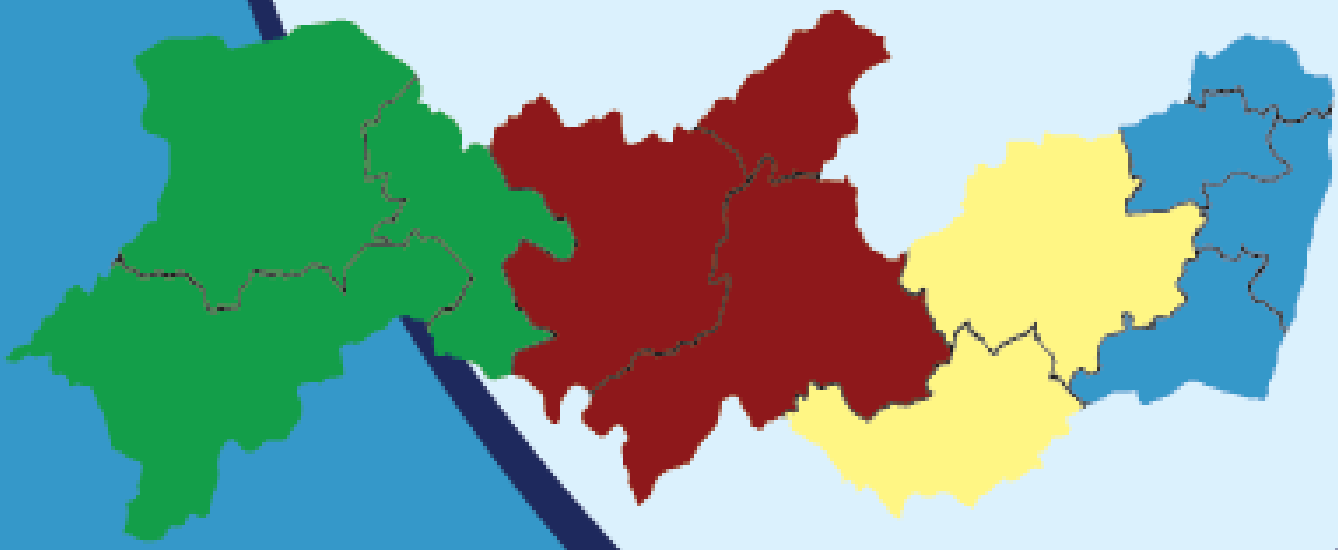
Secretaria Estadual de Saúde
Secretaria Executiva de Regulação em Saúde
Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal

METAS E RESULTADOS

DOS INDICADORES PACTO/COAP 2015



PERNAMBUCO

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

METAS E RESULTADOS DOS INDICADORES

PACTO/COAP 2015

Recife
2015

EXPEDIENTE

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Paulo Henrique Saraiva Câmara

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE
José Iran Costa Junior

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
Andreza Barkokebas Santos de Faria

DIRETOR GERAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS
Ricardo Ernestino da Silva

GESTORA DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS
Raquel Moura Lins Acioli

COORDENADORA DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS
Marlene Souto Barbosa

COORDENADORA DE ACOMPANHAMENTO DO PACTO DE GESTÃO
Manuela de Godoy Leitão Novaes Ferreira

EQUIPE DE PRODUÇÃO
Ricardo Ernestino da Silva
Raquel Moura Lins Acioli
Marlene Souto Barbosa
Manuela de Godoy Leitão Novaes Ferreira
Maria do Rosário M. Ribeiro de Brito
Sanitarista
Jéssica Lúcia da Silva
Apoio Administrativo
Aline Gouveia de Oliveira
Residente

Colaboração
Fernando Moreira de Oliveira
Gerente de Informação em Saúde
Jerônimo Ferreira R. Filho
Apoio Administrativo

PLANEJAMENTO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO
Raquel Moura Lins Acioli
gagm.sers@gmail.com

Sumário

Apresentação 5

Contrato Organizativo de Ação Pública 7

Indicador 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica 8

Indicador 2 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) 12

Indicador 3 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família 14

Indicador 4 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal 17

Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada 19

Indicador 6 - Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos 22

Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos 22

Indicador 7 - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente 25

Indicador 8 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente 28

Indicador 12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado 31

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 34

Indicador 19 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária 37

Indicador 20 - Proporção de partos normais 40

Indicador 21 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal 42

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 47

Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil 49

Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados 52

Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados 54

Indicador 27 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados 56

Indicador 28 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade 59

Indicador 29 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 62

Indicador 30a - Número de óbitos prematuros (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) 65

Indicador 30b - Taxa de mortalidade prematura de (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) 65

Indicador 35 - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas 67

Indicador 36 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera..... 71

Indicador 37 - Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose 74

Indicador 38 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida 76

Indicador 39 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNC) encerradas em até 60 dias após notificação..... 78

Indicador 40 - Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados 80

Indicador 41 - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios 83

Indicador 42 - Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos 86

Indicador 45 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes..... 89

Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral 92

Indicador 48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina 95

Indicador 49 - Proporção de escolares examinados para tracoma nos municípios prioritários (Portarias MS/GM nº 3208, de 29 de dezembro de 2011, MS/GM nº 3206, de 29 de dezembro de 2011, e MS/GM nº 3269, de 30 de dezembro de 2011)..... 97

Indicador 51 - Número absoluto de óbitos por dengue 99

Indicador 52 - Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue..... 102

Indicador 53 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez 104

Indicador 57 - Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas 108

Indicador 61 - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos..... 113

Indicador 63 - Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde 116

Indicador 64 - Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS 118

Anexos 120

Apresentação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Assim, dentro desse contexto, este documento foi produzido com a finalidade de retratar o histórico dos indicadores de transição PACTO pela Saúde/COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública) no estado de Pernambuco no período de 2009 a 2014.

Andreza Barkokebas Santos de Faria
Secretária Executiva de Regulação em Saúde

Contrato Organizativo de Ação Pública

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

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

Dando continuidade ao processo de transição Pacto/Coap foi realizado uma nova vídeo conferencia em 30/03/2015 com objetivo de startar o processo de pactuação.

A Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal (GAGM) disponibiliza mais uma vez os materiais com o objetivo de capacitar as 12 regionais de saúde e torná-las multiplicadoras.

Para o ano de 2015 serão pactuados todos os indicadores específicos e universais pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), resolução nº 2790 de 17/08/2015 contidos na Plataforma SISPACTO (http://aplicacao.saude.gov.br).

Ricardo Ernestino da Silva
Diretor Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Raquel Moura Lins Acioli
Gerente de Acompanhamento da Gestão Municipal

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

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

Indicador 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

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

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

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

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

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

Com relação às potencialidades desse indicador pode-se identificar:

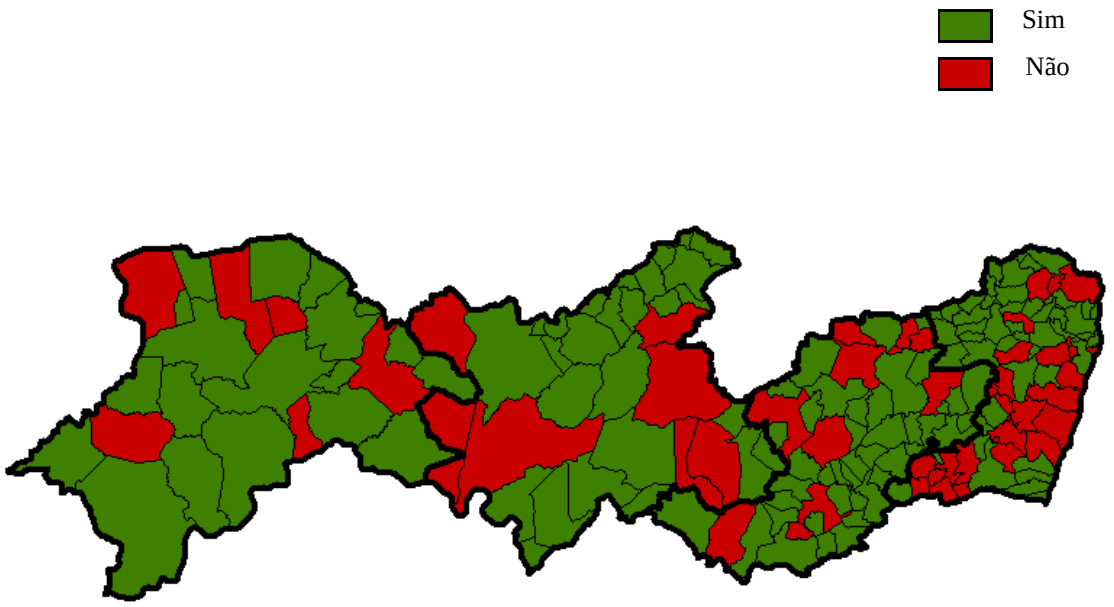
- ✓ Possibilitar o acompanhamento da cobertura da ABS como um todo, permitindo o redimensionamento da rede;
- ✓ Induzir a atualização permanente do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	75%	78,35%	79%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locorregionais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.			

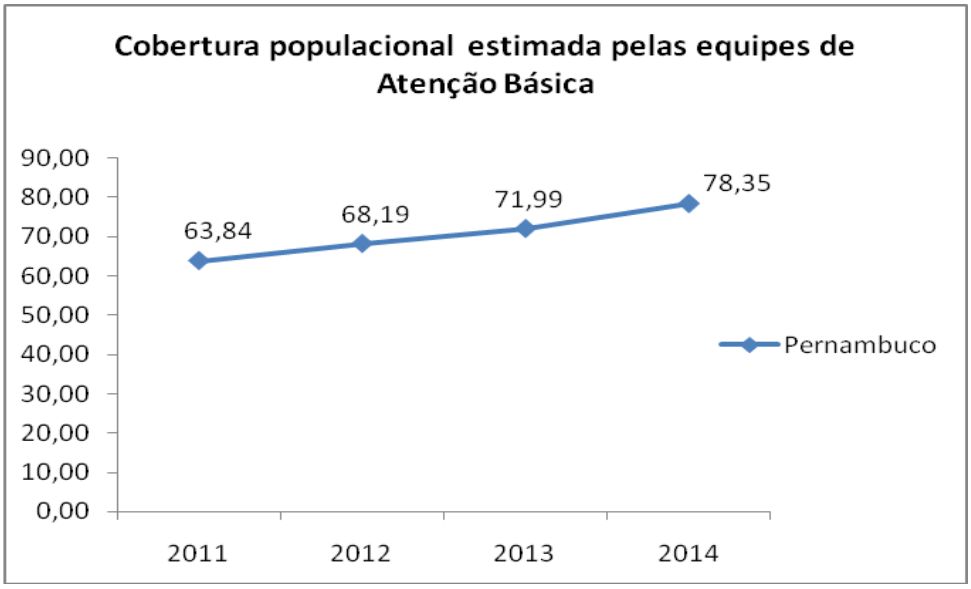
Método de Cálculo*	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $$\frac{(\text{Nº de ESF + Nº de ESF equivalente}) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$ O cálculo da população coberta pela Atenção Básica, tem como referência 3.000 pessoas por equipe de atenção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

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

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



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

ANÁLISE:

A Atenção Básica à Saúde é desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica, das quais fazem parte as equipes de saúde da família (eSF) e outras modalidades de equipes de atenção básica. Em 2013 e 2014, a cobertura populacional estimada pela Atenção Básica (eSF e outras modalidades de equipes de atenção básica) foi de 71,99% e 78,35%. O Ministério da Saúde atualizou para o estado de Pernambuco um teto de 4.465 eSF, segundo Portaria nº 2.355, de 10/11/2013. Vale destacar que PE apresentou nos meses de dezembro dos anos de 2013 e 2014, respectivamente 2.013 e 2.142 eSF, o que vem a corresponder a 72,07% e 75,35% de cobertura populacional das eSF, sugerindo que este indicador é o responsável pelo aumento da cobertura populacional estimada pela de Atenção Básica.

Merece destaque, neste cenário, os programas ministeriais Mais Médicos e PROVAB que foram instituídos visando à ampliação do número de médicos nas regiões carentes do país, bem como o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde que cria incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, que vêm contribuindo para a expansão da Atenção Primária.

Sistematicamente, os municípios solicitam o credenciamento das eSF, o que resulta na elevação do percentual de cobertura da Atenção Básica do estado de Pernambuco de forma que apesar da tramitação do processo de credenciamento das eSF junto ao Ministério da Saúde ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde, os municípios são autônomos para definirem a quantidade de equipes para expansão, respeitados os tetos, e o tempo para sua implantação.

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

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

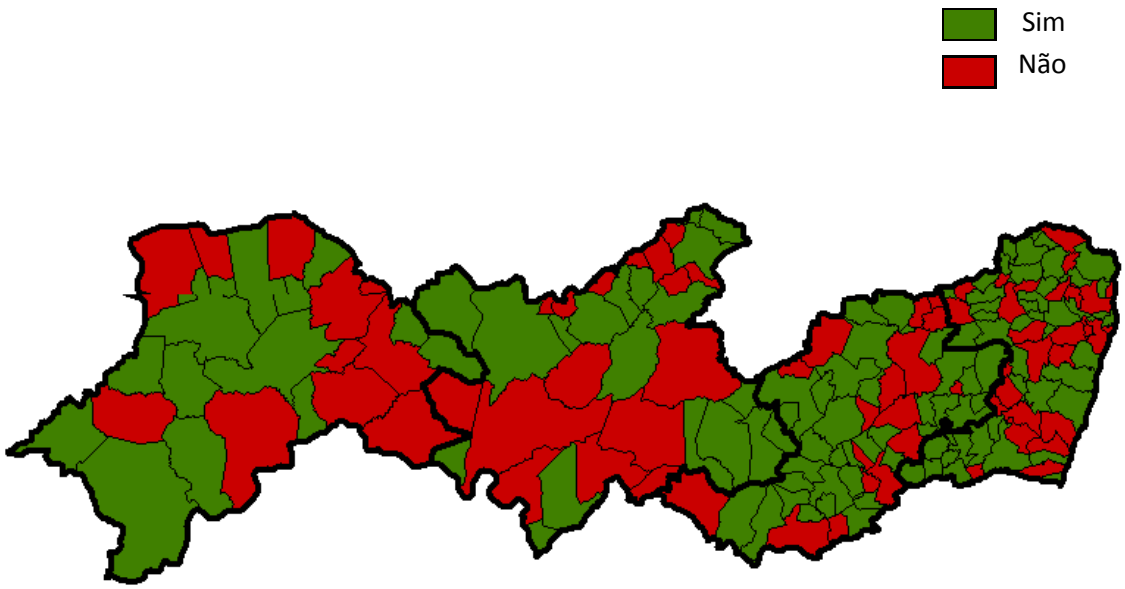
Indicador 2 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)

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

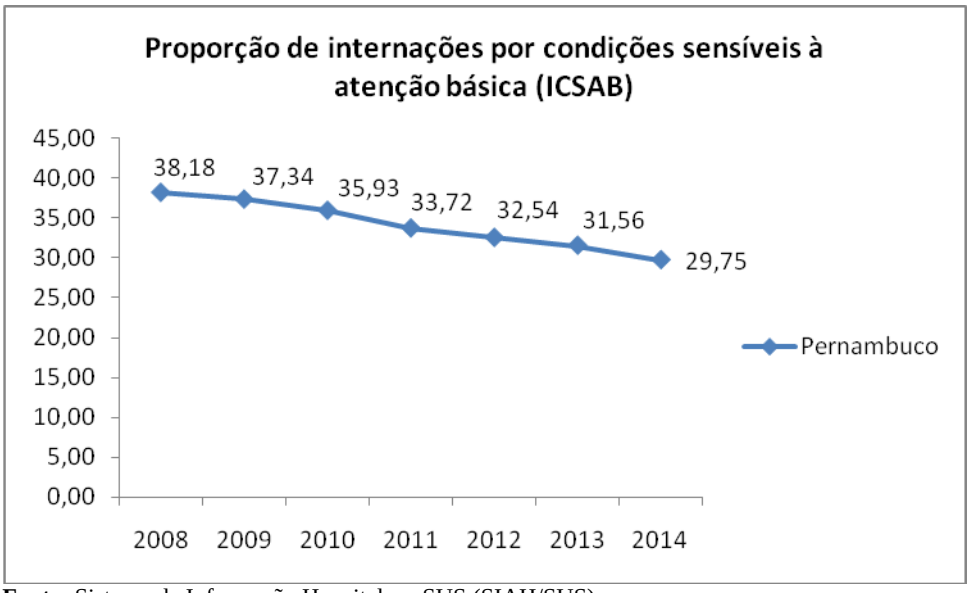
A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, a partir de uma assistência oportuna e adequadas na atenção básica, representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	**2014**	**2014**	**2014**	**2015**
	Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica	28,5%	29,75%	28,5%
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	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Nº de internações por causas sensíveis à atenção básica, em determinado local e período ——— Total de internações por todas as causas, em determinado local e período			
Fonte*	Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Internações por causas sensíveis à atenção básica, conforme lista brasileira de ICSAB instituída pela Portaria SAS- 221/2008. Constituída por 120 categorias da CID-10 (com 3 dígitos) e 15 subcategorias (com 4 dígitos) (CID Principal.			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Juliana Lopes - 3184-0592 / 3184-0593 gerencia.eq@gmail.com			

***Anexo:** Alteração no campo fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

A proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) representa eventos que podem ser evitados, levando em consideração a melhoria de resolutividade da Atenção Básica, reduzindo o número de hospitalização. Estudos apontam uma relação de disponibilidade de eSF ou ampliação da Atenção Primária e menores percentuais de ICSAB.

Em Pernambuco, o ano de 2013 e 2014, apresentou cobertura populacional estimada pela de Atenção Básica 71,99% e 78,35%, assim como o ICSAB um percentual de 31,56 e 29,75, respectivamente. Observamos que o percentual do indicador ICSAB vem diminuindo, o que sugere uma contribuição do aumento da cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica na redução do referido indicador.

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.

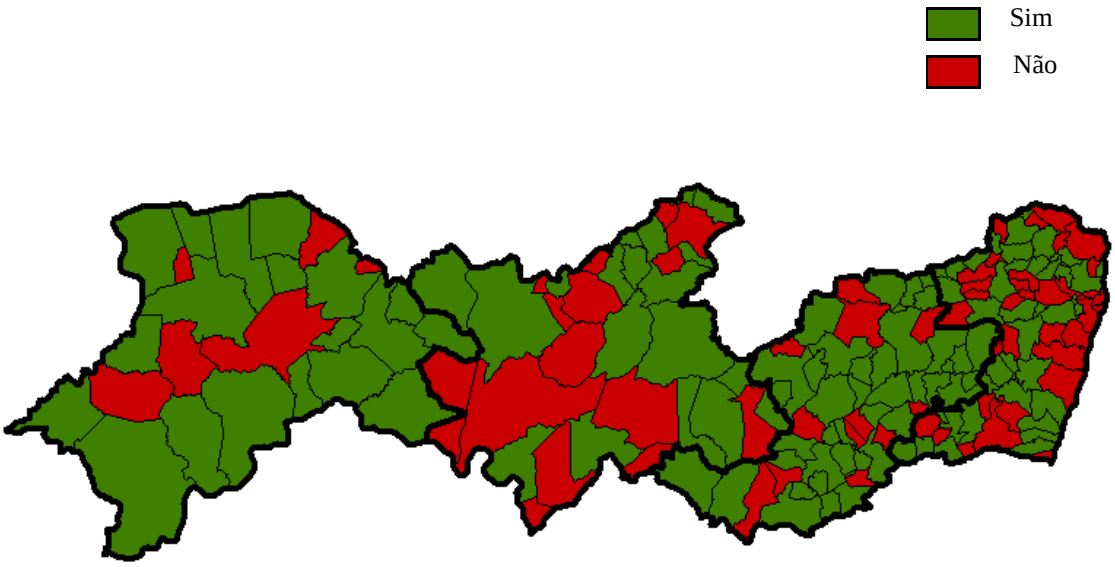
Indicador 3 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

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

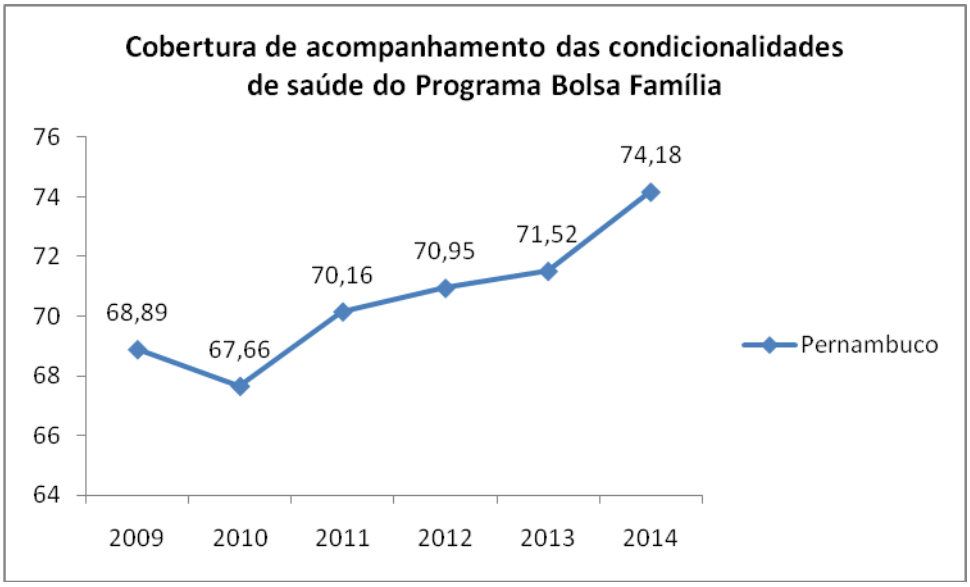
Em 2014, Pernambuco atendeu 970.525 famílias. As famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma equipe de PACS/PSF ou por uma unidade básica de saúde. É fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades da saúde, deixando-a ciente de sua responsabilidade na melhoria das suas condições de saúde e nutrição.

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	**2014**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família Meta: ≥ 73%	73%	74,18%	74%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde) no que se refere às condicionalidades de saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano}}{\text{Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rijane Barros - 3184-0601/3184-0488 segurancaalimentarpe@gmail.com			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

Os resultados do indicador de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em Pernambuco evidenciam que a meta sugerida pelo MS (73%) foi ultrapassada em 2014, com 74,18% de famílias pernambucanas acompanhas. Esse acompanhamento vem tento um aumento progressivo desde 2010, como pode ser visto no gráfico acima.

Ações que contribuíram para o resultado positivo 2014:

- treinamento em todas as regionais de saúde;
- oficina com os municípios que apresentavam resultados abaixo da meta e pactuação de cumprimento da meta; e

- intensificação das ações na Câmara Técnica e Bipartite, através da Diretoria e Coordenação Geral das Regionais.

Mesmo sendo realizadas Oficinas em todas as Regionais de Saúde do Estado de 2011 a 2014, com técnicos municipais (coordenador e digitador) podemos observar algumas dificuldades locais para realização do acompanhamento como: (I) dificuldade de intersetorialidade na gestão municipal do PBF (Secretarias de Saúde, de Educação, e Desenvolvimento Social); (II) grande rotatividade de técnicos contratados; (III) baixa qualidade da internet; (IV) infra-estrutura precária e déficit de recursos humanos; (V) baixo desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica como atividade de rotina das ESF; (VI) 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; (VII) estrutura organizacional incompatível no processo de geração de dados, monitoramento e análise das informações de Atenção Nutricional.

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 intersetorialmente no Programa.
- ✓ Educação Permanente para os profissionais envolvidos no processo.
- ✓ Oficialização de um cargo de coordenação Municipal da VAN/PBF.

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

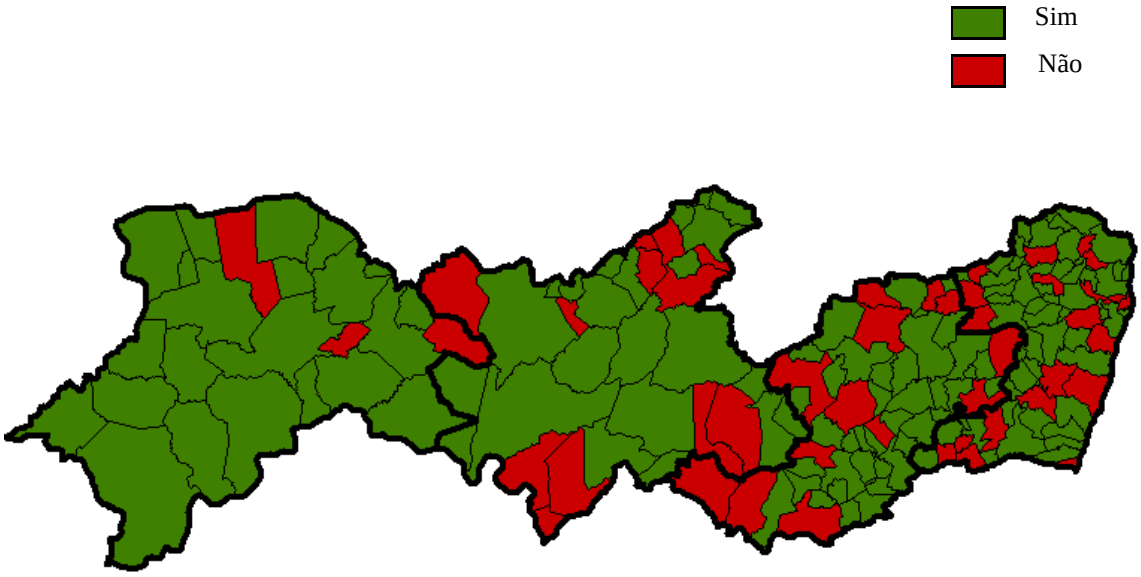
Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

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

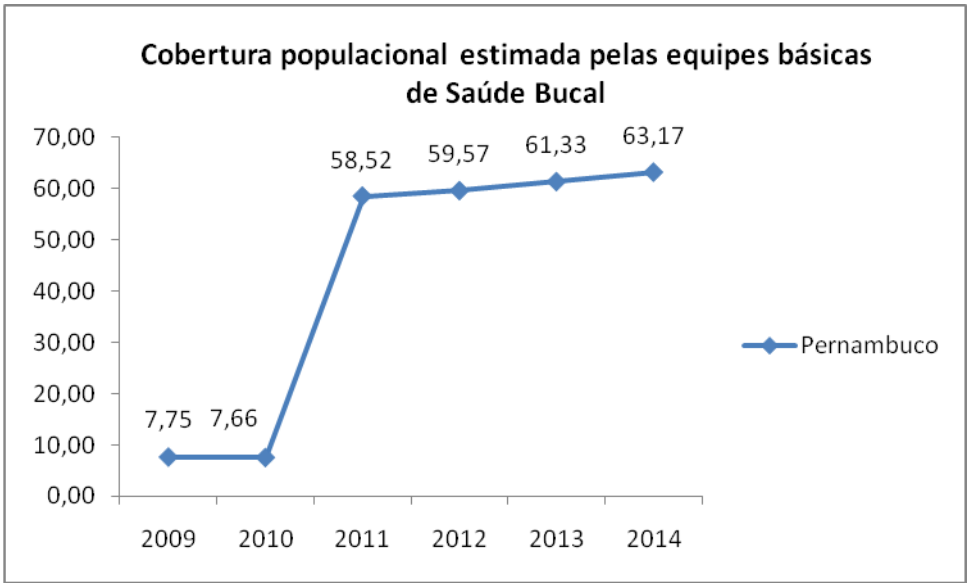
A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi formalizada por meio da portaria Ministerial nº 1.444, de 28/12/2000, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	**2014**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	70%	63,17%	70%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população.			
Método de Cálculo*	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{(Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40) *3000}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) - Nº de equipes da saúde bucal, Nº de profissionais, Especialidade, Carga horária. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE – População.			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo César - 3184-0579 p2caesar@yahoo.com.br /saudebucalpe@gmail.com			

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



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais.



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

ANÁLISE:

A partir da identificação pela coordenação Estadual de Saúde Bucal de dados incorretos no CNES por falta de cadastro de unidades básicas, correção de CBO dos cirurgiões dentistas da atenção primária, e melhor compreensão do indicador pelos municípios, observa-se um incremento de mais de 50% de cobertura em 2010 e 2011, com discreto, mas constante crescimento da cobertura nas ações subsequentes, chegando a 63,17%, não ultrapassando a meta proposta para o Estado em 2014.

Diante dos resultados apresentados no ano de 2014 (63,17%), a área técnica define a manutenção da meta de 2014 (70%). Sabendo-se que qualquer percentual inferior a 100% do acesso da população SUS dependente, fere o principio da universalidade SUS.

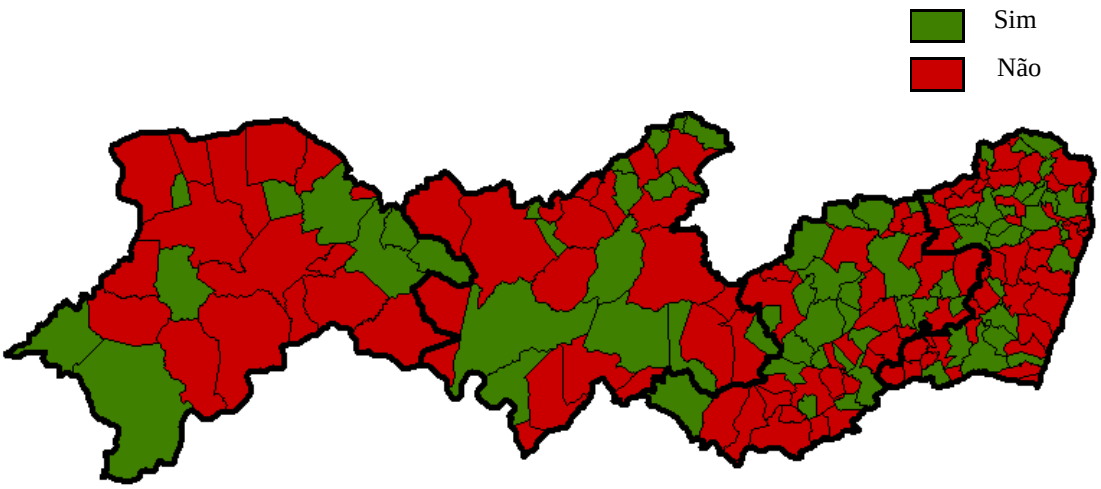
Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

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

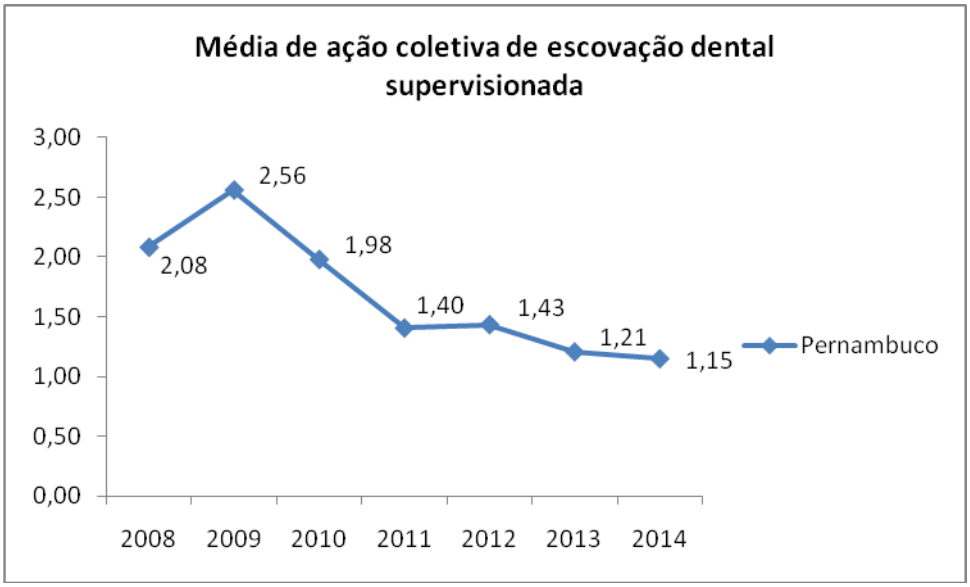
Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

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.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	**2014**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	2,0%	1,15%	1,20%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses/12}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada) IBGE - População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código: 01.01.02.003-1).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo César - 3184-0579 p2caesar@yahoo.com.br/saudebucalpe@gmail.com			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

Observa-se que algumas dificuldades operacionais encontradas anteriormente para a execução dessa ação pelos municípios continuam, tais como: municípios não possuem Coordenação de Saúde Bucal para acompanhamento dos indicadores, equívocos de interpretação do instrutivo com prejuízo na alimentação do sistema de informação, descontinuidade da distribuição de kits de higiene oral pelo Ministério da Saúde, como também os municípios não destinam recursos para a aquisição de escovas e cremes dentais. O que ocasiona mais uma vez dificuldade por parte da Coordenação de Saúde Bucal estadual em alcançar a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Devido aos fatores elencados acima a referida coordenação propõe as seguintes ações para alcance da meta 2015:

- Ação sobre os municípios com inexistência de registros do procedimento.
- Manter as Oficinas semestrais com os coordenadores de saúde bucal dos municípios quanto aos problemas do registro.
- Intervenção junto à rede, através das CIRs, sobre a ação integrada saúde e educação com a escovação supervisionada indireta. Recomenda-se que todo processo de planejamento, execução e avaliação seja compartilhado com os dirigentes educacionais e, também, sempre que possível, com os responsáveis pela população alvo, no caso os alunos.

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

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

Indicador 6 - Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos

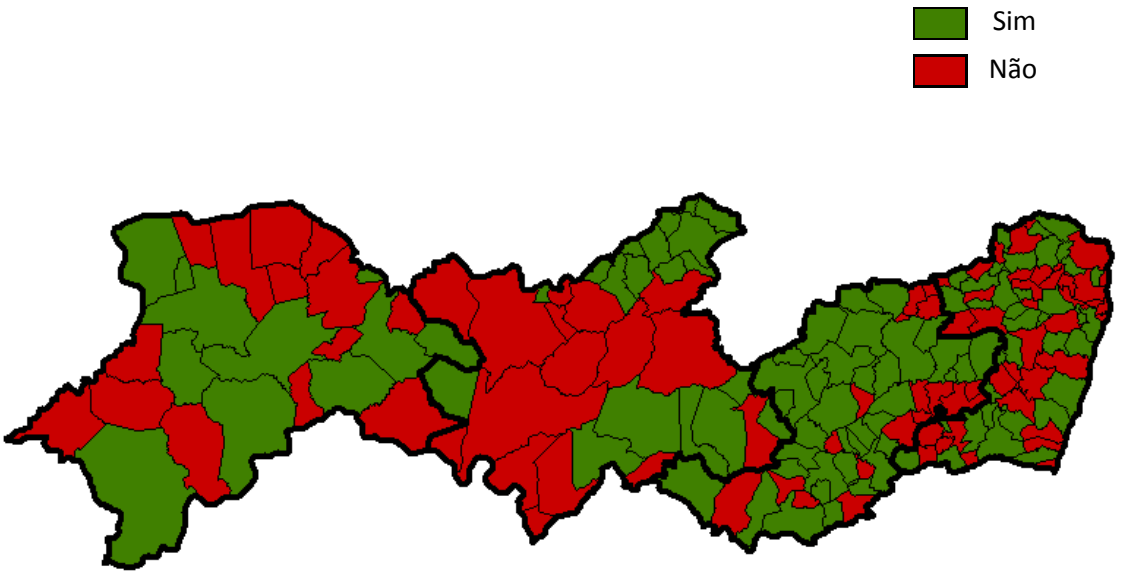
Os agravos bucais e suas sequelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de saúde pública, com graves consequências sociais e econômicas.

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

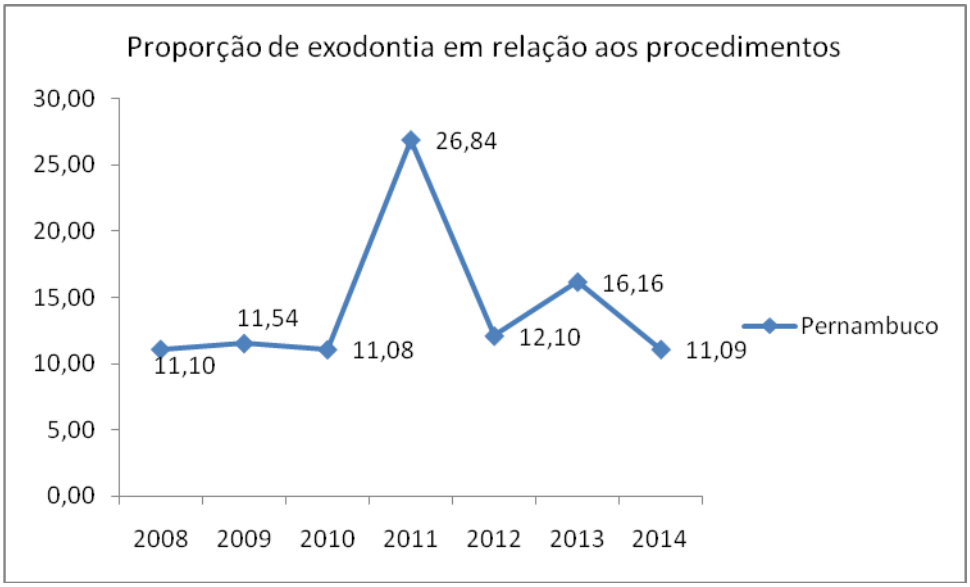
A melhoria do acesso das ações de saúde bucal, através da cobertura da Estratégia de Saúde da Família vem contribuir para que os procedimentos conservadores e coletivos sejam ofertados em maiores proporção em detrimento ao procedimento de exodontia.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	12%	11,09%	10%
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº total de extrações dentárias em determinado local e Período}}{\text{Nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada) Critério de Seleção: Numerador - Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE e 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE) Denominador - Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 31 códigos de procedimento) e Período. 0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por			

	sessão); 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria; 0307010015 Capeamento pulpar; 0307010031 Restauração de dente permanente anterior; 0307010040 Restauração de dente permanente posterior; 0307020010 Acesso a polpa dentária e medicação (por dente); 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ Preparo biomecânico; 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020070 Pulpotomia dentária; 0307020088 retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente Permanente uni-radicular; 0307020118 selamento de perfuraçãoo radicular; 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem corono-radicular (por sextante); 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada; 0414020073 Curetagem periapical; 0414020138 Exodontia de dente permanente; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020219 Odontosecção/ Radilectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo César - 3184-0579 p2caesar@yahoo.com.br / saudebucalpe@gmail.com



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

Os resultados apresentados pelo indicador confirmam uma redução dos procedimentos de exodontia no estado, entretanto foi evidenciados problemas de registro que impactaram negativamente no resultado de 2014, devido a isso a Coordenação de Saúde Bucal do estado propõe reuniões e orientações com os gestores municipais quanto aos registros. Este fato corrobora para que estado e municípios insistam cada vez mais em aprimoramento dos registros e em ações de promoção, prevenção e reabilitação oral.

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

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

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

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

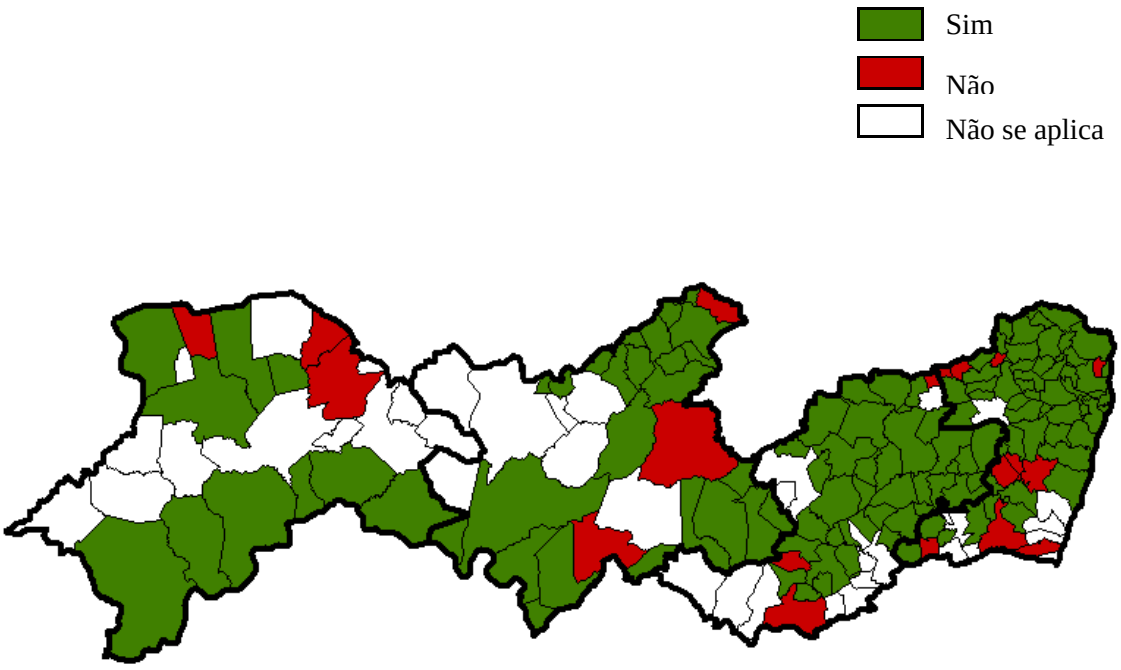
As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, este componente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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	(Aumentar 5%) Razão = 0,92	Razão = 1,16	Razão = 1,16
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de média complexidade segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.			

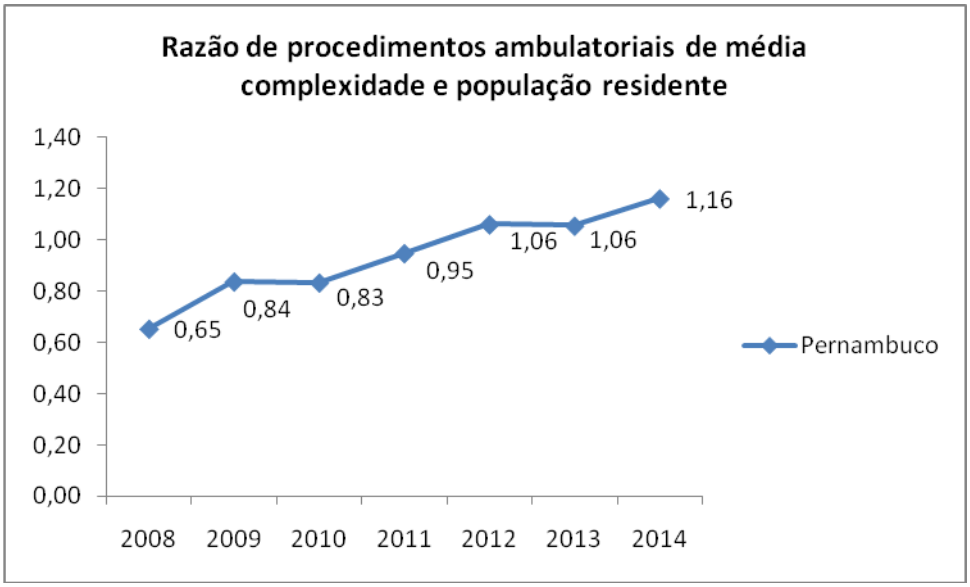
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade realizados nos ambulatórios (BPAI e APAC) + o subconjunto destes procedimentos realizados nos hospitais (SIH)}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$
Fonte*	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI) e Apac . Sistema de Informação Hospitalar (SIH) Quantidade aprovada Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o calculo do indicador: 0201010151, 0201010160, 0201010585, 0201010607, 0201010666, 0202030059, 0202030237, 0202031080, 0203010043, 0203020014, 0205010032, 0405030045, 0405050097, 0405050100, 0405050119, 0405050151, 0405050372, 0409040240, 0409050083, 0506010023, 0506010031, 0506010040. Observação: Alguns destes procedimentos podem ser realizados tanto nos ambulatórios, quanto nos hospitais. O procedimento 0405050372 e de alta complexidade, pois como e uma cirurgia para catarata foi somado aos demais de media complexidade, para a mesma finalidade.
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Gorete Medeiros - 3184-0534 dgais.ses@gmail.com Flávia Vilacham - 3184-0564

*__Anexo__: Fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais

Obs.: os municípios apontados como não se aplica apresentam erro na pactuação.



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

ANÁLISE:

A elevação de produção de serviços de atenção básica tem induzindo o aumento da demanda correspondente ao nível de hierarquia imediatamente superior ao elenco de procedimentos de média complexidade, que implica naturalmente maiores necessidades de exames, medicamentos específicos, procedimentos terapêutico entre outros, sendo observado também que o estado de Pernambuco teve nos últimos anos a implantação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE), além deste fator percebesse uma melhoria na gestão dos registros dos procedimentos ambulatoriais. Outro possível fator deve-se ao envelhecimento da população, que traz uma mudança no perfil epidemiológico que aumenta a demanda por serviços de saúde. Para tanto é imprescindíveis fortalecer as estratégias de utilização dos recursos.

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.

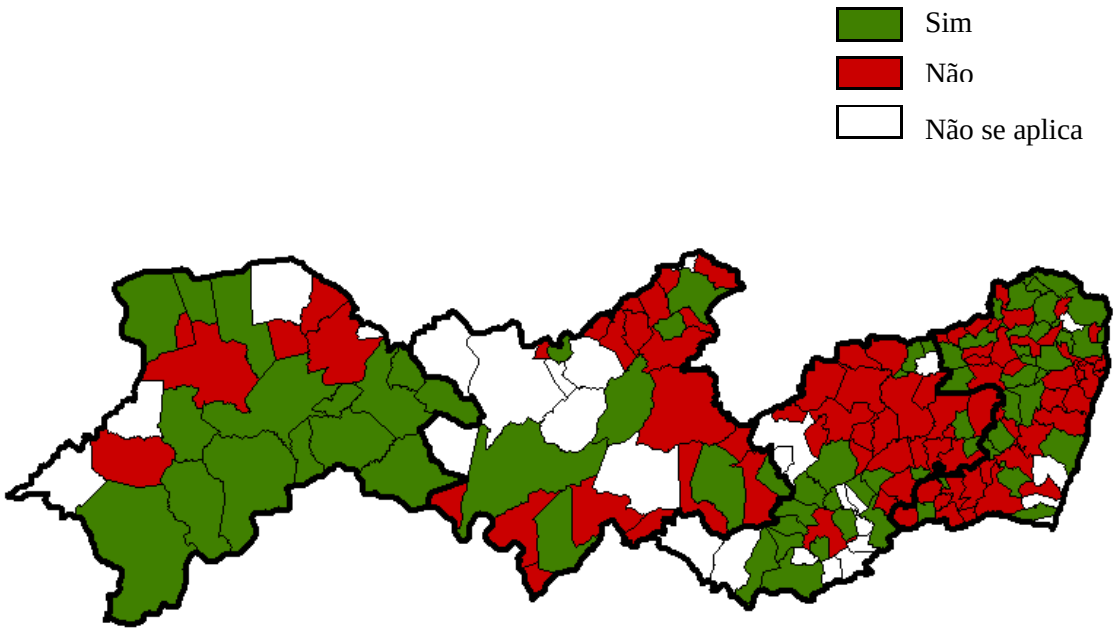
Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

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

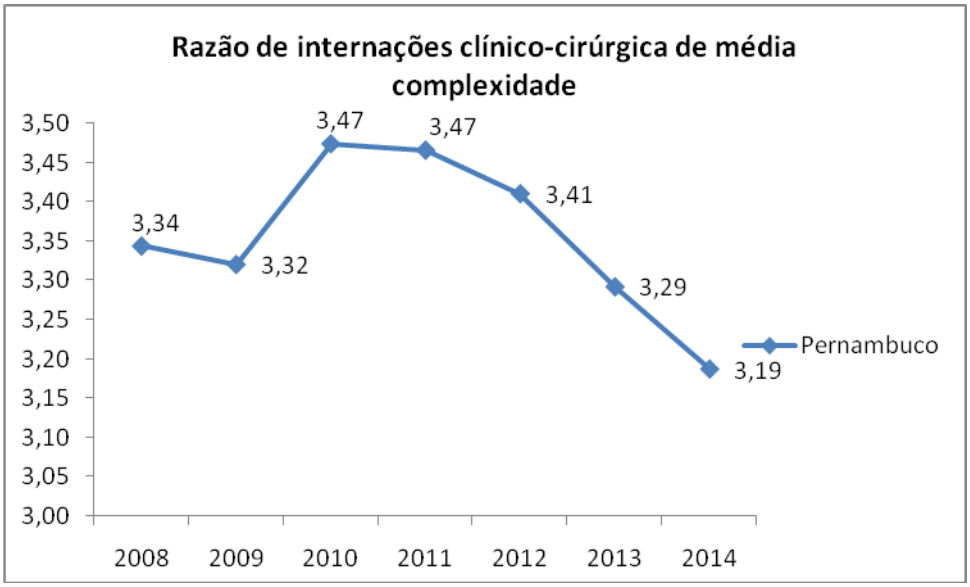
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de internações clínico cirúrgicas de média complexidade e população residente	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão = 5,42	Razão = 3,19	Razão = 3,19
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. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de média complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$			
Fonte*	Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/ acomp do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência recém-nascido. Os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos a seguir, classificados como de **média complexidade**: **Procedimentos para diagnose**: do código 0201010010 ao 0201010159, do código 0201010170 ao 0201010579, do código 0201010590 ao 0201010599, do código			

	0201010610 ao 0201010659, do código 0201010670 ao 0202030229, do código 0202030240 ao 0205010029, do código 0205010040 ao 0211099999, do código 0211120010 ao 0211129999. **Intern. clínicas**: do código 0303010010 ao 0303099999, do código 0303110010 ao 0303169999, do código 0303180010 ao 0305029999, do código 0306020010 ao 0306029999, do código 0308010010 ao 0309069999. **Intern. obstétricas clínicas**: do código 0303100010 ao 0303109999. **Out. cirurgias obstétricas**: do código 0411010010 ao 0411010019, do código 0411010050 ao 0411020059. **Intern. cirúrgicas**: do código 0401010010 ao 0405050089, do código 0405050120 ao 0405050149, do código 0405050160 ao 0405050369, do código 0405050380 ao 0409040239, do código 0409040250 ao 0409050079, do código 0409050090 ao 0410019999, do código 0412010010 ao 0414019999, do código 0415010010 ao 0416139999. **Observação**: Foram excluídos os procedimentos realizados em hospitais e que foram selecionados e contabilizados no numerador do Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Gorete Medeiros - 3184-0534 dgais.ses@gmail.com Flávia Vilacham - 3184-0564

*__Anexo__: Fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais
Obs.: os municípios apontados como não se aplica apresentam erro na pactuação.



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

ANÁLISE**:**

Pode-se observar a redução de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade em Pernambuco, que se deve a uma melhora na cobertura da Estratégia de Saúde da Família 2011 (63,84) e 2012 (78,35) e, consequentemente uma diminuição de internação por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), que estão dentro do bloco de procedimentos deste indicador, tais como: Diabetes Mellitus, Anemia Nutricional, crise Hipertensiva entre outros.

Outro fator que resultou na diminuição das internações clínico-cirúrgicas em Pernambuco foi às construções de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Pernambucana de Especialidade (UPAE), que proporcionou o aumento do número de procedimentos de média complexidade e consequentemente, houve uma redução das internações clínico-cirúrgicas. Além da implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que propiciou a diminuição de internações em leito hospitalar.

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

Objetivo Nacional 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências

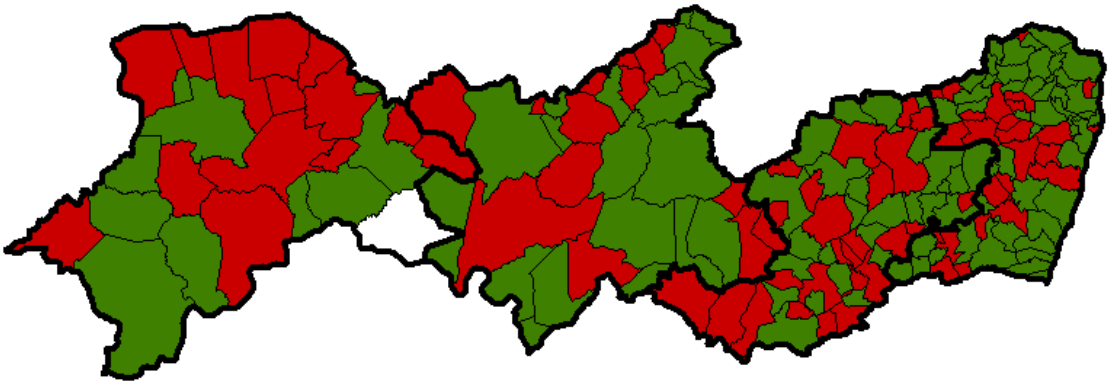
Indicador 12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

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

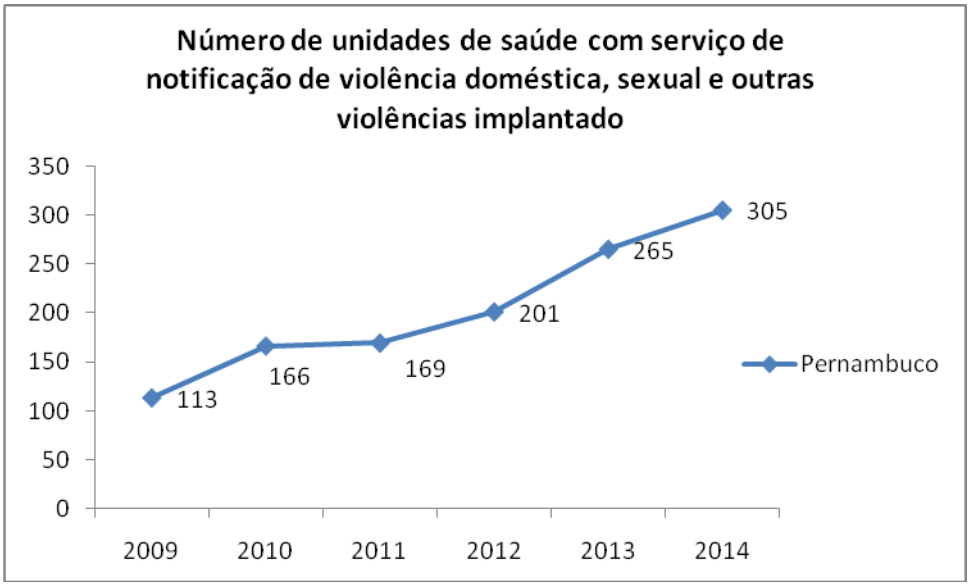
A VIVA - contínua contempla a violência doméstica, sexual e outras formas de violências interpessoais e autoprovocadas e realiza-se por meio do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual, específica para este agravo, em unidades de saúde que atendam a qualquer caso suspeito ou confirmado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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.	**2014**	**2014**	**2014**	**2015**
	Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ ou outras violências ao ano. **Meta**: ampliar em 20%	274 (ampliar 5%)	305	336 (ampliação 10%)
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Possibilita o acompanhamento e monitoramento da ampliação da cobertura da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências para atender à legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública; mede a sensibilidade da rede de atenção à saúde às notificações de violência; permite acompanha a adesão da unidade de saúde à notificação.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número absoluto de Unidades de Saúde com notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Marcella Abath - 3184-0340 macella.abath@gmail.com			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



Fonte: SINAN/SEVS/SES-PE
Dados atualizados em 31/03/2015, sujeitos à alteração

ANÁLISE:

O número de unidades de saúde com notificação de violência indica a situação da implantação da vigilância desse agravo. A integração da notificação de violência à LNC, 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. Até o presente, foram capacitados 42% dos 26 municípios programados pela área técnica para o ano de 2015.

No 1º semestre de 2015, foram registradas 211 notificações de violência no Sinan, de 83 municípios, desses 11 estavam silenciosos em 2014.

O aumento no número de fontes notificadoras sugere fortalecimento dessa implantação, decorrente da maior sensibilização dos profissionais para a notificação da violência, o que favorece o encaminhamento da vítima à rede de proteção, contribuindo para a redução desse agravo, além de subsidiar políticas públicas relacionadas ao mesmo.

Ressalta-se que esse resultado não pode ser considerado final, uma vez que a base do Sinan de 2014, atualizada em 14/11/2014, ainda não está encerrada. Conforme a Nota Técnica nº 70/DAI/SGEP/MS, de 20/6/2014, o mês de fechamento do banco de dados da base nacional é setembro do ano seguinte e o prazo de inclusão dos registros no sistema é de até 180 dias da data da notificação. Além disso, desde outubro de 2014 está sendo implantada a nova versão do Sinan 5.0 (atualização nacional), estando às transferências de dados comprometidas, com previsão de regularização na primeira quinzena de janeiro. É necessário que o Sinan esteja operando nas condições rotineiras para que as informações sejam mais fidedignas.

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

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

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

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

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

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

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

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

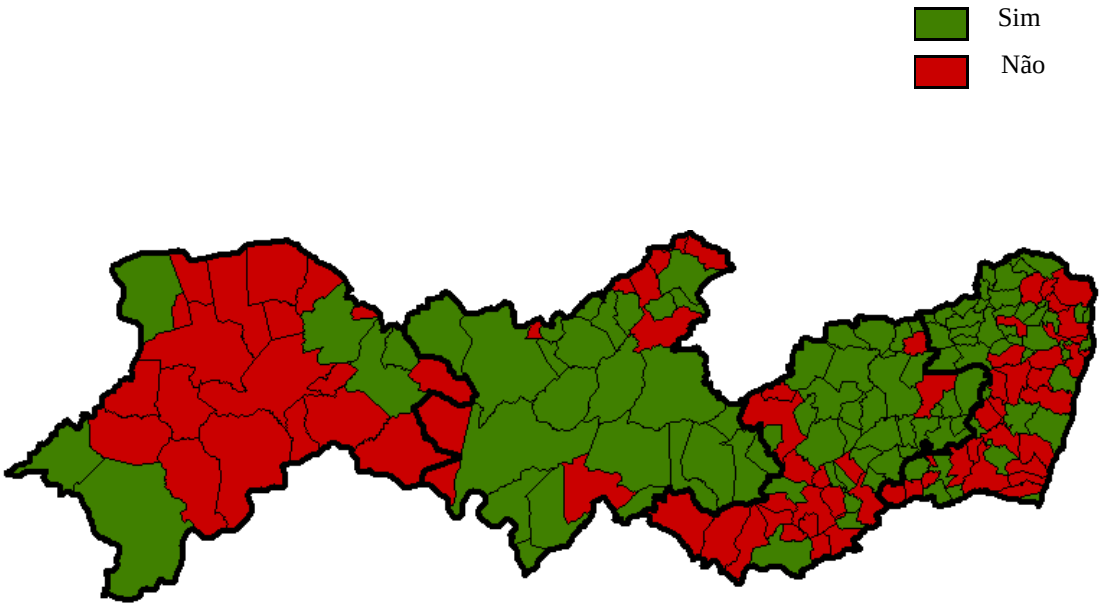
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo.

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

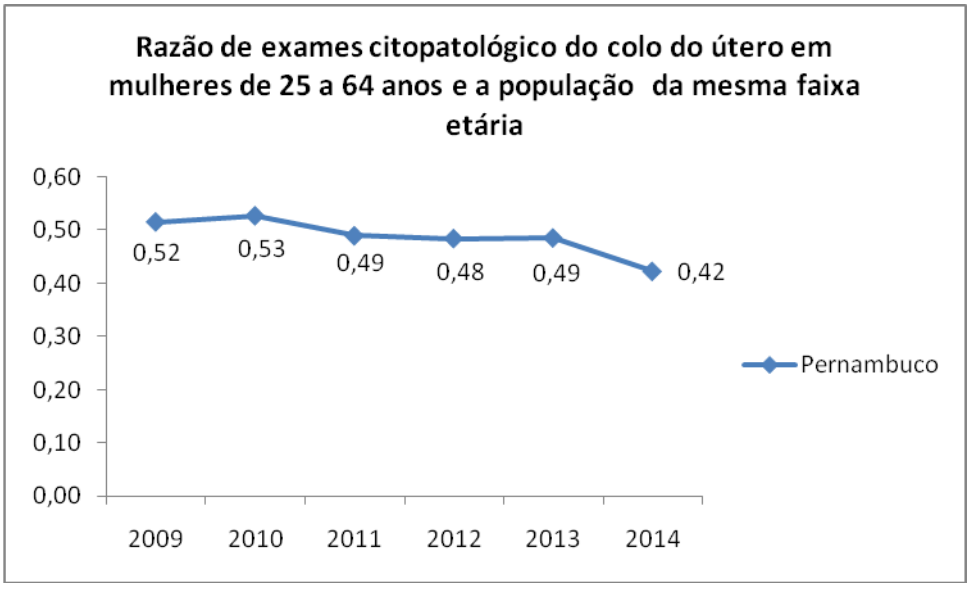
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos	0,10*	0,42	0,43
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos.			

	Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsidio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano ——————————————— População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/ 3
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS Quantidade apresentada Código do Procedimento: 0203010019 - exame citopatológico cérvico vaginal/microflora. 0203010060 - exame citopatológico cérvico vaginal-rastreamento.
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Joyce Santos (Dados) - 3184-0604 Marta Rejane (Meta) smulherpe@gmail.com

Anexo: Alteração na periodicidade e nas recomendações comforme Nota Técnica nº 70/2014
*A meta pactuada foi uma reenvidicação do estado junto ao Ministério da Saúde com a finalidade de melhoria da ferramenta (Siscan/web) para retratar a realidade dos municípios.



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

Em virtude da troca do sistema de informação antes SISCOLO e atualmente SISCAN em março de 2014, e essa troca poder ocasionar dificuldade no registro dos exames realizados a partir de março, a meta de 2014 foi reduzida de 0,50 para 0,10. No entanto, ao se obter os índices de 0,42 conclui-se que a mudança do sistema de informação levou a uma redução, mas não gerou os prejuízos esperados quanto a esse indicador.

Avanços:

Realizada Atualização nas ações para o Controle do Câncer do Colo do Útero para profissionais médicas(os) e enfermeiras(os) da Rede de Atenção Primária; Realizado monitoramento e diagnóstico situacional das ESF´s nos municípios do Estado (mostra um crescimento de 8,50% (1.965 para 2.132 ESF´s). O Estado tem uma cobertura de 75,12%.

Fortalecimento da Mobilização Social e Comunicação, a partir de ações publicitárias, voltadas para usuárias com intuito de reforçar a importância da realização dos exames preventivos e do diagnóstico para o controle desse câncer.

Dificuldades:

- Ampliar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos de 0,42 para 0,55 até 2018;

- Tendo em vista que o exame preventivo, digo a coleta do material para exame citopatológico cérvico-vaginal é realizada na rede básica de assistência, faz-se necessário a priorização e investimento por parte das Secretarias Municipais de Saúde para alcançarmos a meta.
- Processo de efetivação do Sistema de Informação do Câncer - SISCAN, o sistema possui falhas e perda de informações geradas para o SIA.

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

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

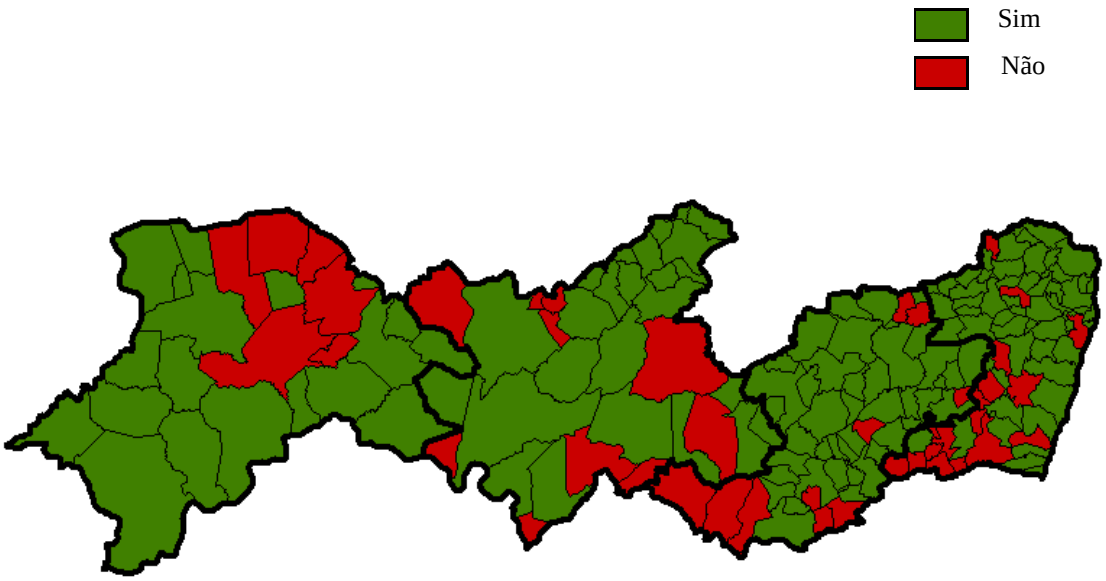
No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento mamográfico nas mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. Esta faixa etária e periodicidade são adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta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

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

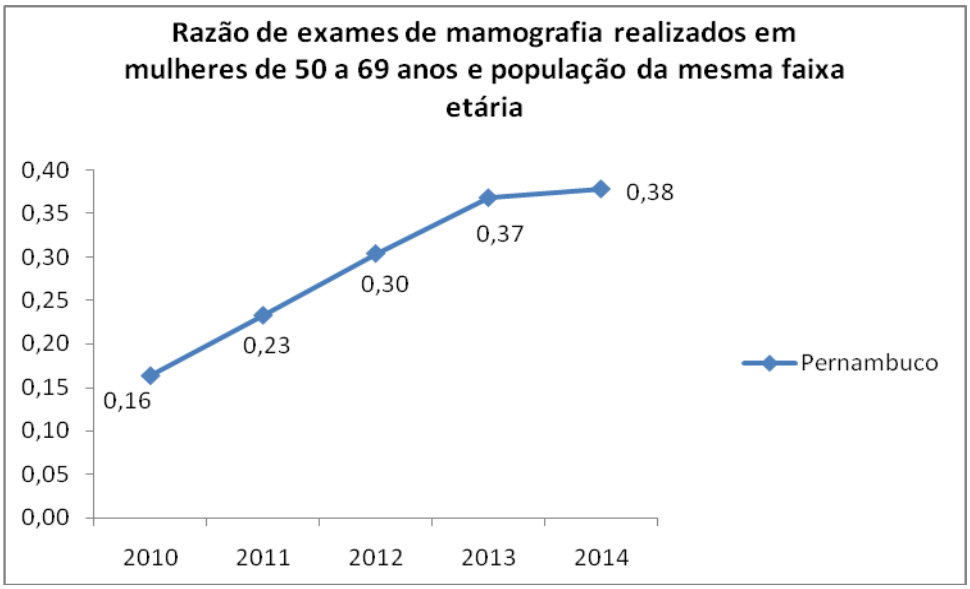
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	0,10*	0,38	0,39
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de mamografias para rastreamentos realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano}}{\text{População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS Quantidade apresentada Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento.			

Responsável pelo Monitoramento no Estado	Joyce Santos (Dados) - 3184-0604 Marta Rijane (Meta) smulherpe@gmail.com

*A meta pactuada foi uma reenvidicação do estado junto ao Ministério da Saúde com a finalidade de melhoria da ferramenta (Siscan/web) para retratar a realidade dos municípios.



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE**:**

Em virtude da troca do sistema de informação antes SISMAMA e atualmente SISCAN em março de 2014, e essa troca poder ocasionar dificuldade no registro das mamografias realizadas a partir de março, a meta de 2014 foi reduzida de 0,38 para 0,10. No entanto, ao se obter os índices de 0,38 conclui-se que a mudança do sistema de informação não levou a uma redução nem gerou prejuízos esperados quanto a esse indicador.

Avanços:

A Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos entre os anos de 2010 e 2014, considerando que a leitura desse indicador é a garantia do acesso da mulher ao exame de mamografia, vem crescendo anualmente o que ratifica um avanço nas ações do Programa do Controle do Câncer de Mama.

Realização de atualização no Controle do Câncer do Colo o Útero e Mama para profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) da Atenção Primária.

Dificuldades:

O desconhecimento do profissional de saúde que solicita a mamografia quanto às indicações clínicas da mamografia.

O preenchimento inadequado, dos formulários padronizados pelo INCA/MS, realizados pelos profissionais de saúde.

Esclarecimentos:

A potencialidade do Sistema de Informação como ferramenta auxiliar na estratégia de rastreamento e a importância do registro correto das informações nos formulários e no sistema farão com que os dados levantados possam efetivamente ser utilizados em avaliações e planejamento das ações.

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

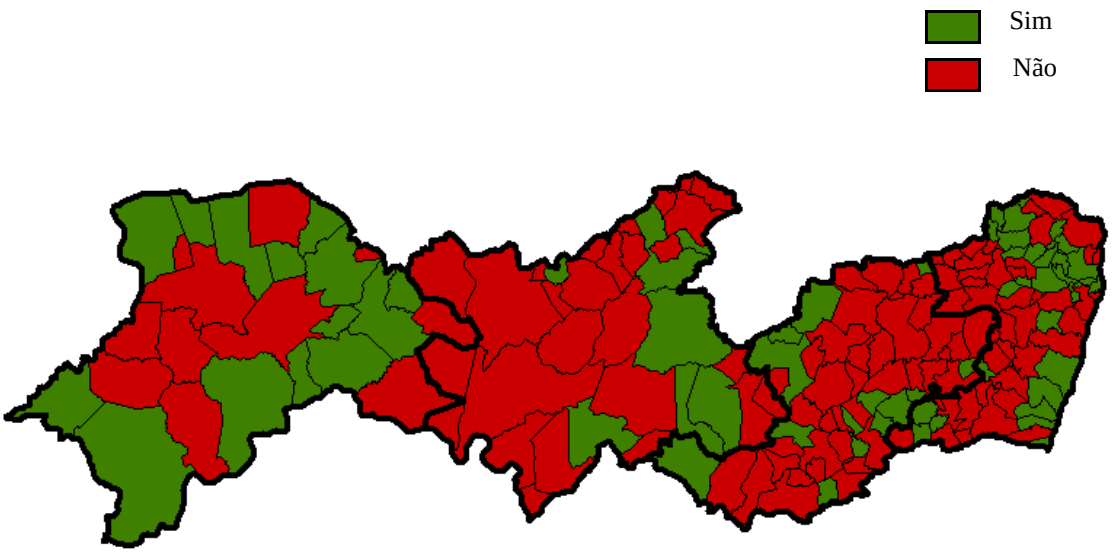
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 20 - Proporção de partos normais

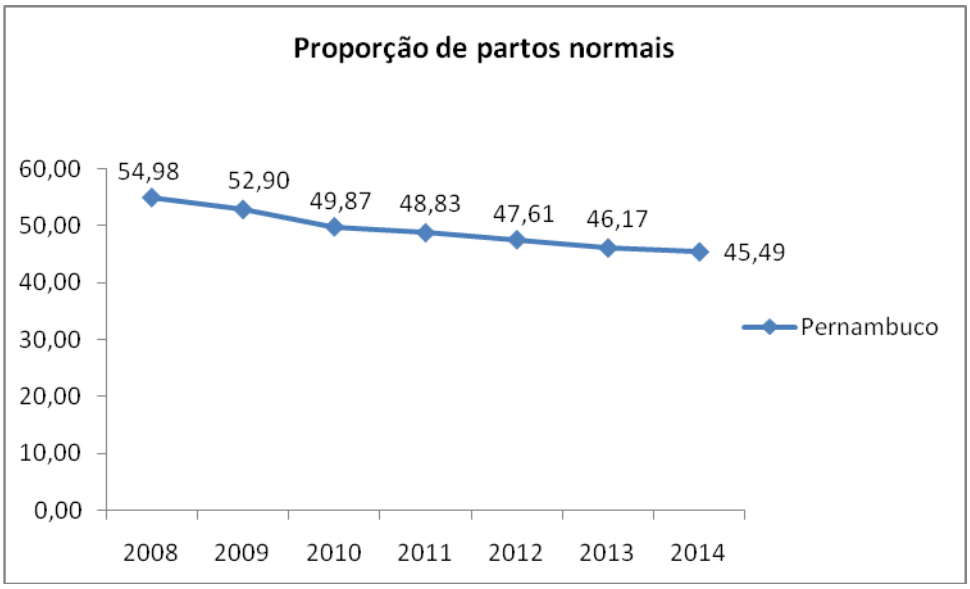
O parto normal é a maneira mais natural para dar a luz, está relacionado a menores taxas de complicações do parto, proporciona vários benefícios para a mulher, como recuperações mais rápidas e menores riscos de complicações pós-parto e que, não requer procedimentos invasivos. Mas é muito importante que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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de partos normais	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar o percentual de parto normal	48%	45,49%	48%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rosely Lira / 3184-0604 smulherpe@gmail.com			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

Na perspectiva de reverter este resultado é importante integrar à proposta do Programa Mãe Coruja Pernambucana e Rede Cegonha que traz a mudança do modelo de atenção ao parto, através de custeio de centros de parto normal, tendo como objetivo maior a redução da mortalidade materna e infantil. Visando à mudança do modelo de assistência obstétrica, favorecendo a Humanização da Assistência ao Parto, assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias.

A área técnica informa a inserção, a partir de maio, de 77 Enfermeiros Obstetras concursados na rede estadual, bem como campanhas e fóruns para conscientização dos profissionais quanto a via de parto mais favorável, para a mulher, ser a transvaginal através dessas ações estimasse o alcance da meta.

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

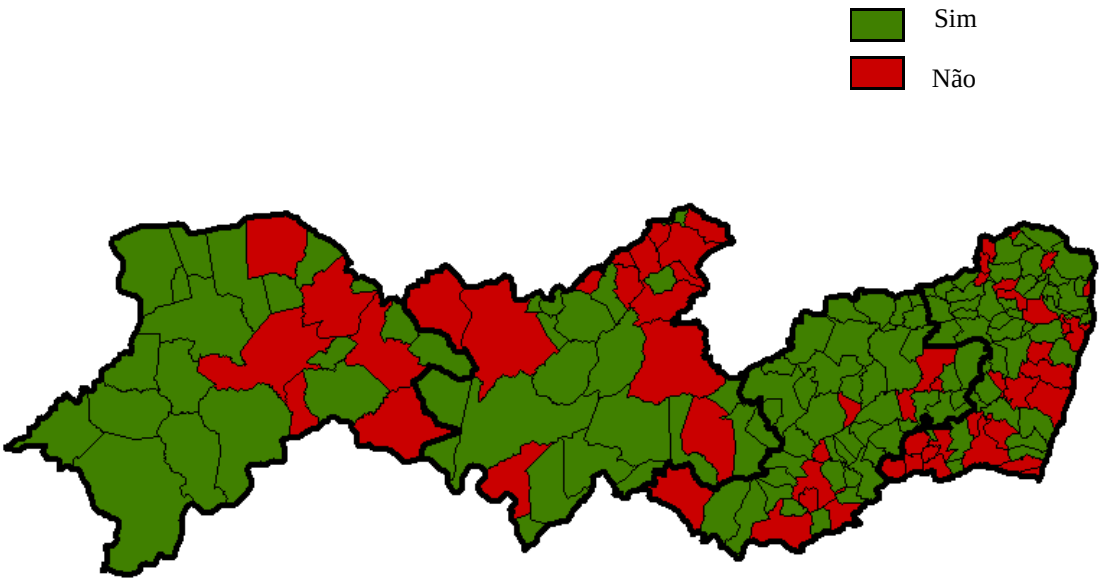
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

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

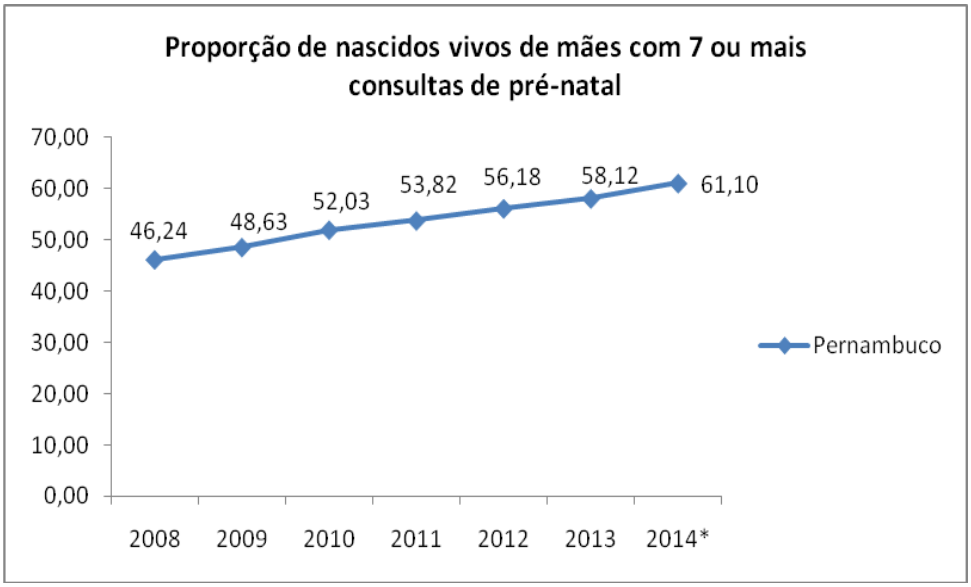
O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado á melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detenção e o tratamento oportuno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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	60%	61,10%	61,10%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Mede a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Nº de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal / Nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período x 100			
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Idalacy Barreto (Dados) - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com Saúde da Mulher (Meta)			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados sujeitos a alterações

ANÁLISE:

Considerando:

Os dados disponibilizados pelo Sistema de Nascido Vivo (SINASC) são informados através da declaração de nascido vivo (DNV) e este retira informações do cartão de pré-natal da gestante, que por vezes a quantidade de consultas de pré-natal realizada pode não ser superior à quantidade de consultas registradas no cartão da gestante, gerando um percentual de consultas menor do que o realizado.

O resultado do indicador tem se mostrado crescente, alcançando a meta pactuada, devido a isto se propõe 63% como meta para 2015.

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

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

Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante

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

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

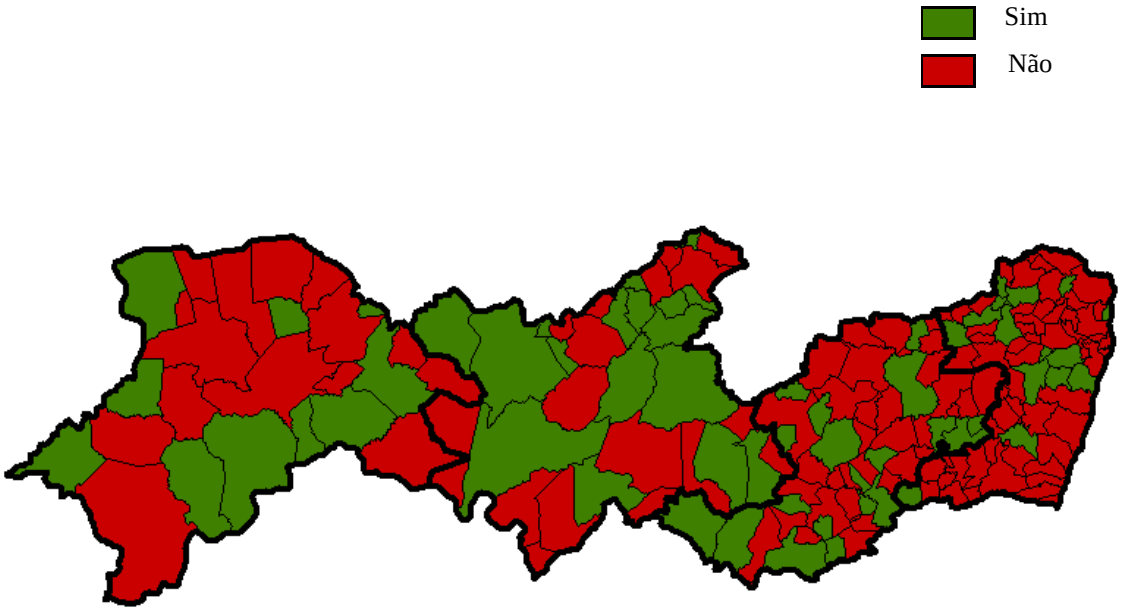
As atuais recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal devem ser realizadas na primeira consulta, ainda no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre da gestação. O teste VDRL, é um recurso imunodiagnóstico utilizado para o diagnóstico da sífilis, faz parte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

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

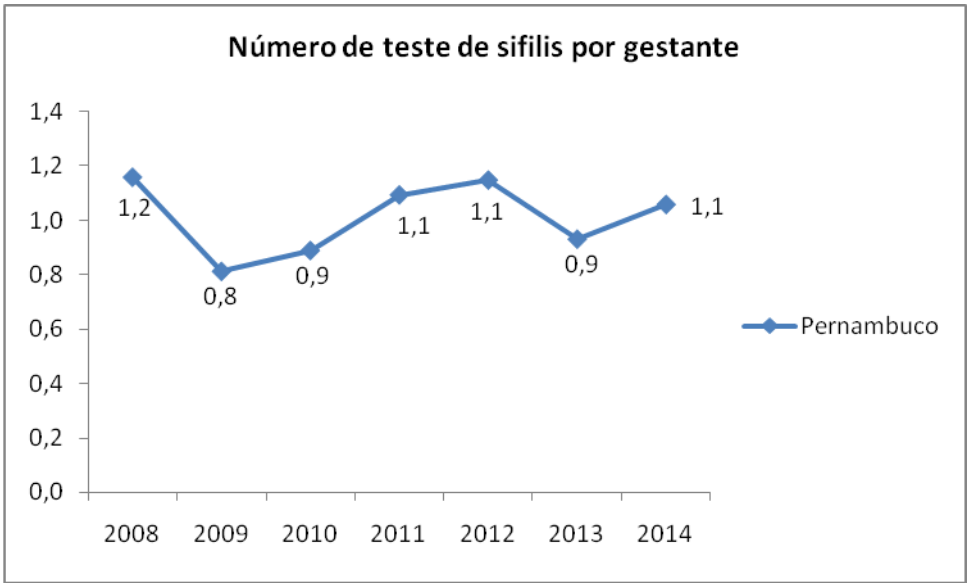
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de teste de sífilis por gestante	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Realizar pelo menos, 2 testes de sífilis	2	1,1	2
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Como indicador de concentração, expressa a qualidade 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*	Método de Cálculo Municipal, Regional Estadual e DF Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e por local de residência ——— Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local de residência **Observação:** 1. Para o numerador considerar os seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECÇAO DE SÍFILIS EM GESTANTE.			

	0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE. 2. Para o denominador considerar o total de internações pelo SUS dos seguintes procedimentos: 0310010039 PARTO NORMAL. 0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO. 0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO. 0411010034 PARTO CESARIANO. 0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Lilian Sampaio - 3184-0604 Saúde da Mulher

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



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

O monitoramento do indicador a partir do SIA/SUS e SIH/SUS não permite sua análise por município apenas para todo o Estado. O Ministério da Saúde (orientador do método de cálculo) está ciente da limitação do sistema e brevemente irá se manifestar (conforme justificado na videoconferência do dia 06/04/2015).

Levando-se em consideração que o maior percentual de oferta de teste de sífilis é para as gestantes, ao ser relacionado o total de testes registrados no SIA-SUS até novembro de 2014 (396.046) com o número de nascidos vivos no mesmo período (131.064) teríamos uma razão de 3 testes por gestante. No entanto, apenas 96.700 testes foram registrados em gestantes, número este que gera uma razão de teste, bem inferior à desejada, apesar da SES no ano de 2014 ter capacitado 889 profissionais em todas as Regionais de Saúde para realização do teste rápido de sífilis. Códigos utilizados no numerador: 0202031179 VDRL; e 0214010082 teste rápido.

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

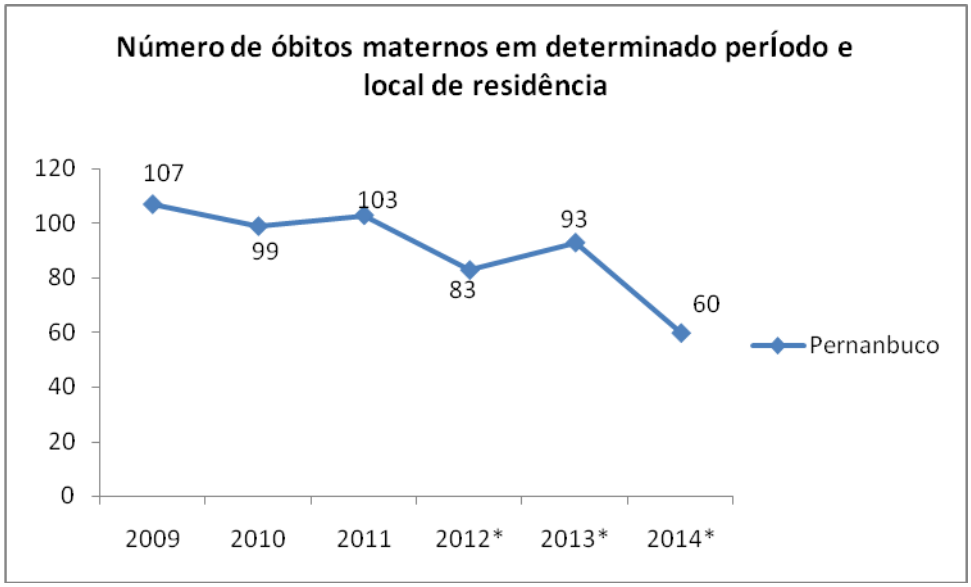
A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. No entanto, a redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade 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).

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência	**2014**	**2014**	**2014** (referente ao ano de 2013)	**2015**
	Reduzir o número de óbitos maternos	71 óbitos Redução de 5% (referente ao ano de 2012)	93 óbitos	88 óbitos Redução de 5% (referente ao ano de 2013)
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, ao parto e puerpério.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Nº de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e gravidez) em determinado período e local de residência.			
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.			
Responsável pelo monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM (Dados) / 3184-0196 / gmvevpe@gmail.com Hérika – Saúde da Mulher (Meta) / 3184-0604 / smulherpe@gmail.com			

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

Dados referentes ao banco fechado em 2013



Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco
*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 14/04/2015

ANÁLISE**:**

Tendo em vista que o processo de discussão de óbitos maternos ocorre paulatinamente e que os anos de 2012 e 2013 ainda estão em aberto, propomos que a meta (redução de 5% sob os óbitos discutidos) seja baseada no ano 2013, onde o resultado corresponde a 93 casos estudados até a data de 15/04/2015.

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

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

Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil

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

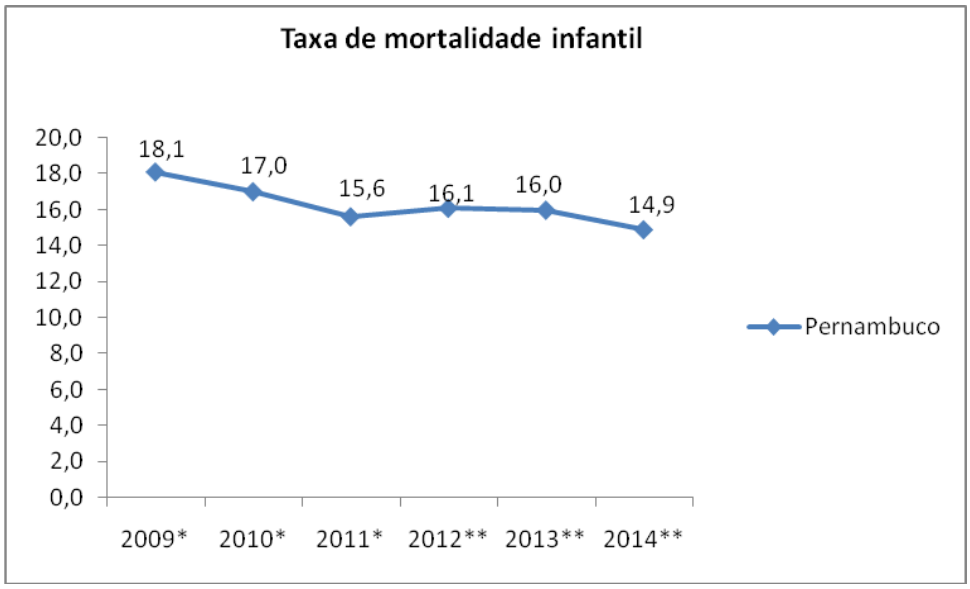
Os fatores de risco para a mortalidade infantil, didaticamente, são divididos em três grupos: fatores biológicos, sociais e relacionados à assistência médica. Entre os fatores de risco biológicos estão: idade materna, paridade, estatura, peso antes da gravidez, ganho ponderal durante a gestação, doença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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Taxa de Mortalidade Infantil	**2014**	**2014**	**2014** (referente ao ano de 2013)	**2015**
	Reduzir a mortalidade infantil	14,82/1000NV Redução de 5% (referente ao ano de 2012)	16,0/1000 NV	16,0/1000 NV (referente ao ano de 2013)
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	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano}} \times 100$ Para municípios com população menor que 100.000 habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças menores de um ano.			
Fonte	Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM (Dados) - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com Dra Madalena – Saúde da Criança (Meta) - 3184-0591/0570 saudecriancape@gmail.com			

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



Fonte: *2009 a 2011 IDB 2012/Datasus/MS. Captados em: 15/04/2015
**2012 a 2014 - Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE - Dados sujeitos a revisão. Captados direto do SIMWeb em 13/04/2015. Dados captados direto do SIM-PE corrigidos, utilizando fator de correção disponível em Saúde Brasil, 2010.

ANÁLISE:

No estado de Pernambuco foi realizada uma pesquisa com iniciativa conjunta entre a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MS), no ano de 2010. A mesma encontrou um fator de correção de 1,20, sugerido para retificar o número de óbitos infantis ocorridos.

Em 2008, Pernambuco apresentou um sub-registro de óbitos infantis ao SIM de 16,7%, portanto, adotar o fator de correção para análise da TMI, possibilitará a obtenção dos dados mais próximos da realidade, bem como permitirá a comparação com as demais UF.

Para fins de monitoramento da mortalidade infantil, sugere-se o uso dos dados direto do SIM, pois permite que sejam identificados os problemas para ação oportuna, entretanto para fins de divulgação se faz necessário o uso de dados corrigidos, uma vez que Pernambuco ainda não possui cobertura adequada do SIM.

Acrescenta-se ainda que além da possibilidade de subnotificação ao SIM, o cálculo da TMI sofre limitações de uso nas regiões e municípios com baixo contingente populacional, uma vez que pode haver variações aleatórias que influenciam bastante as TMI. Nesses casos, recomenda-se utilizar o número absoluto de óbitos infantis para o acompanhamento da ocorrência desses eventos.

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

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

Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

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

Este indicador apresenta como principais vantagens:

✓ Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos sentinelas, ou seja, aquele evento que, diante de adequada atenção à saúde, não deveria ocorrer;

✓ A investigação permite identificar os óbitos evitáveis e subsidia a discussão e análise dos casos, para que seja possível realizar as recomendações adequadas e evitar novos óbitos pelas mesmas causas;

✓ A investigação de óbitos infantis e fetais é regulamentada pela Portaria MS nº 72/2010 que torna obrigatória a vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

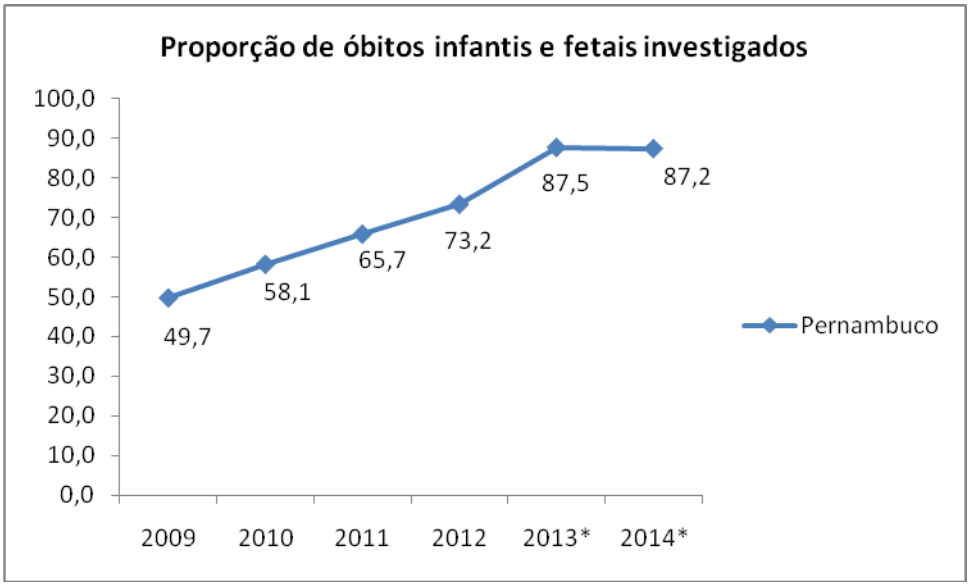
No que diz respeito às limitações desse indicador, observa-se que considerando os critérios para priorizar a investigação dos óbitos fetais e infantis com maior potencial de prevenção, sugeridos no Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde, a fusão em um mesmo indicador da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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos infantis e fetais Investigados	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Investigar os óbitos infantil e fetal. **Meta: 70%**	50%	87,2%	75%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	O percentual de investigação de óbitos infantis e fetais mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, levando à reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais e à identificação de determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.			

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

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



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

ANÁLISE:

Observa-se um aumento significativo dos resultados, nos anos de 2013 e 2014, segundo a área técnica deve-se ao fato da participação dos apoiadores do Projeto de Avaliação da Vigilância do Óbito nas Regionais de Saúde, os quais realizavam intervenções nos âmbitos regionais e municipais para o fortalecimento das etapas envolvidas no processo de vigilância do óbito, entre elas, a investigação, favorecendo assim o aumento da mesma.

Entretanto, devido à fragilidade na disponibilização do transporte, que dificulta a agilidade da investigação de acordo com os prazos e fluxos estabelecidos, bem como a rotatividade de profissionais no âmbito municipal e a falta de previsão da permanência dos referidos apoiadores a meta para 2015 será 75%.

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

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

Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados

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

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

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

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

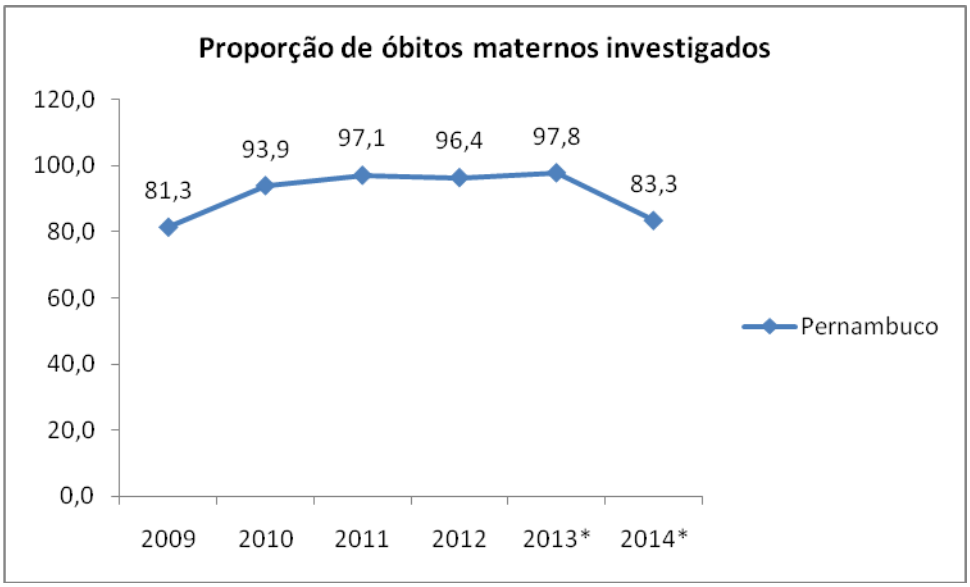
A sua investigação contribui para a identificação do número real de óbitos maternos, à medida que permite a identificação daquelas que não foram informados corretamente e os que não têm declaração de óbitos registrados ou não entraram no sistema de informação, sendo indispensável para a definição de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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos maternos Investigados	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Investigar os óbitos maternos 100%.	90%	83,3%	90%
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	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF			

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

*__Anexo__: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014



Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 14/04/2015

ANÁLISE:

Considerando a complexidade da investigação do óbito materno, que no momento não nos permiti alcançar o resultado de100%, tendo como motivos: a não localização do endereço de residência, a rotatividade de profissionais no âmbito municipal, a fragilidade na disponibilização do transporte dificultando a agilidade da investigação de acordo com os prazos e fluxos estabelecidos, e que os dados referentes a 2014 ainda estão sujeitos a alterações, uma vez que o prazo para conclusão da investigação dos óbitos é de até 120 dias a partir da data de ocorrência do óbito, sugere-se como meta 90% dos óbitos maternos investigados para 2015.

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

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

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

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

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

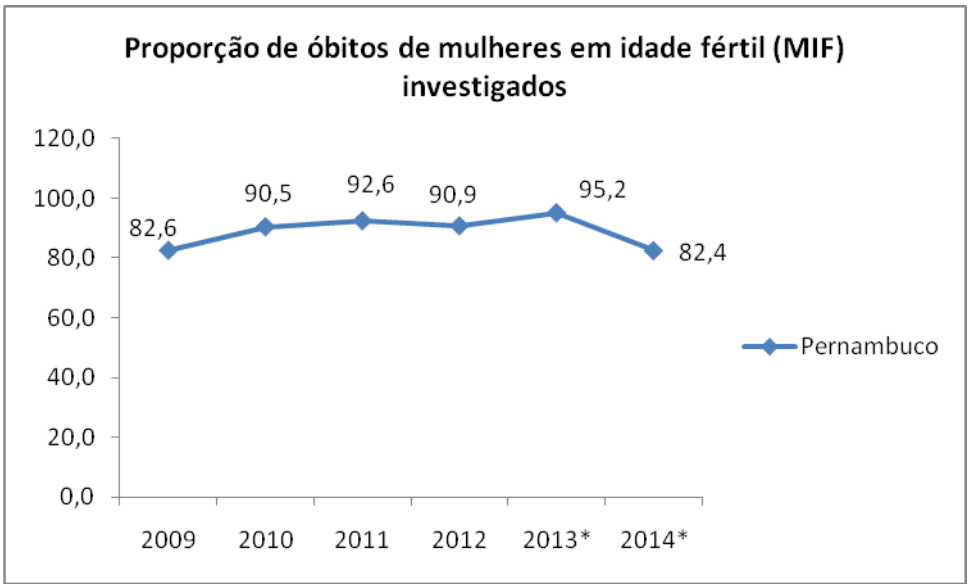
No entanto, esse indicador apresenta algumas limitações tais como:

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) Meta: ≥70% dos óbitos em MIF	75%	82,4%	83%
Tipo de Indicador	Universal			

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

*__Anexo__: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014



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

ANÁLISE:

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), fonte de coleta dos dados das investigações, permite atualizações periódicas pelos municípios, mesmo em período posteriores ao prazo de conclusão da investigação que é de até 120 dias a partir da data de ocorrência do evento, o qual qualifica este indicador no seguimento do tempo.

Vale destacar a participação dos apoiadores do Projeto de Avaliação da Vigilância do Óbito, nas Regionais de Saúde em 2014, entretanto para o ano de 2015 não ocorrerá à participação dos mesmos. Mas uma vez rotatividade de profissionais no âmbito municipal e fragilidade na disponibilização do transporte, corroboram como entraves do indicador.

Considerando que a proposta de coleta dos dados para avaliação do citado indicador no Sispacto é anual, sugere-se a meta de 83% dos óbitos de MIF investigados para 2015.

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

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

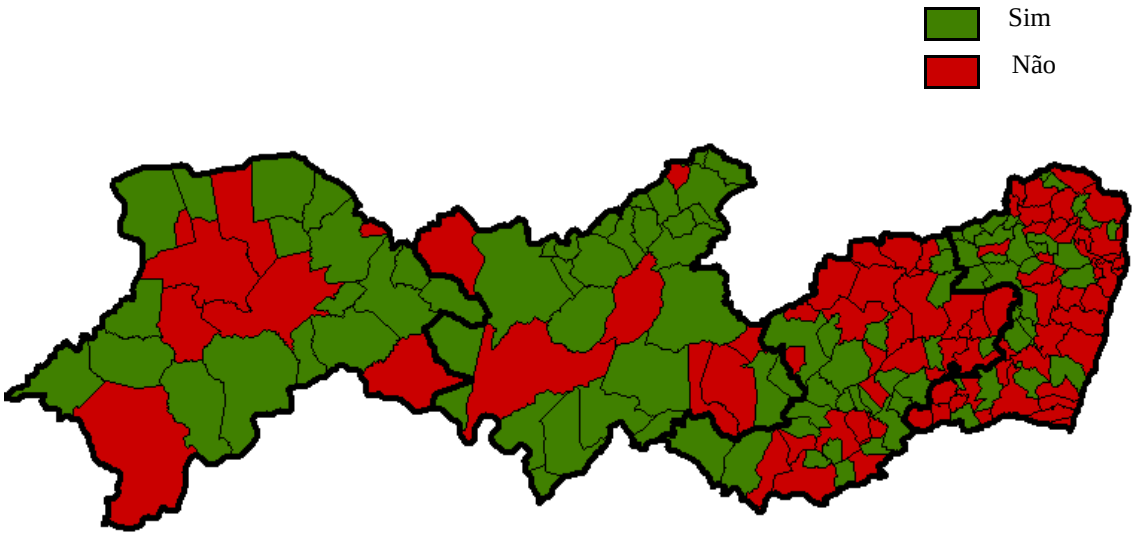
Indicador 28 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

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

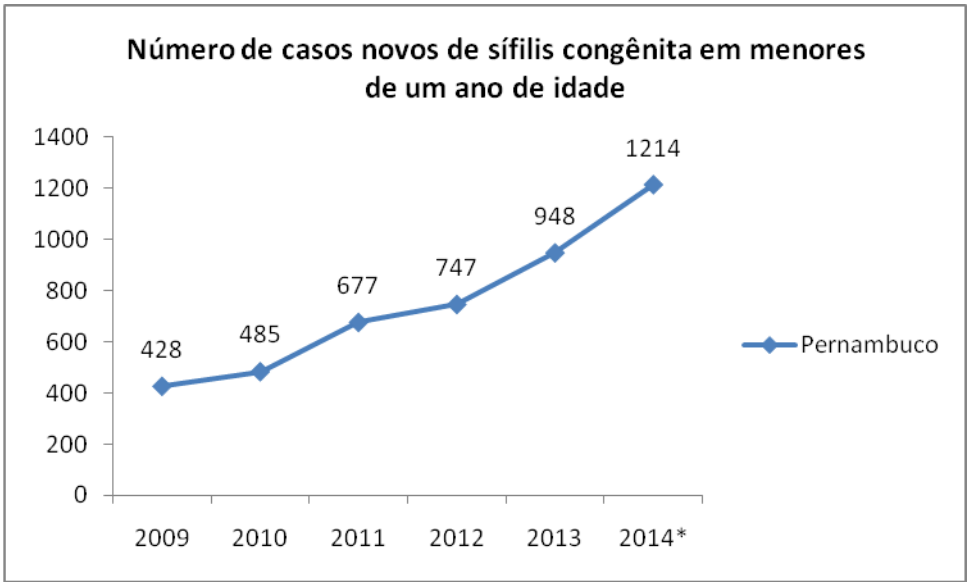
A incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano constitui importante marcador de assistência à saúde. O monitoramento e avaliação periódica desse indicador tornam-se importante ferramenta para a construção do diagnóstico situacional da assistência à saúde no pré-natal/parto/puerpério.

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Incidência de sífilis congênita	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Reduzir o número de casos de sífilis congênita < 0,5/1.000 nascidos vivos.	650	1.214	1.214
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Camila Dantas - DST/AIDS - 3184-0212 dstaidsestadualpe@gmail.com			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV
*Dados captados em 13/04/2015

ANÁLISE:

Nos últimos 4 anos em Pernambuco, média por ano, houve 15% de acréscimo no número de casos de sífilis congênita.

Outro importante entrave que tem sido observado é a falta ou a quantidade insuficiente de ações municipais de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis incluindo a sífilis.

No ano de 2014, foram realizados 2 seminários e 2 oficinas de vigilância epidemiológica para diversas regiões do Estado que se apresentavam silenciosas em

seus possíveis casos de sífilis congênita. Dessa forma, foram capacitados 118 profissionais de saúde de 60 municípios.

Todas essas ações realizadas, bem como os entraves apresentados, podem ter contribuído para o significativo aumento de casos de sífilis congênita do Estado, dificultando assim o alcance da meta.

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

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

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

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

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

Os CAPs diferem quanto:

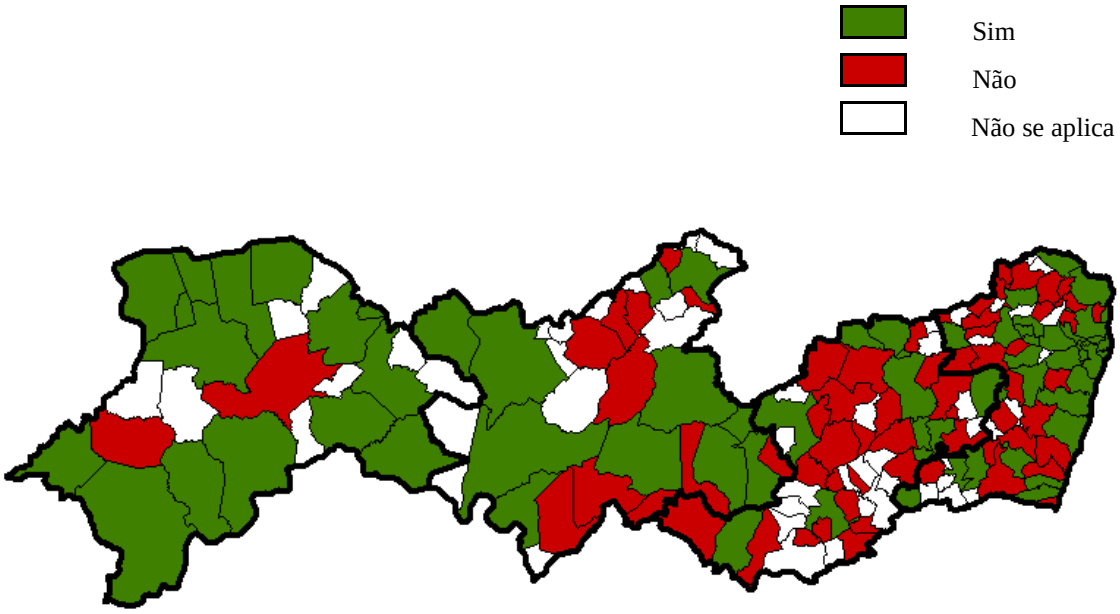
a) Ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissional e diversidade nas atividades terapêuticas.
b) A especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

Diferentes tipos de CAPs:

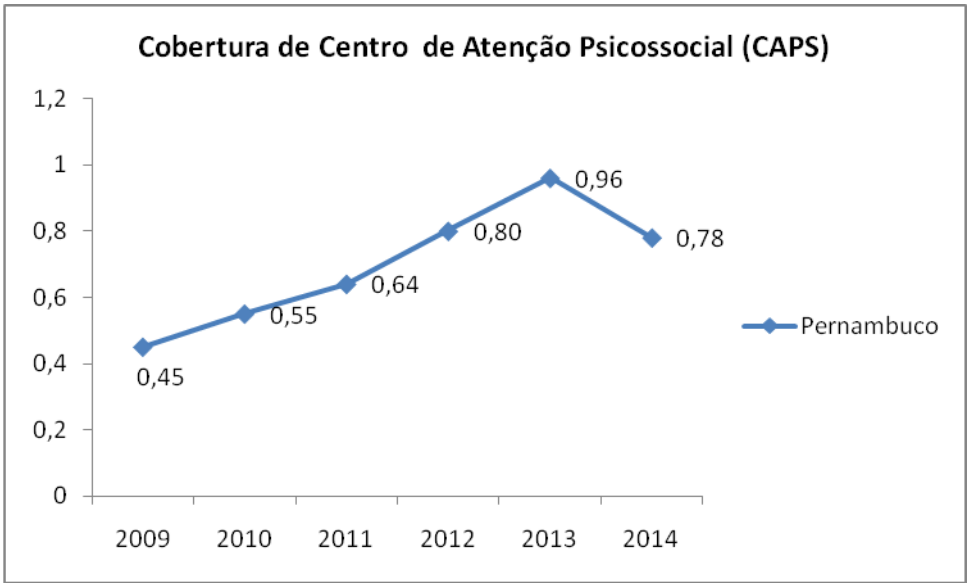
- CAPs I – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população de 20 mil até 70 mil habitantes. Atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPs II – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Também com atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPs III – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população a partir de 200 mil habitantes. Atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais e persistentes.
- CAPs ad – Serviço especializado para usuários de álcool e drogas em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Esse tipo de CAPs possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.
- CAPs ad III – Serviço especializado destinado a proporcionar atenção integral e contínua a adultos, crianças e adolescentes com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Funcionando 24 horas ininterruptamente (inclusive finais de semana e feriados). População estimada de 200 mil a 300mil habitantes. Poderá constituir-se como referencia regional.
- CAPs i – CAPs de infância e adolescência, para atendimento diário a criança e adolescente com transtornos mentais até 25 anos. População acima de 200 mil habitantes.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial **Meta: 0,77**	1,15%*	0,78%	0,78%
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF (Nº CAPS I X 0,5) + (Nº CAPS II) + (Nº CAPS III X 1,5) + (Nº de CAPS i) + (Nº CAPS ad) + (Nº de CAPSad III X 1,5) em determinado local e período / População residente no mesmo local e período x 100.000			
Fonte	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) População (IBGE).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Léa Lins - 3184-0581 gasam.saude@gmail.com			

*Metodologia de cálculo utilizada diferente da atual



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

Segundo o Ministério da Saúde o estado de Pernambuco apresenta a segunda cobertura de CAPS do nordeste, região que ocupa o segundo lugar no ranking Nacional. Apesar desse número/colocação identificamos algumas dificuldades que influenciam na efetivação da cobertura CAPs em PE, entre elas:

- Limite prudencial de gastos com contratação de pessoal nos municípios, por conta da lei de responsabilidade fiscal.
- Insuficiência de recursos de custeio destinado ao financiamento de CAPs.
- Processo burocrático de aluguel de imóveis que retardam a implantação do CAPs.
- Recursos Humanos qualificados insuficientes em abordagem psicossocial, principalmente no que se refere à oferta de psiquiatras.
- Demora por parte do MS num processo de publicação de portaria de habilitação e incorporação de recursos de custeio para os municípios.

Na busca de minimizar essas questões, o MS através das gerencias de Atenção e Saúde Mental nos Estados, tem estimulado os municípios a solicitar recurso de incentivo, construção e custeio mensal.

No que se refere à oferta de recursos humanos principalmente médicos psiquiatras, é previsto que nos próximos anos teremos maiores possibilidades de enfrentamento do problema, uma vez que além dos programas de residência já existentes (HC e UPE), contamos com um novo programa de residência em psiquiatria (3º turma) promovido pela Prefeitura do Recife como também, um novo programa que será implantado no ano corrente no município de Caruaru.

A Gasam tem realizado oficinas de qualificação com médicos generalistas, como também busca otimizar o processo de vistoria e documentação para o envio ao MS visando análise e procedimento de habilitação. Este enfrentamento esta sendo realizado de forma sistemática para que o MS possa garantir a publicação das portarias de incorporação do incentivo de custeio.

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

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

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

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

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

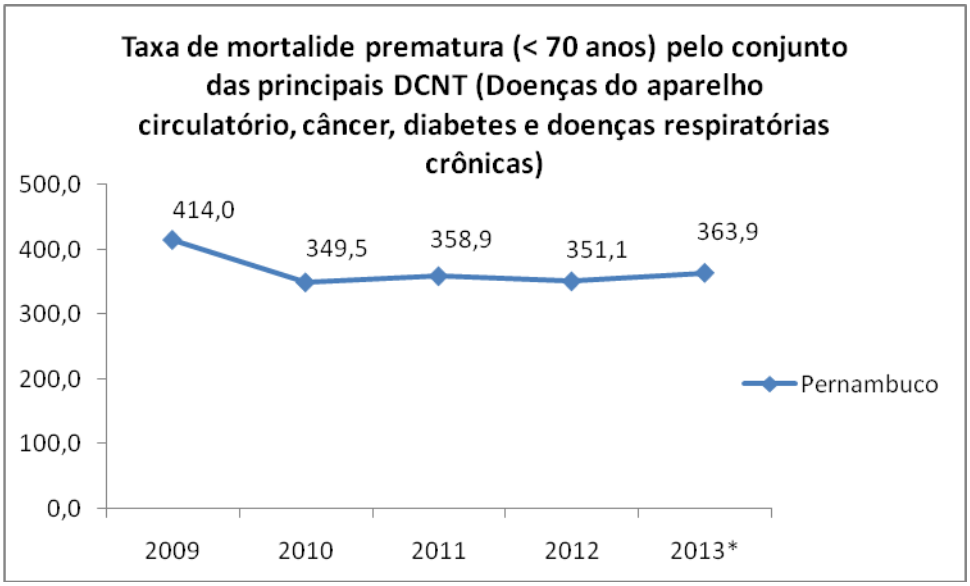
O governo brasileiro, sob a coordenação do Ministério da Saúde construiu o Plano de Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011- 2012, com a definição de metas para o controle das quatro principais grupos de doenças crônicas (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
30a - Número de óbitos prematuros (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	**2013**	**2014**	**2014 (ano base 2013)**	**2015 (ano base 2013)**
	Reduzir em 2% o número de óbitos prematuros (< 70 anos) por DCNT, em relação ao ano anterior	Redução 2% (13.616[1])	13.664[1]	Redução 2% (10.931)
30b - Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT, em relação ao ano anterior	Redução 2% 334,7/100.000 hab[2]	363,9/100.000 hab[2]	356,6/100.000 hab (Redução de 2%)
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.			
Método de Cálculo	1**.** Para Município/Região com menos de 100 mil habitantes:			

	Número de óbitos prematuros (< 70 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 [I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14], em determinado ano e local. 2. Para Município/Região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta: $\frac{\text{Número de óbitos (< 70 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 [I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14], em determinado ano e local}}{\text{População residente (< 70 anos), em determinado ano e local}} \times 100.000$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM (Dados) - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com Gorete Medeiros – DGAIS (Meta) - 3184-0534 Dgais.ses@gmail.com

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



Fonte: SIM/Datasus/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados sujeitos a revisão. Captados em: 08/04/2015
Nota: o IBGE não divulgou a estimativa populacional por faixa etária para o ano de 2014, impossibilitando o cálculo do referido indicador no período.

ANÁLISE:

A Taxa de Prematuridade (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), até dezembro de 2013 foi de 363,9 a cada 100 mil habitantes.

Salientamos que os dados se referem ao período de janeiro a dezembro de 2013, em virtude da regulamentação de digitação oportuna do SIM no prazo de até 60 dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito e ainda estão sujeitos a alterações.

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

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

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

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais do calendário básico	75%	56,22%	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*	Método de Cálculo Regional e Estadual: $\frac{\text{Número de municípios com coberturas vacinais adequadas para as vacinas do calendário de vacinação da criança}}{\text{Total de municípios}} \times 100$ Método de Cálculo Municipal e DF: **Indicador:** Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinal adequada* *Cobertura vacinal adequada: ≥ 75% das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com cobertura vacinal alcançada Passo 1: Coberturas vacinais por tipo de vacina:			

• CV BCG-ID =

$$\frac{\text{Nº de doses aplicadas de BCG <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$$

Parâmetro Nacional para Referencia: BCG- ID ≥ 90%

• Rotavírus Humano (VORH) =

$$\frac{\text{Nº de 2ª doses aplicadas de VORH <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$$

Parâmetro Nacional para Referencia: VORH ≥ 90%

• Tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) =

$$\frac{\text{Nº de 3ª doses aplicadas de Tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) em <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$$

Parâmetro Nacional para Referencia: Pentavalente (DTP+Hib+HepB) ≥ 95%

• Vacina contra poliomielite (VIP/VOP) =

$$\frac{\text{Nº de doses aplicadas de Vacina contra Poliomielite em <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$$

Parâmetro Nacional para Referencia: ≥ 95%

• Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) =

$$\frac{\text{Nº de 3ª doses aplicadas de vacina Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) em <1ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$$

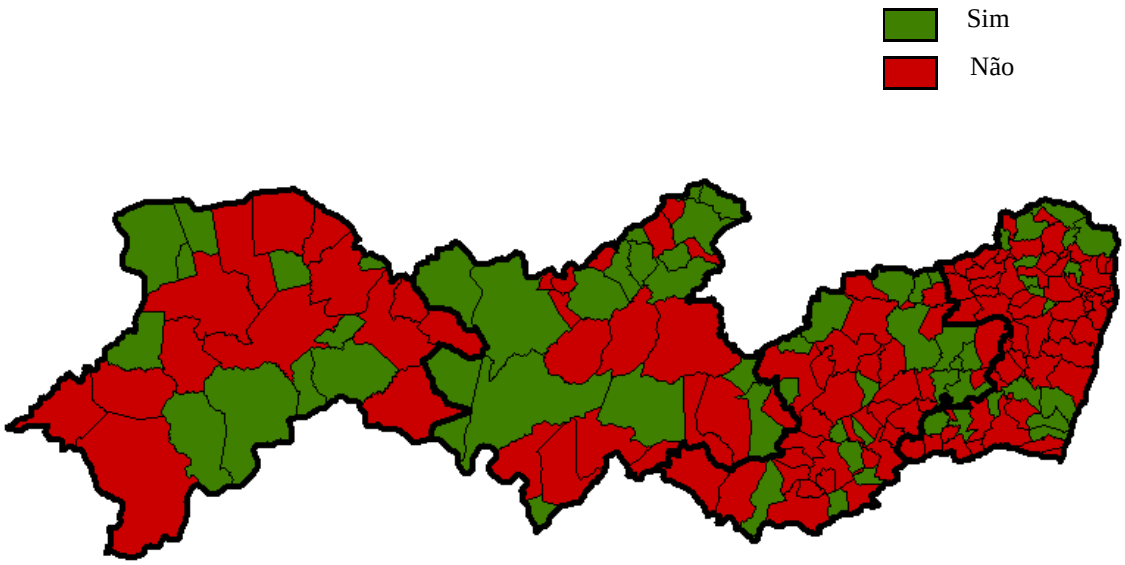
Parâmetro Nacional para Referencia: (PnC10v) ≥ 95%

• Meningocócica Conjugada C (MnC) =

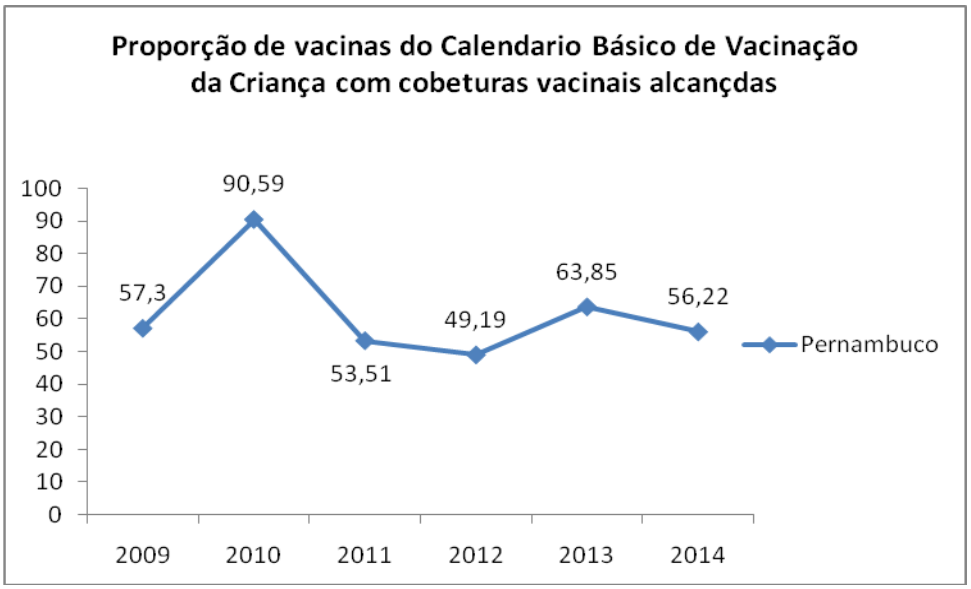
$$\frac{\text{Nº de 2ª doses aplicadas de vacina Meningocócica Conjugada C (MnC) em <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$$

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

*__Anexo__: Método de Cálculo conforme Nota Técnica nº 70/201



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

O Ministério da Saúde orienta que a cobertura vacinal adequada é ≥ 75% das vacinas do calendário básico de vacinação de crianças com cobertura vacinal alcançada.

O estado de Pernambuco em 2014 apresenta 56,22% de municípios com cobertura vacinal alcançada.

Ressaltamos que a cobertura vacinal tem sido estimada a partir do registro de dados de produção pelas unidades básicas de saúde, o que a torna sujeita a importantes erros de registros e transcrição, além de problemas com a estimativa da população alvo entre outros.

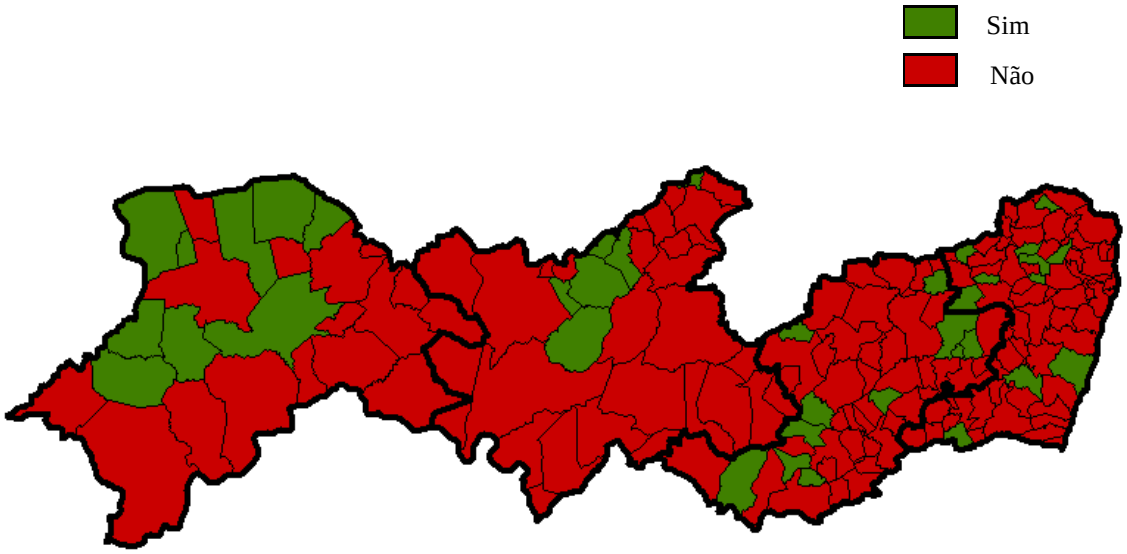
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

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

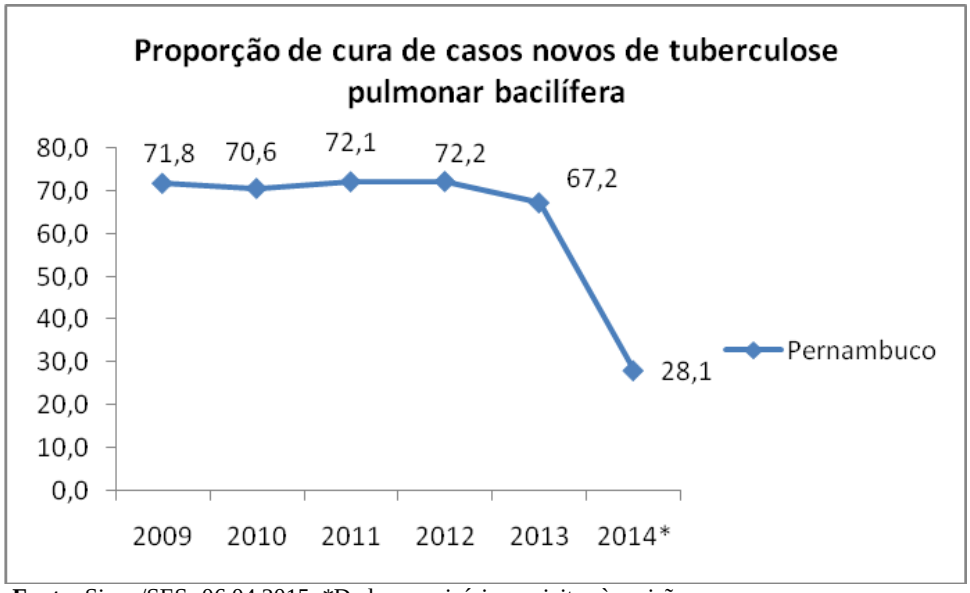
Indicador 36 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

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 sadias, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2002).

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera: Meta 2013 ≥ 85%	63%	28,1%	70%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados}}{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Raíssa Oliveira - 3184-0202 tuberculose.pe@gmail.com			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



Fonte: Sinan/SES- 06.04.2015. *Dados provisórios, sujeitos à revisão (Banco só fechará em novembro/2015)

ANÁLISE:

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 a limitação para se trabalhar

esse indicador decorre 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, e o período de referência para a análise é ano de diagnóstico dos casos novos de tuberculose anterior ao ano de realização da análise levando em consideração o tempo necessário para finalizar o tratamento.

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

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

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

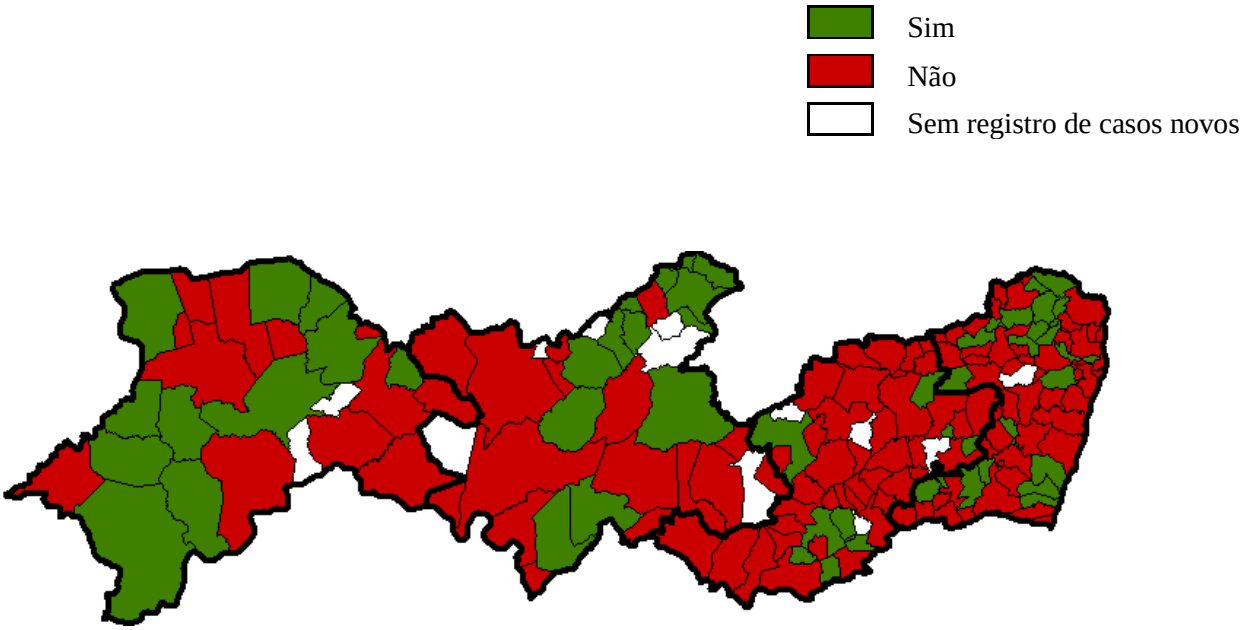
A infecção por HIV modificou não apenas a tendência epidemiológica da tuberculose, mas também sua apresentação clínica.

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

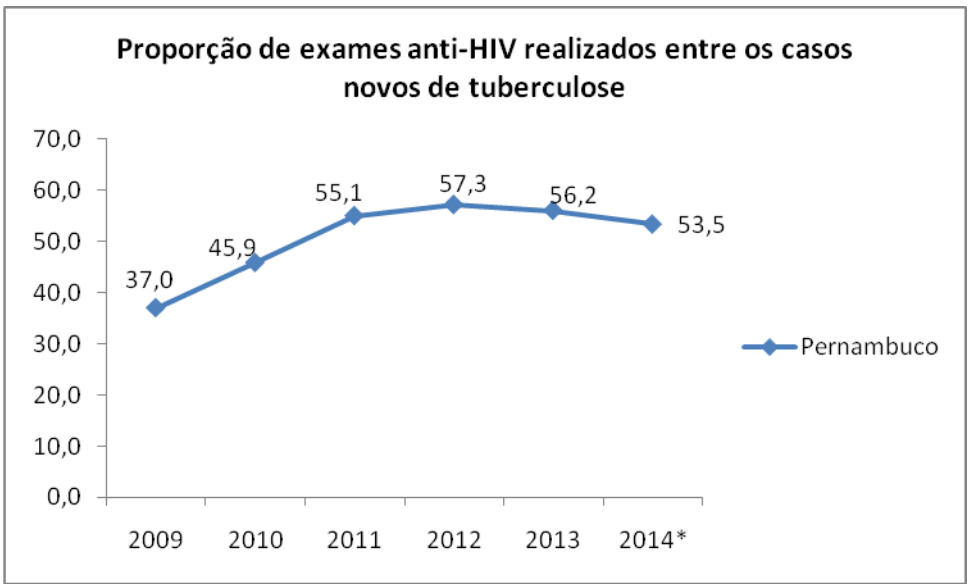
No entanto, a solicitação de anti-HIV para a tuberculose não é normatizada em nosso país e o exame é realizado de acordo com o critério do médico e somente com a autorização do paciente. As razões desta pouca atenção podem ir desde a falta de supervisão e reciclagem, sobrecarga de consultas, carência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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose **Meta: 100% dos casos**	75%	53,5%	75%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de Aids, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado}}{\text{Total de casos novos tuberculose diagnosticados}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Cândida Ribeiro - 3184-0202 tuberculose.pe@gmail.com			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



Fonte: Sinan/SES- 06.04.2015
*Dados provisórios, sujeitos à revisão. (Banco só fechará em novembro/2015)

ANÁLISE:

Embora ainda tenhamos muito desafios a enfrentar, Pernambuco se distância positivamente no cenário nacional. Um ponto a que destacar é a realização do teste Anti-HIV em mais de 53% dos casos de tuberculose.

A alta cobertura desta investigação corrobora a observação de que a coinfecção TB/HIV em Pernambuco, vem disseminando gradativamente, no ano 2014 21,7% de pessoas com tuberculose estavam infectadas com HIV.

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

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

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

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

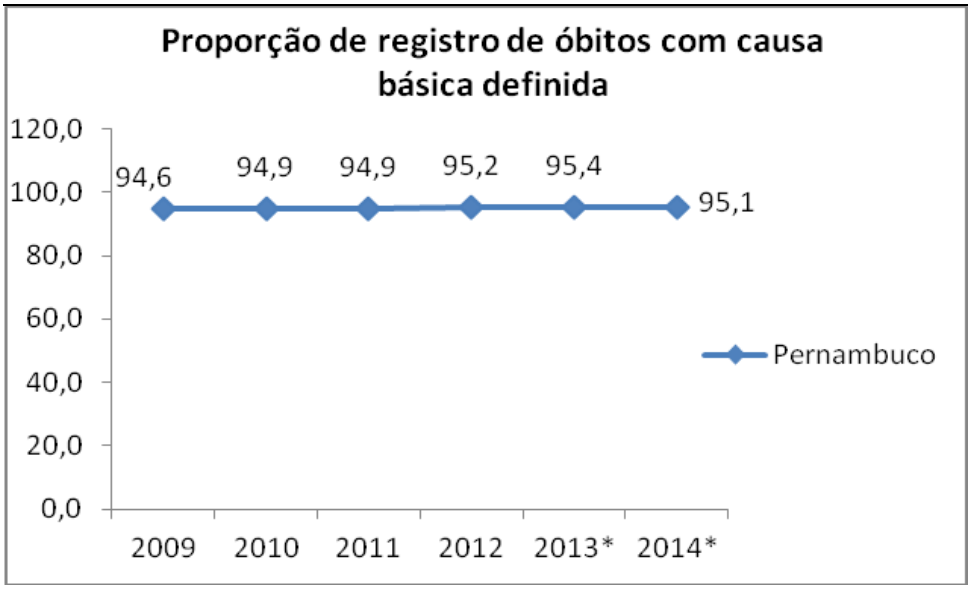
Os registros de óbitos representam importante fonte de informação para a avaliação do estado de saúde da população sendo muitas vezes e para muitas regiões do país, a única fonte disponível, seja para análise epidemiológica ou mesmo para o planejamento e administração em saúde. Dada à relevância das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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida Meta: 90%	95,0%	95,1%	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	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de óbitos não fetais com causa básica definida}}{\text{Total de óbitos não fetais}} \times 100$			

Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com

*__Anexo:__ Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014



Fonte: SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados sujeitos a revisão. Captados em: 08/04/2015

ANÁLISE:

A participação proporcional dos óbitos com causa definida possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade. Percentuais abaixo de 90% indicam dados de baixa qualidade e subestimam outras causas de morte. Pernambuco, no período de janeiro a dezembro de 2014 alcançou 95,1%, no entanto, os dados ainda estão sujeitos a alterações, em virtude da regulamentação de digitação oportuna do SIM no prazo de até 60 dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito.

A área técnica da SES identifica como principal limitador desse indicador a subnotificação em áreas com baixa cobertura do SIM

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

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

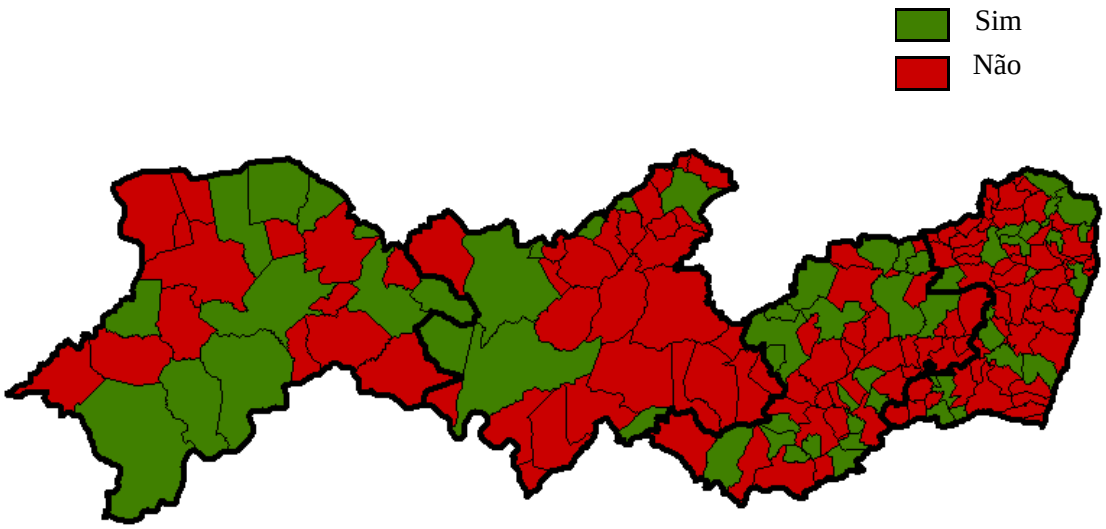
O Sinan operacionaliza 2 grupos de agravos para o encerramento oportuno: agravos encerrados com 60 dias após a data de notificação e agravos com encerramento em 180 dias após a data de notificação.

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

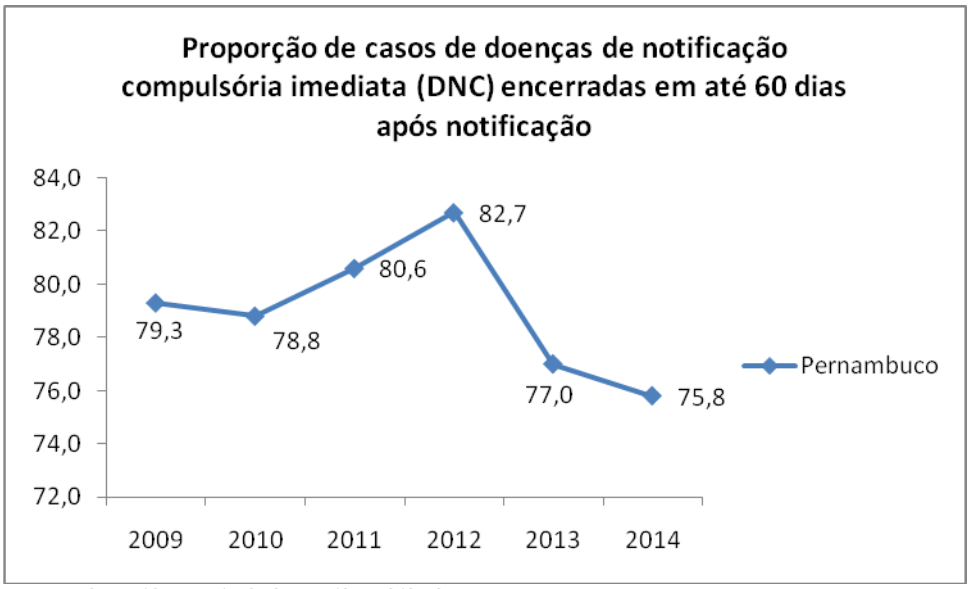
A informação da investigação concluída oportunamente fornece o conhecimento de casos confirmados e descartados e, por conseguinte permite orientar a aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil.

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNC) encerradas em até 60 dias após notificação	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação	80%	75,8%	80%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF . $\frac{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação}}{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação}} \times 100$			
Fonte	Base de dados de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Andréa Barbosa – Sinan - 3184-0122 sinan@saude.pe.gov.br			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

O encerramento dos casos notificados, não depende exclusivamente dos municípios. Há fatores externos que influenciam, tais como a espera por resultados laboratoriais. Isto justifica a não exigência de 100% de encerramento oportuno. Em 2013 a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19 junho de 2013, estabeleceu as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 – 2015, pactuando 80% de DNCI encerradas oportunamente.

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

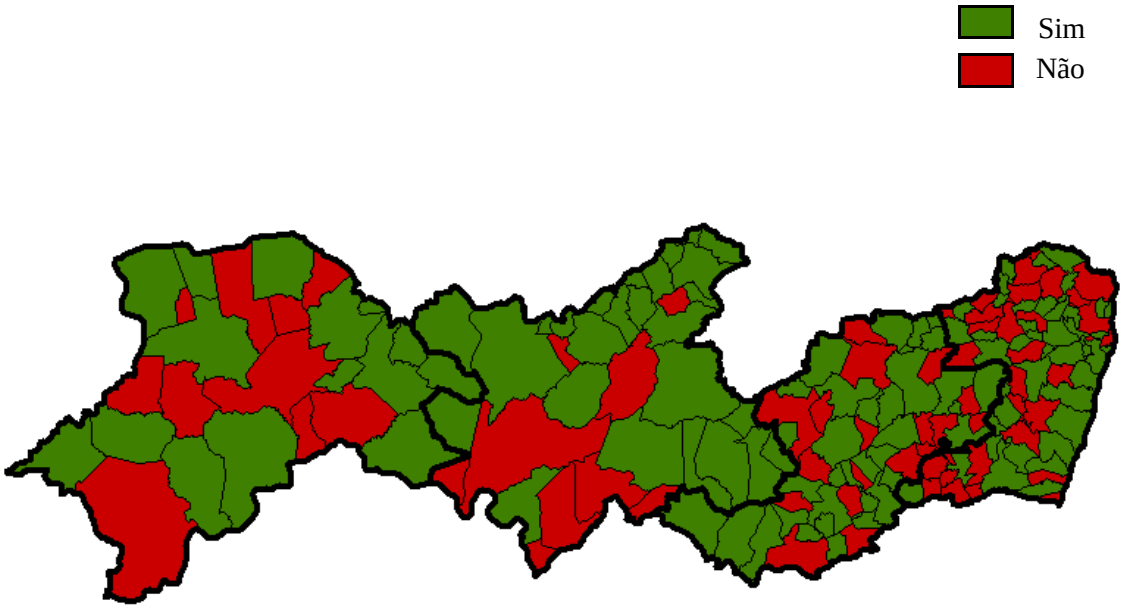
Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

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

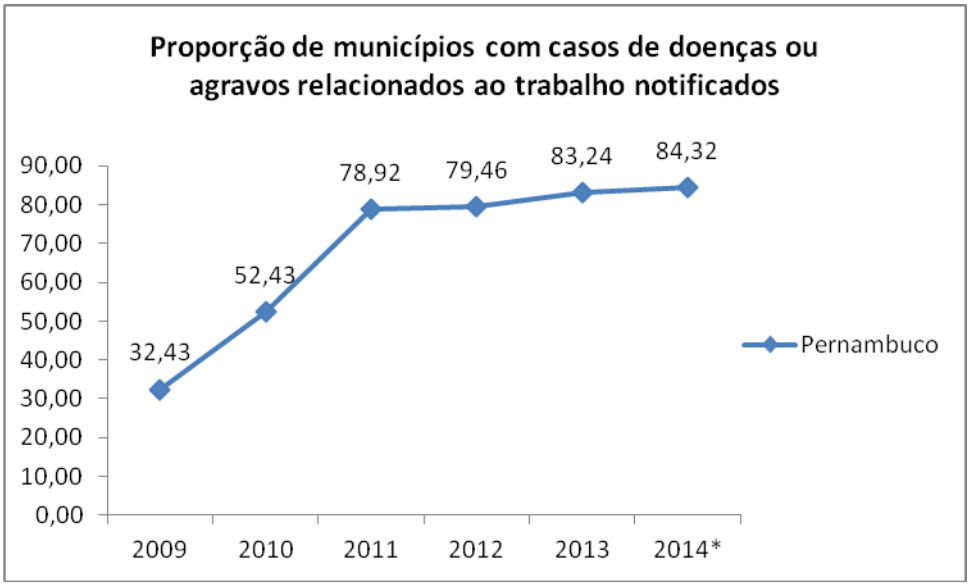
Os acidentes de trabalho têm expressiva morbimortalidade, constituindo-se em importante problema de saúde pública. No Brasil, agravos relacionados ao trabalho representam aproximadamente 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência e mais de 70% dos benefícios acidentários da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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados Meta: 80% dos Municípios com pelo menos uma unidade de saúde com serviço de notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho implantado.	85%	84,32%	85%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Mede a cobertura das notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Regional e Estadual $\frac{\text{Número de municípios com casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados por local de residência}}{\text{Número total de municípios na Região ou estado}} \times 100$ Método de Cálculo Municipal e DF Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados por local de residência.			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Aline Gurgel - 3184-0612 trabalhador.pe@gmail.com / cerestestadualpe@gmail.com			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN
*Dados sujeitos à revisão

ANÁLISE:

Sabendo que a subnotificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho é uma realidade em todo o país, a SES tem investido em ações estruturantes voltadas para o treinamento dos profissionais, captação dos dados, incluindo monitoramento de rumores em fontes não oficiais, e melhoria da qualidade das informações. Com os investimentos contínuos em Vigilância em Saúde do Trabalhador, especificamente aqueles voltados para a captação dos casos e para o aprimoramento da qualidade da

informação, espera-se que a proporção de municípios, com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN, seja ampliada ao longo do tempo.

Destaca-se que, apesar dos investimentos que a GEAST/DGPMAVS/SES tem feito para implementar a notificação oportuna, os municípios vem alimentando o SINAN com atraso, mesmo para aquelas doenças e agravos definidos como de notificação compulsória imediata ou semanal para as Secretarias Municipais de Saúde. As notificações referentes ao mês de dezembro de 2014 ainda estão entrando no sistema, não tendo sido computadas em sua íntegra para a construção do referido indicador.

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

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

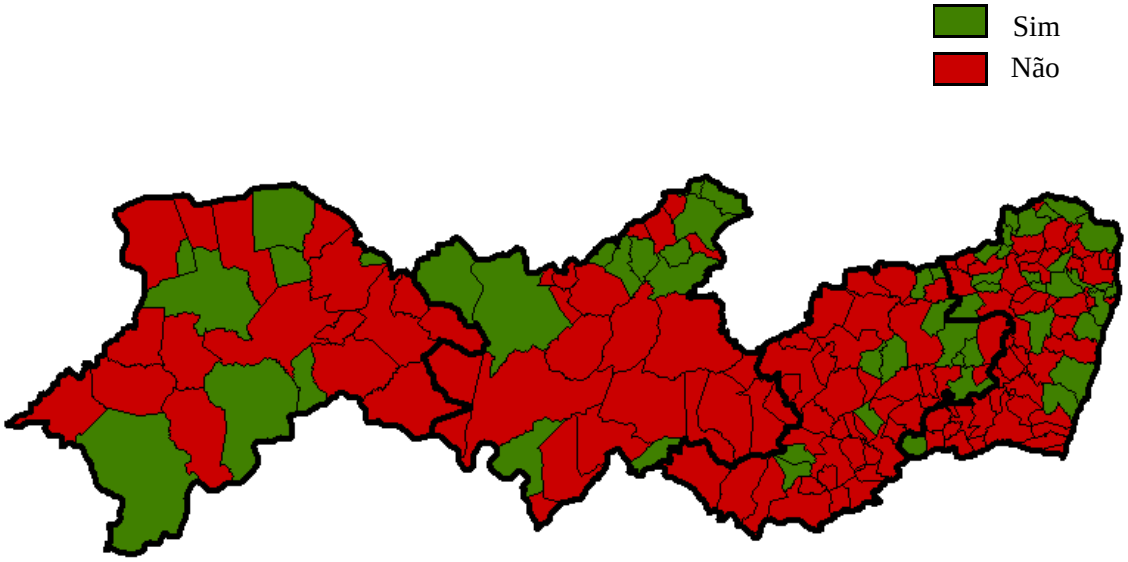
Indicador 41 - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	100% dos municípios, executando todas as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias.	100%	1,62%	10%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	O indicador é importante para avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária, colaborando para uma coordenação nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelas ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios: (I) cadastro de estabelecimentos sujeitos a VISA, (II) instauração de processos administrativos de VISA, (III) inspeção em estabelecimentos sujeitos a VISA, (IV) atividades educativas para população, (V) atividades educativas para o setor regulado, (VI) recebimento de denúncias e (VII) atendimento de denúncias. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Regional, Estadual $\frac{\text{Número de municípios que executam todas as ações de Vigilâncias Sanitárias consideradas necessárias.}}{\text{Número de municípios}} \times 100$ Método de Cálculo Municipal e DF $\frac{\text{Número de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias, realizadas no município.}}{\text{Total de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias}} \times 100$			

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



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais

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

ANÁLISE:

Até o ano de 2013, conforme mostra o gráfico acima, o Indicador 41 era avaliado pelo percentual de municípios que executam ações de vigilância sanitária. Com isso, os municípios de Pernambuco estavam próximos de atingir a meta de 100% planejada.

Em 2014, o indicador passou a tomar como base as "7 ações abaixo discriminadas", fato este que não constava do planejamento para 2014:

- 01.02.01.007-2 - Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária
- 01.02.01.052-8 - Instauração de Processo Administrativo Sanitário
- 01.02.01.017-0 - Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária
- 01.02.01.022-6 - Atividade Educativa para a População
- 01.02.01.005-6 - Atividade Educativa para o Setor Regulado
- 01.02.01.023-4 - Recebimento de Denúncias/Reclamações
- 01.02.01.024-2 - Atendimento a Denúncias/Reclamações

Vale ressaltar que o cumprimento dessa meta não depende da APEVISA, mas exclusivamente das VISAs municipais. A APEVISA irá incrementar supervisões nos municípios e até utilizar as reuniões das CIRs para chamar a atenção dos municípios com relação ao descumprimento da Meta.

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

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

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

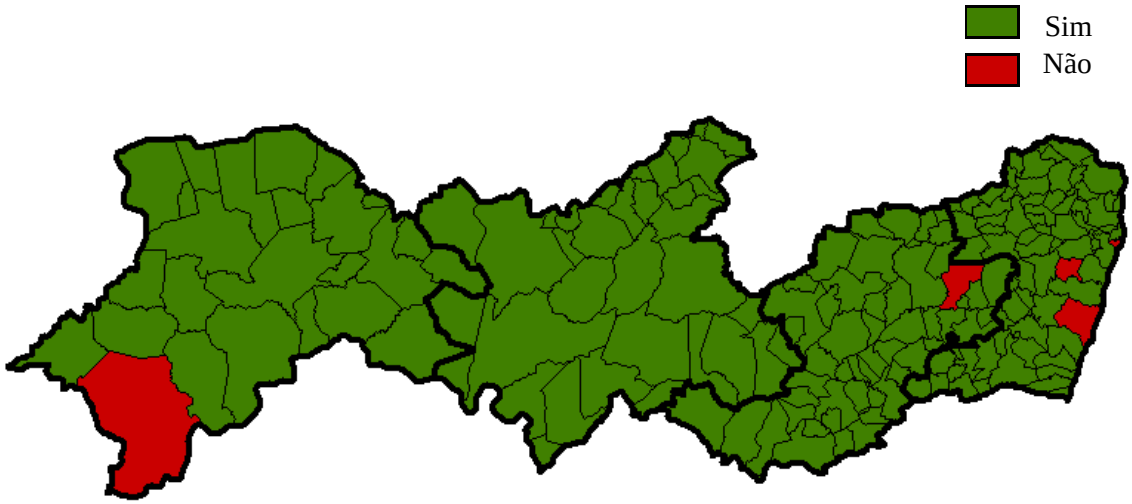
A incidência de AIDS em menores de 5 anos constitui importante marcador de assistência à saúde. O monitoramento e avaliação periódica desse indicador tornam-se importante ferramenta para a construção do diagnóstico situacional da assistência à saúde no pré-natal/parto/puerpério.

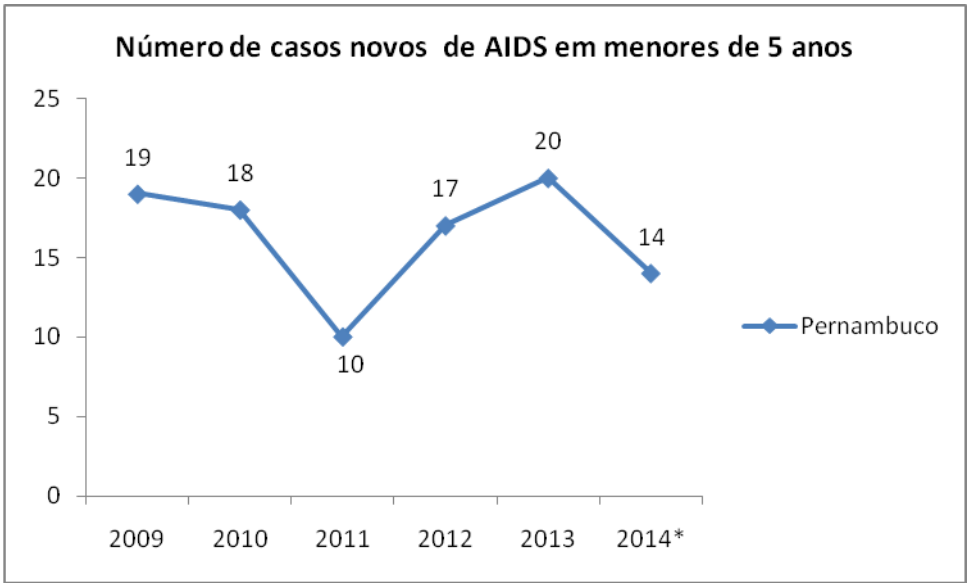
A instituição dos Planos Nacional e Estadual de Enfretamento da TV do HIV e Sífilis e ainda do Pacto pela Saúde em 2007, e da programação de ações de vigilância em Saúde (PAVS) estimulou o aumento da cobertura de testagem VDRL e, possivelmente em decorrência dessas políticas, houve um incremento na incidência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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos **Meta:** redução de 10% a cada ano A meta municipal será pactuada de acordo com a linha de base local.	Redução de 10% (Até 14 casos notificados)	14 casos notificados	Redução de 10% (Até 13 casos notificados)
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Expressa o número de casos novos de Aids, na população de menores de cinco anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado. Mede o risco de ocorrência de casos novos de Aids nessa população.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número de casos novos de Aids em menores de cinco anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.			
Fonte	Para obter as informações consolidadas, acessar: 1- www.aids.gov.br > dados e pesquisa > tabulação de dados > casos de aids – acessar o sistema (http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados_aids.asp). 2- http:// datasus.saude.gov.br/> informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o sistema (http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm) 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). (*) As informações do SISCEL são validadas com informações dos indivíduos que			

	estão em tratamento (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - Siclom).
Responsável pelo Monitoramento no Estado	François Figueiroa - 3184-0212 dstaidsestadualpe@gmail.com

*__Anexo__: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014





Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV
*Banco atualizado em 13/04/2015

ANÁLISE:

Diante desse resultado, ainda que de dados preliminares de dezembro/2014, observa-se uma significativa redução no número de casos de aids nessa faixa etária, visto que no mesmo período do ano anterior, o estado notificou 20 casos de aids em crianças menores de 5 anos.

No ano de 2014 foram realizados 18 treinamentos para teste rápido no Estado contemplando 46 municípios e um total de 524 técnicos. Desses municípios 38 tiveram técnicos das UBS capacitados, 7 tiveram técnicos do Laboratório municipal capacitados e 1 implantou ações de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis na maternidade. Também foram capacitados técnicos de 16 UPAS em teste rápido.

Ainda em 2014, foram realizados 256.396 testes rápidos de HIV sendo que 62% destes em gestantes ou parturientes levando a implementação do acesso ao diagnóstico.

Todas essas ações podem ter contribuído para a prevenção da transmissão vertical da infecção pelo HIV. Deve-se, no entanto atentar que esses dados são parciais, coletados em abril de 2015, sendo necessário esperar a contabilização do total de casos no Sinan para que possamos concluir a análise.

A meta para 2015 foi pautada nas estratégias para controle adotadas, como:

- Ampliação de teste rápido para a atenção básica, UPAs e laboratórios municipais;
- Aumento do número de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Assistência Especializada (SAE);
- Aumento do número de unidades de saúde com oferta da medicação ARV (antirretroviral) e para infecções oportunistas, além da fórmula infantil (leite).

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

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

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

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

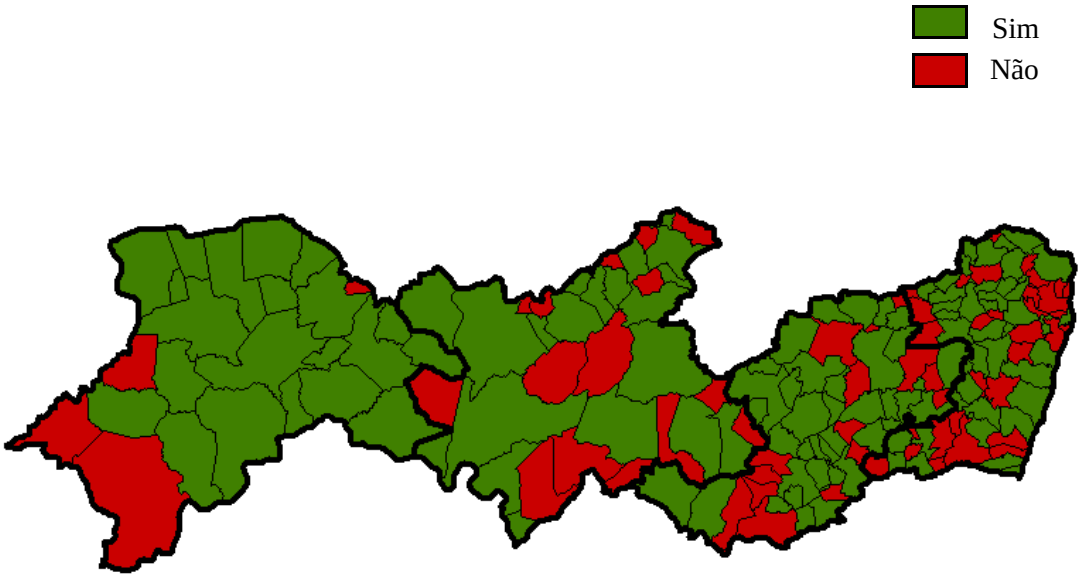
Quando diagnosticada e tratada tardiamente, a hanseníase pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares, não apenas lesões que os incapacitam fisicamente, mas, sobretudo, pelas repercussões psicossociais, em decorrência de preconceitos, medos e rejeições por parte da sociedade.

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

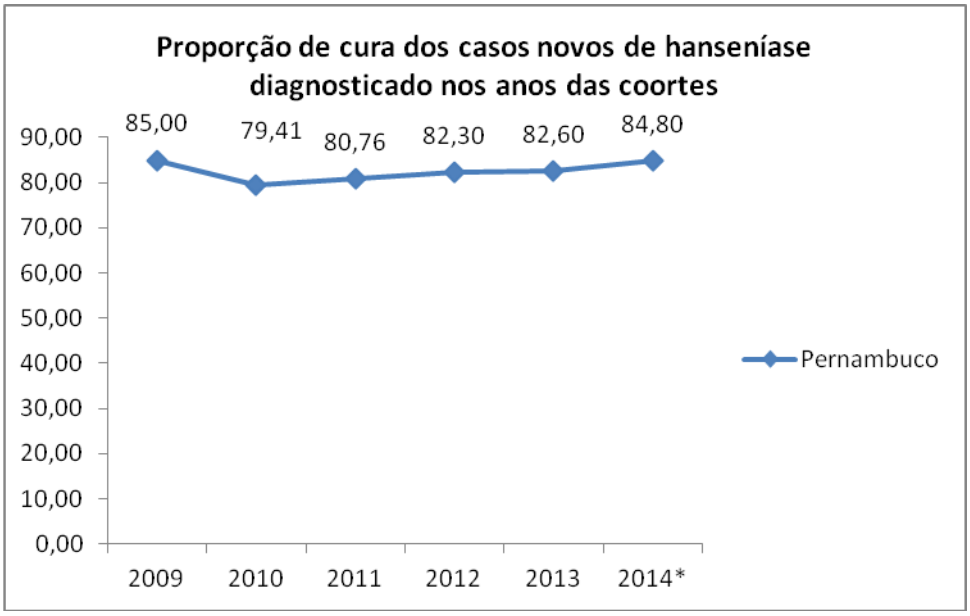
O indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde para hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacitantes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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase. **Meta Brasil 2013**: 86% Observações: 1. Quando a proporção de cura estiver entre 0% e 74,9%, o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, de 82,5% em 2013. 2. Quando a proporção de cura estiver entre 75,0% e 89,9%, o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, de 90% em 2013. 3. Quando a proporção de cura estiver em 90% ou mais, o parâmetro de referência passa a ser manter ou aumentar a proporção de cura em 2013. Para calcular a linha de base de 2013, usar o resultado da cura nas coortes de casos novos de hanseníase de 2011, que considera em seu calculo os PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação.	84%	84,80 %	85%
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução			

	dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas.
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes – PB (Paucibacilares) diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB (Multibacilares) diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação - e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação ———————————————— x 100 Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Raíssa Alencar - 3184-0200 hanseniase.pe@gmail.com



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (SinanNet)
*Dados provisórios, sujeitos à alteração

ANÁLISE:

A análise do indicador traduz alguns avanços bem como dificuldades operacionais.

Avanços:
- Realização de capacitação in loco do SINAN em 4 municípios/ GERES.
- Monitoramento trimestral dos indicadores epidemiológicos e operacionais.
- Atualização do banco do SINAN em 9 municípios com indicadores precários.
- Monitoramento das ações do Programa SANAR nos 25 municípios prioritários: discussão dos indicadores, além de entraves operacionais elencados durante as oficinas dos anos de 2012/2013 (processo de trabalho, articulações, organização do serviço municipal) com interfaces: Gestão, Atenção Básica, Laboratório, Assistência Farmacêutica.

Dificuldades:
- Baixa adesão dos municípios na realização das rotinas do SINAN.
- Fluxo de atualização do SINAN não realizado em tempo oportuno em alguns municípios.
- Profissionais da Atenção Básica, não sensibilizados e envolvidos nas ações do Programa de Hanseníase em alguns municípios, bem como alta rotatividade e desconhecimento dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre o protocolo de atenção à hanseníase.
- Interação insuficiente entre a Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica municipal, prejudicando assim o fluxo das informações.
- Interferências no calendário das pactuações regionais/municipais devido a realização de alguns eventos ao longo do ano 2014.

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

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

Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral

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

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

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

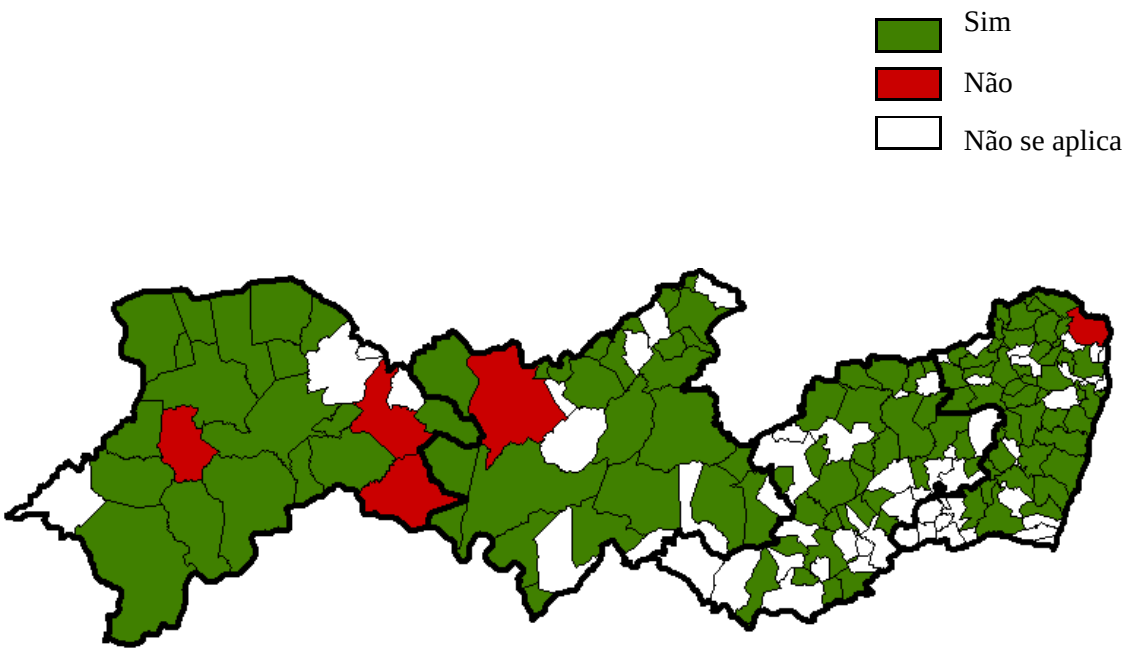
É uma zoonose emergente com ampla distribuição em países de clima tropical e subtropical. No Brasil apresenta grande relevância na saúde coletiva, com elevadas taxas de incidência e de letalidade.

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

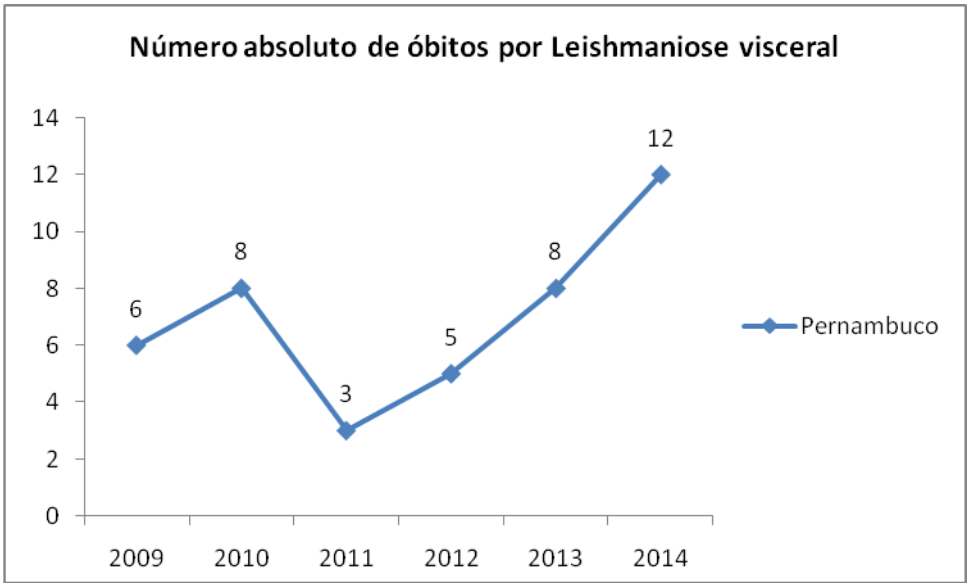
De forma geral, os estudos de indicadores epidemiológicos sobre os óbitos por leishmaniose visceral são importantes porque contribuem para sua melhor compreensão e sugerem aos gestores de saúde e ao serviço de vigilância a necessidade de priorizar e readequar as ações para a melhoria nos campos de assistência,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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Redução de 20% em relação ao ano anterior, nos municípios e regiões com 8 ou mais óbitos por leishmaniose visceral. No caso de municípios e regiões com até 7 óbitos, a redução deve ser de 1 óbito em cada município e região.	6	12	12
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 - 3184-0214 dfbezerra@hotmail.com			

*__Anexo__: Alteração nas recomendações conforme Nota Técnica nº 70/2014



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

Em 2014, foram aumentadas as equipes que desenvolvem as ações de controle de leishmaniose visceral, resultando em uma maior captura de casos, uma vez que foram desenvolvidos esforços de busca ativa de sintomáticos e sensibilização de médicos para o diagnóstico precoce. Assim, o número de casos diagnosticados em 2014 (N = 145) foi mais que o dobro de casos confirmados em 2013 (N = 70). Apesar disso, a proporção de óbitos diminuiu. Em 2013 tivemos oito óbitos de LV, o que corresponde

uma taxa de letalidade de 11,4%, muito acima da taxa de letalidade de 2014 que foi de 8,3%.

Considerando a tendência de aumento dos casos em função da melhora da vigilância, a meta Brasil de redução de 20% do número de óbitos não é compatível com a situação atual do estado, uma vez que estamos aumentando a captura dos casos, reduzindo a letalidade de LV, mas ainda estamos tendo um aumento do número absoluto de óbitos. Assim, a meta para o ano de 2015 será de manter o número alcançado em 2014, ou seja, de 12 óbitos de LV, considerando o contexto atual de aumento da captura de casos no estado de PE.

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

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

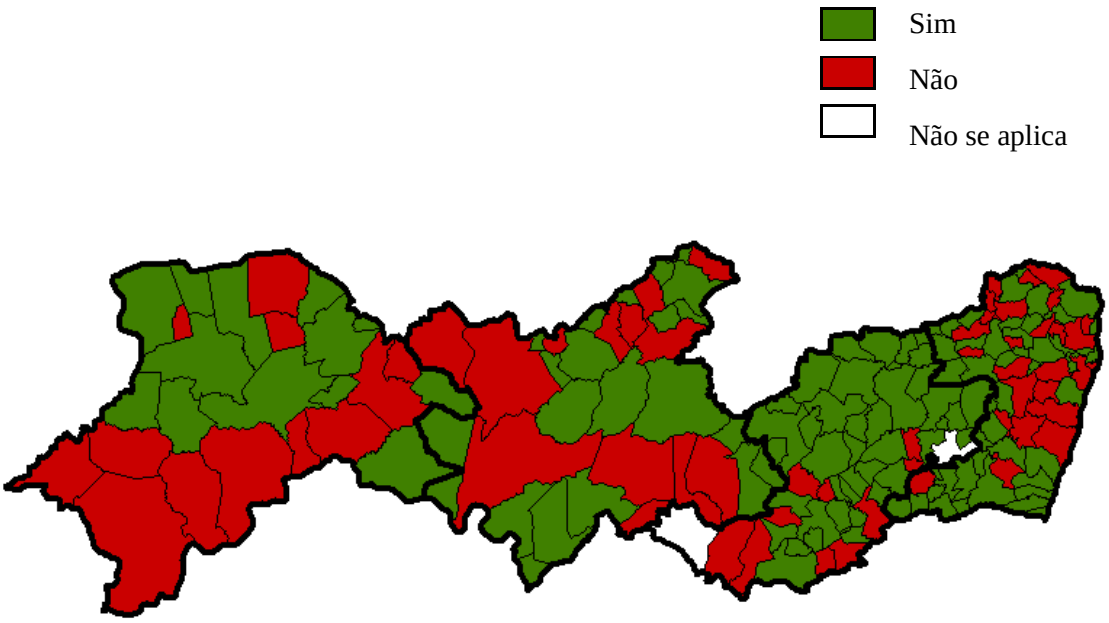
Indicador 48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina

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

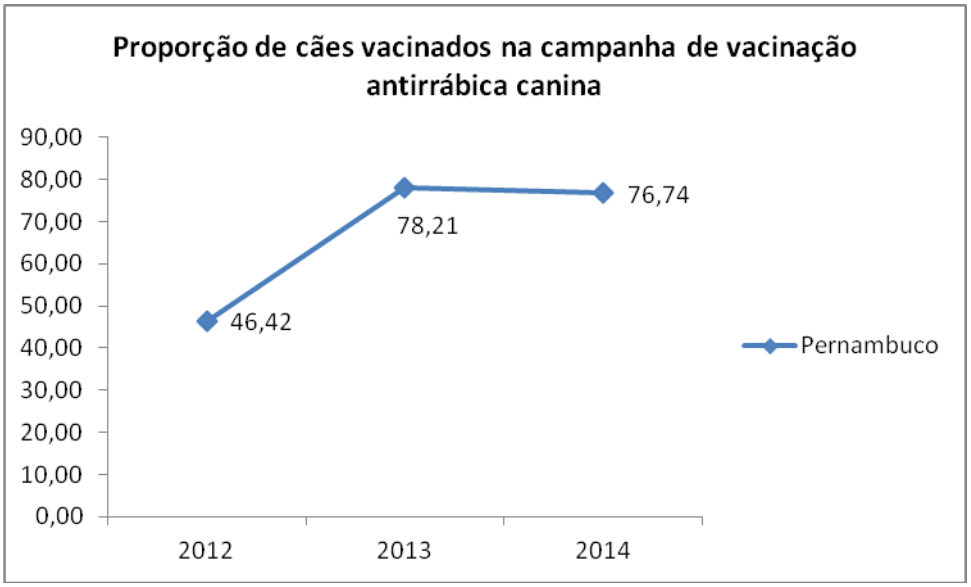
A prevenção da raiva animal é o instrumento mais importante no controle da raiva humana na zona urbana. Esse controle é feito, principalmente, por meio da vacinação de cães e gatos (na forma da campanha de vacinação) e controle da população de cães errantes (através de apreensão esterilização e eutanásia),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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha ≥ 80% de cobertura vacinal de cães	80%	76,74%	80%
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Mede a cobertura vacinal antirrábica em cães, para prevenção, interrupção da circulação do vírus da raiva na população canina.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Número de cães vacinados}}{\text{Total da população canina}} \times 100$ 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.			
Fonte	Para 2013 essas informações serão disponibilizadas por meio do sistema: http://pni.datasus.gov.br/>consultas> antirrábica> - acessar o sistema (http://pni.datasus.gov.br/consulta_antirabica_13_selecao.asp)			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Francisco Duarte - 3184-0214 dfbezerra@hotmail.com			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais
Obs.: os municípios apontados como não se aplica apresentam erro na pactuação



Fonte: SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS

ANÁLISE:

A Secretaria Estadual de Saúde notificou apenas 01 caso de raiva felina (município de Granito) durante todo o ano de 2014. O estado não apresenta caso de raiva humana transmitida por cão há 08 anos. Isto se deve ao empenho dos municípios na realização das campanhas com cobertura igual e/ou maior a 80%.

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 (Portarias MS/GM nº 3208, de 29 de dezembro de 2011, MS/GM nº 3206, de 29 de dezembro de 2011, e MS/GM nº 3269, de 30 de dezembro de 2011)

O tracoma, doença inflamatória ocular que atinge a conjuntiva e a córnea, de evolução crônica - reicidivante, cujo agente etiológico é a bactéria Clamídia Trachomatis, sorotipo A, B, Ba e C, é a principal causa de cegueira evitável do mundo. O tracoma está relacionado com baixas condições socioeconômicas, de saneamento e higiene deficiente. A mudança no seu perfil epidemiológico não apenas depende das intervenções específicas de prevenção e controle, mas também de políticas de desenvolvimento e melhorias de condições de vida e saúde da maioria da população.

A Organização Mundial de Saúde considera o tracoma uma doença negligenciada, de acordo com os seus critérios de eliminação como doença causadora de cegueira, é necessário reduzir a prevalência de tracoma inflamatório folicular, em crianças de 1 a 9 anos de idade, principalmente na população escolar dos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano-municipal menor que a média nacional.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de escolares examinados para tracoma nos municípios prioritários (Portarias: MS/GM nº 3208/2011, MS/GM nº 3206, de 29/2011, e MS/GM nº 3269/2011)	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1ºao 5ºano do ensino fundamental dos municípios prioritários	10%	100%	**Não Pactuada**
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Reflete a cobertura de ações de vigilância epidemiológica e controle do tracoma nos municípios prioritários.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Regional e Estadual $\frac{\text{Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma nos municípios prioritários}}{\text{População de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública dos municípios prioritários.}} \times 100$ Método de Cálculo Municipal e DF $\frac{\text{Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma no município}}{\text{População escolar do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública do município}} \times 100$			

Fonte	**Numerador:** SINAN NET (Boletim de Inquérito do Tracoma - Escolar). **Denominador**: Secretarias Municipais de Educação.
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Gênova Oliveira - 3184-0220 chtmpe@gmail.com

JUSTIFICATIVA DA NÃO PACTUAÇÃO:

Tendo em vista os resultados positivos deste indicador, o Estado de Pernambuco em conjunto com a Comissão Intergestores Bipartite avalia que não haverá pactuação, a exclusão deve-se ao fato da redução da prevalência de tracoma, de 7,5% para 2,5% nos municípios prioritários, uma vez que o parâmetro para busca ativa é acima de 5%, padronizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 2014, o ciclo de avaliação dos casos tratados do inquérito de 2012, foi concluído. Além disso, foram realizadas atividades de diagnóstico do tracoma e tratamento dos positivos em 03 municípios não prioritários (sem incentivo financeiro), onde dois destes tiveram ação focal e 01 inquérito censitário; foi realizada ação focal nos 09 municípios não prioritários em parceria com o ônibus da saúde, também realizado em 05 municípios inquérito censitário em área indígena.

Para o ano de 2015 a SEVS/Geres propõe realizar formação dos profissionais dos municípios para que a vigilância ativa seja realizada efetivamente pela equipe municipal.

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

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

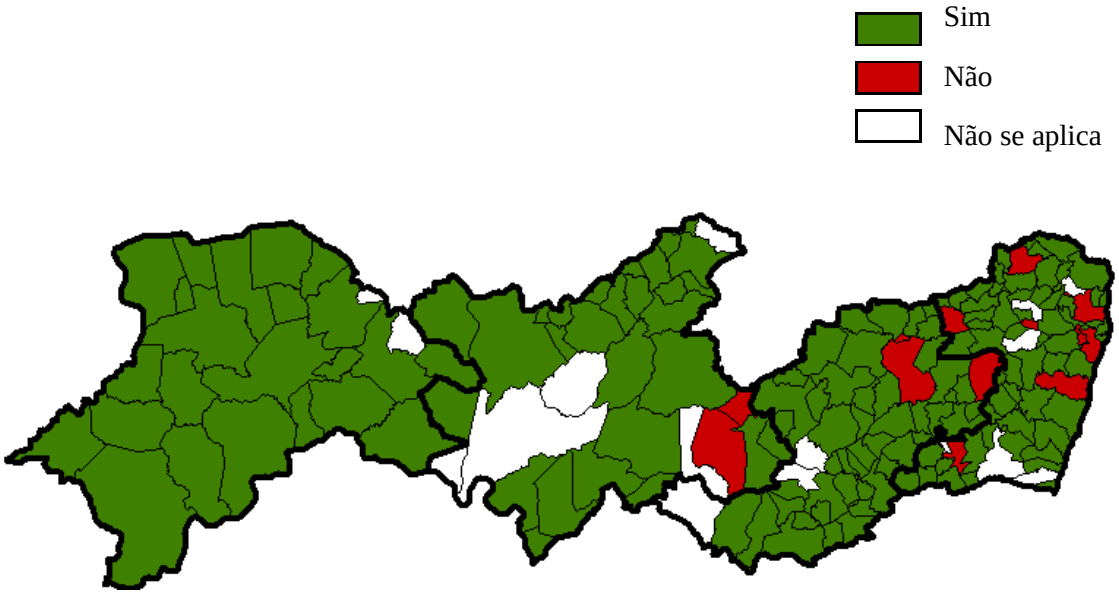
Indicador 51 - Número absoluto de óbitos por dengue

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

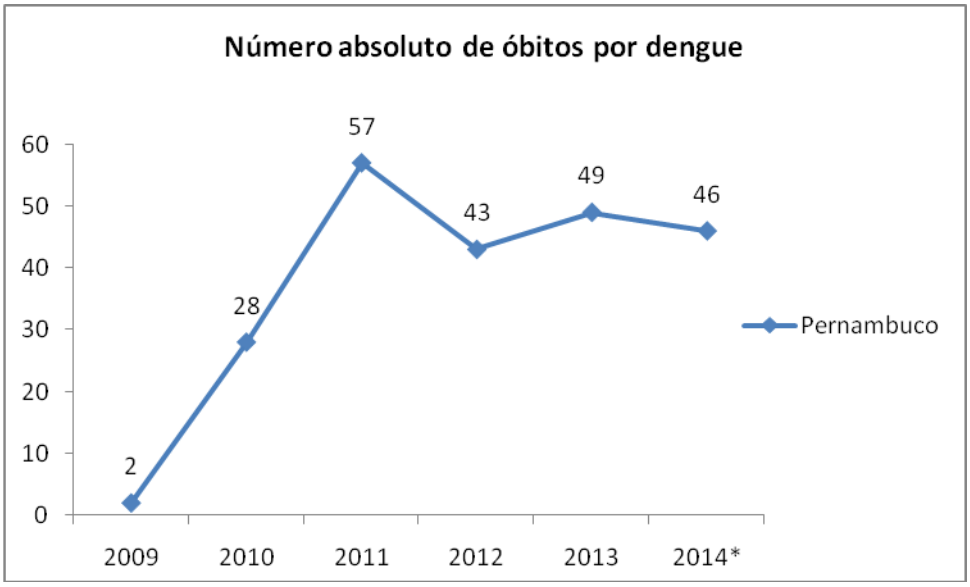
Atualmente, 50 milhões de casos são registrados no mundo, sendo que 500 mil são considerados graves, e 21 mil resultam em morte. A dengue afeta mais de 120 países principalmente nas regiões tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem sua proliferação, o que torna essa espécie predominantemente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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número absoluto de óbitos por dengue	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue. 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.	44 óbitos	46 óbitos	44 óbitos
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Reflete a qualidade da assistência ao paciente com dengue.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número absoluto de óbitos por dengue no ano			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Claudenice Pontes - 3184-0218 dengue@saude.pe.gov.br			



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais
Obs.: os municípios apontados como não se aplica apresentam erro na pactuação.



Fonte: Sinan-net/Sinan-online-SES
*Dados obtidos em 05/2015, sujeitos à alteração

ANÁLISE:

Mesmo com a redução no número de óbitos em relação a 2013, o não cumprimento da meta deste indicador, refere-se à intensificação das notificações dos óbitos suspeito de dengue, devido à consequência da melhoria na vigilância dos casos,

bem como, do resultado da sensibilização dos profissionais do SVO, aumentando a detecção de casos de dengue pós-óbito.

Ressaltasse também a circulação simultânea dos 04 sorotipos da dengue; busca tardia dos pacientes por assistência após manifestação clínicas dos sinais de alarme, mudança no perfil clínico da doença, estadiamento clínico inadequado aos pacientes suspeitos de dengue, e o não cumprimento do manejo clínico conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Visando o avanço do indicador a SES-PE vem realizando em 2015 várias capacitações para os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) em manejo clínico adequado dos pacientes suspeitos de dengue, com o objetivo de não desenvolver a forma grave da doença vindo a evoluir ao óbito.

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

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

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

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

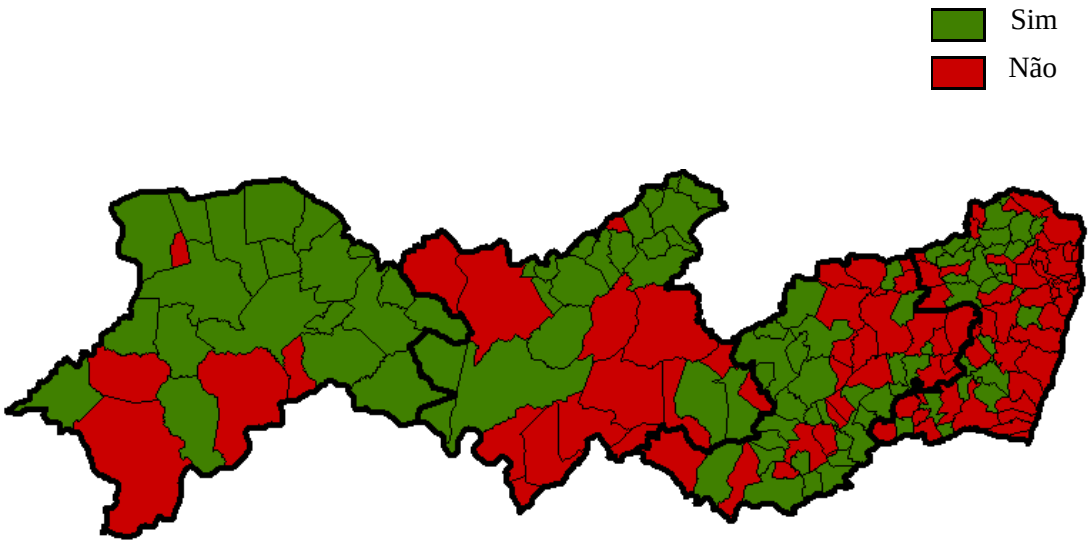
O componente de saneamento básico visa reduzir os criadouros potenciais do mosquito: mediante aporte suficiente de água para evitar o seu armazenamento em recipiente que servirão para ovoposição das fêmeas do vetor transmissor, proteção (cobertura) de recipientes úteis; combate físico e químico do vetor.

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo	75% dos municípios atingirem 80% de cobertura para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares	53,51% dos municípios atingiram 80% de cobertura, para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares	75% dos municípios atingirem 80% de cobertura para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Evidencia do conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor, o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.			
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal e DF Passo 1: **Numerador:** Número de imóveis visitados em cada um dos 6 ciclos preconizados. **Denominador:** Número de imóveis da área urbana do município (Reconhecimento Geográfico) Passo 2: Somatório do número de ciclos realizados que atingiram 80% ou mais dos imóveis visitados.			

	Método de cálculo regional e estadual **Numerador:** Número de municípios infestados que atingiram, pelo menos, 4 ciclos de visita com 80 % ou mais de imóveis visitados. **Denominador:** Número de municípios da região de saúde ou do estado, excluindo os municípios não infestados. **Fator de multiplicação: 100**
Fonte	Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD).
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Claudenice Pontes - 3184-0218 dengue@saude.pe.gov.br



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais
Fonte: SINAN/SEVS/SES-PE. Dados captados em 31/03/2015, sujeitos à alteração

ANÁLISE:

O cumprimento deste indicador está relacionado diretamente às ações de campo pelos Agentes de Combate as Endemias (ACE), uma vez que reflete o número de visitas aos imóveis existentes por ciclo de atividade.

O não cumprimento da meta poderá ser atribuído a vários fatores, que direta ou indiretamente, interferem em seu objetivo, entre eles destacamos: número insuficiente de ACE's; elevado número de casas fechadas ou recusa com inexistência de atividades para recuperação desses imóveis; não cumprimento da carga horária de trabalho preconizada (40 horas semanais) pelos ACE's; fatores estruturais que dificultam deslocamento dos agentes para localidades de difícil acesso, entre outros.

Sendo assim, a SES-PE vem realizando em 2015 reuniões Regionais (com os municípios e GERES), objetivando a garantia dos gestores do número necessário de ACE, o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais, transporte para o

deslocamento das equipes de ACE e o fornecimento dos materiais necessários para a realização das atividades.

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

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

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

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

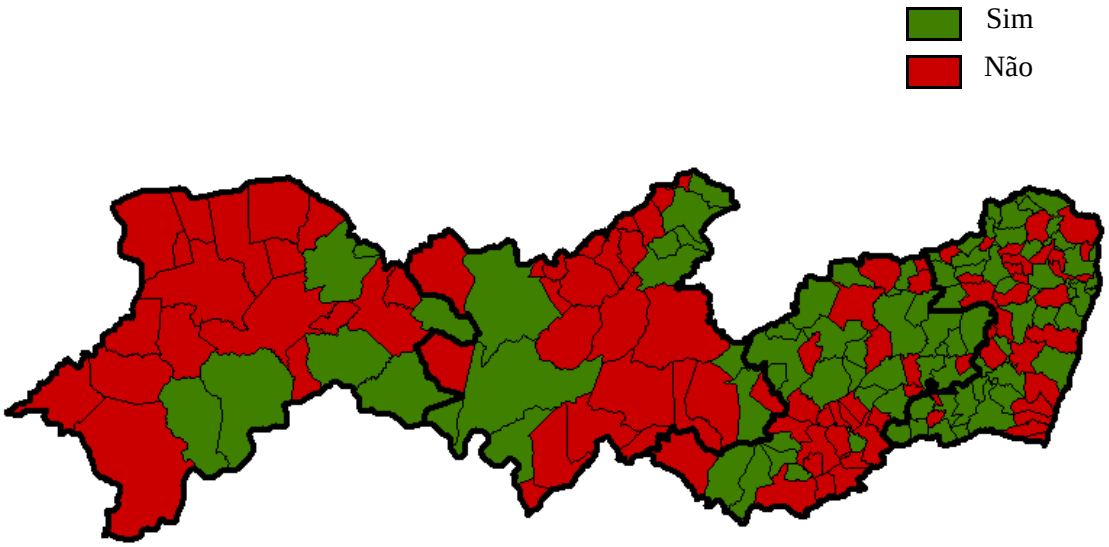
A portaria nº 2.214, publicada em 11 de dezembro de 2011, define os procedimentos da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade através de parâmetros analisados tais com:

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

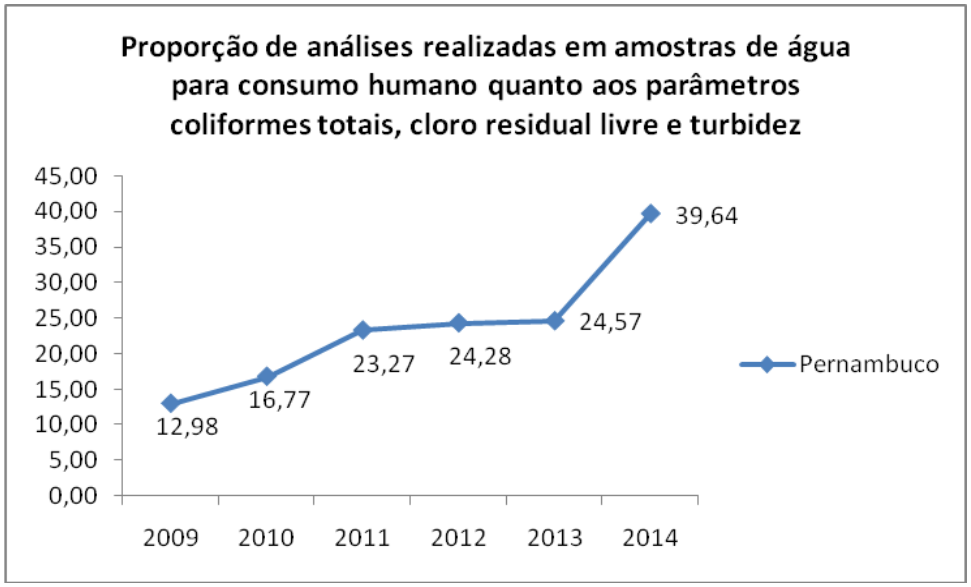
Embora o estabelecimento de um programa de vigilância da qualidade da água para consumo humano possa ser considerado um avanço, mas ainda existem muitos desafios a serem superados.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	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.	35%	39,64%	40%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avalia a qualidade da água utilizada para consumo humano e possibilita a verificação se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos. É essencial à vigilância da qualidade da água para consumo humano.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF			

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



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

ANÁLISE:

Apesar da dificuldade na aquisição dos insumos para as análises laboratoriais, o Estado alcançou e superou a meta em 12,5% para análises de Coliformes no ano de 2014. Também para este parâmetro, o percentual alcançado foi superior ao obtido pelo Estado, nos últimos. Da mesma forma, para o parâmetro Cloro Residual Livre, a meta de 35% foi alcançada, embora alguns ajustes de qualificação ainda sejam necessários. Em relação à Turbidez, a meta não foi alcançada, o que pode ter sido resultado da falta do equipamento de medição em muitos municípios do Estado.

Apesar do fato de que em 2014 tivemos problemas no processo licitatório de insumos indispensáveis a realização de exames (substrato e sacos de coletas) e, com empréstimos de parceiros, conseguiu-se atingir o resultado de 39,64%, como este problema foi resolvido para 2015, estimasse que não será difícil alcançar o aumento dos 5,36% percentuais pactuado.

Embora a expectativa seja boa para 2015, acreditamos ser importante estabelecer metas progressivas e factíveis de serem alcançadas, a fim de estimular as Equipes de Vigilância a se empenharem cada vez mais, não apenas para atingir metas, mas em cumprir seu papel principal: **minimizar os riscos à qualidade da água para consumo humano** e consequente redução na ocorrência de doenças transmitidas pela água.

Devido a isso, ações de sensibilização estão programadas para 2015, no sentido de estimular a aquisição de tais equipamentos pelos municípios e atualização de técnicos para o uso correto dos mesmos.

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

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde foi estruturado a partir dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente (PAREPS) e as ações de Formação Técnica para os trabalhadores do SUS com incentivo do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS/MS).

As ações desenvolvidas levaram em consideração a realidade locorregional e a conformação das redes assistenciais. Sendo assim a área técnica continuará trabalhando:

1) Linha de Cuidado
2) Gestão
3) Formação e Integração Ensino, serviço e pesquisa
4) Formação Profissional
5) Mobilização e Controle Social

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	64,5%	68,75%	70%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Verificar a implantação/execução das ações de educação permanente em saúde apontadas no Plano Regional.			
Método de Cálculo	Método de cálculo Regional, Estadual e DF: $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas}}{\text{Número de ações propostas no Plano Regional/Estadual de Educação Permanente em Saúde}} \times 100$ Método de cálculo Municipal: $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas pelo Município}}{\text{Número de ações propostas para o município no PAREPS}} \times 100$			
Fonte	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde e Relatório Anual encaminhado ao DEGES/SGTES/MS.			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Juliana Siqueira - 3184-0031 estagio.resid@saude.pe.gov.br / residencia@saude.pe.gov.br			

O Planejamento das ações de educação na saúde para o ano de 2015 foi estruturado a partir dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente (PAREPS), as ações de Formação Técnica para os trabalhadores do SUS com incentivo do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS/MS) e das ações planejadas por meio das Áreas Técnicas da SES. Ao todo são 30 ações planejadas e 16 concluídas ou em andamento (53%) conforme descrito abaixo.

Quadro 1 – Planejamento de formação técnica desenvolvida pela Escola de Governo em Saúde Pública por município. Pernambuco, 2015.

AÇÃO	Regional de Saúde	MUNICÍPIOS	SITUAÇÃO
Curso Técnico em Análise Clínica	VI	Arcoverde, Custódia, Ibimirim, Inajá, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa	Concluída
Curso Técnico em Citopatologia	I	Recife, Água Preta, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Quipapá e Ribeirão	Concluída
Curso Técnico de Vigilância em Saúde	II	Limoeiro, Lagoa do Carro, Bom Jardim, Tracunhaém, Orobó, Paudalho, Lagoa de Itaenga, Carpina e Cazinhas;	Concluída
Curso Técnico de Vigilância em Saúde	III	Palmares , São Benedito do Sul, Ribeirão, Barreiros, São José da Coroa Grande, Jaqueira, Cortês, Xexeu, Água Preta, Tamandaré, Gameleira, Quipapá	Andamento
Curso Técnico de Vigilância em Saúde	IV	Caruaru, Agrestina, Gravatá, Pesqueira, Caruaru, Tacaimbo, Bezerros, Brejo da Madre de Deus, Taquaretinga do Norte, Toritama, Poção, Cachoeirinha, Santa Cruz do Capibaribe, Bezerros, Camocim de São Felix, São Joaquim do Monte e Jataúba.	Andamento
Curso Técnico de Vigilância em Saúde	XII	Goiana, Nazaré da Mata, Vicência, Ferreiros, Timbaúba, Macaparana e Aliança	Concluída
Curso Técnico de Vigilância em Saúde	VI	Arcoverde	A Iniciar
Curso Técnico em Prótese Dentária	I	Abreu e Lima, Araçoiaba,Glória de Goitá, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista e Recife.	Andamento
Curso de Hemoterapia	I	Recife	A iniciar

Quadro 2. Planejamento de Ações prioritárias nos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente e áreas técnica SES, por município. Pernambuco, 2015

AÇÃO	GERES	MUNICÍPIOS	SITUAÇÃO
Curso de Qualificação para Gestor Municipal de Atenção Primária à Saúde	12 Geres	Coordenadores Municipais de Atenção Primária	A Iniciar
Curso: Planejamento, Vigilância e Avaliação das ações do óbito infantil, fetal e materna como ferramenta na melhoria da qualidade dos serviços. (Desenvolvido pelo Centro Acadêmico de Vitória/UFPE em parceria com a SES).	12 Geres	184 municípios, Distrito Sanitário Especial Indígena, SES.	A Iniciar
Curso de TABWIN voltado para ações de vigilância em saúde -SIM/SINASC/SINAN	IX GERES	Todos os municípios da IX regional de saúde	A iniciar
Oficinas de Atualização e Aperfeiçoamento para 457 Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família dos Municípios Pertencentes a X Gerência Regional de Saúde	X Geres	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Itapetim, Carnaíba, Quixabá, Iguaracy, Ingazeira, Santa Terezinha, Tuparetama, São José do Egito, Tabira, Solidão.	A iniciar
Portal CEO - Ferramenta web e planejamento da avaliação externa da rede CEO em Pernambuco		Agrestina, águas belas, angelim, arcoverde, belo jardim, bezerros, bonito, brejo da madre de deus, cabo de santo agostinho, cachoeirinha, afogados da ingazeira, caruaru, cedro, condado, cupira, exu, garanhuns, gravatá, ibimirim, ipojuca, itambé, tapissuma, jaboatão dos guararapes, lagoa do ouro, limoeiro, moreno, olinda, ouricuri, palmares, parnamirim, paulista, pedra, pesqueira, petrolina, recife, riacho das almas, são joão, são joaquim do monte, serra talhada Venturosa, vicência, vitória de santo antão, xexéu	A iniciar
Indicadores, Modelo de Atenção e Redes de Atenção em Saúde Bucal	XII Geres	-	Concluída

Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência (Ministério da Saúde/UNASUS)	I, II, III, IV, V, VI, VIII, X, XI, XII	Camaragibe, Cha grande, Fernando de Noronha, Igarassu Ipojuca, Jaboatao dos Guararapes, Moreno, Olinda, Recife. João Alfredo, Limoeiro, Orobó, Tracunhaém, Vicência. Agua preta, Amaraji, Catende, Escada, Jaqueira, Lagoa dos gatos. Alagoinha, Barra de Guabiraba, Belo jardim Bezerros, Brejo da madre de deus, Cachoeirinha, Panelas, Pesqueira, São Joaquim do Monte. Custódia. Afrânio, Petrolina. Quixabá, São José do Egito, Solidão. Serra Talhada. Goiana e Macaparana.	Andamento
Formação em Cirurgia periodontal para a Rede CEO PE (Parceria UFPE)	Todas as GERES	Água preta, Amaraji, Arcoverde, Belo jardim, Bonito, brejo da Madre de deus, Cabo de santo agostinho, Caetés, camaragibe, caruaru, carpina, cedro, garanhuns, goiana Ibimirim, ipojuca, itambé, jaboatão , dos guararapes, lajedo, lagoa do ouro, limoeiro, moreno, ouricuri Olinda, palmares, paulista, Pesqueira, Panelas, Parnamirim, Paranatama , Petrolina, Recife, Riacho Das Almas, Salgueiro, Tamandaré, Venturosa Vicência, Vitória De S.Antão, Xexéu.	Andamento
Formação: RAPS-PE: disseminando (in)formação para colher ações.	12 Geres	184 municípios	A iniciar
Treinamento em Triagem Auditiva Neonatal	I Geres	Maternidades de Alto Risco da Rede Estadual	Andamento
Capacitação em Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU)	I, II, IV, VII, X, XI, XII.	Rede Hospitalar (Recife, Limoeiro, Caruaru, Salgueiro, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada, Goiana.	A iniciar
Curso em ampliação do conhecimento sobre Saúde da População Negra através de web conferencia mensal (Parceria Rede NUTES UFPE)	12 Geres	184 municípios	Andamento
Capacitação na Linha de Cuidado para Atenção Integral	I Geres		A iniciar

à Saúde da Criança e Adolescente e suas Famílias em situação de Violência			
Curso de implantação de ouvidoria/sistema ouvidor SUS	I GERES II GERES IV GERES VIII GERES IX GERES XI GERES	Ipojuca, Camaragibe, Vitória de Santo Antão Limoeiro, Agrestina e Pesqueira, Petrolina IX GERES: Ouricuri Serra Talhada 12 UPAS	A iniciar
Curso do sistema OUVIDORSUS (2 módulos)	I GERES II GERES IV GERES VIII GERES IX GERES	Ipojuca, Camaragibe, Vitória de Santo Antão Limoeiro, Agrestina e Pesqueira, Petrolina Ouricuri, Serra Talhada 12 UPAS	A iniciar
Curso procedimentos ouvidoria	As 12 GERES e 8 hospitais da região metropolitana e da I e IV GERES	As 12 GERES e 8 hospitais da região metropolitana e da I e IV GERES	A iniciar

Quadro 3. Planejamento de outras Ações de Educação Permanente e Integração Ensino Serviço, por município. Pernambuco, 2015

AÇÃO	MUNICÍPIO/GERES PARTICIPANTE	SITUAÇÃO
Formação Pedagógica em Educação Permanente em Saúde	Hospitais Estaduais	Andamento
Formação Pedagógica em Preceptoria em Saúde	Hospitais Estaduais	Andamento
Curso de atualização para preceptoria em saúde em parceria com a COREMU UFPE	Serviços Estaduais e Municipais	A Iniciar
Curso Desenvolvimento de Competência Pedagógica para preceptores de residência/Parceria ABEM e UFPE	Serviços Estaduais e Municipais	Andamento
Oficinas de Integração Ensino Serviço - apoio à implantação dos cursos de medicina no interior do Estado	Garanhuns (V Regional) e Serra Talhada (XI)	Andamento

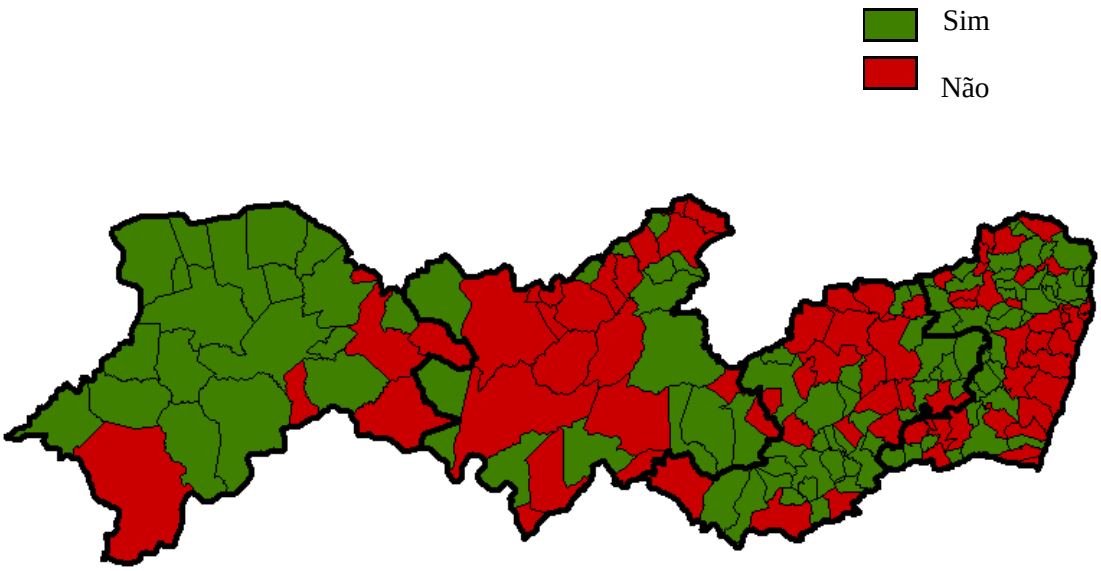
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais de saúde.

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.

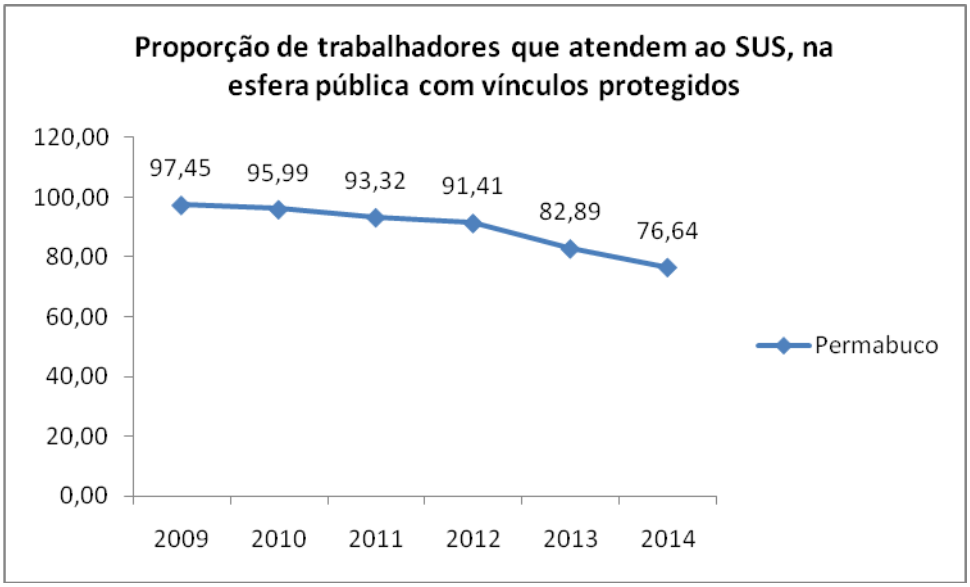
Indicador 61 - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	85,38%	76,64%	80,00%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Mensurar a proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, orientando as políticas de gestão do trabalho relacionadas à valorização e fixação dos trabalhadores nos Estados, DF e Municípios e União.			
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, estadual e DF $\frac{\text{Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES, em determinado local}}{\text{Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES, no mesmo local}} \times 100$ Método de Cálculo Regional $\frac{\text{Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES nos municípios da região}}{\text{Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES nos municípios da região.}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)			
Recomendações, observações e informações adicionais	Informações Adicionais: **1) Trabalhadores do SUS**: são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção a saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (Portaria nº 1.318, de 5 de junho de 2007). **2) Esfera pública:** corresponde a esfera administrativa pública a qual o			

	estabelecimento de Saúde está subordinado. – Para o cálculo do indicador pelos municípios: deverão ser considerados os trabalhadores que atendem ao SUS na gestão municipal direta e indireta. – Para o cálculo do indicador pelos estados e DF: deverão ser considerados os trabalhadores que atendem ao SUS na gestão estadual direta e indireta. **3) Vínculos protegidos:** a classificação dos vínculos protegidos e desprotegidos baseia-se nos critérios de existência de proteção social e cobertura legal dos contratos de trabalho. **Na esfera pública**, **segundo o CNES, serão considerados vínculos empregatícios protegidos (com garantia dos direitos trabalhistas):** **Vínculos diretos:** – estatutário: cargo público (Lei nº 8.112/1990); – emprego público: CLT, cargo comissionado e contratos temporários; **Vínculos indiretos:** – contratos por prazo determinado ou indeterminado intermediados pela esfera privada. Observações: segundo o CNES, não são considerados vínculos protegidos: contratos tácitos, pagamento de pessoa jurídica, pagamento de autônomos e trabalhadores contratados por cooperativas. Desconsiderar no cálculo os trabalhadores cadastrados no CNES nas seguintes modalidades: estágio (Lei nº 11.788/08), residência, bolsa, e voluntário (Lei nº 9.608/98), pois elas não caracterizam vínculo empregatício (protegido ou desprotegido).
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rafaela Gurgel - 3184-0026 dggt.ses@gmail.com



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais



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

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	X% de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	100% (184 municípios)	75,54% (139 municípios)	100% (184 municípios)
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	Método de Cálculo Municipal, Estadual e DF Número de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde **Observação:** Considerar 01 para o Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde Método de Cálculo Regional $\frac{\text{Número Planos de Saúde Municipais enviados aos Conselhos de Saúde}}{\text{Número de municípios da região de saúde}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Suzana Assis - 3184-4212 ces.saude.pe@gmail.com			

ANÁLISE:

A renovação das gestões administrativas, desconhecimento da obrigatoriedade de informar a situação do PMS pelo SARGSUS propiciam o não alcance da meta. Com contratação de sanitaristas para as 12 Regiões de Saúde como apoio a implementação do processo de planejamento em saúde espera-se uma melhoria em relação ao cumprimento da meta para 2015.

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

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

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS	**2013**	**2014**	**2014**	**2015**
	Ampliar o percentual dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS	100% (184 municípios)	63,58% (117 municípios)	100% (184 municípios)
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	O indicador permite mensurar o quantitativo de conselhos cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS. Sistema este, que possibilita um retrato detalhado dos conselhos de saúde de todo o País, mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Estadual e DF Conselho de Saúde cadastro no SIACS **Observação:** Considerar 01 para o Conselho de Saúde com cadastro no SIAC Método de cálculo Regional $\frac{\text{Número de conselhos de saúde municipal cadastrados no SIACS}}{\text{Número de conselhos municipais de saúde da região}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Suzana Assis - 3184-4212 ces.saude.pe@gmail.com			

ANÁLISE:

A meta não alcançada expressa algumas dificuldades apresentadas pelos municípios: falta de disponibilidade de internet e mudanças nos colegiados o que impactam no cadastramento dos usuários no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Anexos

Indicador 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF

$$\frac{(\text{Nº de ESF} + \text{Nº de ESF equivalente}) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

O cálculo da população coberta pela Atenção Básica tem como referência 3.000 pessoas por equipe de atenção básica, conforme PNAB – Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2488/11).

I - Como calcular a equivalência de carga horária do profissional médico para equipe de Atenção Básica (tradicional) em relação à equipe da Estratégia de Saúde da Família

Passo 1 – Instalar o TABWIN (http://cnes.datasus.gov.br/ > Serviços > Recebimento de arquivo > TABWIN CNES).

Passo 2 – Clicar em **Arquivos Auxiliares e Manuais** e realizar download dos arquivos **tab36.zip** e **tabcnes_DEF-CNV_201107.zip**.

Passo 3 - Instalar o TABWIN e descompactar os arquivos de definição (tabcnes_DEF-CNV_201107.zip).

Obs.: Em caso de dúvida na instalação do TABWIN, consultar o manual (Roteiro_Obtenção-Instalação.doc), também disponível no *site* do CNES em **Arquivos Auxiliares e Manuais**.

Passo 4 – Em seguida, realizar download do(s) Arquivo(s) do CNES para tabulação no TABWIN.

Passo 5 - Selecionar o município do estado desejado o arquivo de extensão < **PF + CÓD. UF + AAMM.dbc** > da competência que será analisada.

AAMM: Ano e mês da competência em análise.

Passo 6 – Abrir o TABWIN e selecionar o arquivo de definição PROFISSIONAL para executar a tabulação.

[Opções]
DEF=C:\Users\Documents\TabWin\CNES\Profissional.def
PATH=PROFISS\PF*.DB?
Linha=Municipios-UF
Incremento=Horas Ambulator.
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções_Ativas]
Ocupação-Único: 225124 MEDICO PEDIATRA
225125 MEDICO CLINICO
225250 MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA
Tipo de Estabelec.: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE
POSTO DE SAUDE

UNIDADE MOVEL FLUVIAL
UNIDADE MOVEL TERRESTRE
Esfera Administrativa: FEDERAL
ESTADUAL
MUNICIPAL
[Arquivos]
PF**UFAAMM**.DBC
Obs.: Para fazer o calculo da UF, região de saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer calculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador.
Passo 7 - Após obter a tabulação descrita acima, deve-se dividir a carga horária total encontrada por 60 (que corresponde a 60 horas ambulatoriais). O resultado será equivalente ao número de equipe(s) da ESF – Estratégia Saúde da Família.

Atenção! Para cada 60 horas acumuladas pelos profissionais médicos citados tem-se o equivalente a UMA Equipe de Saúde da Família (ESF).

II - Como identificar o número de equipes Estratégia Saúde da Família e a população
O levantamento do número de equipes da ESF implantadas no município/estado e os dados da população para o cálculo poderá ser acessado no portal do DAB: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
Obs.: Em caso de dúvida, consultar a Nota Técnica disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf

Passo 1 – Escolher uma das **Opções de Consulta**.
Obs.: No exemplo a seguir foi utilizada a opção **Unidades Geográficas por Competência**.
Passo 2 – Selecionar **Unidades Geográficas por Competência**, depois a competência por mês e ano a ser calculada, e a unidade geográfica, que pode ser o estado ou o município desejado.
Passo 3 – Para realizar o levantamento dos dados da população e do número de equipes ESF implantadas, selecionar em **Campos a serem exibidos no relatório**: **População** e **Nº de eSF implantadas**, conforme ilustrado abaixo.
Passo 4 – No Resultado da Consulta escolher Visualização em tela ou Exportar para o tipo de arquivo a ser utilizado

Atenção! O indicador de cobertura não deve passar de 100%, caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador o "Número total de habitantes residentes".

2.1) Alteração no método de cálculo, conforme Nota Técnica DAB/SAS/MS, de 23 de agosto de 2013. Essa alteração foi realizada em agosto de 2013, entretanto, não havia sido incorporada ao Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. A alteração aconteceu no campo método de cálculo no item I, passo 6:

De: "*Ocupação-Único*"

Para: "*Ocupação-Múltiplo*"

Foi incluída a seguinte observação após Passo IV do item II:

"A base de cálculo para o Nº de ESF utiliza-se o mês de competência de pagamento. Este se refere aos dados de cadastro das equipes na competência CNES do mês anterior. Exemplo: para a competência de pagamento Julho/2013 usa-se o CNES competência Junho/2013".

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

3) Quadro 5 - Indicador 2: Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).

Alterações no campo fonte, conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMAS/SE/MS, de 08 de abril de 2014. No rol de condições sensíveis, número 8. Bronquites, foi excluído os códigos J22.0 a J22.9 da lista CID-10 e foi incluída a condição sensível de nº 17, Síndrome da Rubéola Congênita (P35.0). Houve nova redação da lista CID 10 para melhor descrição dos códigos, conforme descrito abaixo:

De:

Condições Sensíveis	**Lista CID – 10**
1. Doenças preveníveis por imunização e outras DIP	A15-A199; A33-A379; A50-A539; A95-A959; B05-B069; B16-B169; B26-B269; B50-B549; B77-B779; G000; I00-I029.
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	A00-A099; E86-E869.
3. Anemia	D50-D509.
4. Deficiências nutricionais	E40-E469; E50-E649.
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66-H669; J00-J009; J01-J019;
6. Pneumonias bacterianas	J13-J139; J14-J149; J153-J154; J158-J159; J181.
7. Asma	J45-J459.
8. Bronquites	J20-J229; J40-J429.
9. Hipertensão	I10-I109;I11-I119.
10. Angina	I20-I209.
11. Insuficiência cardíaca	I50-I509.
12. Diabetes *mellitus*	E10-E149.
13. Epilepsias	G40-G409.
14. Infecção no rim e trato urinário	N30-N309; N34-N349; N390.
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46-A469; L01-L019; L02-L029; L03-L039; L04-L049; L08-L089.
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70-N709; N71-N719; N72-N729; N73-N739; N75-N759; N76-N769.

Para:

Condições Sensíveis	Lista dos CID 10 (todos do intervalo especificado)
1. Doenças evitáveis por imunização e outras DIP	A15.0-A19.9, A33.0-A37.9; A50.0-A53.9, A95.0-A95.9, B05.0-B06.9, B16.0-B16.9, B26.0-B26.9, B50.0-B54.9, B77.0-B77.9, G00.0, I00-I02.9,
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	A00.0-A09.9; E86.0-E86.9
3. Anemia	D50.0-D50.9
4. Deficiências nutricionais	E40-E46.9, E50.0-E64.9
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66.0-H66.9, J00, J01.0-J03.9, J06.0-J06.9, J31.0-J31.9
6. Pneumonias bacterianas	J13, J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
7. Asma	J45.0-j45.9
8. Bronquites	J20.0 -J21.9, J40-J42
9. Hipertensão	I10, I11.0-I11.9
10. Angina	I20.0-I20.9
11. Insuficiência cardíaca	I50.0-I50.9
12. Diabetes mellitus	E10.0-E14.9
13. Epilepsias	G40.0-G40.9
14. Infecção no rim e trato urinário	N30.0-N30.9, N34.0-N34.3, N39.0
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01.0-L04.9, L08.0-L08.9
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70.0-N73.9, N75.0-N76.8
17. Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Ainda no campo fonte, houve nova redação para descrição dos códigos SIA e SIH, conforme descrição abaixo:

De:

Códigos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e

SIH das internações clínicas
1– Códigos de procedimentos usados para selecionar as internações clínicas usadas como denominador da proporção média de internações sensíveis à Atenção Básica, de residentes dos municípios de referência
Procedimentos obstétricos clínicos: 0303100010, 0303100028, 0303100036, 0303100044, 0303100052
Tratamentos clínicos: 0303010010, 0303010029, 0303010037, 0303010045, 0303010053, 0303010061, 0303010070, 0303010088, 0303010096, 0303010100, 0303010118, 0303010126, 0303010134, 0303010142, 0303010150, 0303010169, 0303010177, 0303010185, 0303010193, 0303010207, 0303010215, 0303020032, 0303020040, 0303020059, 0303020067, 0303020075, 0303020083, 0303030011, 0303030020, 0303030038, 0303030046, 0303030054, 0303030062, 0303040017, 0303040025, 0303040033, 0303040041, 0303040050, 0303040068, 0303040076, 0303040084, 0303040092, 0303040106, 0303040114, 0303040122, 0303040130, 0303040149, 0303040157, 0303040165, 0303040173, 0303040181, 0303040190, 0303040203, 0303040211, 0303040220, 0303040238, 0303040246, 0303040254, 0303040262, 0303040270, 0303040289, 0303040297, 0303050136, 0303050144, 0303060018, 0303060026, 0303060034, 0303060042, 0303060050, 0303060069, 0303060077, 0303060085, 0303060093, 0303060107, 0303060115, 0303060123, 0303060131, 0303060140, 0303060158, 0303060166, 0303060174, 0303060182,

0303060255, 0303060263, 0303060271, 0303060280, 0303060298, 0303060301,

0303070064, 0303070072, 0303070080, 0303070099, 0303070102, 0303070110, 0303070129, 0303080043, 0303080051, 0303080060, 0303080078, 0303080086, 0303080094, 0303090138, 0303090197, 0303090200, 0303090235, 0303090243, 0303090286, 0303090294, 0303090316, 0303110015, 0303110023, 0303110031, 0303110040, 0303110058, 0303110066, 0303110074, 0303110082, 0303110090, 0303110104, 0303110112, 0303120010, 0303130016, 0303130024, 0303130032, 0303130040, 0303130059, 0303130067, 0303130075, 0303130083, 0303140020, 0303140038, 0303140046, 0303140054, 0303140062, 0303140070, 0303140089, 0303140097, 0303140100, 0303140119, 0303140127, 0303140135, 0303140143, 0303140151, 0303150017, 0303150025, 0303150033, 0303150041, 0303150050, 0303150068, 0303160012, 0303160020, 0303160039, 0303160047, 0303160055, 0303160063, 0303160071, 0303180013, 0303180030, 0303180048, 0303180056, 0303180064, 0303180072, 0303190019, 0304010049, 0304010057, 0304010065, 0304010111, 0304010162, 0304080020, 0304080039, 0304080047, 0304080063, 0304090018, 0304090026, 0304090034, 0304090042, 0304100013, 0304100021, 0305010174, 0305020013, 0305020021, 0305020030, 0305020048, 0305020056, 0308010019, 0308010027, 0308010035, 0308010043, 0308020022, 0308020030, 0308030010, 0308030028, 0308030036, 0308040015, 0308040023
Diagnosticos e/ou Atendimentos de Urgência: 0301060010, 0301060070, 0301060088

Para:

Códigos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH das internações clínicas

1– Os códigos de procedimentos usados para selecionar as internações clínicas usadas como denominador da proporção média de internações sensíveis à Atenção Básica, de residentes dos municípios de referência, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos abaixo, classificados como de média complexidade.

Procedimentos obstétricos clínicos: Do código 0303100010 ao 0303109999

Tratamentos clínicos: Do código 0303010010 ao 0303099999, do código 0303110010 ao 0303169999, do código 0303180010 ao 0305029999, do código 0306020010 ao 0306029999, do código 0308010010 ao 0309069999

Diagnósticos e/ou Atendimentos de Urgência:, Do código 0301060010 ao 0301069999

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

Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

$$\frac{\text{(Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40) * 3.000}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Observação: A soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas será equivalente ao nº de equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica e na Saúde da Família.

I – Como calcular a carga horária ambulatorial do profissional Cirurgião-Dentista na Atenção Básica

Passo 1 – Instalar o Tabwin (http://cnes.datasus.gov.br/ > Serviços > Recebimento de arquivo > Tabwin CNES).

Passo 2 – Clicar em **Arquivos Auxiliares e Manuais** e realizar *download* dos arquivos **tab36.zip** e **tabcnes_DEF-CNV_201107.zip**.

Passo 3 – Instalar o Tabwin e descompactar os arquivos de definição (tabcnes_DEF-CNV_201107.zip).

Obs.: Em caso de dúvida na instalação do Tabwin, consultar o manual (Roteiro_Obtenção-Instalação.doc), também disponível no *site* do CNES em Arquivos Auxiliares e Manuais.

Passo 4 – Em seguida, realizar *download* do(s) arquivo(s) do CNES para tabulação no Tabwin.

Passo 5 – Selecionar o estado desejado e o arquivo de extensão < **PF + CÓD. UF + AAMM.dbc**> da competência que será analisada.

AAMM: Ano e mês da competência em análise

Passo 6 – Abrir o Tabwin e selecionar o arquivo de definição PROFISSIONAL para executar a tabulação.

[Opções] DEF=C:\Users\Documents\Tabwin\CNES\Profissional.def PATH=PROFISS\PF*.DB?Linha=Municipios-UF Incremento=Horas Ambulator. Suprime_Linhas_Zeradas=true Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas]

Ocupação-Múltiplo: 223208 CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA

223293 CIRURGIAO DENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

223272- CIRURGIAO DENTISTA DE SAUDE COLETIVA DENTISTA DE SAUDE COLETIVA

Tipo de Estabelec.: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE/ POSTO DE SAUDE
UNIDADE MOVEL FLUVIAL
UNIDADE MOVEL TERRESTRE
CONSULTORIO
Esfera Administrativa: FEDERAL
ESTADUAL
MUNICIPAL
[Arquivos]
PF**UFAAMM**.DBC
Obs.: Para fazer o Cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador.
Passo 7 – Após obter a tabulação descrita acima, deve-se dividir a carga horária total encontrada por 40 (que corresponde a 40 horas ambulatoriais). O resultado será equivalente ao número de equipe(s) Saúde Bucal na Atenção Básica e Saúde da Família.
II – Como identificar os dados da população
O levantamento dos dados da população para o cálculo poderá ser acessado no portal do DAB <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.
Obs.: Em caso de dúvida, consultar a Nota Técnica disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf>.
Passo 1 – Escolher uma das **Opções de Consulta**.
Obs.: No exemplo a seguir foi utilizada a opção **Unidades Geográficas por Competência**.
Passo 2 – Selecionar **Unidades Geográficas por Competência,** depois a competência por mês e ano a ser calculada, e a unidade geográfica, que pode ser o estado ou o município desejado.
Passo 3 – Para realizar o levantamento dos dados da população, selecionar em **Campos a serem exibidos no relatório: População**.
Passo 4 – No Resultado da Consulta escolher Visualização em tela ou Exportar para o tipo de arquivo a ser utilizado.
Obs.: A base de cálculo para o **Nº de ESF** utiliza-se o mês de competência de pagamento. Este se refere aos dados de cadastro das equipes na competência CNES do mês anterior. Exemplo: para a competência de pagamento **Julho/2013** usa-se o CNES competência **Junho/2013.**

Atenção! O indicador de cobertura não deve passar de 100%, caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador o "Número total de habitantes residentes".

4) Quadro 7 – Indicador 4: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.

4.1) Alteração no método de cálculo, conforme Nota Técnica DAB/SAS/MS, de 23 de agosto de 2013. Essa alteração foi realizada em agosto de 2013, entretanto, não havia sido incorporada ao Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. A alteração aconteceu no campo método de cálculo no item I, passo 6:

De: "*Ocupação-Único*"

Para: "*Ocupação-Múltiplo*".

Foi incluída a seguinte observação após Passo IV:

"A base de cálculo para o Nº de ESF utiliza-se o mês de competência de pagamento. Este se refere aos dados de cadastro das equipes na competência CNES do mês anterior. Exemplo: para a competência de pagamento Julho/2013 usa-se o CNES competência Junho/2013".

Atenção! O indicador de cobertura não deve passar de 100%, caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador o "Número total de habitantes residentes".

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

5.2) No campo fonte, ainda conforme Nota Técnica nº 43 DAI/SGEP/MS, de 11 de setembro de 2013:

a) alteração no campo fonte:

De:

"Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI). Quantidade aprovada. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)".

Para:

"Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI) e APAC. Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Quantidade aprovada. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)".

b) Após relação dos procedimentos no campo fonte, inclusão do seguinte texto, conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMAS/SE/MS:

"Observação: Alguns destes procedimentos podem ser realizados tanto nos ambulatórios, quanto nos hospitais. O procedimento 0405050372 é de alta complexidade, pois como é uma cirurgia para catarata foi somado aos demais de média complexidade, para a mesma finalidade.

Para os procedimentos realizados nos hospitais e tabulados do SIH, devem-se selecionar os seguintes motivos de saída:

Motivo Saída/Perm: Alta curado | Alta melhorado | Alta a pedido

Alta com previsão de retorno p/acomp do paciente | Alta por evasão

Alta por outros motivos

Transferência para internação domiciliar

Óbito com DO fornecida pelo médico assistente

Óbito com DO fornecida pelo IML | Óbito com DO fornecida pelo SVO

Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido

Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido

Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido

Alta da mãe/puérpera com óbito fetal | Óbito da gestante e do concepto

Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido

Óbito da mãe/puérpera e permanência recém-nascido."

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

6) Quadro 11 – Indicador 8: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

6.1) Conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMAS/SE/MS, de 08 de abril de 2014, alteração no campo fonte:

De:

"Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Complexidade do procedimento = Média complexidade

Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhamento do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Para consultar os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, ver Apêndice."

Para:

"Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

Quantidade aprovada

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Complexidade do procedimento = Média complexidade.

Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhamento do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido.

Os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos abaixo, classificados como de média complexidade:

Procedimentos para diagnose: Do código 0201010010 ao 0201010159, do código 0201010170 ao 0201010579, do

código 0201010590 ao 0201010599, do código 0201010610 ao 0201010659, do código 0201010670 ao 0202030229, do código 0202030240 ao 0205010029, do código 0205010040 ao 0211099999, do código 0211120010 ao 0211129999

Intern. Clínicas: Do código 0303010010 ao 0303099999, do código 0303110010 ao 0303169999, do código 0303180010 ao 0305029999, do código 0306020010 ao 0306029999, do código 0308010010 ao 0309069999

Inten. obstétricas clínicas: Do código 0303100010 ao 0303109999

Out. Cirurgias Obstétricas: Do código 0411010010 ao 0411010019, do código 0411010050 ao 0411020059

Intern. Cirúrgicas: Do código 0401010010 ao 0405050089, do código 0405050120 ao 0405050149, do código 0405050160 ao 0405050369, do código 0405050380 ao 0409040239, do código 0409040250 ao 0409050079, do código 0409050090 ao 0410019999, do código 0412010010 ao 0414019999, do código 0415010010 ao 0416139999

***Observação**: Foram excluídos os procedimentos realizados em hospitais e que foram selecionados e contabilizados no numerador do Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente"*

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

9.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação:

De:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: janeiro. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral. Periodicidade para avaliação: anual".

Para:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Setembro. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral. Periodicidade para avaliação: anual".

9.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Recomendações, observaçõese informações adicionais.

De:

"Parâmetro Nacional para Referência: Ampliar em 20%, anualmente, o número de unidade de Saúde notificando. Quando não existir unidade de Saúde notificando, implantar, pelo menos, uma".

Para:

"Parâmetro Nacional para Referência: Ampliar em 20%, anualmente, o número de unidade de Saúde notificando. Quando não existir unidade de Saúde notificando, implantar, pelo menos, uma".

Nota: Considera-se Unidade de Saúde os estabelecimentos de saúde dos três níveis de atenção, compreendendo os cuidados primários, de atenção especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência, de acordo com a Portaria 4.279/2010 (Redes de Atenção à Saúde) – Exemplos: Unidade de Saúde da Família, centros de saúde, CAPS, CEREST, serviços de referência, policlínicas, hospitais, prontos socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), maternidades, dentre outros.

Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante

15.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Recomendações, observações e informações adicionais.

De:

"Parâmetro Nacional para Referência: Realizar, pelo menos, dois testes de sífilis, conforme preconizado em normativa específica. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita)".

Para:

"Parâmetro Nacional para Referência: Realizar, pelo menos, dois testes de sífilis, conforme preconizado em normativa específica. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita*). No final de 2013, foi inserido, no SIA, o campo Residência para o registro de dados referentes ao VDRL, por parte do município executor do exame".*

15.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Responsabilidade da União para o alcance da meta.

De:

"Propor políticas públicas voltadas para a saúde das gestantes e da criança. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para as gestantes e crianças. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de saúde voltadas para as gestantes e crianças. Financiar, com estados e municípios, ações de Vigilância em Saúde voltadas para as gestantes e crianças. Realizar estudos sobre a saúde das gestantes e crianças. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a saúde das gestantes e crianças. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde"

Para:

"Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios.Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador".

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

16.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o mês de fechamento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) passou de junho para fevereiro. Esse indicador não está sob a responsabilidade da SVS, contudo, sua fonte de informação é o SIM. Dessa maneira, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral. Periodicidade para avaliação: anual."

Para:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em fevereiro de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral Periodicidade para avaliação: anual"

Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil

17.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o mês de fechamento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) passou de junho para fevereiro. Esse indicador não está sob a responsabilidade da SVS, contudo, sua fonte de informação é o SIM. Dessa maneira, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual. Periodicidade para avaliação: anual"

Para:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em fevereiro de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual".

Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

18) Quadro 28 – Indicador 25: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

18.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e fetal <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>. Periodicidade para avaliação: anual"

Para:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo

Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso.
Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e fetal. <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>. Os dados também poderão ser consultados no site: http://datasus.saude.gov.br/ > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o link (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm). Periodicidade para avaliação: anual".

18.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De: *"Parâmetro Nacional para Referência: 2013 = 40%"*

Para: *"Parâmetro Nacional para Referência: 2013 = 70%"*

Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados

19.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Periodicidade para avaliação: anual"

Para:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Os dados também poderão ser consultados no site: http://datasus.saude.gov.br/ > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o link (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm)Periodicidade para avaliação: anual".

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

20.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral,

comparado com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Periodicidade para avaliação: anual"

Para:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparado com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Os dados também poderão ser consultados no site: http://datasus.saude.gov.br/ > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o link (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm). Periodicidade para avaliação: anual"

Indicador 30a - Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas)

Indicador 30b - Taxa de mortalidade prematura de (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório,câncer,diabetes e doenças respiratórias crônicas)

22.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual. Periodicidade para avaliação: anual"

Para:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual"

22.4) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

"Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 2% ao ano"

Para:

"Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 2% em relação ao ano anterior"

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

23.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, foram incluídos no campo método de cálculo os parâmetros nacionais de referência de cada vacina. Anteriormente, os referidos parâmetros estavam descritos no campo Recomendações, observações e informações adicionais.

23.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

"Parâmetro Nacional para Referência: Em menores de 1 ano de idade

a)BCG- ID ≥90%

b)Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH) ≥90%

c)Pentavalente (DTP+Hib+HepB) ≥95%

No segundo semestre de 2012, a vacina combinada Tetravalente (DTP/ Hib) foi substituída pela combinação Pentavalente (DTP/ Hib/HB).

d) Vacina contra Poliomielite ≥95%

No segundo semestre de 2012 o esquema vacinal passou a utilizar a vacina inativada poliomielite para a 1ª dose (2 meses) e 2ª dose (4 meses) e a vacina oral poliomielite para a 3ª dose (6 meses) com reforço aos 15 meses.

e) Vacina Pneumocócica Conjugada (PnC10v) ≥95%

f) Vacina Meningocócica Conjugada C (MnC) ≥95%

g) Vacina Hepatite B ≥95%

h) Febre amarela (para as áreas com recomendação da vacina) 100%

Em crianças de 1 ano de idade Vacina tríplice viral 95%. Em crianças de 6 meses a <2 anos de idade (CV em campanha anual).

Influenza (INF) ≥ 80%"

Para:

" 1. ***Pentavalente (DTP+Hib+Hep B)*** *= No segundo semestre de 2012, a vacina combinada Tetravalente (DTP/ Hib) foi substituída pela combinação Pentavalente (DTP/ Hib/HB).*

2. ***Vacina contra Poliomielite*** *= No segundo semestre de 2012, o esquema vacinal passou a utilizar a vacina inativada poliomielite para a 1ª dose (2 meses) e 2ª dose (4 meses) e a vacina oral poliomielite para a 3ª dose (6 meses) com reforço aos 15 meses.*

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

26.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual. Periodicidade para avaliação: anual."

Para:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual."

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

30.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: janeiro. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual."

Para:

"Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Fevereiro Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual"

Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral

35.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

"Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 20% ao ano, nos municípios e regiões com 8 ou mais óbitos por leishmaniose visceral. No caso de municípios e regiões com até 7 óbitos, a redução deve ser de 1óbito em cada município e região."

Para:

"Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 20% em relação ao ano anterior, nos municípios e regiões com 8 ou mais óbitos por leishmaniose visceral. No caso de municípios e regiões com até 7 óbitos, a redução deve ser de 1 óbito em cada município e região em relação ao ano anterior."