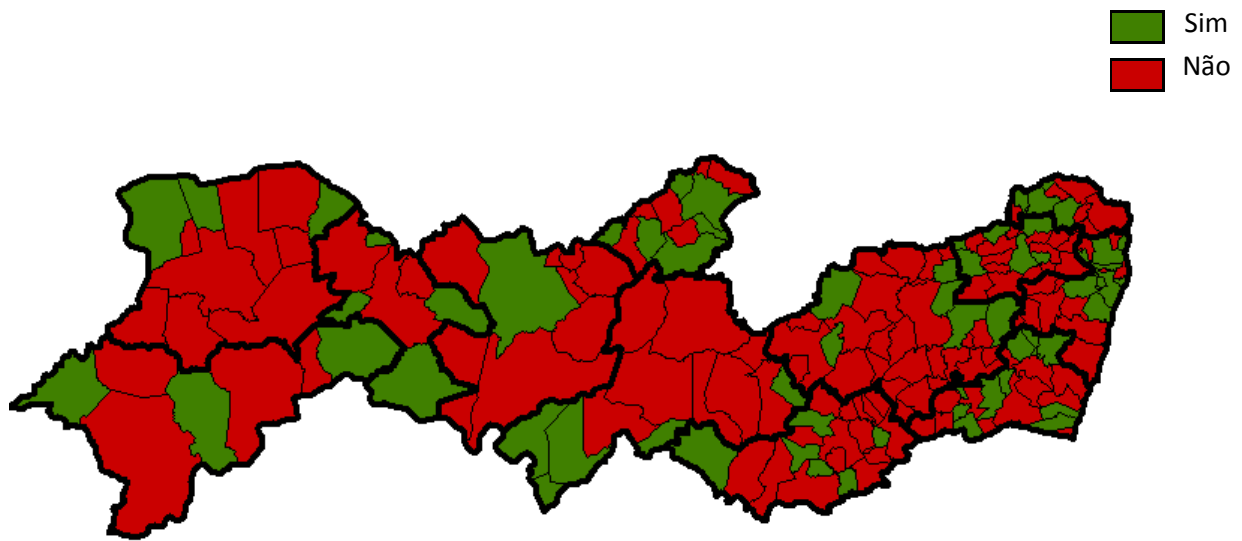
**Diretriz 1** – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

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

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

Indicador	Meta Brasil 2013	Meta Estadual 2013
<b>Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente</b>	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente	Aumentar 2.813 procedimentos (aumento de 5%)  Razão= 0,63
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal	
<b>Relevância do Indicador</b>	Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de média complexidade segundo as necessidades da população atendida. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.	
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  <u>Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média Complexidade</u> População residente mesmo local e período	
<b>Fonte</b>	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Ivette Buriel 31840534 dgais.ses@gmail.com	





**Fonte:** Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA, SIH/ SUS e IBGE.

**Dados emitidos em:** 20/05/2013

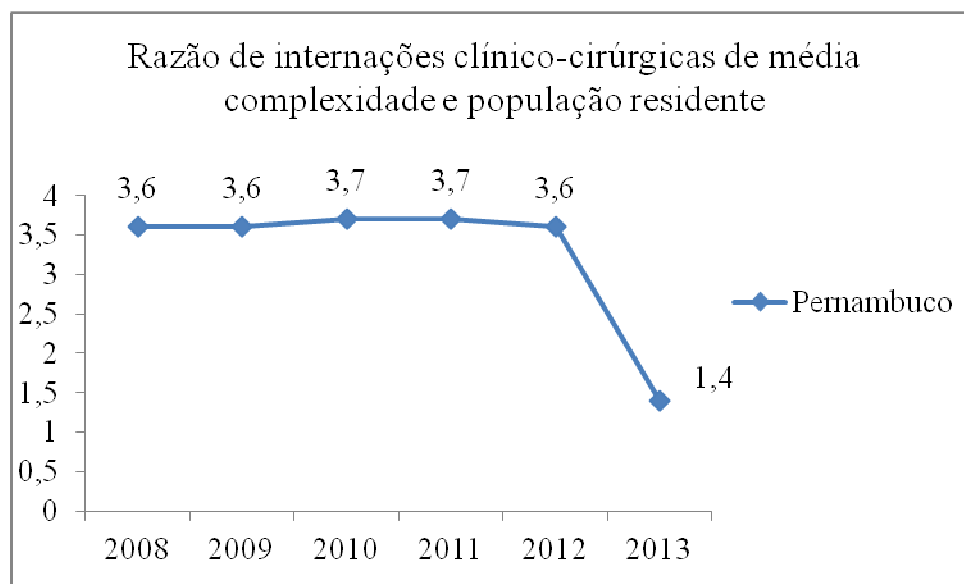
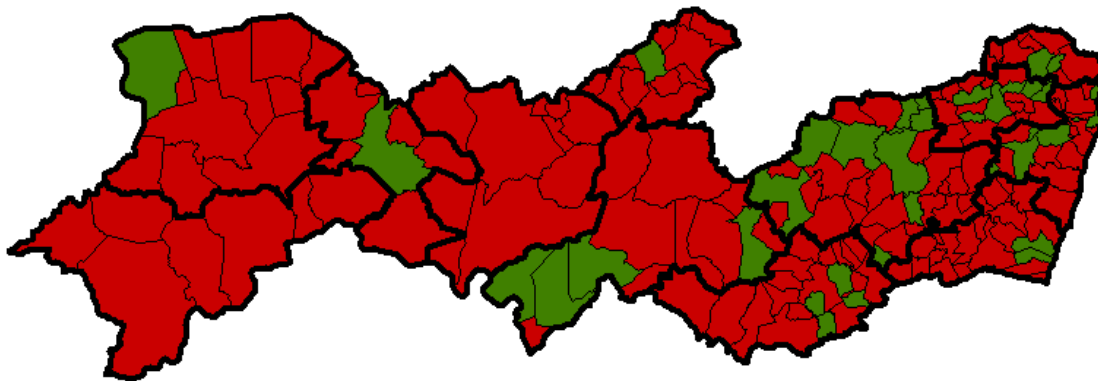
**Diretriz 1** – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual
Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	<b>2013</b>	<b>2013</b>
	Aumentar o número de internações clínico cirúrgicas de média complexidade na população residente	Aumentar 12.480 internações (aumento de 3,9 %)  Razão = 3.74
Tipo de Indicador	Universal	
Relevância do Indicador	Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico cirúrgicas de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico-cirúrgica de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsídios para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS.	
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  <u>Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de média complexidade</u> População residente mesmo local e período	
Fonte	Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)  Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Ivette Buriel 31840534 dgais.ses@gmail.com	

Sim  
Não



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/ SUS e IBGE.  
Dados emitidos em (até ou referentes até): 20/05/2013

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

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

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

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

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

Ressalta-se, entretanto, que para implantação da vigilância da violência interpessoal e/ou autoprovocada (VIVA- Contínua), o Ministério da Saúde selecionou inicialmente alguns municípios prioritários em cada estado, sendo em Pernambuco: Recife, Olinda, Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes e Paulista. Desses, Recife e Olinda implantaram a notificação em 2006, Caruaru e Jaboatão dos Guararapes em 2007, Cabo de Santo Agostinho em 2008 e Paulista em 2009.

Atualmente, desde a publicação da Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011, a notificação de violência integra a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, assumindo caráter de notificação universal. Desde então, a área técnica no âmbito estadual tem intensificado suas ações no sentido de esclarecer, apoiar e fortalecer a vigilância de acidentes e violências nos municípios, a fim de atingir mais

amplamente a rede de saúde e não apenas as unidades de referência, como preconizado anteriormente.

Contudo, embora o número de eventos notificados no SINAN venha aumentando anualmente desde 2009, o número de unidades de saúde que realizam notificações tem diminuído, evidenciando a necessidade de sensibilização e capacitação das equipes de saúde para a identificação dos casos suspeitos e confirmados, abordagem clínica, notificação e encaminhamentos necessários na rede de atenção integral e proteção social. Neste sentido, a coordenação estadual de vigilância de acidentes e violência tem desenvolvido ações com as Regionais de Saúde (antigas GERES) e em parceria com as Gerências de atenção à saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do homem e do idoso, saúde mental, saúde da pessoa com deficiência, atores sociais e organismos de políticas públicas para mulheres, a fim de capacitar gestores e técnicos da vigilância epidemiológica e da atenção primária dos municípios.

Quanto à capacitação das equipes das unidades de saúde, a coordenação estadual tem atuado de forma complementar a vigilância dos municípios, aos quais compete a implantação da notificação e o apoio técnico às equipes de saúde/unidades notificantes (Instrução Normativa MS/SVS Nº 2, de 22/11/2005; Portaria 3.252, de 22/12/2009), conforme plano de ação elaborado pelos mesmos. Paralelamente, o nível estadual tem investido na implantação da notificação de violência nas unidades de saúde sob sua gestão, por meio da sensibilização e capacitação das equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica de Âmbito Hospitalar (NVEAH), os quais têm realizado busca ativa e notificação dos casos. Atualmente, das 146 unidades notificantes com registros no SINAN (Módulo violência) em 2012, 31 são de gestão estadual, entre elas as 14 UPAS, 8 hospitais regionais e 4 grandes hospitais.

Todavia, como vigilância recentemente implantada e por tratar-se de evento de natureza multicausal e de abordagem complexa, identificam-se alguns impasses quanto à ampliação do número de unidades de saúde que realizem notificação compulsória da violência doméstica, sexual e/ou outras violências:

1. A análise dos anos anteriores revela que houve um incremento no número de unidades de saúde (US) no ano de 2010 (N= 167 US; 47,8% a mais em relação ao ano de 2009, que registrou 113 US notificando). O mesmo não aconteceu em 2011 (N=163 US), remetendo à consideração de que alguns serviços de saúde estão potencialmente mais qualificados para lidar com o atendimento da pessoa em situação de violência, os quais se encontram com a VIVA-Contínua implantada, levando ao incremento no número de casos notificados nessas unidades;

2. O incremento relatado no item anterior não se reflete na ampliação do número de unidades de saúde, principalmente devido à resistência dos profissionais, que frequentemente referem insegurança e temor quanto ao encaminhamento dos casos atendidos devido a pouca estruturação/fragilidade da rede de saúde e de proteção legal. Neste sentido, como a referida pactuação afeta principalmente os serviços sob a gestão do município (em relação à quantidade de serviços) e a notificação deve estar alinhada com o mapeamento e integração entre as redes de cuidado e de proteção, levamos em consideração, como meta a ser perseguida no âmbito estadual, a ampliação em 10% no número de unidades de saúde notificando violência.

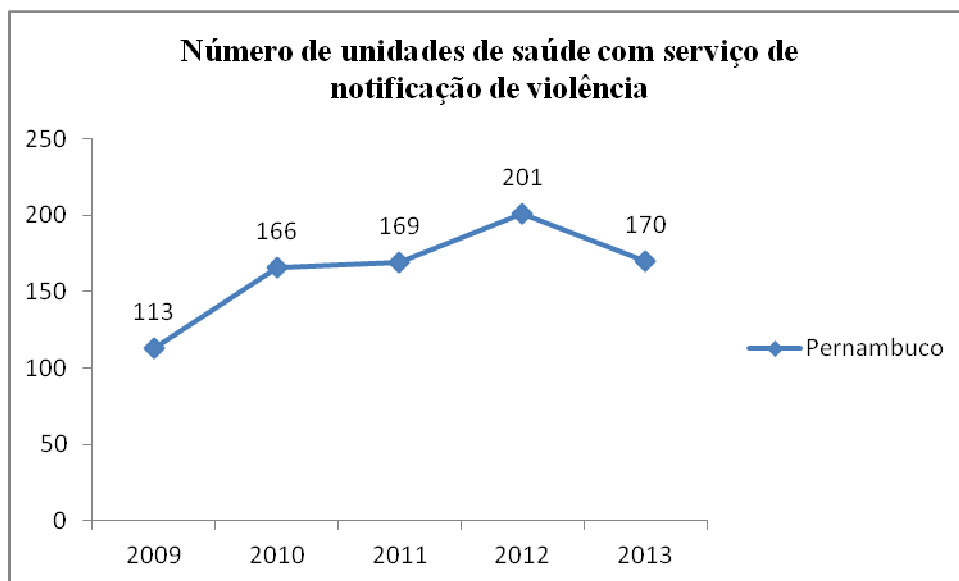
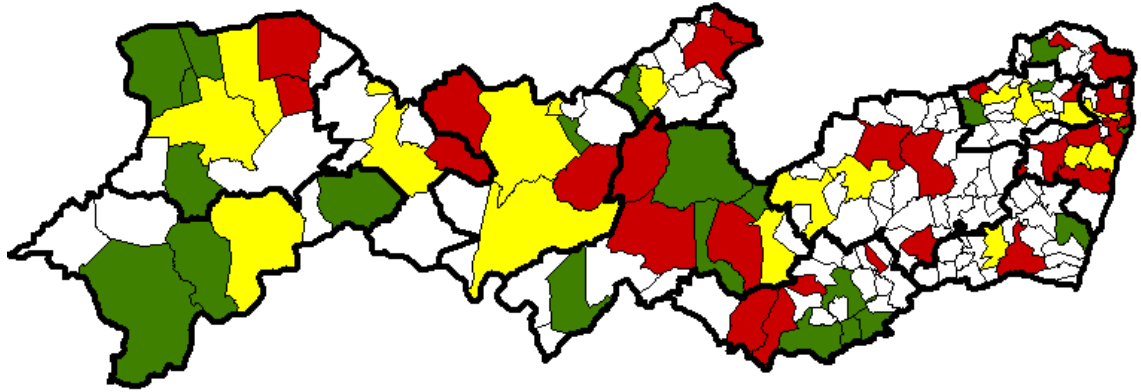
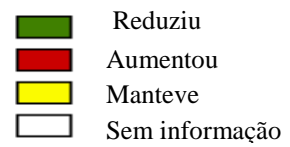
Observa-se que, embora no ano de 2011 tenham-se registrado 163 unidades notificando violência, conforme atualização da base estadual do Sinan, em 24/09/2012 (dados sujeitos a alterações/revisões), 146 serviços de saúde registraram 4.228 notificações no corrente ano.

3. Por sua vez, a própria atualização da base de dados do Sinan nos remete a um terceiro impasse, pois o prazo de inclusão das notificações de violência no sistema é de 180 dias a partir da data de notificação, período com o qual os municípios trabalham no momento de eleger suas prioridades quanto à digitação das fichas de diferentes agravos.

De acordo com o fluxo de envio do banco de dados, o nível central da SES recebe transferências semanais, nas quintas-feiras, dos bancos de dados dos municípios consolidados pelas Regionais de Saúde, habilitando a base estadual para atualização das áreas técnicas nas terças-feiras seguintes às datas de envios. Entretanto, em estudo específico da oportunidade da alimentação do Sinan (na vigilância epidemiológica do município), realizado a partir da base estadual, verificou-se que 50% dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violência são digitados a partir de 35 dias da data de notificação do mesmo -  $M_d = 35$ , quer dizer, esses dados são visualizados no nível central do estado com uma diferença de 35 dias em relação à data de notificação.

Finalmente, como indicador importante para identificação de demandas, articulação em rede e reorientação dos serviços de cuidado à saúde, assistência social e proteção legal, sua inclusão como meta do COAP, especialmente na diretriz de aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, fortalece a discussão da notificação compulsória da violência pelos profissionais de saúde, contribuindo para romper com o ciclo de violência, dando visibilidade a um problema perpetrado pelo silêncio velado do âmbito familiar e para a formulação de políticas públicas mais contextualizadas.

<b>Indicador</b>	<b>Meta Brasil</b>	<b>Resultado Estadual</b>	<b>Meta Estadual</b>
	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.</b>	Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ ou outras violências ao ano.	201	221 unidades de saúde (ampliar em 10%)
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Possibilita o acompanhamento da ampliação da cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências para atender à legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública, que são as violências doméstica, sexual e outras violências.		
<b>Método de Cálculo</b>	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u>  Número absoluto de Unidades de Saúde com notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Marcella Abath 3184-0340 macella.abath@gmail.com		



**Fonte:** Ministério da Saúde, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) DATASUS/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net



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

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

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

O câncer de colo de útero ocupa uma importante posição como causa de mortalidade, especialmente em países menos desenvolvidos. É um câncer que tem vários fatores de risco identificados e para o qual está disponível um exame eficaz para a detecção precoce: o exame de citologia oncológica, mais conhecido como Papanicolaou. No Brasil, desde 1988, o Ministério da Saúde (MS) segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe a realização do exame a cada três anos, após dois controles anuais consecutivos negativos para mulheres com até 59 anos de idade (AMORIM *et al.*, 2006).

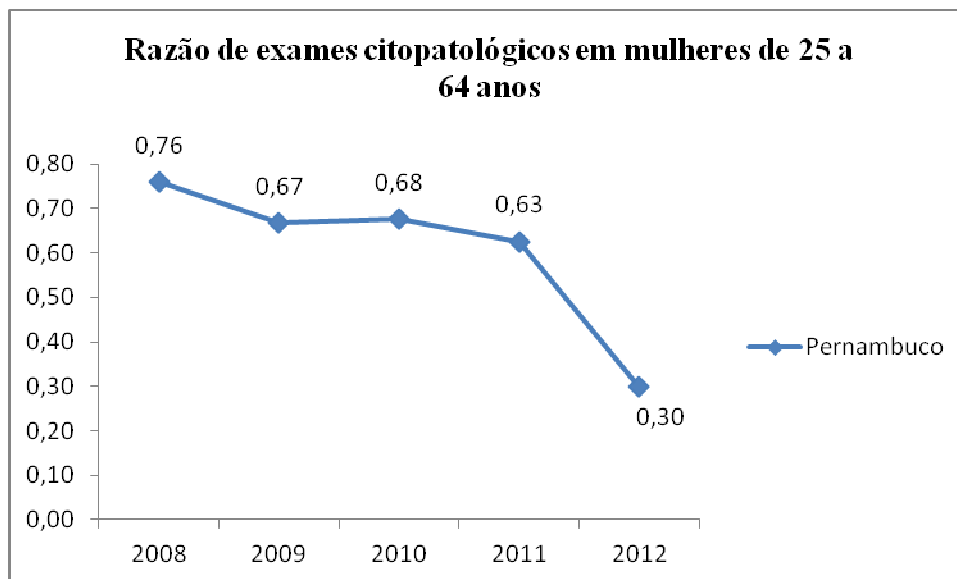
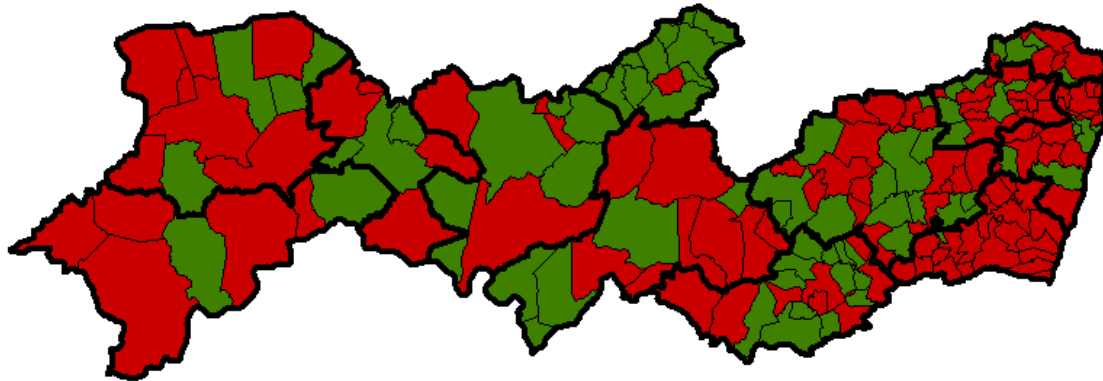
No entanto, a partir do ano de 2012, a faixa etária prioritária para a realização desse exame, bem como o método de cálculo desse indicador sofreram algumas alterações por parte do MS, ou seja, a faixa etária atualmente prioritária estende-se até os 64 anos de idade. Quanto ao método de cálculo, o denominador do indicador não mais será a população feminina total nessa faixa etária, mas apenas 1/3 da mesma. Entretanto, a área técnica da SES sugere que esse denominador (1/3 da população feminina na faixa etária) seja reavaliado, uma vez que esta forma de cálculo seria viável para um programa de rastreamento 100% organizado, ou seja, com a garantia de cobertura de 100% da população prioritária e ainda, sem diagnóstico de Lesão de Alto Grau.

No que diz respeito à fonte de informação para o atual método de cálculo para o indicador, nos anos anteriores a área técnica utilizava o SISCOLO, tendo em vista ser o sistema oficial, inclusive para monitoramento do programa em todo estado, uma vez que o SIASUS não qualifica as informações e ainda, o quantitativo apresentado sempre difere para menor em relação ao SISCOLO. Quanto ao fechamento desse banco de dado do SISCOLO ele segue a regra do Boletim de Produção Ambulatorial, onde é definido que a apresentação da informação é o mês vigente mais três meses anteriores. Nessa lógica, vale exemplificar que para que o banco esteja fechado em junho, as informações só estarão disponíveis em setembro, ou seja, três meses

posteriores. Ressalta-se ainda que pelas novas regras das fontes desse indicador o respectivo sistema não mais participará do processo.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.</b>	Ampliar a razão de Mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos	0,56	0.52*
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	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		
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  <u>Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano</u> População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/ 3.		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Joyce Lemos 31840604 smulherpe@gmail.com		

\*Foi realizada uma avaliação dessa razão no período de 2010 a 2012 e constatamos uma média de 0,52/ano, sendo assim, a proposta de Pernambuco para o ano de 2013 será 0,52. Justificativa da redução desse indicador de 0,56 em 2012 para 0,52 em 2013, refere-se a mudança de gestão nos municípios, onde muitos deles ainda estão se adequando ao processo desse segmento. (área técnica Saúde da Mulher)



Fonte: SIA/SUS – Tabnet - IBGE  
 Dados até maio/2013

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

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

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

O câncer de mama é a neoplasia mais incidente (exceto os tumores de pele não melanoma) na população feminina, com estimativa de 49 casos novos a cada 100 mil mulheres em 2010. Na Região Sudeste, esse é o tipo mais incidente (65/100 mil), seguida das regiões Sul (64/100 mil), Centro-Oeste (38/100 mil) e Nordeste (30/100 mil). O câncer de mama é também o primeiro em mortalidade por câncer em mulheres, com taxa bruta de 11,49 a cada 100 mil, em 2007 (INCA, 2010).

Alguns países desenvolvidos vêm diminuindo suas taxas de mortalidade por câncer de mama graças à implantação de programas de detecção precoce e tratamento oportuno. As ações de detecção precoce incluem: Diagnóstico precoce, Rastreamento, Mamografia de Rastreamento e Mamografia Diagnóstica.

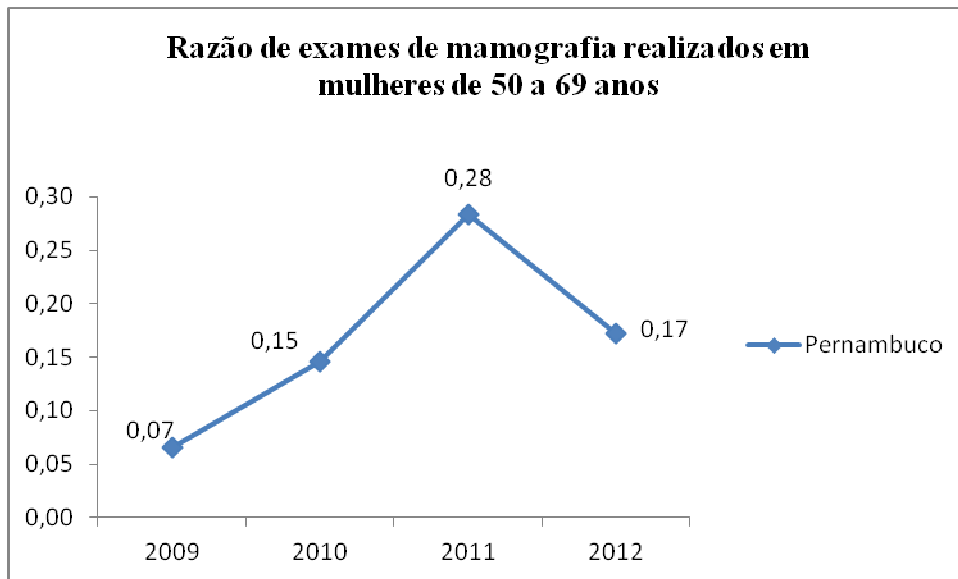
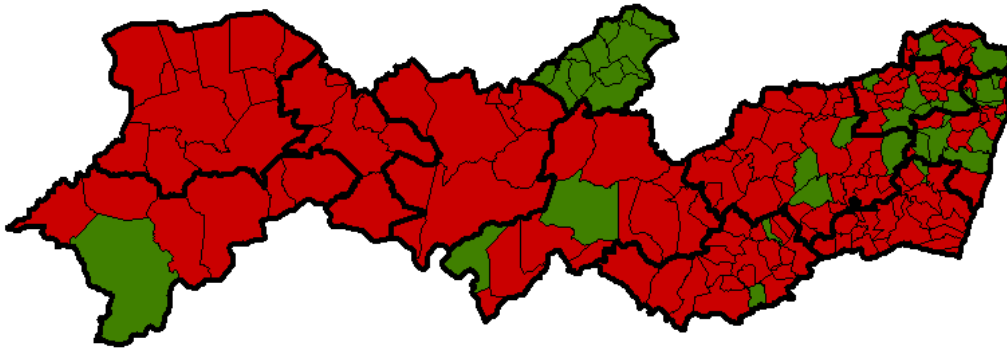
De acordo com a área técnica da Secretaria Estadual de Saúde, observa-se que em 2012, até a data de 12/09/2012 foram realizadas 45.059 mamografias no estado, no período de janeiro a junho de 2012, representando uma razão de 0,06. Neste sentido, a proposta de Pernambuco para o ano de 2012 é manter a meta em 0,13. Considerando os investimentos previstos quanto à ampliação de exames diagnósticos e reorganização da rede de assistência, para 2013 a proposta de razão para este indicador é de 0,26.

No entanto, observa-se que essa meta ainda encontra uma razão abaixo do esperado. As justificativas para tal situação são: dificuldades no cumprimento das recomendações para o rastreamento do câncer de mama por parte dos profissionais da rede de assistência, preenchimento inadequado da ficha de requisição de mamografia e o pouco conhecimento por parte dos gestores municipais de saúde sobre o Programa de Controle do Câncer de Mama e consequentemente a utilização da ferramenta para monitoramento e avaliação (SISMAMA).

Esse indicador também sofreu alterações no seu método de cálculo, ou seja, o denominador não mais é composto pela população feminina total nessa faixa etária e sim por metade da População feminina dessa faixa.

No que diz respeito ao fechamento do banco de dados do SISMAMA, ele segue a regra do Boletim de Produção Ambulatorial, onde é definido que a apresentação da informação é o mês vigente mais três meses anteriores. Nessa lógica, vale exemplificar que para que o banco esteja fechado em junho, as informações só estarão disponíveis em setembro, ou seja, três meses posteriores. Ressaltamos que pelas novas regras das fontes desse indicador, o respectivo sistema não mais participará do processo.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.</b>	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	0,13	0,31
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer		
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF <u>Nº de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano</u> População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Joyce Lemos 31840604 smulherpe@gmail.com		



Fonte: SIA/SUS – Tabnet- IBGE

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

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

### **Indicador 20 - Proporção de partos normais**

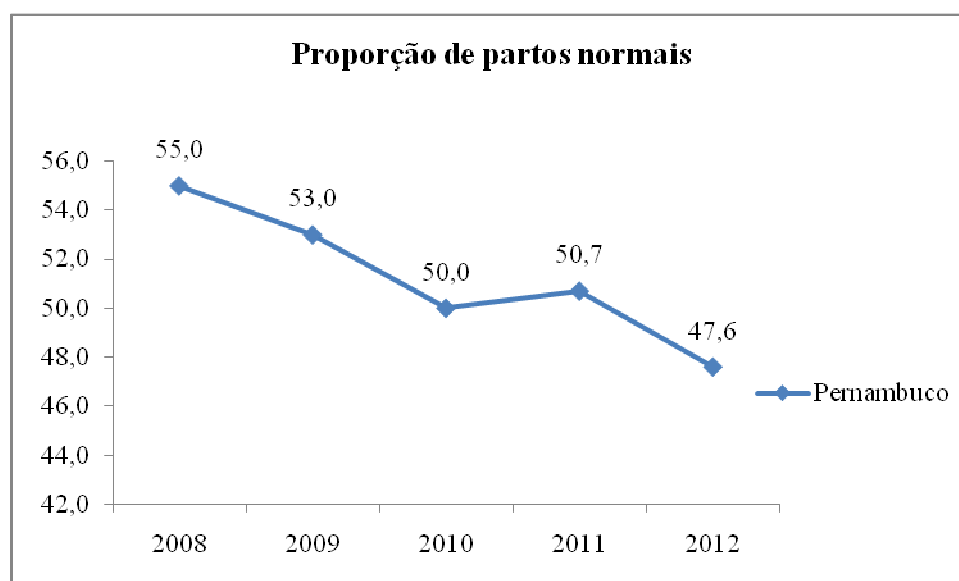
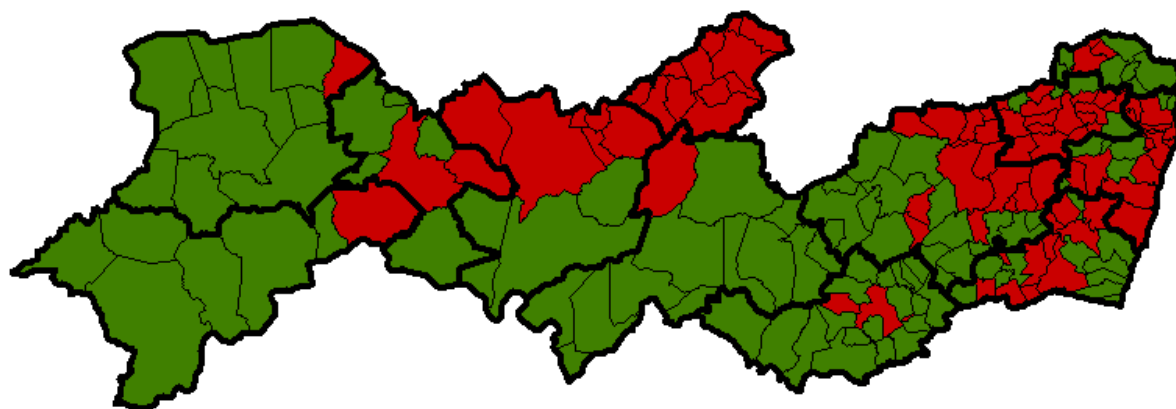
O parto é considerado como um processo psicossomático, onde o comportamento da gestante ou parturiente vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher, sua história pessoal, contexto sócio-econômico, personalidade e simbolismo. É vivido como uma realidade distante que encerra risco, irreversibilidade e imprevisibilidade que nunca podemos prever se vai transcorrer normalmente ou se vai surgir complicações. Estas situações podem ser vivenciadas pela mulher de forma tranquila ou não, dependendo de sua adaptação. Além disso, ele representa ainda "uma transição importante na vida da mulher e da família, um momento em que necessita de apoio e compreensão para poder enfrentar o mais naturalmente possível o trabalho de parto e o parto, sabendo que pode e deve dele participar ativamente, obtendo assim, conforto físico e psíquico (DAVIM; MENEZES, 2001).

No que diz respeito ao indicador de proporção de parto normais no estado de Pernambuco, a área técnica, após análise e discussão da proporção de partos normais em 2008 (55%); 2009 (53%), 2010 (50%) e 2011 (50,7%), observou um decréscimo na proporção desse tipo de parto ano a ano. Nessa perspectiva, a proposta inicial de pactuação para tal indicador para o ano de 2012 seria uma proporção de 51%. No entanto, foi verificado que em 2012, até a data de 28/09/2012, a proporção de partos normais tinha alcançado 47,6% e assim, visto que se passou mais da metade do ano e que os investimentos da Rede Cegonha estão sendo incorporados para os estados e para os Hospitais a partir do ano de 2012, é provável que ações que promoverão mudança do modelo de atenção ao parto, e conseqüentemente aumento da proporção dos partos normais, terão repercussão a médio e longo prazo. Assim, em virtude destes fatores, e da pactuação do Brasil para 2012 ser de 45,9%, foi decidido que a pactuação estadual da Proporção de partos normais para o ano de 2012 será de 48%.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Proporção de partos normais	Aumentar o percentual de parto normal	48%	48%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	<p>Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto.</p> <p>Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.</p>		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> <p><u>Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano</u> x 100</p> <p>Nº de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano</p>		
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	<p>Saúde da Mulher</p> <p>31840604</p> <p>smulherpe@gmail.com</p>		



■ Sim  
■ Não



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos -SINASC

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

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

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

O número de consultas realizadas durante o pré-natal é indicador adequado para avaliar a condição de acesso da gestante ao serviço de saúde.

Esse indicador é influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

Em relação as limitações deste indicador podemos destacar:

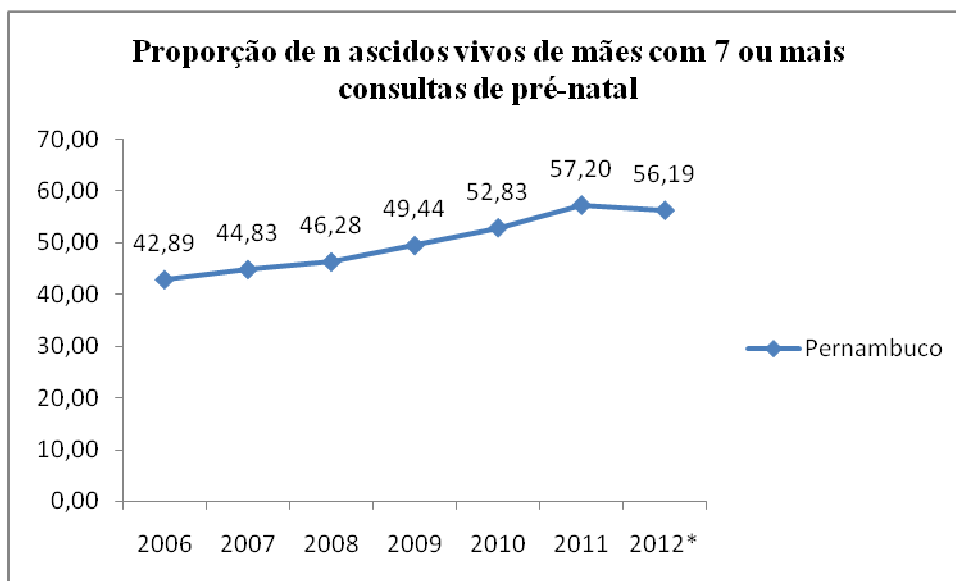
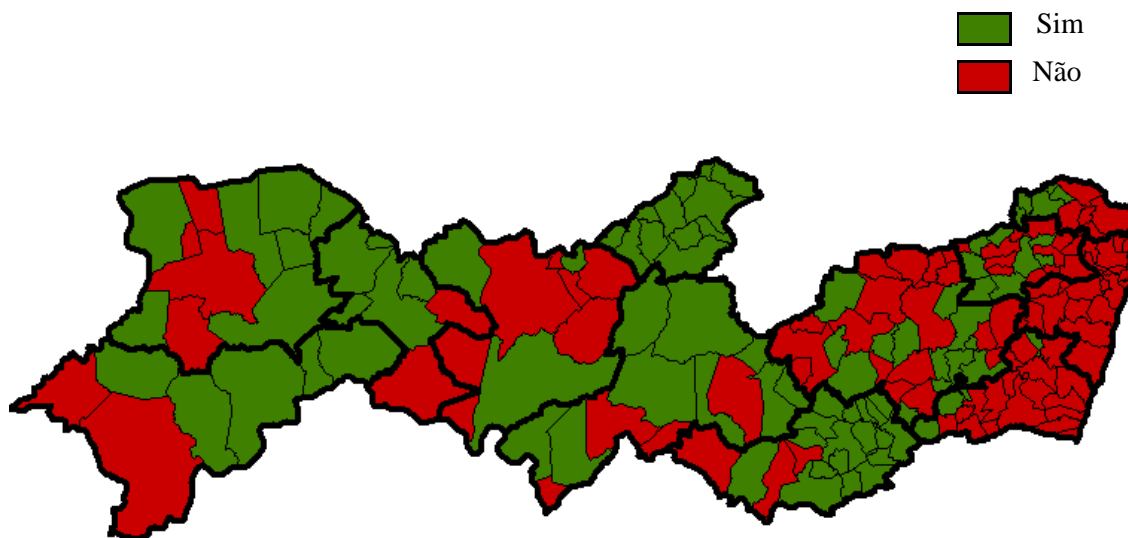
- ✓ Impossibilidade de efetuar comparações com o padrão mínimo de seis consultas de pré-natal estabelecido pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup>, em função do agrupamento do número de consultas no formulário de Declaração de Nascido Vivo<sup>2</sup>.
- ✓ Há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas.
- ✓ Desconsidera, por restrição da fonte de dados, as consultas de pré-natal relativas a gestações que deram origem a natimortos e abortos.
- ✓ A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres.
- ✓ A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos. (Fichas de qualificação e características dos indicadores – RIPSA)

O gráfico mostra a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em Pernambuco no período de 2006 a 2011, apesar de se evidenciar um aumento de 42,9 em 2006 para 57,2% em 2011, este indicador ficou um pouco abaixo do que foi pactuado para 2012 (maior ou igual a 60%). De acordo com o mapa a distribuição por municípios não se deu de forma homogênea e alguns municípios atingiram a meta pactuada.

Quanto as possíveis datas de fechamento dos bancos de dados, de acordo com a Portaria Nº 116 de 11 de fevereiro de 2009, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, no Capítulo IV, Art. 37, os dados devem ser divulgados entre 30 de junho e 30 de agosto do ano subsequente ao ano de

ocorrência em caráter preliminar e até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial; no entanto ressaltamos que na data atual, o DATASUS ainda não disponibilizou no site específico os dados preliminares referentes a 2011. (Portaria MS Nº 116, de 11 de fevereiro de 2009).

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
<b>Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	$\geq 60,0\%$	60,0%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	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.		
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e Período.}}$		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Idalacy Barreto (81) 3184-0196 gmvevpe@gmail.com		



**Fonte:** SINASC/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/Secretaria Estadual de Saúde PE

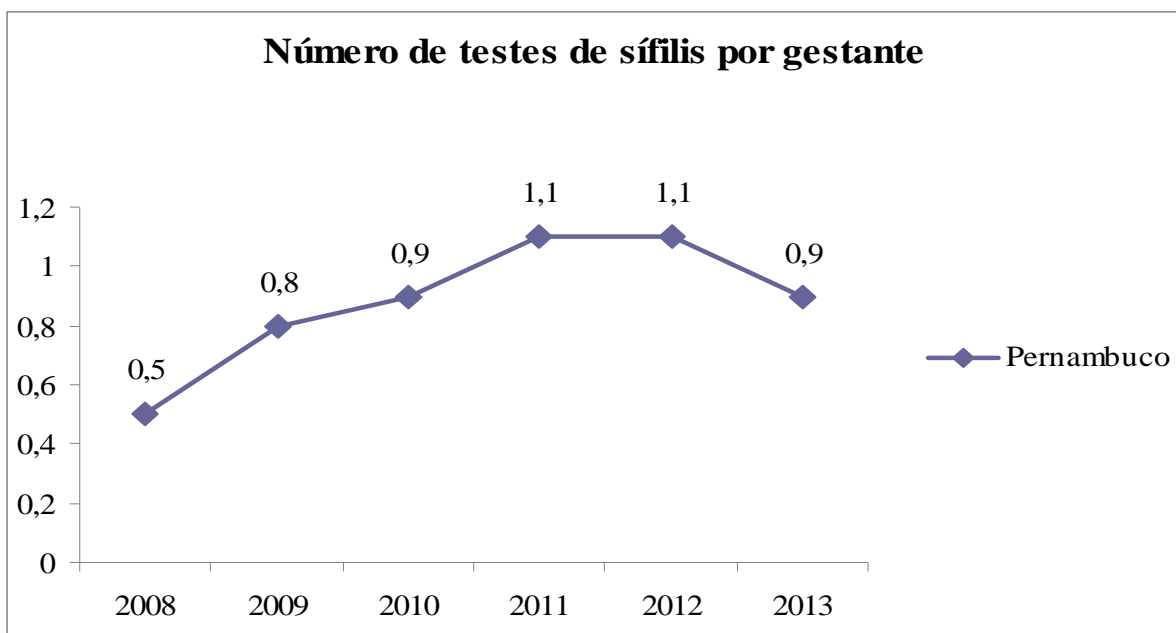
\*Dados sujeitos à alteração. Captados em: 17/07/2013

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

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

**Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante**

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual
Número de teste de sífilis por gestante	2013	2013
	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS	2 testes de sífilis
Tipo de Indicador	Universal.	
Relevância do Indicador	Como indicador de concentração, expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.	
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional Estadual e DF</u></p> <p><u>(Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e local</u>            Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local).</p>	
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).  Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).	
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Khaled Azevedo 3184-0212 dstaidsestadualpe@gmail.com	



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

\*Dados até 05/2013 sujeitos à alteração

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

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

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

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

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

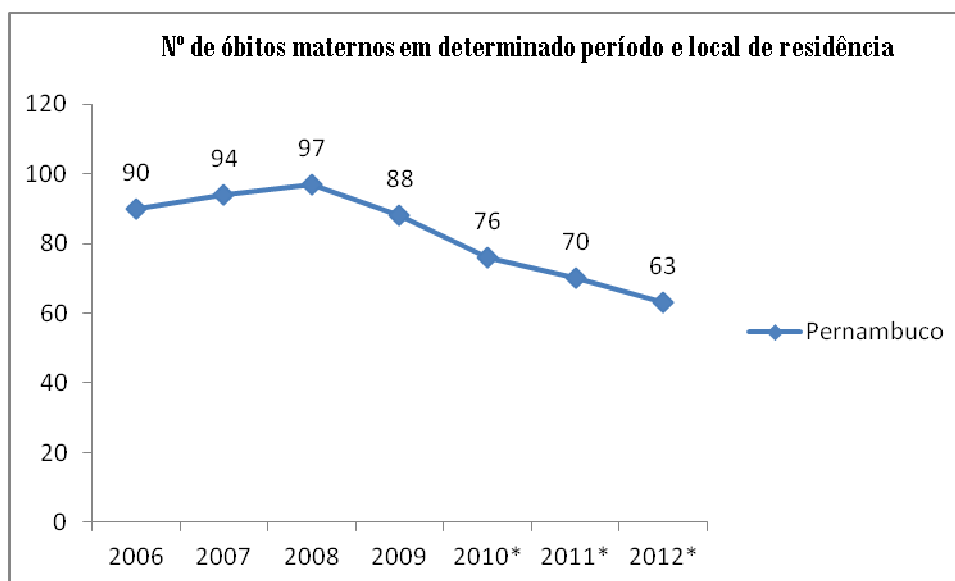
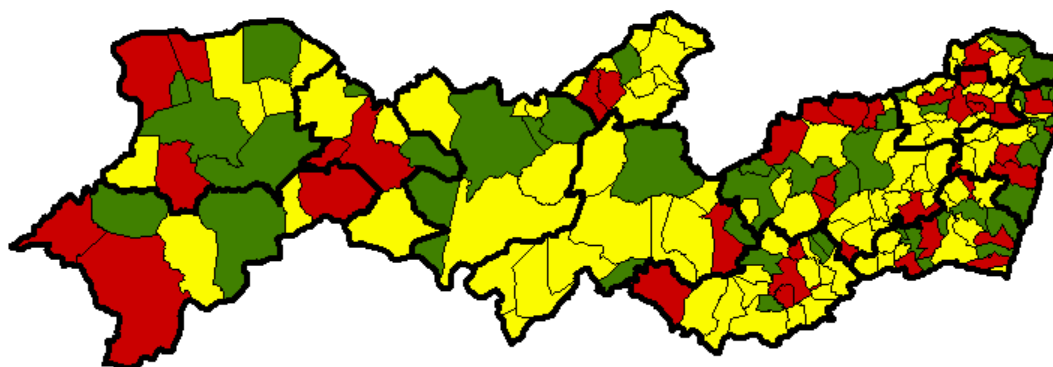
De acordo com a área técnica da SES, esse indicador reflete a qualidade da assistência prestada à mulher neste período. No entanto, embora a gerência de Atenção à Saúde da Mulher do estado esteja de acordo com este indicador, enfatiza que o mesmo não é rotineiramente aplicado, pois a melhor forma de avaliar a assistência materna é utilizando a “Razão de Óbitos Maternos”, onde já existe um parâmetro para classificá-lo como baixa, média ou alta.

A meta utilizada pelo estado está de acordo com os parâmetros pactuados pelo Ministério da Saúde, que deve ser a redução de 5 % do número absoluto em relação ao ano anterior, porém ressalta-se que Pernambuco está com um atraso no fechamento das análises dos óbitos maternos pelos Comitês de Estudos de Mortalidade Materna, onde o último ano concluído até o presente momento foi o de 2009, com 88 óbitos maternos. Em 2010, já consta no SIM o registro de 86 óbitos, restando ainda alguns para serem analisados e discutidos pelo grupo técnico. Tal atraso deve-se a demora no recebimento das investigações realizadas pelos municípios e hospitais. Assim, a pactuação da meta estadual para o ano de 2012 tem como referência o ano de 2009, pois todos os casos ocorridos nesse período encontram-se com investigação concluída.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência			83 óbitos
	Reduzir o número de óbitos maternos	83 óbitos	Redução de 5% referente a 2009
Tipo de Indicador	Universal.		
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, ao parto e puerpério		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u>  Nº de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência.		
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.  Estes casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa 31840196 gmvevpe@gmail.com		



- Reduziu
- Aumento
- Manteve



Fonte: SIMweb/GMVEV/SEVS/SES-P

\*Dados sujeitos a alterações

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

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

### **Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil**

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

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

A taxa de mortalidade infantil, como já foi descrito, estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (*fichas de qualificação e características dos indicadores – RIPSAs*).

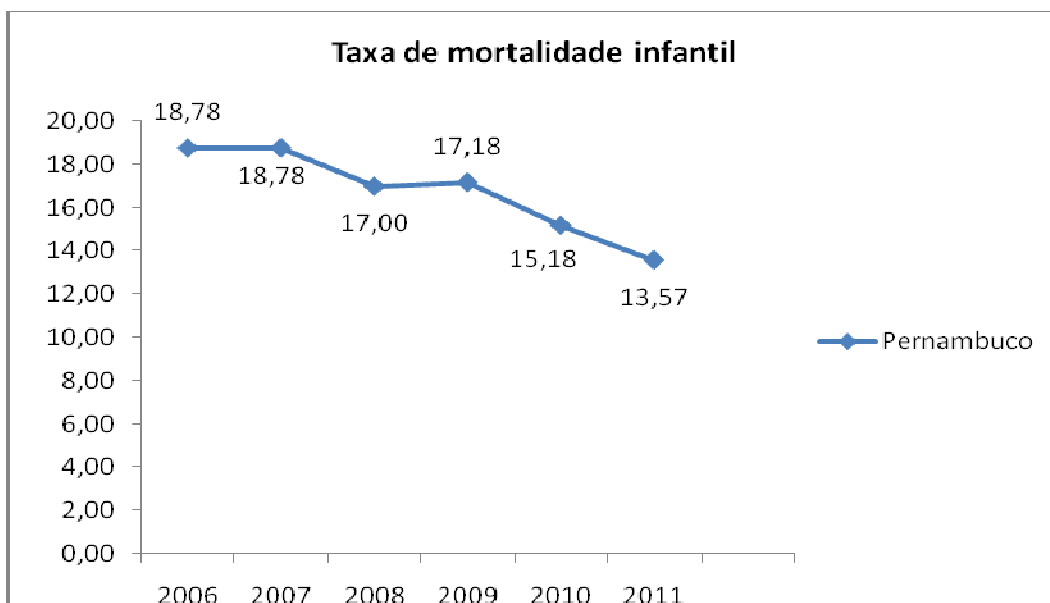
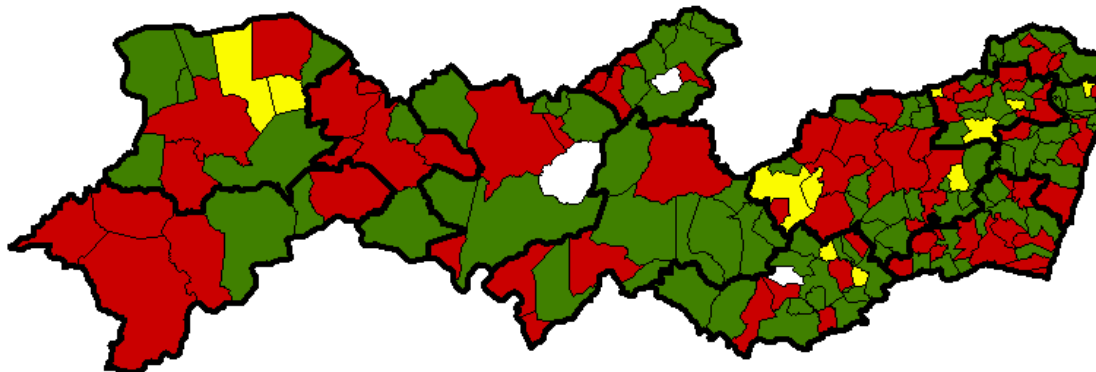
O indicador pode apresentar como limitações: a necessidade de informações adicionais sobre a composição do mesmo, que podem sinalizar a adoção de intervenções diferenciadas sobre a qualidade da atenção à saúde (mortalidade neonatal) ou sobre o ambiente (mortalidade pós-neonatal); também requer correção da subnotificação de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, que podem

oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida. Por fim, envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações (*fichas de qualificação e características dos indicadores – RIPSA*).

A Taxa de Mortalidade Infantil em Pernambuco no período de 2006 a 2011 em Pernambuco apresentou um declínio, ficando a taxa de mortalidade infantil global para o Estado abaixo da meta pactuada para 2012, no entanto podemos avaliar no mapa, que a distribuição destas taxas por município não é homogênea, havendo ainda locais onde essa meta não é cumprida.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Taxa de Mortalidade Infantil	Reduzir a mortalidade infantil	16,4/1000 NV	13,39/1000 NV (Redução de 5 %)
	Universal		
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda acesso das crianças menores de um ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário.		
Método de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano}} \times 100$ <p>Para municípios com população menor que 100.000 habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças menores de um ano.</p>		
Fonte	Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM  Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa 31840196 gmvevpe@gmail.com		

- Reduziu
- Aumentou
- Manteve
- Sem informação



Fonte: Ministério da Saúde, SIM/GMVEV/DG – IAEVE/SEVS/Secretaria Estadual de Saúde – PE.

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

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

### **Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados**

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

Este indicador apresenta como principais vantagens:

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

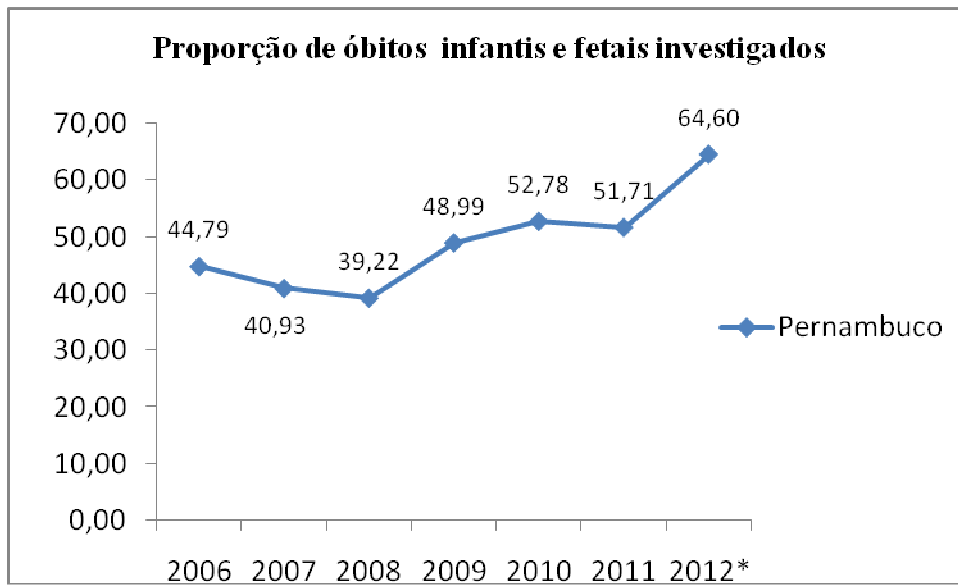
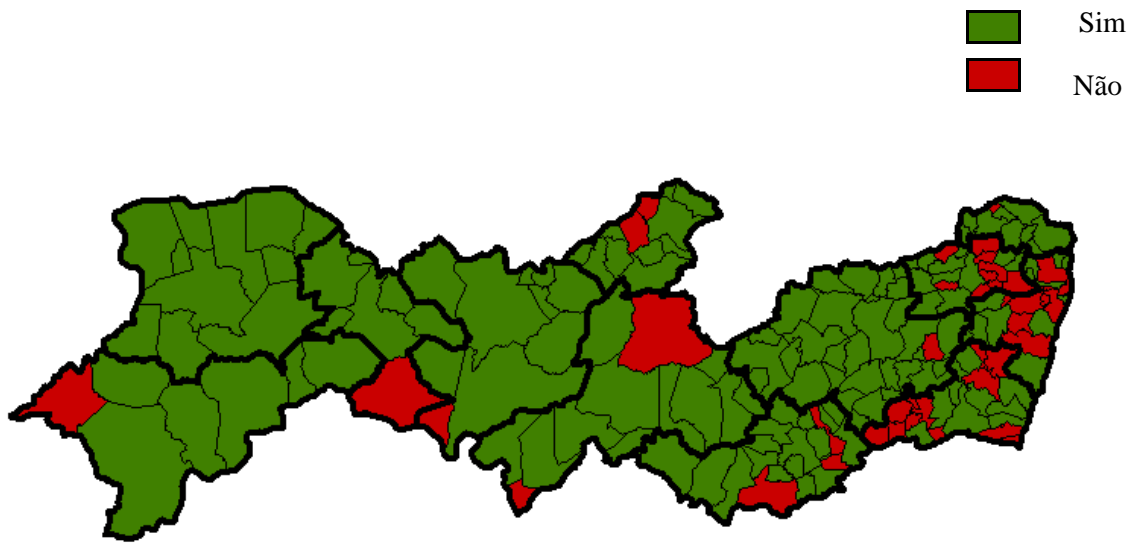
No que diz respeito às limitações desse indicador, observa-se que considerando os critérios para priorizar a investigação dos óbitos fetais e infantis com maior potencial de prevenção, sugeridos no Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde, a fusão em um mesmo indicador da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

Analisando os dados para o estado de Pernambuco, observa-se que a proporção dos óbitos infantis e fetais investigados no período entre 2006 a 2011 apresentou um aumento de 14,0%, passando de 44,9% para 51,2%. A investigação desses óbitos é uma importante estratégia para redução da mortalidade infantil e fetal, que dá visibilidade às elevadas taxas de mortalidades, além de contribuir para melhorar o registro dos óbitos e possibilitar a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

A partir de 2009, surgiram algumas estratégias de apoio à vigilância epidemiológica dos óbitos infantis e fetais, como ações referentes ao Pacto Redução da Mortalidade Infantil, Seminário de Monitoramento das Ações dos Comitês Regionais de Prevenção e Redução da Mortalidade Infantil, a criação do módulo de investigação do óbito infantil e fetal no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIMWEB) em 2010, a atualização do Manual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal – Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, oficinas descentralizadas para discussão de óbitos. Isto se evidencia no aumento da proporção de óbitos investigados a partir de 2009.

Quanto à disponibilidade das informações, a área técnica da SES informa que é trimestral, levando em consideração o prazo de 120 dias após a data do óbito preconizado pela Portaria para a digitação da investigação no módulo do SIMWEB que é a fonte para obtenção da investigação que iniciou o módulo de investigação infantil e fetal a partir de 2010.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Proporção de óbitos infantis e fetais Investigados.</b>	Investigar os óbitos infantil e fetal.	45,0%	>50%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	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.		
<b>Método de Cálculo</b>	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u>  $\frac{\text{Total de óbitos infantis e fetais investigados}}{\text{Total de óbitos infantis e fetais ocorridos}} \times 100$		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Barbara Figueiroa 31840196 gmvevpe@gmail.com		



**Fonte:** Ministério da Saúde, SIM/GMVEV/DG – IAEVE/SEVS/Secretaria Estadual de Saúde – PE.  
**Nota:** \*Dados sujeitos a revisão, DBC: 24/07/2013.

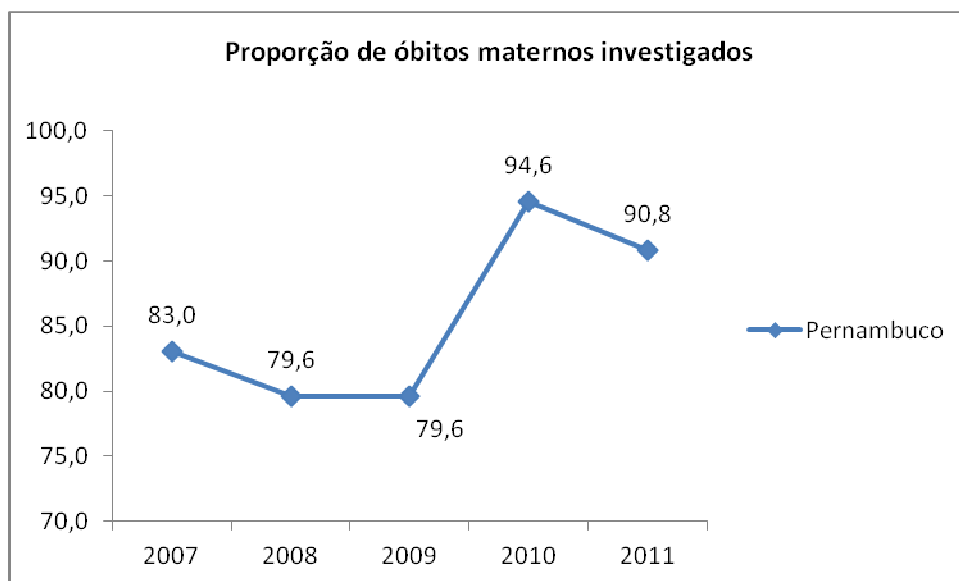
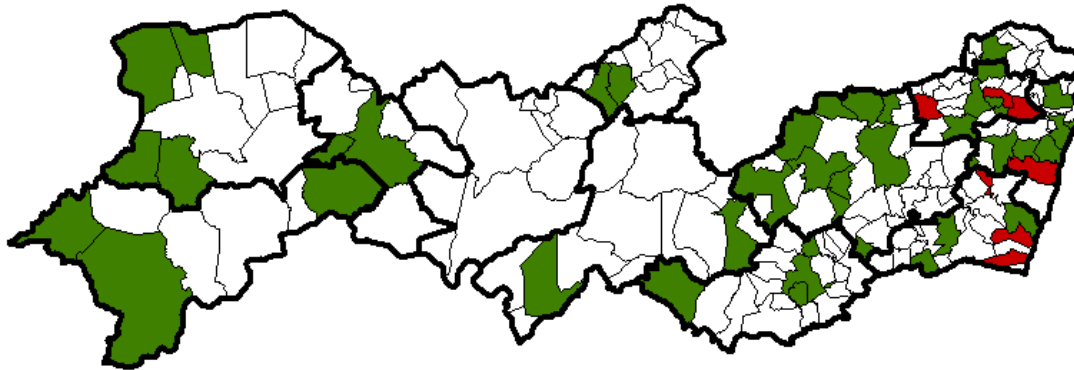
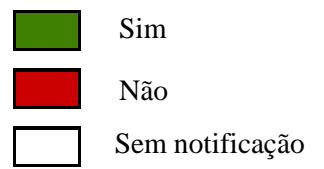
**Diretriz 3** – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

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

**Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados**

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Proporção de óbitos maternos investigados	Investigar os óbitos maternos	84,1%	100%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u>  $\frac{\text{Total de óbitos maternos investigados}}{\text{Total de óbitos maternos}} \times 100$		
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.  Observação: O numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo módulo.		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa 31840196 gmvevpe@gmail.com		





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

\* Dados sujeitos à revisão, DBC: 06/08/13

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

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

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

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

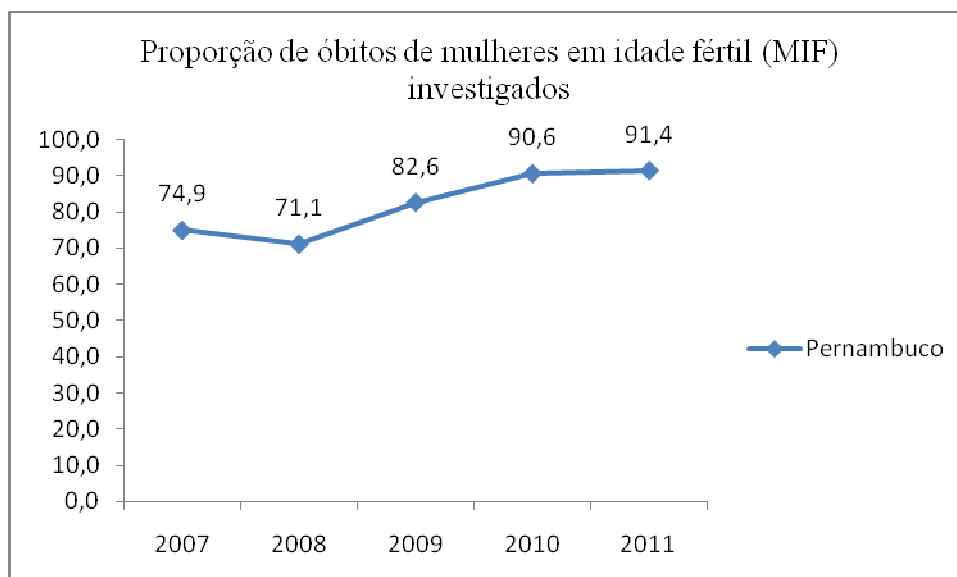
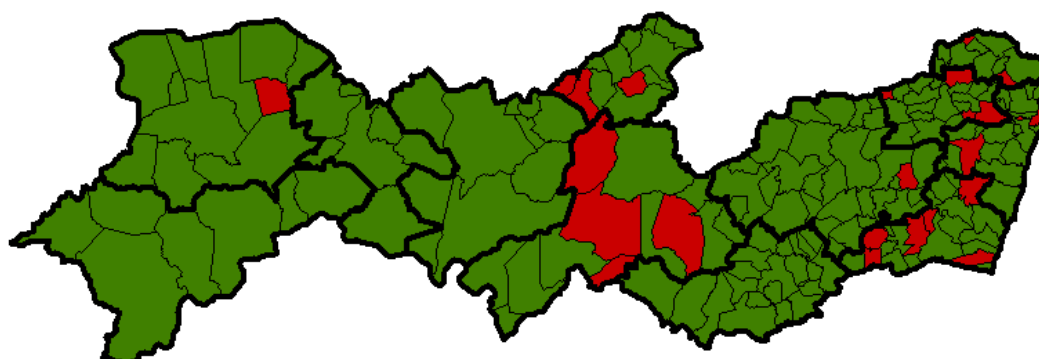
- ✓ Óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, conforme a Portaria nº 1.119 de 05/06/2008;
- ✓ Indicador direto da qualidade da vigilância epidemiológica do óbito materno nas estruturas responsáveis por esta ação, além de ser um indicador indireto da qualidade dos dados de mortalidade materna;
- ✓ A investigação permite identificar os óbitos evitáveis e subsidia a discussão e análise dos casos, para que seja possível realizar as recomendações adequadas e evitar novos óbitos pelas mesmas causas.
  - No entanto, esse indicador apresenta algumas limitações tais como:
- ✓ O nome do indicador não condiz com o método de cálculo e a descrição do indicador estabelecido pelo “Orientação e acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012”, já que fala-se em causas presumíveis e estas não são consideradas no cálculo, e sim todos os óbitos de mulheres em idade fértil;
- ✓ A utilização do indicador com a fusão do número de óbitos de MIF e óbitos maternos declarados fora da faixa etária de 10 a 49 anos não permite acompanhar o aparecimento desses óbitos maternos fora dessa faixa etária;
- ✓ Os óbitos maternos encontrados fora dessa faixa etária geralmente estão relacionados a algum erro de codificação da causa básica, ou se ocorre, é um evento raro;
- ✓ Este indicador não permite analisar a magnitude dos óbitos maternos investigados.

Ao analisar os dados para esse indicador do estado, a área técnica da SES afirma que a partir do ano de 2009, com a implantação do módulo para investigação do óbito materno no SIMWEB, iniciou-se a inserção das investigações dos óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. Assim ficou estabelecido que todos os municípios devem digitar os referidos óbitos residentes de sua área de abrangência. Dessa maneira, observa-se um aumento da investigação no ano de 2010 (85,9%), pois nesse ano considerou-se obrigatória a digitação pelo módulo Web. O ano de 2011 apresenta-se com 79,4%, com aparente declínio, porém sujeito as alterações, já que os municípios ainda estão inserindo as investigações no módulo.

Quanto a disponibilidade das informações para esse indicador, segundo a área técnica, ela é trimestral, levando em consideração o prazo de 120 dias após a data do óbito preconizado pela Portaria para a digitação da investigação no módulo do SI

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
<b>Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	75,0% R- 83,9	75%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	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		
<b>Método de Cálculo</b>	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u>  $\frac{\text{Total de óbitos de MIF investigados}}{\text{Total de óbitos de MIF}} \times 100$		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Barbara Figueiroa 31840196 gmvevpe@gmail.com		

Sim  
Não



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

\* Dados sujeitos à revisão, DBC: 06/08/13

**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 (Cont.)

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

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

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

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

No estado de Pernambuco, a incidência de Sífilis Congênita ainda apresenta indicadores muito distantes da meta de alcance de um dos objetivos do milênio que é a eliminação, definida por uma prevalência de 0,5 casos por 1.000 Nascidos Vivos (NV). No ano de 2011, 704 casos novos foram notificados apresentando uma taxa de incidência de 4,7/1.000 NV com um aumento de 34% em relação à média dos últimos 5 anos (525 casos novos/ano).

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

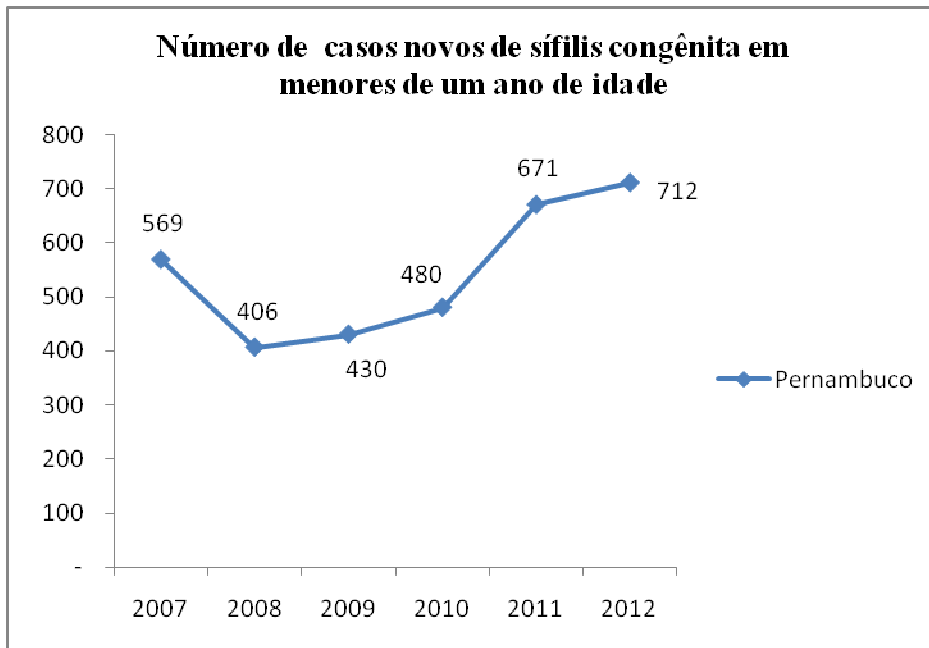
Vale ressaltar, que o tempo oportuno para o encerramento da investigação do caso de sífilis congênita é de até 60 dias após a data de notificação, pois desta forma, permite o conhecimento dos casos confirmados e, por conseguinte, a orientação da aplicação e avaliação de medidas de controle em tempo hábil, bem como, trazem a real magnitude do perfil epidemiológico desse grave problema de saúde pública nacional.

Na pactuação da Meta Estadual de incidência de Sífilis Congênita < 1 ano, foi observado que nos últimos 5 anos houve um incremento nas notificações possivelmente devido

a razões mencionadas anteriormente e, por isso, uma dificuldade de pactuar um número menor de casos ocorreu, principalmente quando considera-se a subnotificação de casos que possivelmente existam.

Com a implementação da testagem rápida (sífilis e HIV) no âmbito ser evitadas quando a assistência é corretamente prestada e em tempo hábil do pré-natal na atenção primária através da Rede Cegonha, espera-se evitar o aumento da incidência de novos casos de sífilis congênita e AIDS em menores de 5 anos, pois ambas podem.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Incidência de sífilis congênita	Reduzir o número de casos de sífilis congênita	650	650
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Khaled Azevedo 3184-0212 dstaidsestadualpe@gmail.com		



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

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

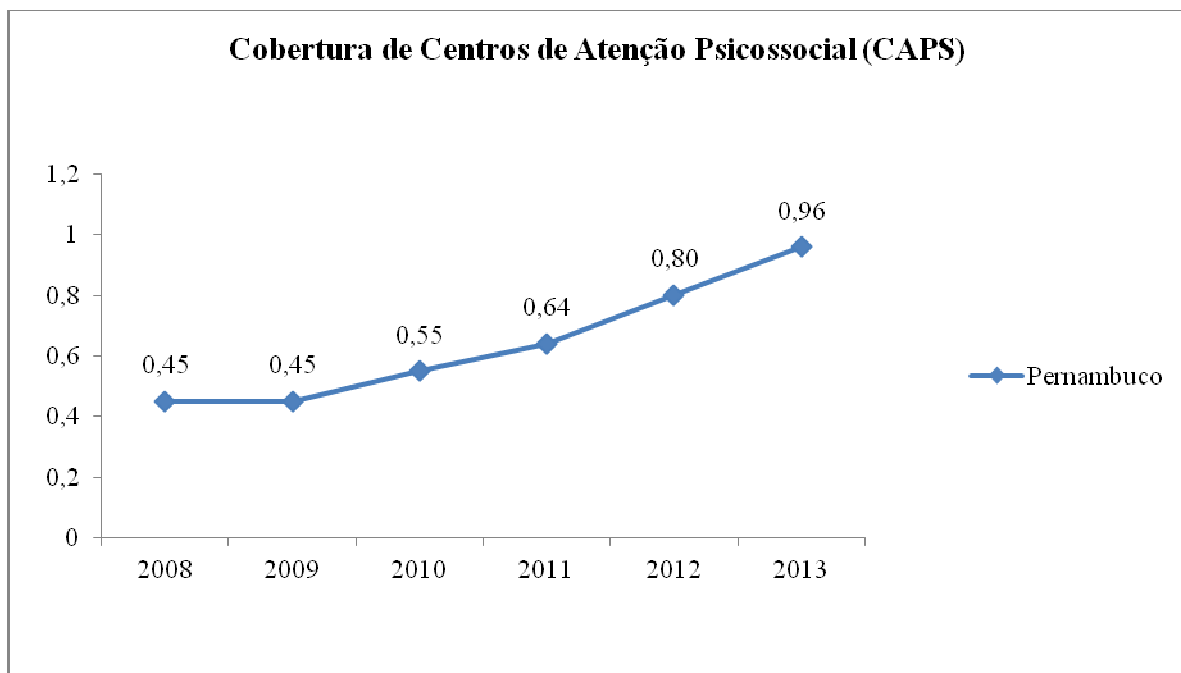
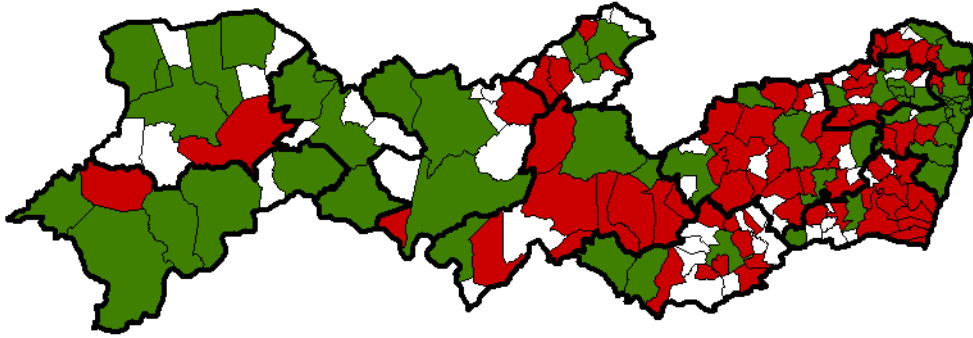
**Objetivo Nacional 4.1** - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

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

Indicador	Meta Brasil 2012	Meta Estadual	Meta Estadual
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	2013	2012	2013
	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	0,77	0,85
Tipo de Indicador	Específico		
Relevância do Indicador	Permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/ diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.		
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  $\frac{(N^{\circ} \text{ CAPS I} \times 0,5) + (n^{\circ} \text{ CAPS II}) + (N^{\circ} \text{ CAPS III} \times 1,5) + (N^{\circ} \text{ de CAPS}) + (N^{\circ} \text{ CAPS ad}) + (N^{\circ} \text{ de CAPSad III} \times 1,5)}{\text{População residente no mesmo local e período}} \times 100.000$		
Fonte	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde – CNES		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Léa Lins 31840581 gasam.saude@gmail.com		



- Sim
- Não
- Não se aplica



**Fonte:** Área Técnica – Coordenação de Saúde Mental /Secretaria Estadual de Saúde –PE.

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

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

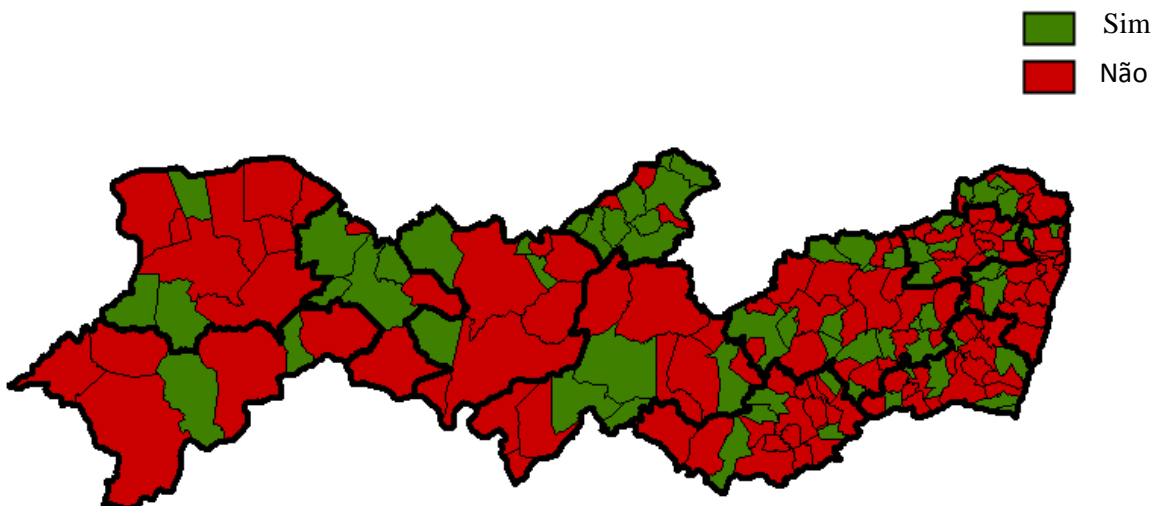
**Indicador 30a** - Número de óbitos prematuros(<70anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas)

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>30a - Número de óbitos prematuros(&lt;70anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT ( Doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas)</b>	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70anos) por doenças Crônicas Não Transmissíveis (Doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas)	17.874 <sup>1</sup>	17.517 (Redução 2%)
<b>30b - Taxa de mortalidade prematura(&lt;70anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT ( Doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas)</b>	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70anos) por doenças Crônicas Não Transmissíveis (Doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas)	479,5/100.000 hab. <sup>1</sup>	Reduzir 2% 469,9/100.000 hab.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.		
<b>Método de Cálculo</b>	1. <u>Para Município/Região com menos de 100 mil habitantes:</u> Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 [ I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-		

	<p>E14], em determinado ano e local.</p> <p><b><u>2. Para Município/Região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta:</u></b></p> <p>Número de óbitos(30 a 69anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 [ I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14], em determinado ano e local x 100.000</p> <p>População residente (30 a 69anos), em determinado ano e local</p>
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Barbara Figueiroa 31840196 gmvevpe@gmail.com

1-Resultados referente ao ano de 2011 (Banco fechado)

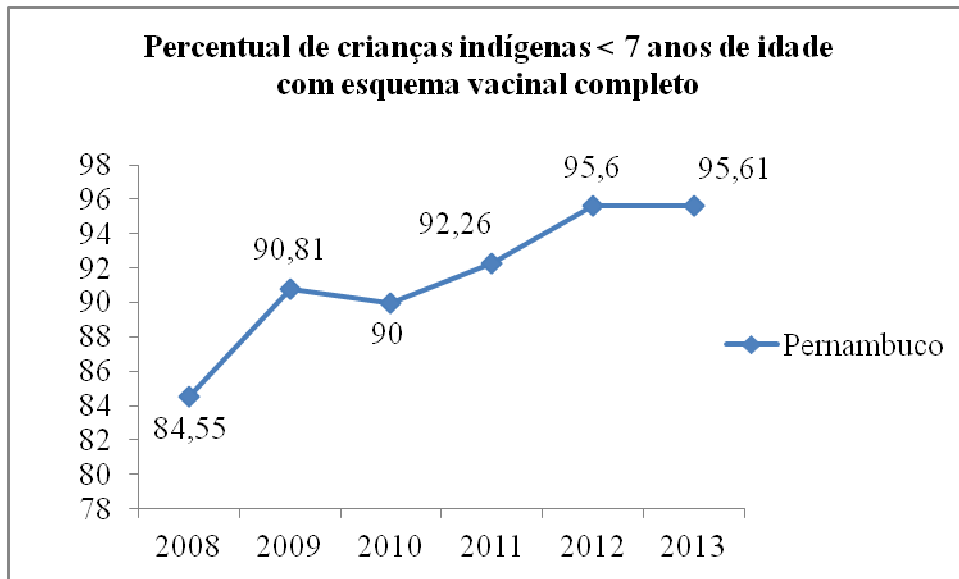


**Diretriz 6** - Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades.

**Objetivo Nacional 6.1** - Articular o SUS com o subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

**Indicador 31 - Percentual de crianças indígenas < 7anos de idade com esquema vacinal Completo**

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual
	2013	2013
Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo	Alcançar no mínimo, 75% de crianças indígenas < 7anos de idade com esquema vacinal completo	90%
Tipo de Indicador	Específico	
Relevância do Indicador	Acompanhar o alcance da meta estabelecida para as crianças indígenas < 7 anos com esquema vacinal completo, contribuindo na avaliação epidemiológica da redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis nesta população	
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual</u> Número de crianças indígenas < 7 anos de idade com <u>esquema vacinal completo x 100</u> População de crianças indígenas < 7 anos de idade	
Fonte	Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) – módulos de Imunizações e Demográfico, e Planilhas de coberturas vacinais dos DSEI.	
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Antonio Fernando 34278342 antonio.f.silva@saude.gov.br	



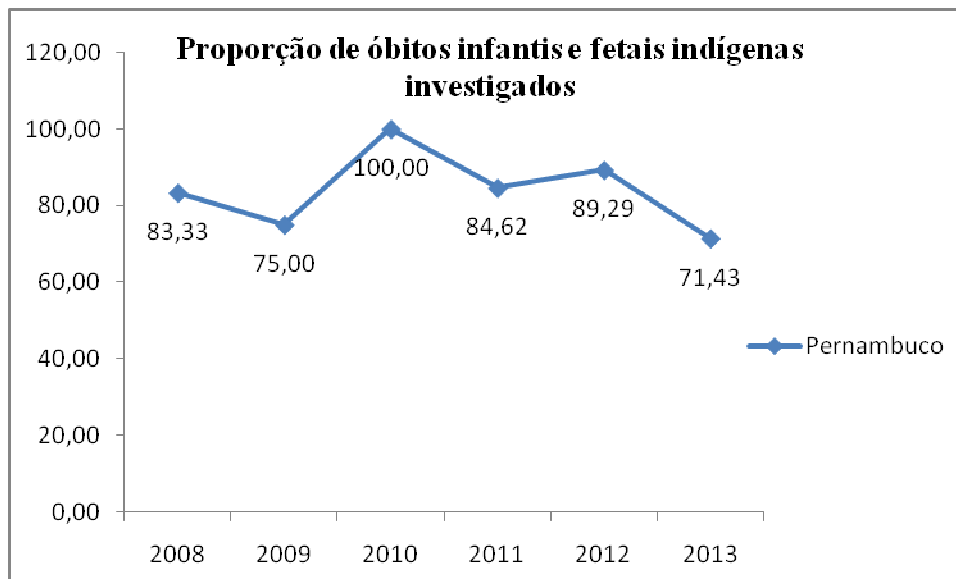
Fonte: Área técnica FUNASA

**Diretriz 6-** Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades.

**Objetivo Nacional 6.1** - Articular o SUS com o subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

**Indicador 32 - Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados**

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual
Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados	<b>2013</b>	<b>2013</b>
	Investigar os óbitos infantis e fetais indígenas	100%
Tipo de Indicador	Específico	
Relevância do Indicador	A Investigação de Óbitos Infantil e Fetal pode ser um importante indicador de acompanhamento que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Refletem, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.	
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual</u> $\frac{\text{Total de óbitos infantis e fetais indígenas investigados}}{\text{Total de óbitos infantis e fetais indígenas ocorridos}} \times 100$	
Fonte	A fonte para acompanhamento dos indicadores para investigação será através do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena/SIASI.	
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Antonio Fernando 34278342 antonio.f.silva@saude.gov.br	



Fonte: Área técnica FUNASA

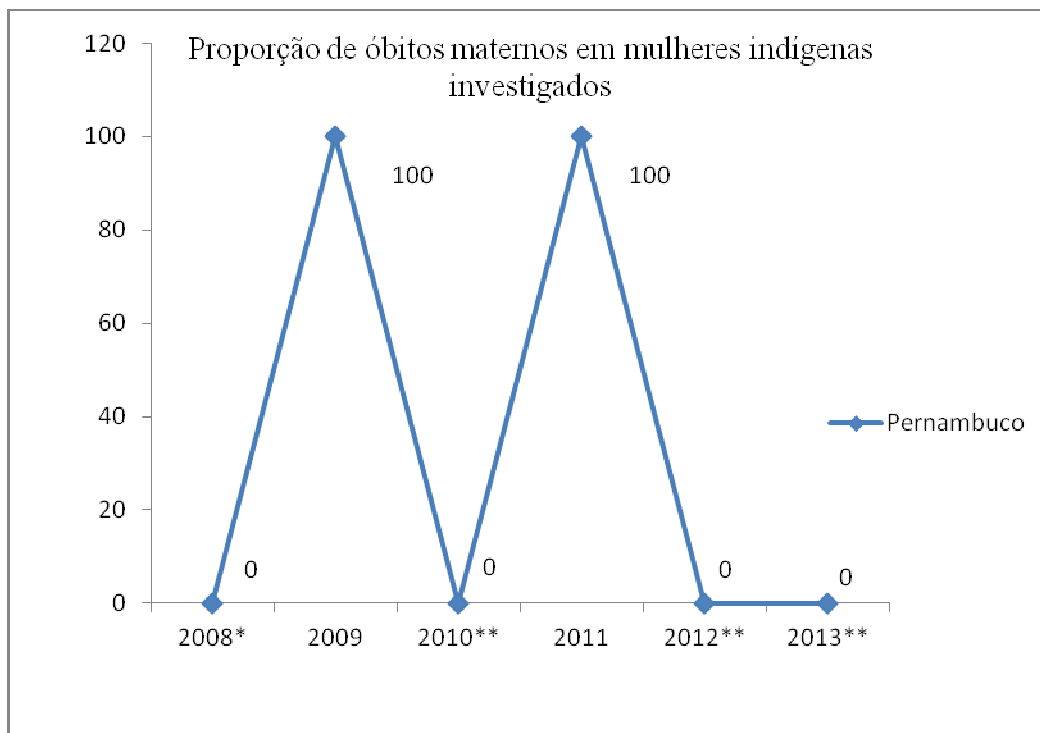
**Diretriz 6** - Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades.

**Objetivo Nacional 6.1** - Articular o SUS com o subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

**Indicador 33 - Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados**

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual
<b>Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas	100%
<b>Tipo de Indicador</b>	Específico	
<b>Relevância do Indicador</b>	A mortalidade materna, evitável em mais de 90% dos casos, Trata-se de um indicador capaz de apontar iniquidades de acesso e ingresso social e de rastrear os gargalos da atenção recebida ou a falta de assistência oportuna; de apontar necessidades de (re)organização e de adoção de medidas de gestão, educativas e/ou de (re)estruturação da rede, que promovam adequação e imprimam resolutividade e qualidade às ações e serviços oferecidos à mulheres. Na saúde indígena, a magnitude do problema é desconhecida tanto quanto as especificidades do processo de adoecimento ao óbito que caracteriza a realidade que envolve os diferentes povos indígenas.	
<b>Método de Cálculo</b>	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual</u>  $\frac{\text{Total de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados} \times 100}{\text{Total de óbitos maternos em mulheres indígenas}}$	
<b>Fonte</b>	A fonte para acompanhamento dos indicadores para investigação será através do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena/SIASI.	
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Antonio Fernando 34278342 antonio.f.silva@saude.gov.br	





\* No ano de 2008 ainda não existia o controle de investigação para óbito materno.

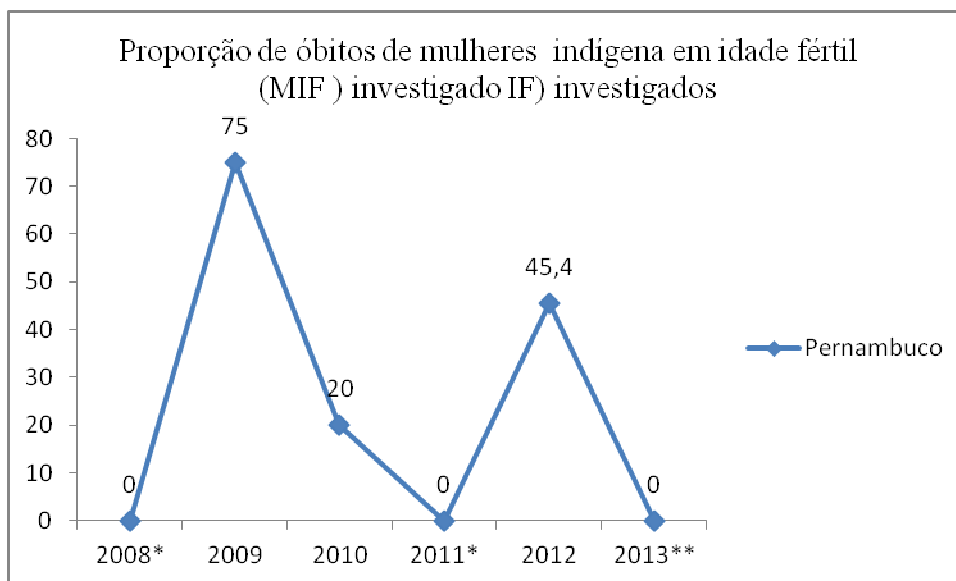
\*\* Não houve registro de óbito materno.

**Diretriz 6** - Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades.

**Objetivo Nacional 6.1** - Articular o SUS com o subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

**Indicador 34 - Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) Investigados**

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual
Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados	<b>2013</b>	<b>2013</b>
	Investigar os óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF)	100%
Tipo de Indicador	Específico	
Relevância do Indicador	A mortalidade de mulher indígena em idade fértil é um evento considerado como dos mais sensíveis para retratar a qualidade de vida e a qualidade de acesso e atenção à saúde das mulheres nessa faixa etária em um determinado território e em dado período de tempo. Na saúde indígena, a magnitude do problema é desconhecida tanto quanto as especificidades do processo de adoecimento ao óbito que caracteriza a realidade que envolve os diferentes povos indígenas.	
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual</u></p> $\frac{\text{Total de óbitos em Mulheres Indígenas em Idade Fértil Investigado}}{\text{Total de óbitos de Mulheres Indígenas em Idade Fértil}} \times 100$	
Fonte	A fonte para acompanhamento dos indicadores para investigação será através do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena/SIASI.	
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Antonio Fernando 34278342 antonio.f.silva@saude.gov.br	



\* No ano de 2008 ainda não havia controle de investigação de óbitos em MIF.

\*\* O caso registrado de óbito de MIF ocorreu no final do 1º semestre, investigação ainda não concluída.

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

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

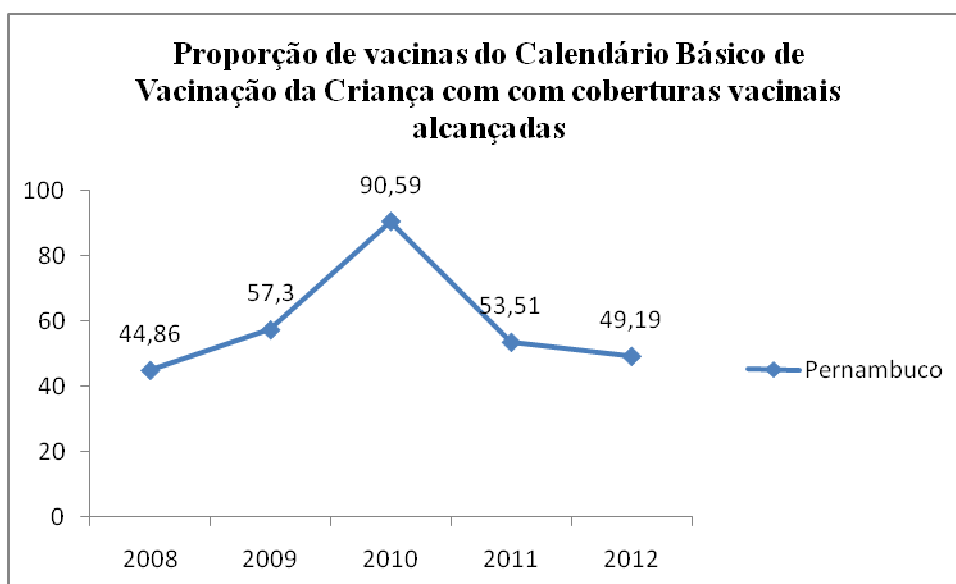
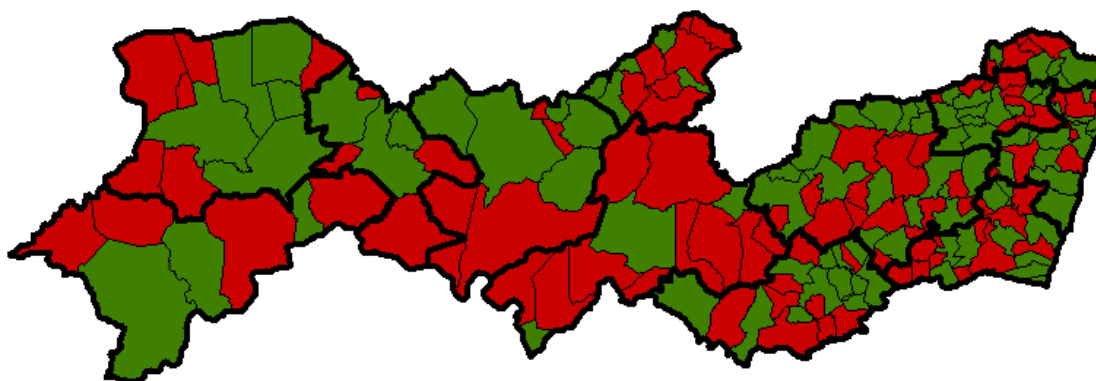
**Indicador 35 - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas**

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	49,19	≥75%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Evidencia se as vacinais que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem cobertura de acordo com preconizado pelo PNI.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Regional e Estadual:</u></p> <p><math display="block">\frac{\text{Número de municípios com coberturas vacinais adequadas para as vacinas do calendário de vacinação da criança}}{\text{Total de municípios}} \times 100</math></p> <p><u>Método de Cálculo Municipal e DF:</u></p> <p>Indicador: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinal adequada*</p> <p>*Cobertura vacinal adequada: <math>\geq 75\%</math> das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com cobertura vacinal alcançada</p>		
Fonte	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-API ou SI-PNI). Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Adriana Baltar 3184-4001 rfepe@hotmail.com		

## 1. Vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança e cobertura recomendada:

- a) BCG-ID: cobertura vacinal  $\geq 90\%$
- b) Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH): cobertura vacinal  $\geq 90\%$
- c) Pentavalente (DTP+Hib+HepB): cobertura vacinal  $\geq 95\%$
- d) Vacina contra Poliomielite: cobertura vacinal  $\geq 95\%$
- e) Vacina Tríplice Viral: cobertura vacinal  $\geq 95\%$
- f) Vacina Pneumocócica Conjugada (PnC10v): cobertura vacinal  $\geq 95\%$
- g) Vacina Meningocócica Conjugada C (MnC): cobertura vacinal  $\geq 95\%$
- h) Vacina contra Influenza (INF): cobertura vacinal  $\geq 80\%$  (campanha anual)

*Calendário Básico de Vacinação da Criança: 8 vacinas (das quais 7 aplicadas no esquema vacinal de rotina e 1 em campanha de vacinação)*



Fonte : Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações ( SIAPI )

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

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

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

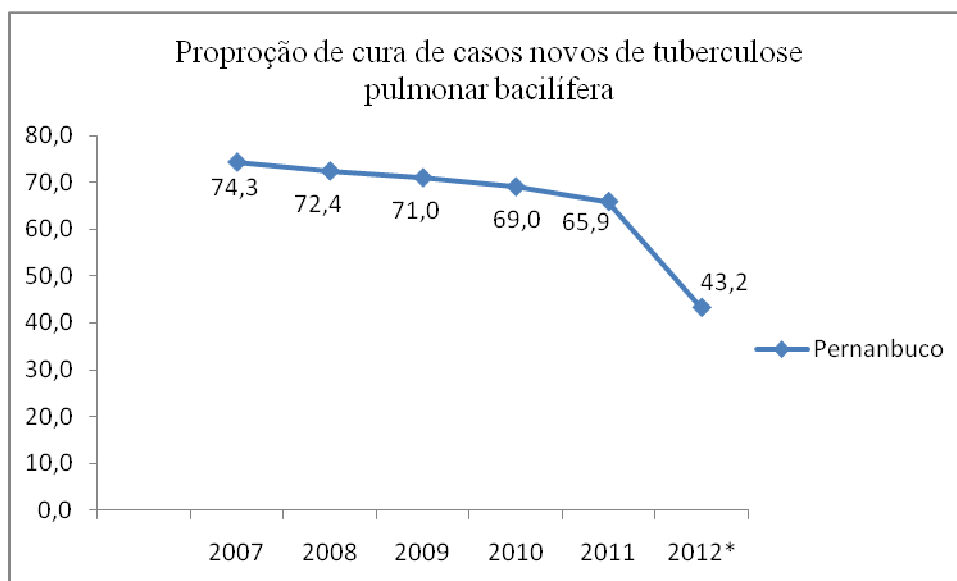
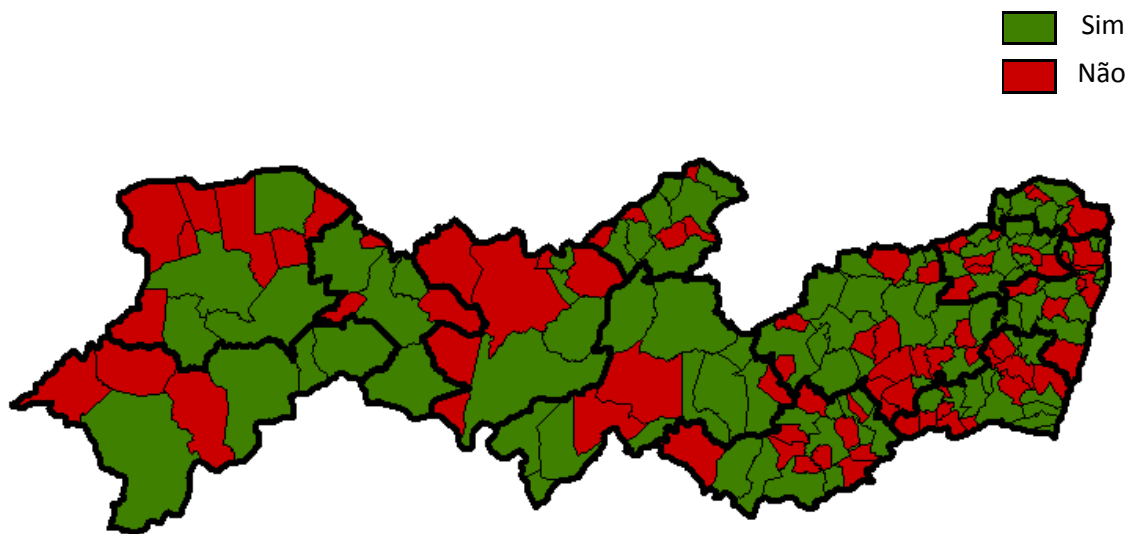
A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose (TB) pulmonar ao tossir,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

A tuberculose (TB) ainda é considerada como um grave problema de saúde pública no mundo. Em 2009, o Brasil apresentou uma taxa de incidência de 38 casos novos para cada 100 mil habitantes e uma taxa de mortalidade de 2,5 óbitos por 100 mil habitantes.

Segundo a área técnica da SES, esse indicador tem como principais vantagens: acompanhar o tratamento do caso de tuberculose bacilífero até o término do seu tratamento, levantar dados para ajudar no planejamento das ações e indicar prioridades. Além disso, a sua importância está no fato de identificar a quebra da cadeia de transmissão da doença que favorece a diminuição da incidência de tuberculose em Pernambuco e ajudar a criar estratégias para melhorar a prevenção, o controle e a vigilância da doença. No entanto, a área técnica afirma que as limitações para se trabalhar esse indicador decorrem da fonte de dados do SINAN, onde a qualidade do preenchimento do encerramento deixa a desejar; pois as informações algumas vezes divergem entre as fontes de dados que são o livro de acompanhamento, o boletim de acompanhamento e o SINAN.

Quanto ao fechamento do banco de dados de tuberculose o prazo estabelecido é a última semana do mês de novembro

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.</b>	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera:	74%	63 %
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS		
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  $\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados}}{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera Diagnosticados}} \times 100$		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Nadianara Araújo 31840202 tuberculose.pe@gmail.com		



**Fonte:** Ministério da Saúde, SINAN/SES/PCT-PE.

**Nota:** \*Dados preliminares, sujeitos a revisão.

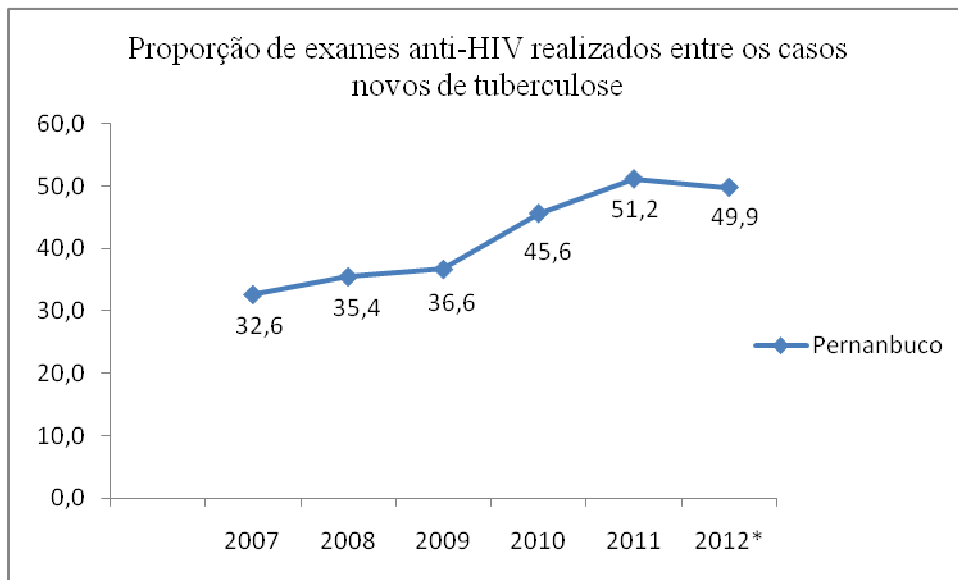
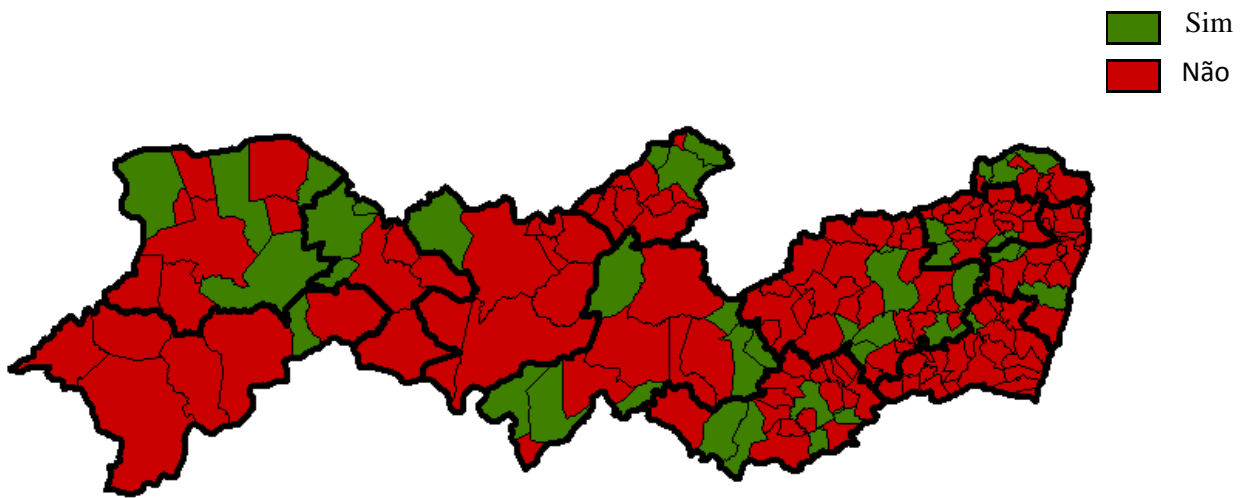


**Diretriz 7** – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

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

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

Indicador	Meta Brasil 2012	Resultado Estadual	Meta Estadual
<b>Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose</b>	2013	<b>2012</b>	<b>2013</b>
	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de Tuberculose	49,9	75%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de Aids, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado.		
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  <u>Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV Realizado x 100</u> Total de casos novos tuberculose diagnosticados no ano.		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Nadianara Araújo 31840202		



Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

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

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

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

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

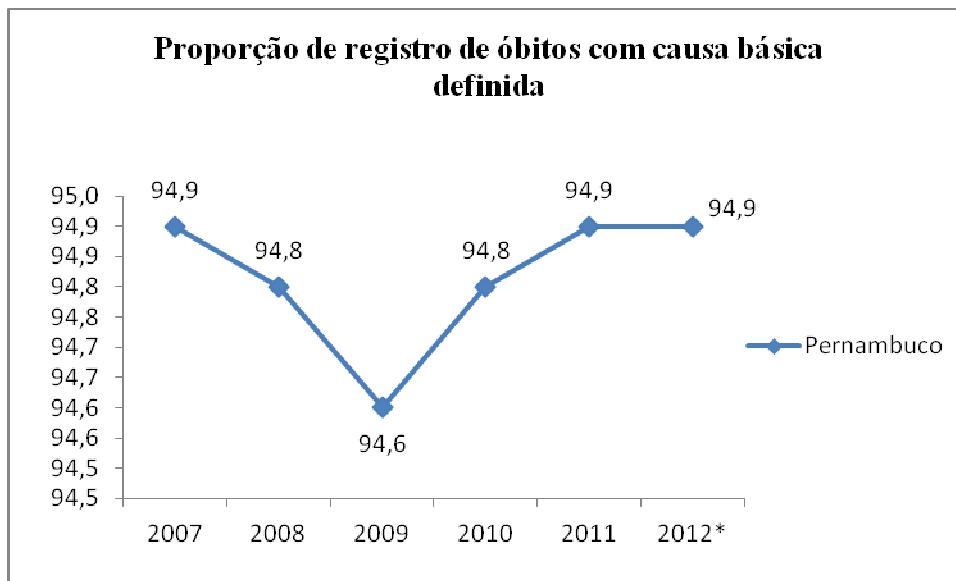
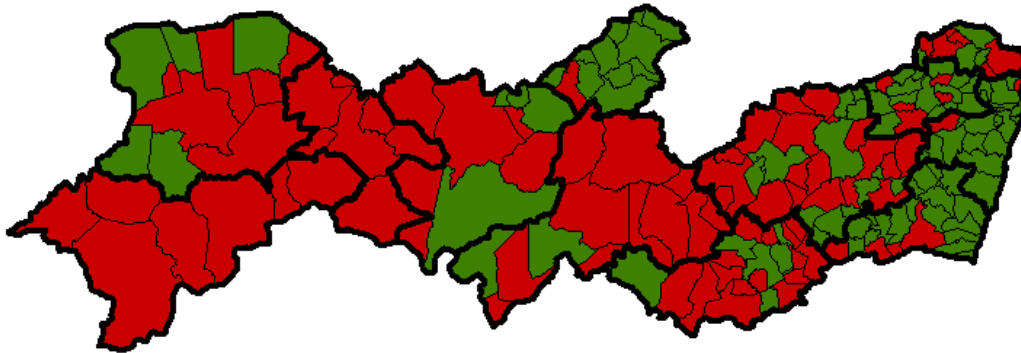
Os registros de óbitos representam importante fonte de informação para a avaliação do estado de saúde da população e são muitas vezes e para muitas regiões do país, a única fonte disponível, seja para análise epidemiológica ou mesmo para o planejamento e administração em saúde. Dada a relevância das estatísticas de mortalidade, torna-se imprescindível o conhecimento da sua qualidade, tanto no que diz respeito à sua cobertura, quanto à qualidade dessas informações para a identificação da causa do óbito e características sócio demográficas do evento (Aidar, [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/saut32\\_5.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/saut32_5.pdf)).

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

No entanto, de acordo com a área técnica da SES, esse indicador tem como principal limitação o fato de tender a estar subestimado em áreas com baixa cobertura do SIM.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	≥ 95,0%	≥ 95,0%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> <u>Total de óbitos não fetais com causa básica Definida</u> x 100 Total de óbitos não fetais		
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa 31840196 gmvevpe@gmail.com		

■ Sim  
■ Não



**Fonte:** SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/Secretaria Estadual de Saúde – PE.  
**Nota:** Dados sujeitos a revisão, DBC: 01/06/2012

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

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

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

O acompanhamento do indicador de oportunidade de encerramento das investigações referentes à doenças/agravos de notificação compulsória é essencial, tendo em vista que a construção de uma informação que retrate a realidade epidemiológica é necessária à gestão dos serviços, possibilitando desta forma a definição de prioridades e condicionando às transformações necessárias.

Este indicador apresenta como vantagens: a possibilidade de subsidiar a avaliação da eficiência de um sistema de vigilância epidemiológica quanto à sua agilidade em encerrar casos notificados; disponibilidade de informação para interromper ou prevenir exposição continuada que conduza à doença; orientação para aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil; subsídio para o planejamento das ações; contribuição para o monitoramento de outros indicadores, tais como, sensibilidade, que é a capacidade do sistema em detectar casos e especificidade que expressa a capacidade de descartar os “não-casos”.

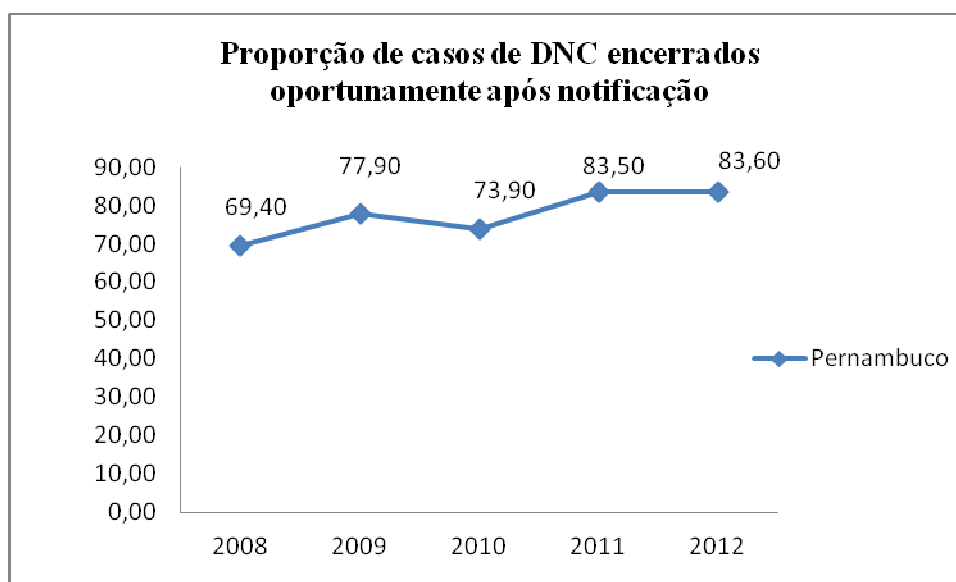
Algumas situações podem comprometer o comportamento do indicador, fazendo que o mesmo retrate uma realidade distorcida no que se refere ao sistema de vigilância. Alguns municípios se deparam algumas vezes com condições adversas para o encerramento das investigações dos casos de DNC, tais como, a dificuldade para realização de exames laboratoriais, no transporte dos técnicos de vigilância às unidades de saúde para o resgate de informações, dentre outras, que acabam propiciando a permanência de casos sem encerramento, e estes favorecem a redução do percentual de casos encerrados oportunamente.

Os casos de dengue clássico não são incluídos nas análises de oportunidade de encerramento das investigações, diante de seu caráter potencialmente epidêmico. A ocorrência de muitos casos de dengue pode dificultar a investigação epidemiológica da sua totalidade. Os casos de tuberculose e hanseníase devem ter o encerramento analisado em separado, pois têm critérios e parâmetros específicos.

O encerramento dos casos notificados como suspeitos e/ou confirmados, deve ser efetuado dentro de um prazo de tempo estabelecido por normas técnicas, que varia de acordo com o agravo notificação.

**Tabela 1** - Prazo para encerramento dos casos referentes a doenças/agravos de notificação compulsória

Doença/Agravo	Prazo para Encerramento
Botulismo Cólera Coqueluche Dengue Difteria Doença de Chagas Febre Amarela Febre do Nilo Febre Maculosa Febre Tifóide Hantavirose	Leishmaniose visceral Leptospirose Malária Meningite Peste Raiva Rubéola Sarampo Tétano Acidental Paralisia Flácida Aguda Tétano Neonatal
Leishmaniose Tegumentar Americana Síndrome da Rubéola Congênita Hepatite Viral	<b>60 dias após a data da notificação</b>
	<b>180 dias após a data da notificação</b>



Fonte: SINAN/DGIAEVE/Secretaria de Saúde de Pernambuco

O gráfico 1 mostra a distribuição do indicador no período de 2008 a 2012, revelando que o estado de Pernambuco superou a meta pactuada (80%) para o ano de 2012, em que 83,6% dos casos notificados tiveram a investigação encerrada em tempo oportuno. É possível constatar a melhora gradativa do indicador ao longo dos anos, no entanto observa-se uma redução no valor do indicador no ano de 2010 em relação ao ano de 2009, este fato pode ser justificado pelas medidas de reforço adotadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco para o encerramento de casos notificados no ano de 2009 ao longo das regionais estaduais de saúde.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
<b>Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNC) encerradas em até 60 dias após notificação.</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.	80%	80%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do SINAN		
<b>Método de Cálculo</b>	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u>  <u>Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação x 100</u> Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação.		
<b>Fonte</b>	Base de dados de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Andréa Barbosa 31840122 sinan@saude.pe.gov.br		



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

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

**Indicador 40 - Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.**

Os acidentes de trabalho têm expressiva morbimortalidade, constituindo-se em importante problema de saúde pública. No Brasil, agravos relacionados ao trabalho representam aproximadamente 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência e mais de 70% dos benefícios acidentários da Previdência Social. Os sistemas de informação em saúde no país são avançados, mas dados sobre acidentes de trabalho continuam a demandar melhores registros, tanto de cobertura, como de qualidade dos dados. Há grande sub-registro do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), e os dados mais amplamente utilizados, da Previdência Social, são parciais, restritos a trabalhadores segurados que perfazem apenas um terço da população economicamente ativa ocupada. Dados da Previdência Social são também sub-registrados (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012).

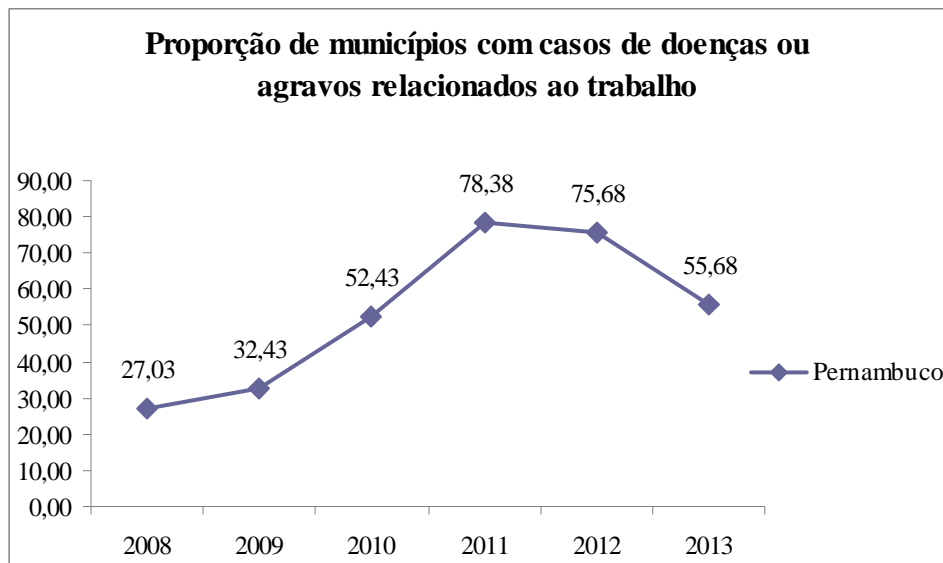
A estratégia de fortalecer as Unidades Sentinelas foi adotada para iniciar este processo na rede de saúde de média e alta complexidade, ficando até o momento a atenção primária ainda sem ações mais consistentes. As unidades sentinelas têm notificado casos de urgência e emergência (intoxicações, acidentes graves, acidentes com material biológico), já os casos de quadro crônico (câncer, LER/DORT, PAIR, pneumoconiose, entre outros) ainda pouco aparecem nas notificações. Com base nestas dificuldades considera-se que a meta para o estado de Pernambuco deve ser mantida em 75%.

Quanto às dificuldades encontradas para se pactuar a meta para o ano de 2013, a área técnica justifica que os dados de 2013 tendem a não manter um incremento em relação aos anos anteriores. Um dos motivos pode ser a alta rotatividade no quadro de profissionais das unidades Sentinelas e a falta de treinamento destas equipes para notificação destes agravos. Além das dificuldades diretamente ligadas à saúde do trabalhador, a rede de saúde ainda tem dificuldades em estabelecer nexos causais das doenças com a atividade profissional, podendo ser constatado pelo alto índice de ignorados no campo "ocupação" nas fichas dos outros agravos de notificação.

O indicador também não mostra quais os agravos que estão sendo mais notificados e quais os que permanecem ausentes ou subnotificados. Além disso, não mostra a magnitude do problema e sim o olhar da rede e consequente notificação, logo tem caráter muito geral.

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.</b>	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	75,68%	75%
	<b>Meta:</b> 80% dos Municípios com pelo menos uma unidade de saúde com serviço de notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho implantado.		
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Mede a cobertura das notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho.		
<b>Método de Cálculo</b>	<u>Método de Cálculo Regional e Estadual</u> $\frac{\text{Número de municípios com casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados}}{\text{Número total de municípios na Região ou estado}} \times 100$ <u>Método de Cálculo Municipal e DF</u> Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados.		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Denise Timóteo 3184-0612 trabalhador.pe@gmail.com cerestestadualpe@gmail.com		



Fonte: SINANNET/DATASUS

\*Dados sujeitos à revisão. Banco atualizado em 6/5/2013.

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

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

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

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

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

O indicador de 100% dos municípios que executam as ações de vigilância sanitária é fruto de um modelo de descentralização proposto pela SES/PE que procurou priorizar a integralidade do conjunto de atividades a ser desenvolvido. Neste sentido, as Ações Básicas de Vigilância Sanitária, de responsabilidade do gestor municipal, anteriormente descoladas das decisões e dos critérios de pactuação negociados, passaram a ser acompanhadas como elementos estratégicos para o fortalecimento do sub sistema de vigilância sanitária. Isto significa o engajamento dos três níveis de governo no controle dos fatores de risco, independente da complexidade da ação demandada.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.	100%	100%	100%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	<p>O indicador é importante para avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária, colaborando para uma coordenação nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelas ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) Instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias.</p> <p>A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.</p>		
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Método de Cálculo Regional, Estadual e DF</u></p> <p><u>Número de municípios que executam todas as ações de Vigilâncias Sanitárias consideradas necessárias</u> x 100 número de municípios</p> <p>Observação: No método de cálculo para o DF deverão ser substituídos os municípios pelas regiões administrativas.</p> <p><u>Método de Cálculo Municipal</u></p> <p><u>Número de ações de vigilância* sanitária realizadas no Município</u> x 100 Total de ações de vigilância*</p>		
<b>Fonte</b>	SIA/SUS e IBGE		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Jaime Brito 3181-6425 jaime@saude.pe.gov.br		



Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS.

\*Dados de 2013 até 07/2013

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

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

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

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

Em Pernambuco no ano de 2011 a incidência de AIDS em menores de 5 anos foi de 1,2 por 100.000 habitantes, com uma média de (2,6/100.000 hab.) (2006-2011). Percebe-se uma redução na incidência de 2011 de 54% em comparação a média anteriormente descrita, porém, deve-se levar em consideração, que notificações do ano de 2011, ainda podem ser contabilizadas no decorrer do ano vigente, devido as características próprias de até 3 anos para notificar o caso após o seu diagnóstico, o que pode reduzir um pouco este percentual.

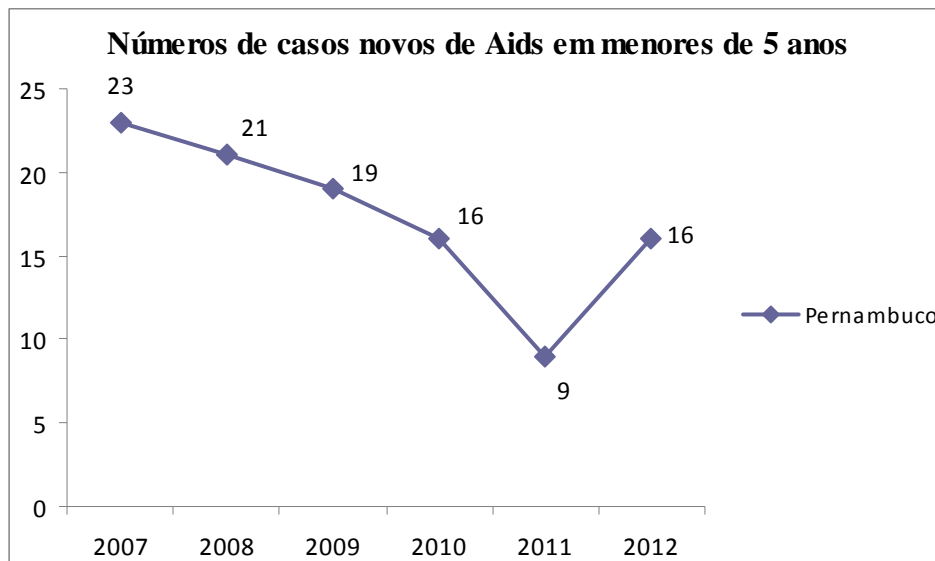
A instituição dos Planos Nacional e Estadual de Enfretamento da TV do HIV e Sífilis e ainda do Pacto pela Saúde em 2007, e da programação de ações de vigilância em Saúde (PAVS) estimulou o aumento da cobertura de testagem VDRL e, possivelmente em decorrência dessas políticas, houve um incremento na incidência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

Para a pactuação da meta do SISPACTO para esse indicador, o Programa Estadual DST/AIDS de Pernambuco baseou-se na análise da série histórica de notificações e, tendo em vista o tempo de até 3 anos para a inclusão de notificações de AIDS pós seu diagnóstico, propôs basear-se na redução da incidência de acordo com a média (2006-2011) e não do último ano (2011), devido as características próprias dessas notificações citadas anteriormente, acreditando no possível incremento que ainda possa ocorrer para os últimos anos de notificação.

Com a implementação da testagem rápida para HIV no âmbito do pré-natal na atenção primária através da Rede Cegonha, espera-se evitar o aumento da incidência de novos casos de AIDS em menores de 5 anos, pois esta pode ser evitada quando a assistência é corretamente prestada e em tempo hábil.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos</b>	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos	2,00	Redução de 10% Até 15 casos notificados
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Expressa o número de casos novos de Aids, na população de menores de cinco anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado. Mede o risco de ocorrência de casos novos de aids nessa população		
<b>Método de Cálculo</b>	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> Número de casos novos de aids em menores de cinco anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.		
<b>Fonte</b>	<p>Para obter as informações consolidadas, acessar <a href="http://www.aids.gov.br">www.aids.gov.br</a> &gt; dados e pesquisa &gt; tabulação de dados &gt; casos de aids – acessar o sistema (<a href="http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados_aids.asp">http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados_aids.asp</a>).</p> <p>Esses dados são extraídos dos seguintes sistemas de informação:  Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).  Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel*).  Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).  Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</p> <p>(*) As informações do SISCEL são validadas com informações dos indivíduos que estão em tratamento (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - Siclom).</p>		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	François Figueiroa 3184-0212 dstaidsestadualpe@gmail.com		





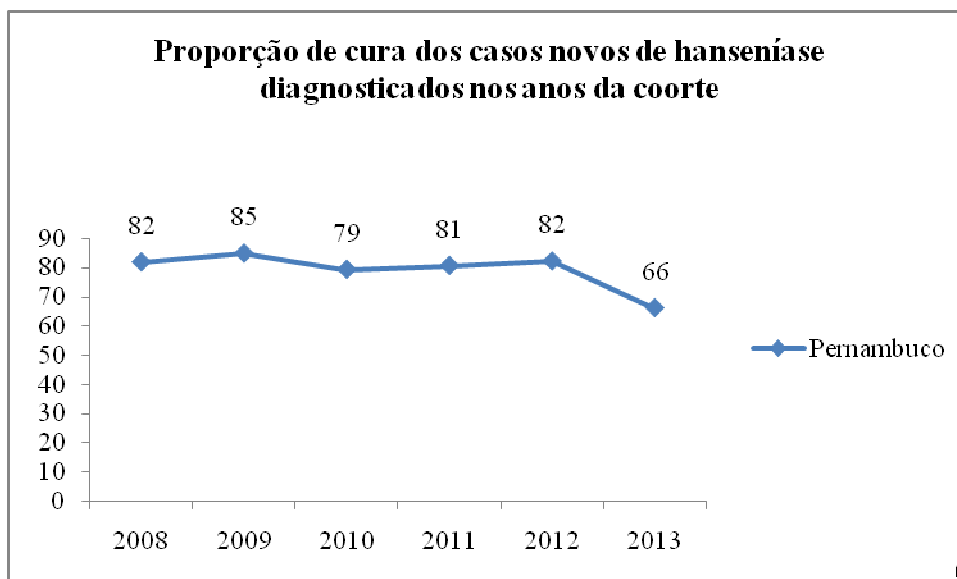
**Fonte:** Ministério da Saúde, SINAN/DATASUS/Programa Estadual DST/AIDS.  
**Nota:** Dados de 21/05/2012 – Sujeitos à revisão.

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	83%	83%
Tipo de Indicador	Específico		
Relevância do Indicador	Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas.		
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> <p><u>Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes - PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação - e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação</u> x 100</p> <p>Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local</p>		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Raissa 3184-0200 hanseníase.pe@gmail.com		



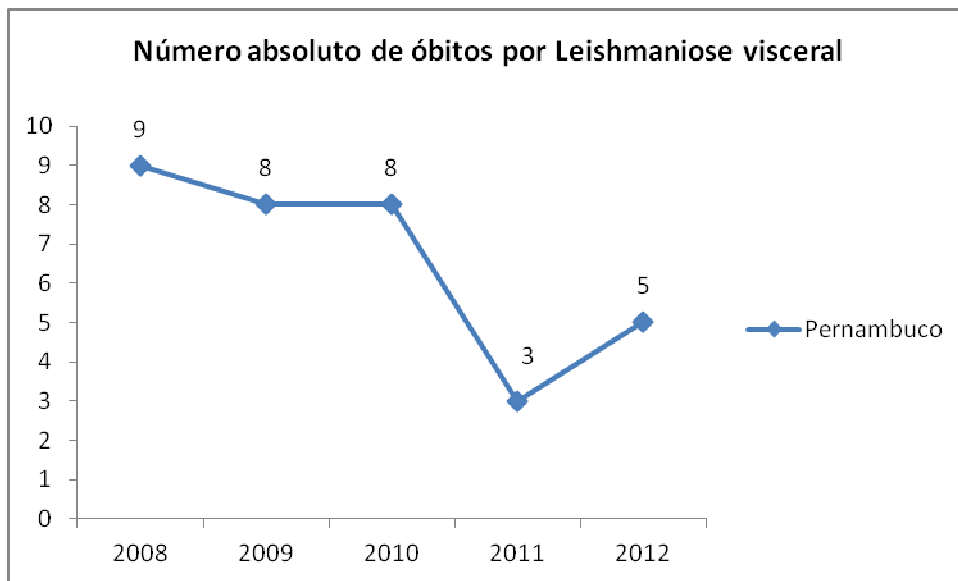
**Fonte:** Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

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

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

**Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral**

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral	2013	2012	2013
	Reduzir o número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral	5	4
Tipo de Indicador	Específico		
Relevância do Indicador	Mede, de forma indireta, a qualidade da assistência ao paciente de leishmaniose visceral (acesso, oportunidade no diagnóstico e manejo do paciente).		
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral (casos novos e recidivas), por ano de notificação, por local residência.		
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Francisco Duarte 31840214 dfbezerra@hotmail.com		



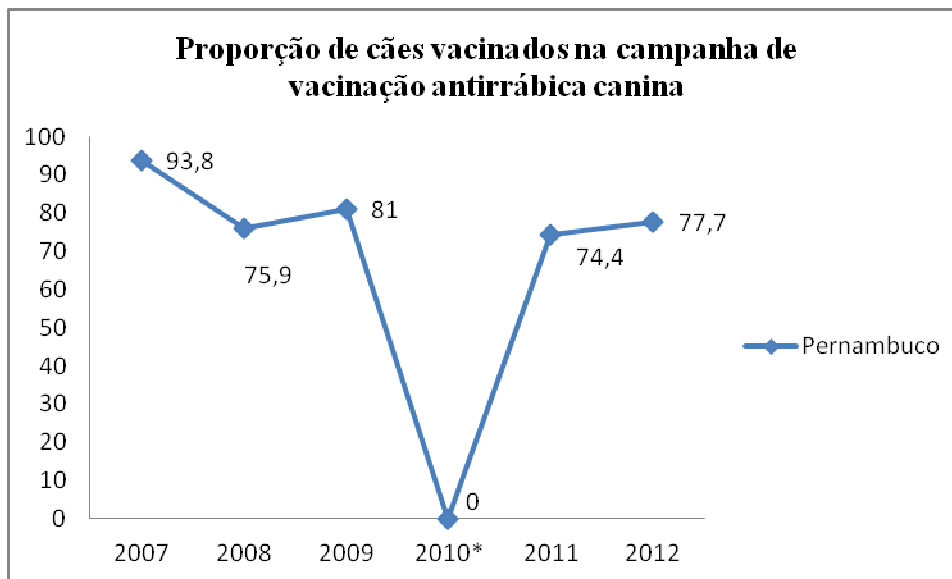
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina</b>	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha $\geq$ 80% de cobertura vacinal de cães	77%	80%
<b>Tipo de Indicador</b>	Específico		
<b>Relevância do Indicador</b>	Mede a cobertura vacinal antirrábica em cães, para prevenção, interrupção da circulação do vírus da raiva na população canina.		
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u></p> <p><u>Número de cães vacinados</u> x 100 Total da população canina</p> <p>Observação: Estima-se, com base nos dados censitários caninos, que a população de cães pode variar entre 10 e 20% em relação à população humana de cada município.</p>		
<b>Fonte</b>	SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS.		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Francisco Duarte 31840214 dfbezerra@hotmail.com		



\*Em 2010 não houve campanha por falta de vacinas

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

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

**Indicador 49 - Proporção de escolares examinados para tracoma nos municípios prioritários**

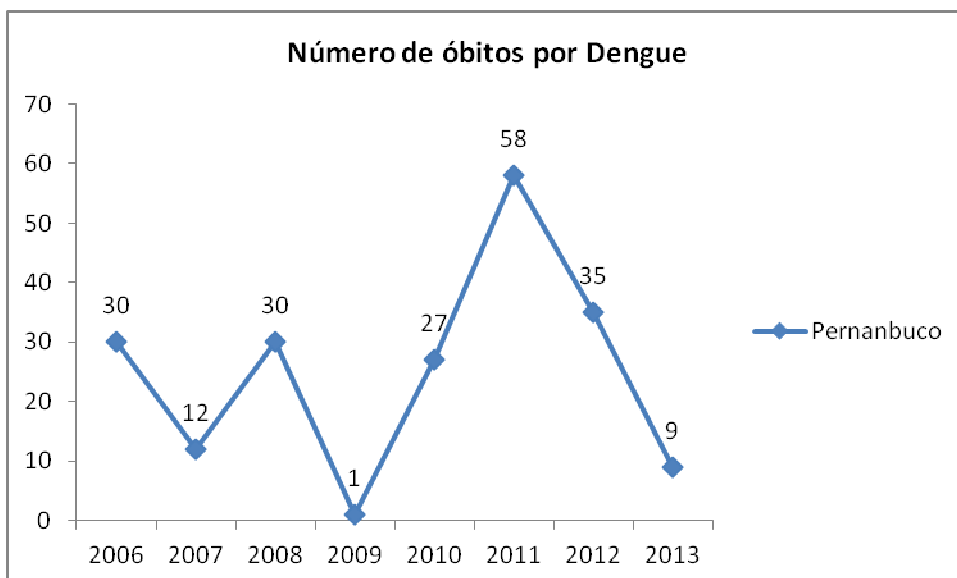
**Diretriz 7** – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Proporção de escolares examinados para tracoma nos municípios prioritários</b>	Busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários	56.408 escolares	14.392 escolares 10%
<b>Tipo de Indicador</b>	Específico		
<b>Relevância do Indicador</b>	Reflete a cobertura de ações de vigilância epidemiológica e controle do tracoma nos municípios prioritários.		
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Método de Cálculo Regional e Estadual</u></p> <p><math>\frac{\text{Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma nos municípios prioritários}}{\text{População de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública dos municípios prioritários}} \times 100</math></p> <p><u>Método de Cálculo Municipal e DF</u></p> <p><math>\frac{\text{Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma no município}}{\text{População escolar do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública do município}} \times 100</math></p>		
<b>Fonte</b>	SINAN NET (Boletim de Inquérito do Tracoma - Escolar). Secretarias Municipais de Educação.		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Gênova 31840220 chtmpe@gmail.com		



**Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde****Indicador 51 - Número absoluto de óbitos por dengue**

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Número absoluto de óbitos por dengue</b>	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue.	51 óbitos	47 óbitos
	Redução de 10% ao ano, nos municípios e regiões com 6 ou mais óbitos por dengue. No caso de municípios e regiões com 1 óbito, a redução, no ano seguinte, deve ser 100%; em locais com 2, 3, 4 e 5 óbitos, a redução deve ser de 1 óbito em cada município e região.		
<b>Tipo de Indicador</b>	Específico		
<b>Relevância do Indicador</b>	Reflete a qualidade da assistência ao paciente com dengue.		
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número absoluto de óbitos por dengue no ano.		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Claudenice Pontes 3184-0220 dengue@saude.pe.gov.br		



**Fonte:** Sinan-net/Sinan-online-SES

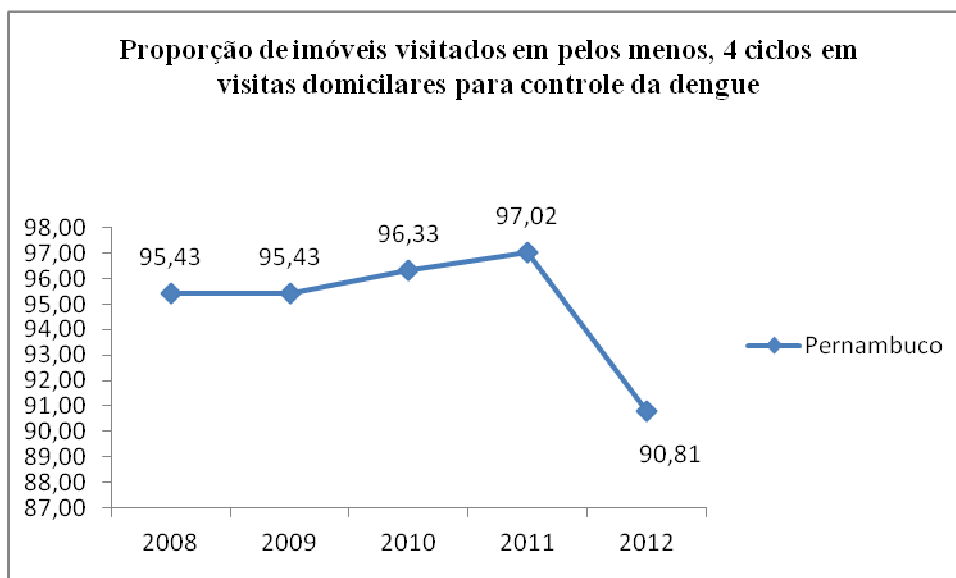
**Nota:** Informações obtidas até o dia 30/07/2013

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue</b>	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue Pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo	1º ciclo = 102,00% 2º ciclo = 93,36% 3º ciclo = 89,86% 4º ciclo = 88,06% 5º ciclo = 77,46% 6º ciclo = 49,68%	Pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo
<b>Tipo de Indicador</b>	Específico		
<b>Relevância do Indicador</b>	Evidencia do conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor, o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.		
<b>Método de Cálculo</b>	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF  <u>Número de imóveis visitados nos municípios em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.</u> X 100 Número de imóveis de áreas urbanas.		
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD).		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Claudenice Pontes 3184-0220 dengue@saude.pe.gov.br		



**Fonte:** Sistema de Informação de Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD), Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCB)

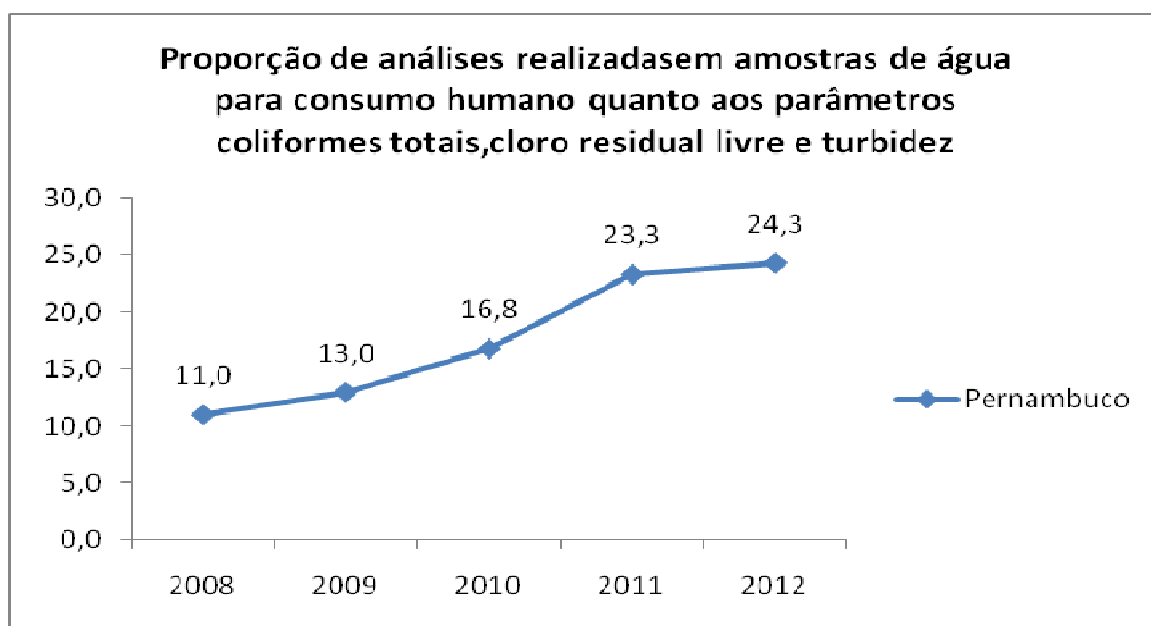
**Diretriz 7** – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez</b>	Ampliar em 5 pontos percentuais, a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, em relação ao ano anterior.	20%	35%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Avalia a qualidade da água utilizada para consumo humano e possibilita a verificação se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos. É essencial à vigilância da qualidade da água para consumo humano.		
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Passo 1:</u> Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT):  <u>Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância</u> x 100            Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais</p> <p><u>Passo 2:</u> Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (PT):  <u>Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância</u> x 100            Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez</p> <p><u>Passo 3:</u> Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (PCRL):  <u>Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância</u> x 100            Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre.</p> <p><u>Passo 4:</u> Calcular a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez: <math>1,3,2,2 \times PCT + 1,0 \times PT + 1,0 \times PCRL / 3,2</math></p>		

<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA).
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Daniele 3184-0190 ambiental.pe@gmail.com



**Fonte:** Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA).

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
<b>Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	10	50%
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Verificar a implantação/execução das ações de educação permanente em saúde apontadas no Plano Regional		
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Método de cálculo Regional, Estadual e DF:</u></p> $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas}}{\text{Número de ações propostas no Plano Regional/Estadual de Educação Permanente em Saúde}} \times 100$ <p><u>Método de cálculo Municipal:</u></p> $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas pelo Município}}{\text{Número de ações propostas para o município no Plano Regional de Educação Permanente em Saúde}} \times 100$		
<b>Fonte</b>	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde e Relatório Anual encaminhado ao DEGES/SGTES/MS.		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Maria Emilia Higino 3184-0031 mariaemilia.higino@gmail.com		

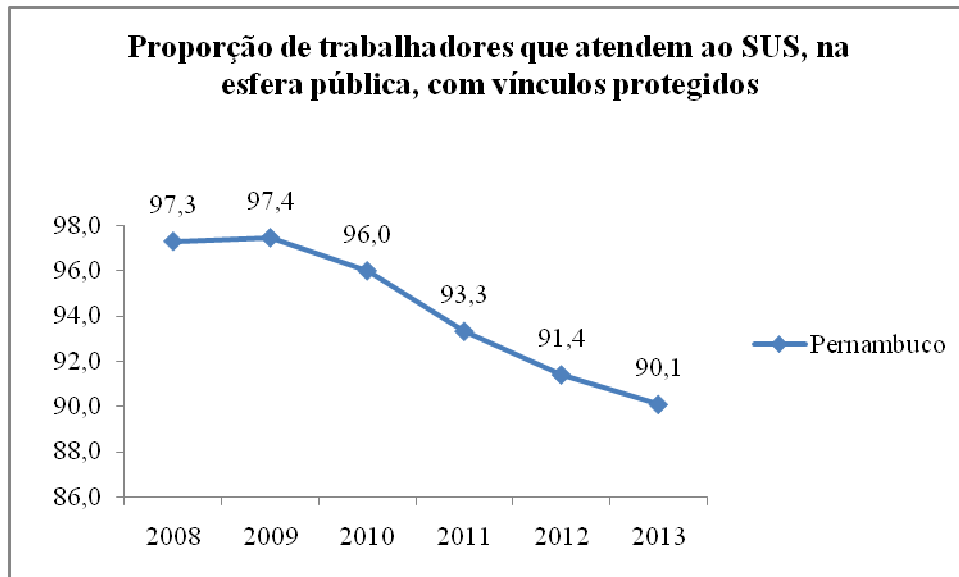
**Diretriz 11** – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais de saúde.

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
<b>Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos</b>	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	91,4	94,4
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	Mensurar a proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, orientando as políticas de gestão do trabalho relacionadas à valorização e fixação dos trabalhadores nos Estados, DF e Municípios e União.		
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES, em determinado local</u> x 100</p> <p>Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES, no mesmo local</p> <p><u>Método de Cálculo Regional</u></p> <p><u>Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES nos municípios da região</u> x 100</p> <p>Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES nos municípios da região.</p>		
<b>Fonte</b>	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	Ricardo Niceias 31840026 dggt.ses@gmail.com		





Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2012	2012	2013
Proporção de Plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde	X% de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	59	185
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Permite mensurar o quantitativo de Planos de Saúde enviados aos Conselhos de Saúde no país.		
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Estadual e DF</u> Número de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde <b>Observação:</b> Considerar 01 para o Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde  <u>Método de Cálculo Regional</u> Número Planos de Saúde Municipais enviados aos Conselhos de Saúde. X 100 Número de municípios da região de saúde.		
Fonte	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	SuzanaAssis/Renata 31844212 ces.saude.pe@gmail.com		

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
	2013	2012	2013
Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS	Ampliar o percentual dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS	78	184
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal		
<b>Relevância do Indicador</b>	O indicador permite mensurar o quantitativo de conselhos cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde- SIACS. Sistema este, que possibilita um retrato detalhado dos conselhos de saúde de todo o País, mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde.		
<b>Método de Cálculo</b>	<u>Método de Cálculo Municipal, Estadual e DF</u> Conselho de Saúde cadastro no SIACS <b>Observação:</b> Considerar 01 para o Conselho de Saúde com cadastro no SIAC.  <u>Método de cálculo Regional</u>  $\frac{\text{Número de conselhos de saúde municipal cadastrados no SIACS}}{\text{Número de conselhos municipais de saúde da região}} \times 100$		
<b>Fonte</b>	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde- SIACS		
<b>Responsável pelo Monitoramento no Estado</b>	SuzanaAssis/Renata 31844212 ces.saude.pe@gmail.com		

