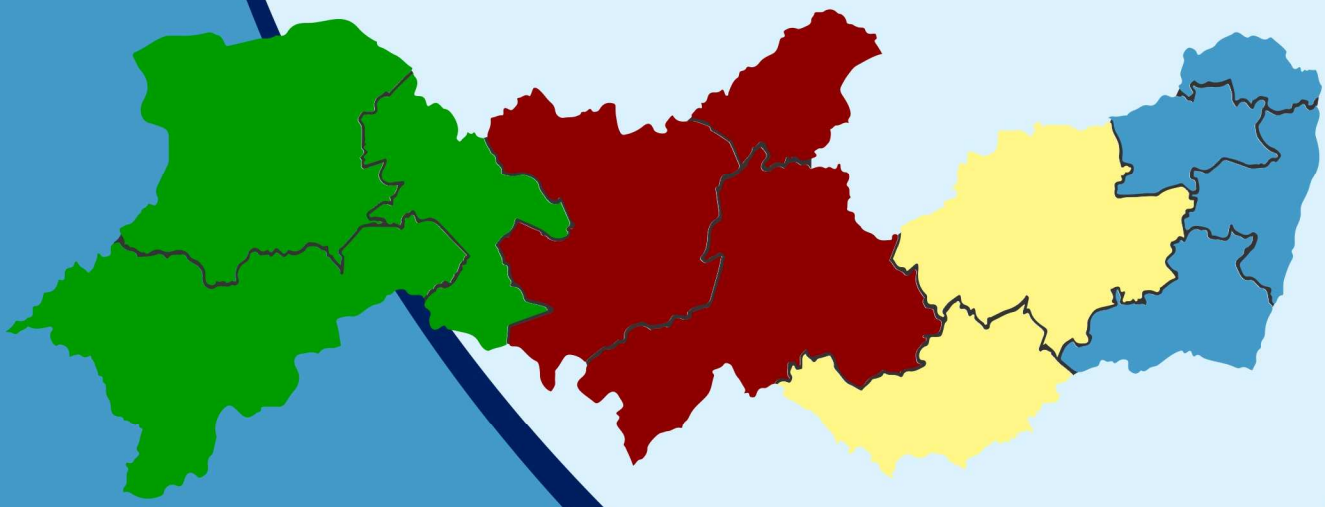
Secretaria Estadual de Saúde
Secretaria Executiva de Regulação em Saúde
Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal

METAS E RESULTADOS DOS INDICADORES PACTO/COAP 2014



PERNAMBUCO

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

METAS E RESULTADOS DOS INDICADORES

PACTO/COAP 2014

Recife
2014

EXPEDIENTE

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
João Soares Lyra Neto

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE
Ana Maria Martins Cezar de Albuquerque

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
Ana Lúcia de Souza Leão Ávila

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

GERENTE DE ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL
Raquel Moura Lins Acioli

COORDENADORA 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
Ana Cláudia de Andrade Cardoso
Residente em Saúde Coletiva
Jéssica Lúcia da Silva
Apoio Administrativo

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 21
Indicador 7 - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente 24
Indicador 8 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente 26
Indicador 12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado 29
Indicador 18 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária 32
Indicador 19 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária 35
Indicador 20 - Proporção de partos normais 38
Indicador 21 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal 40
Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante 42
Número de teste de sífilis por gestante 42
Indicador 23 - Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência 44
Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil 47
Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados 50
Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados 53
Indicador 27 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados 55
Indicador 28 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade 58
Indicador 29 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 60
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) ... 62
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) 62

Indicador 35 - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas 64

Indicador 36 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera 68

Indicador 37 - Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. 70

Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose 70

Indicador 38 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida 72

Indicador 39 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNC) encerradas em até 60 dias após notificação 75

Indicador 40 - Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados. 77

Indicador 41 - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios 79

Indicador 42 - Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos 81

Indicador 45 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes 83

Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral 85

Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral 85

Indicador 48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina 86

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) 87

Indicador 51 - Número absoluto de óbitos por dengue 88

Indicador 52 - Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue 89

Indicador 53 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez 91

Indicador 57 - Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas 93

Indicador 61 - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos 96

Indicador 63 - Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde 98

Indicador 64 - Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS 99

ANEXOS 100

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.

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 2008 a 2013.

Ana Lúcia de Souza Leão Ávila
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.

Assim, dentro desse processo de mudança, em 20 de maio de 2014 foi realizada uma videoconferência pelo Ministério da Saúde com o objetivo de esclarecer e orientar o estado de Pernambuco quanto às regras de transição de pactuação dos indicadores do COAP, em substituição aos indicadores do Pacto pela Vida. Deste modo, diante das mudanças dos indicadores e da forma de Pactuação, a Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal (GAGM) disponibilizou os materiais com o objetivo de capacitar as 12 regionais de saúde e torná-las multiplicadoras.

Para o ano de 2014 serão pactuados todos os indicadores específicos e universais pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), resolução nº 2676 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:

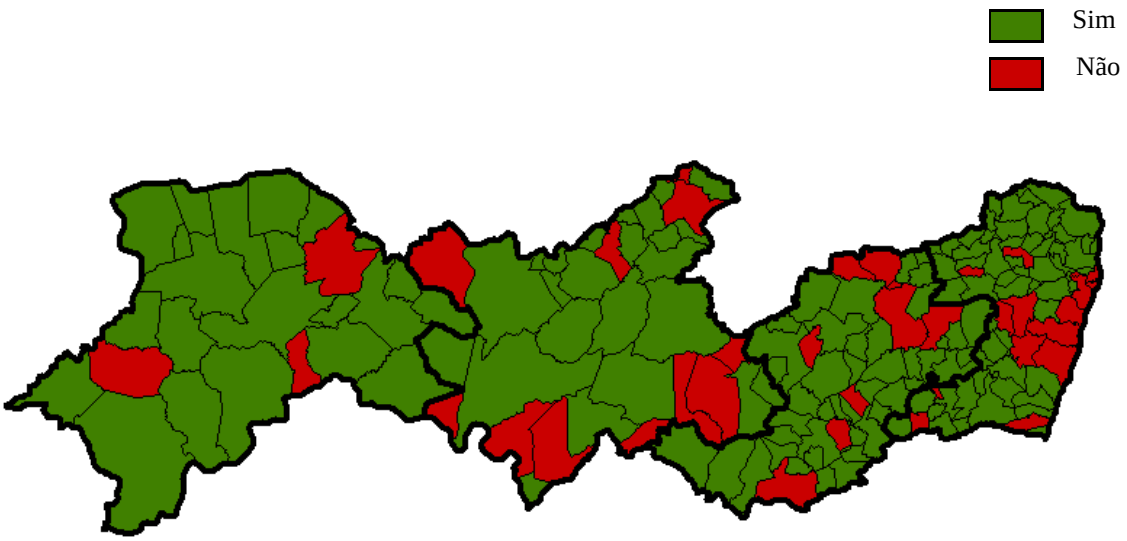
- ✓ Subalimentação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), no quesito carga horária dos médicos (clínico, pediatra e ginecologista/obstetra) vinculados à Atenção Básica Tradicional, gerando estimativas distorcidas;
- ✓ Fragilidades da EABT em trabalhar os princípios ordenadores 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.

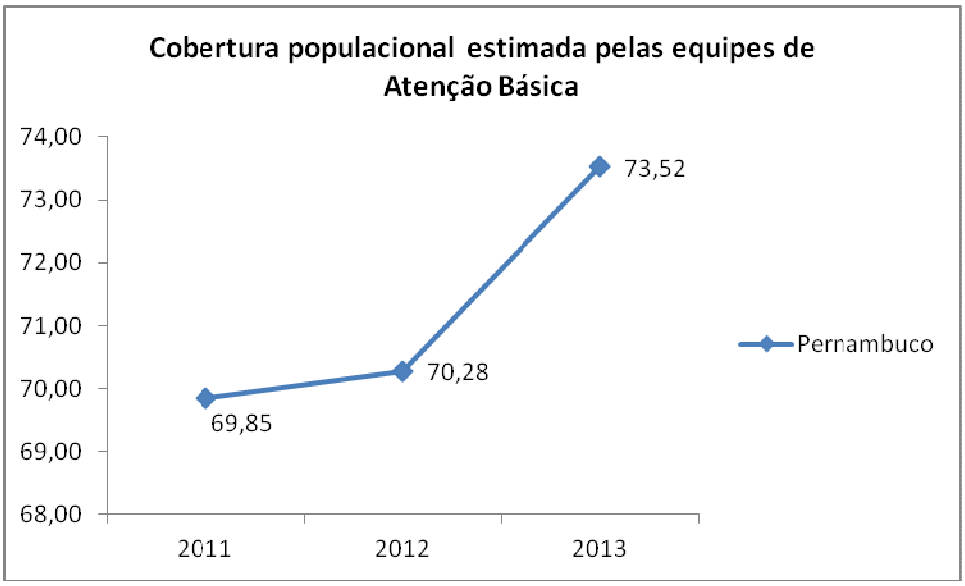
Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	73,52%	75%
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Indicador selecionado 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





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

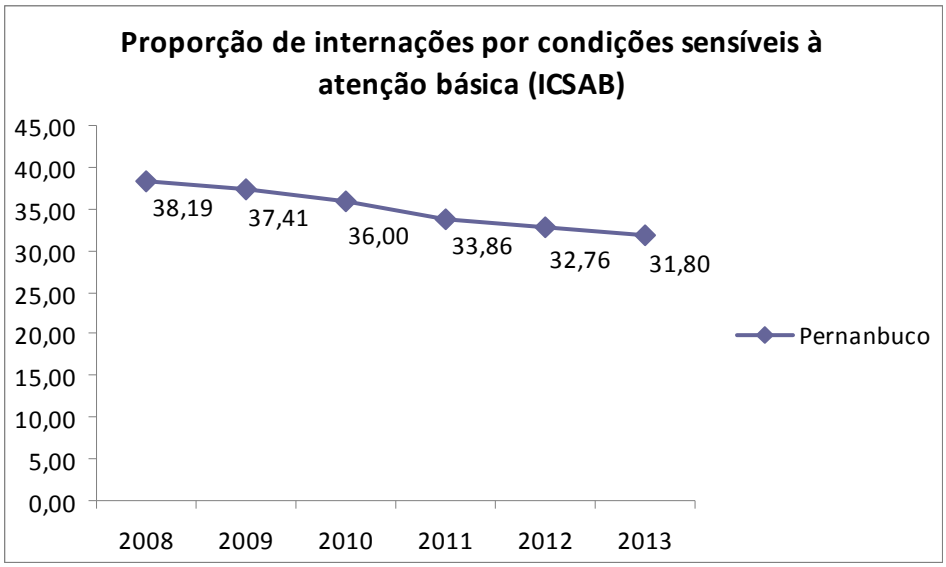
Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

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

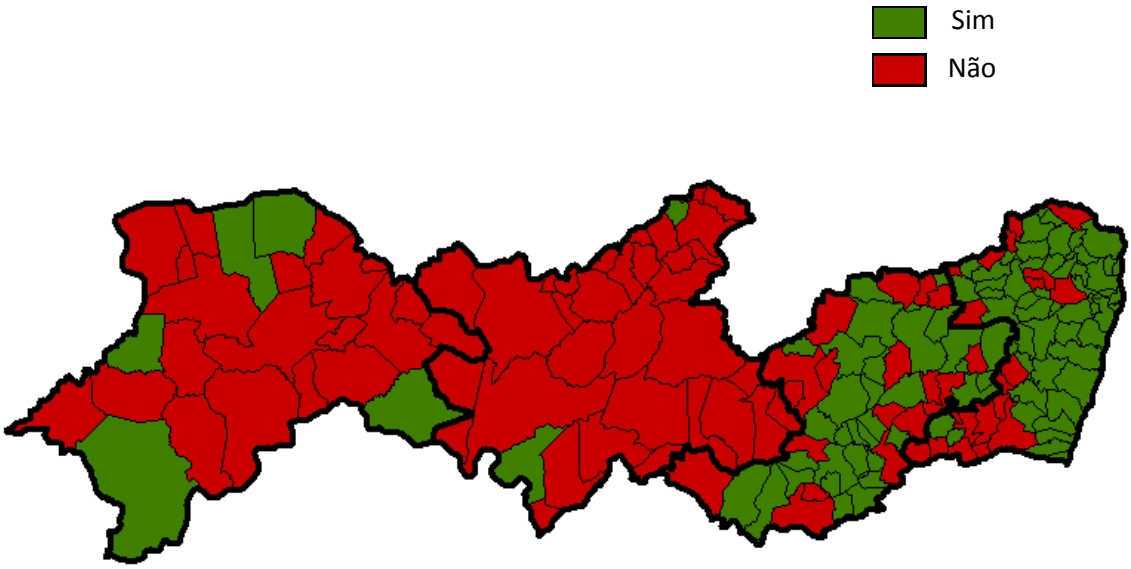
Indicador 2 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	**2013**	**2013**	**2014**
	Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica	31,80%	9,1%
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



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar - SUS (SIAH/SUS)
*Dados até 05/2014, sujeitos a alterações



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

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

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

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

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

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

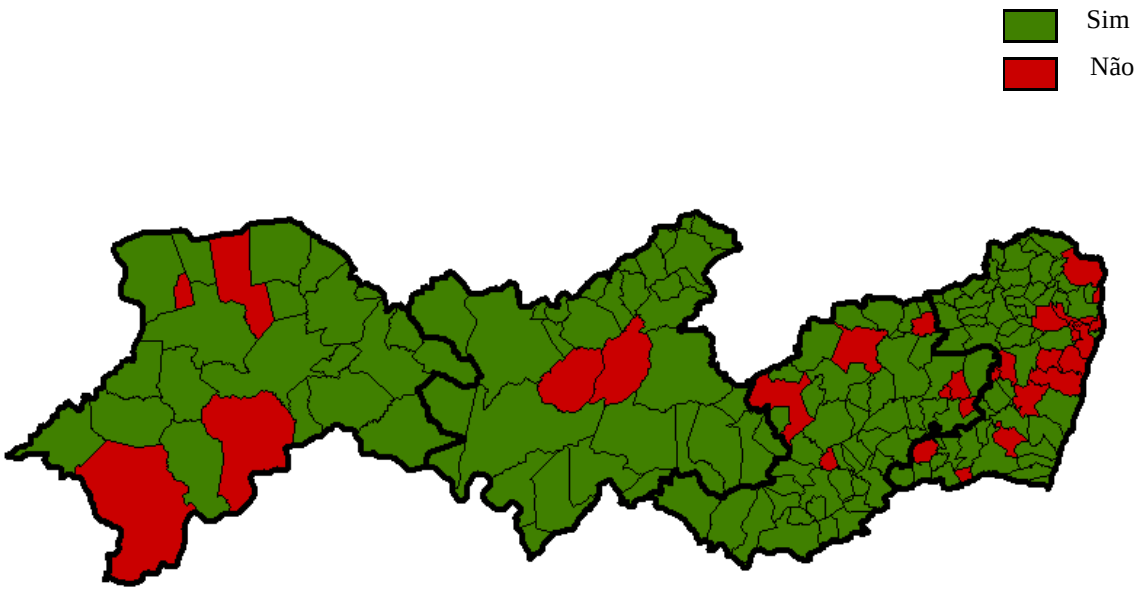
Ao analisar os resultados do indicador de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em Pernambuco foi verificado que apesar de não ter alcançado a meta sugerida pelo MS (73%), observamos que houve um incremento ao longo dos anos de 1ª Vigência de 2014 (72,15%), 2013 (71,52%), 2012 (71,49%) e 2011 (70,16%), em relação ao ano de 2010 (67,66 %).

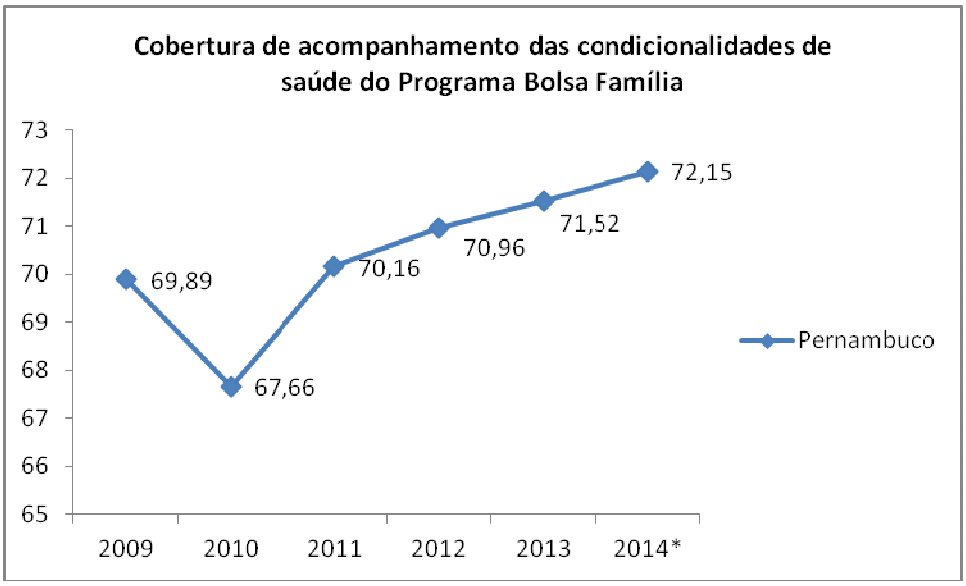
Mesmo tendo sido realizadas Oficinas em todas as Regionais de Saúde do Estado em 2011 a 2013, com técnicos municipais (coordenador e digitador) podemos observar algumas dificuldades locais para realização do acompanhamento como: Falta de intersetorialidade na gestão municipal do PBF, grande rotatividade de técnicos contratados, baixa qualidade da internet, falta de infra-estrutura e recursos humanos, o não desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica como atividade de rotina das ESF; a não utilização da informação gerada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN para formulação e implementação de políticas públicas locais na área de alimentação e Nutrição; a falta de Organização do processo de Atenção Nutricional, com geração, monitoramento e análise das informações.

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	71,52%	73%
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		





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

*Dados captados até 07/2014, sujeitos à alteração

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

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

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

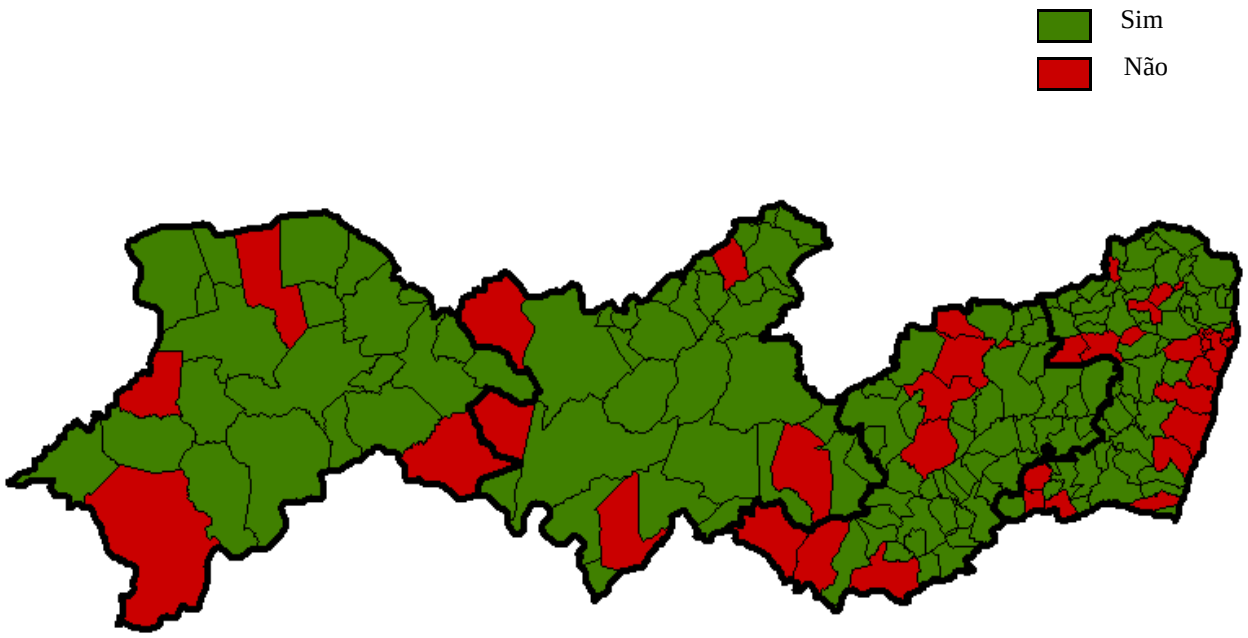
A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi formalizada por meio da portaria Ministerial nº 1.444, de 28/12/2000, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	59,48%	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 $\frac{\text{(Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40)}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$		
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



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

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

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

Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

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

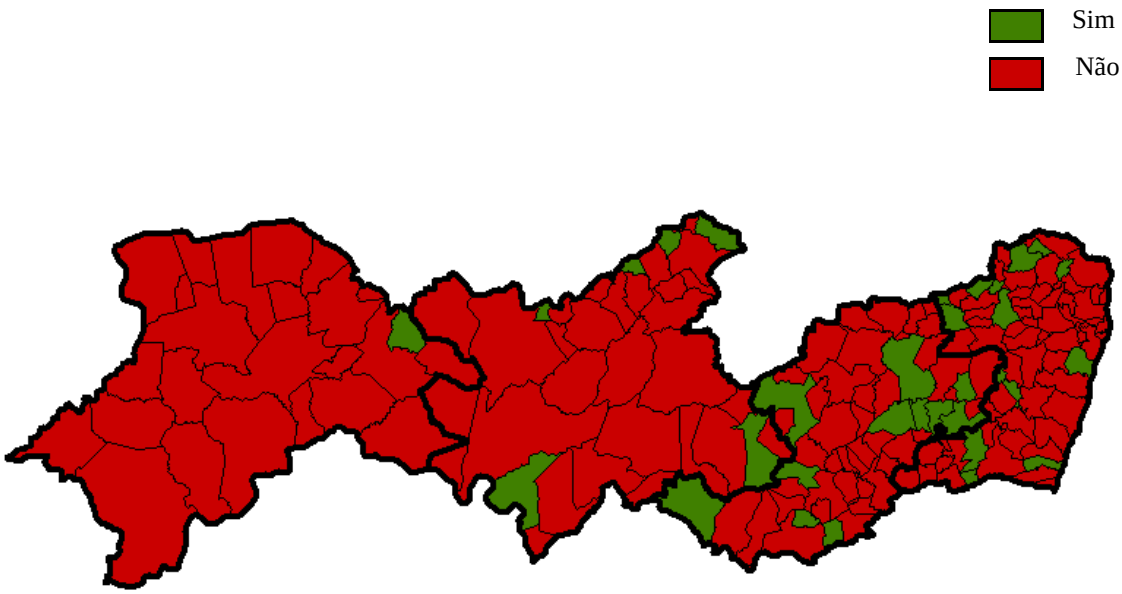
Observa-se que algumas dificuldades são encontradas para execução dessa ação pelos municípios, o que tem ocasionado dificuldades por parte da Coordenação Estadual de Saúde Bucal de Pernambuco em se alcançar a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde. Tais dificuldades giram em torno de questões como: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

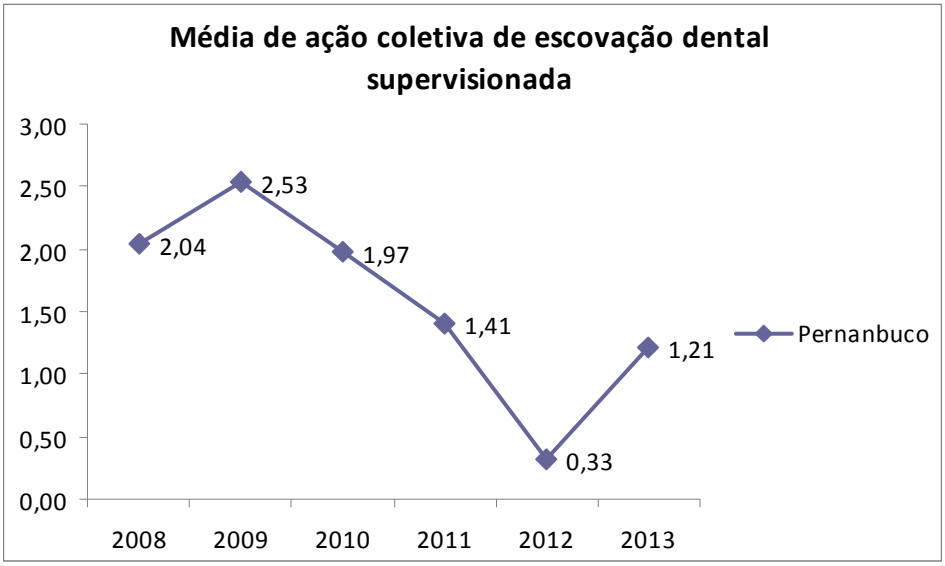
Assim, na tentativa de minimizar o problema do não fornecimento dos Kits, dentro da Política Estadual de Saúde Bucal, foram distribuídos 120.000 Kits de higiene oral para a população cadastrada no Programa Chapéu de Palha Canavieiro.

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	1,21%	2,0%
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 Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses/12 / População no mesmo local e período x 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





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

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

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

Indicador 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.

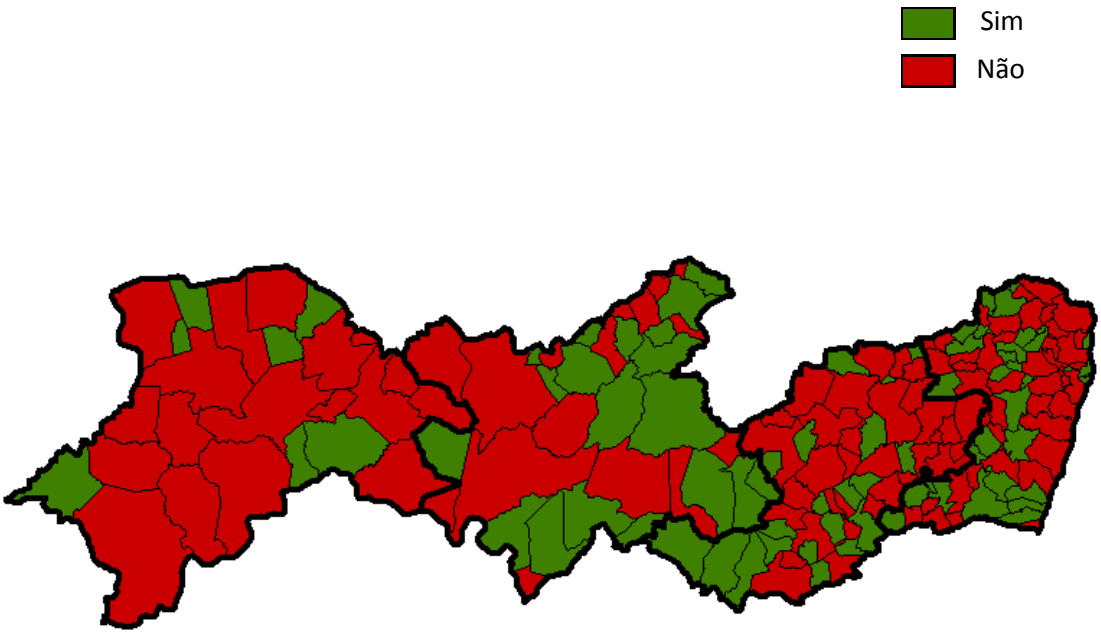
Com a melhoria no acesso aos serviços odontológicos, através da cobertura da Estratégia de Saúde da Família bem como incentivos financeiros, há uma contribuição para que os procedimentos conservadores e coletivos sejam ofertados em maiores proporções em detrimento aos procedimentos de exodontia.

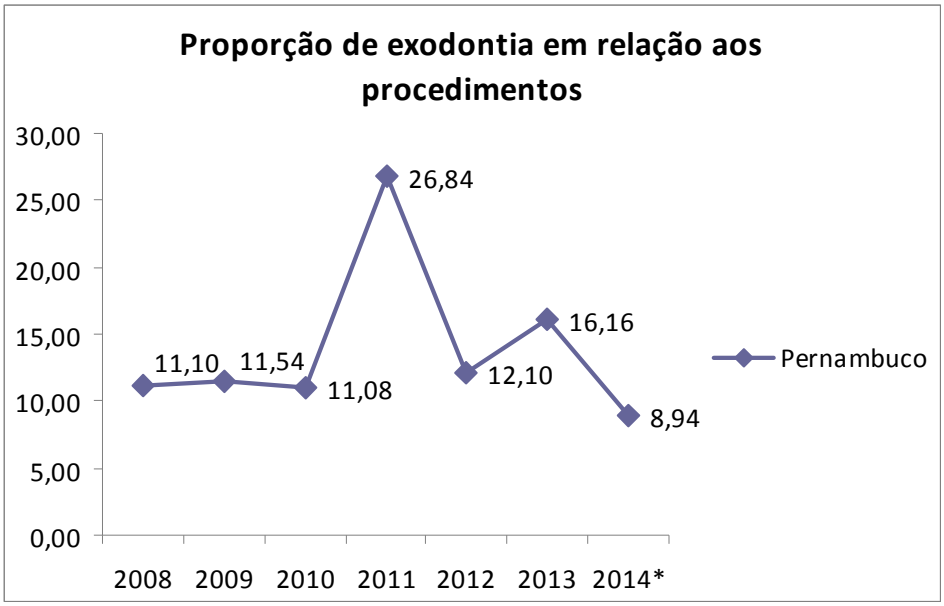
Sendo assim, os resultados apresentados demonstram que houve redução nos números de exodontia no estado, apesar de fatores como, renda, escolaridade, modelo assistencial, dentre outros influenciam na quantidade de exodontia.

Desta forma houve uma melhoria no indicador, no entanto ainda há muito a se conquistar.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos	**2013**	**2013**	**2014**
	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	16,16%	12%
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





Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/ SUS e Instituto de Geografia e Estatística – IBGE
*Dados capitados em 08/2014, sujeitos a alterações

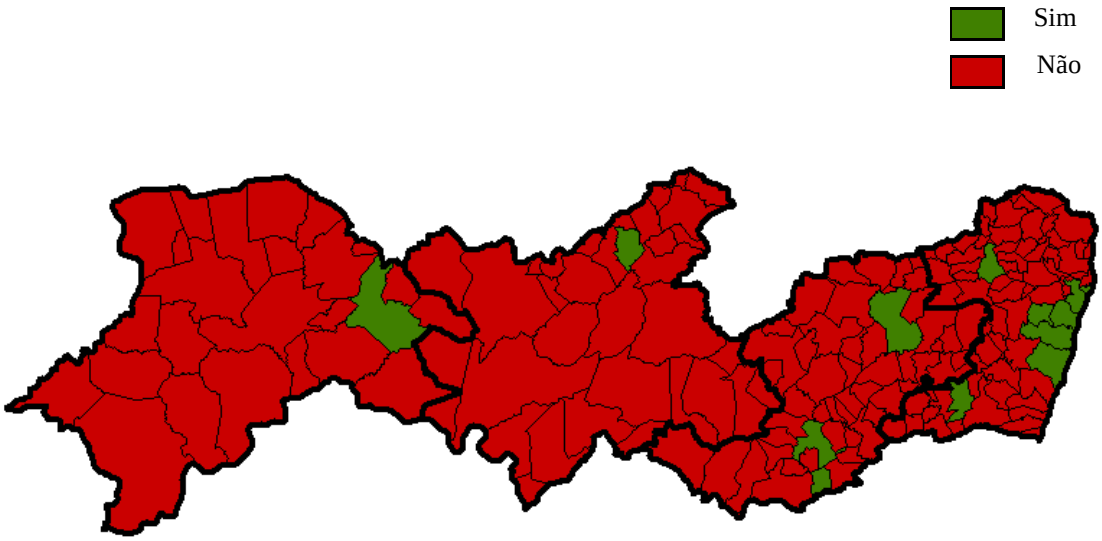
Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

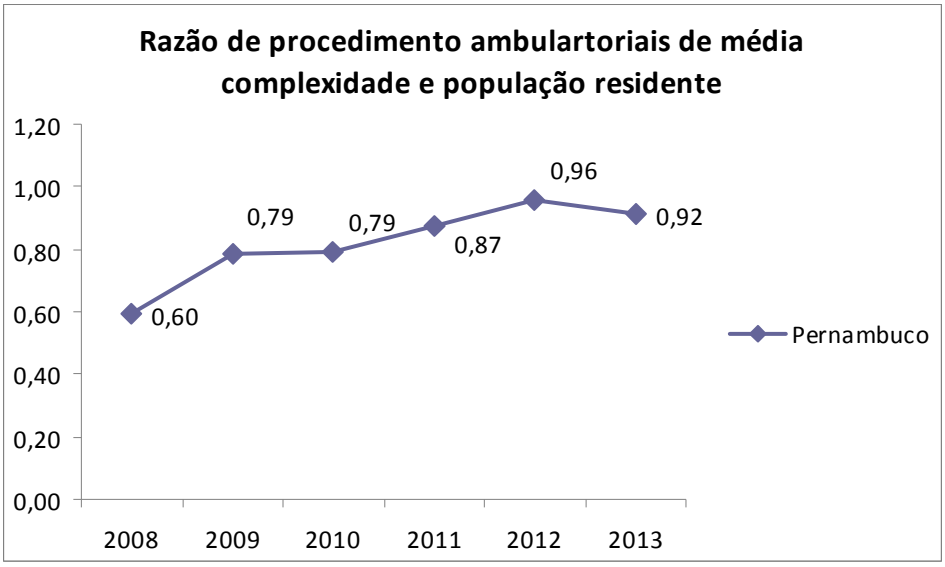
Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	Razão = 0,92	Aumentar 4.963 procedimentos (aumento de 5%) Razão = 1,13
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) /SIH Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador: 0201010151, 0201010160, 0201010585, 0201010607, 0201010666, 0202030059, 0202030237, 0202031080, 0203010043, 0203020014, 0205010032, 0405030045, 0405050097, 0405050100, 0405050119, 0405050151, 0405050372, 0409040240, 0409050083, 0506010023, 0506010031, 0506010040		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Ivette Buril 3184-0534 dgais.ses@gmail.com		

*__Anexo__: Fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014





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)

.

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

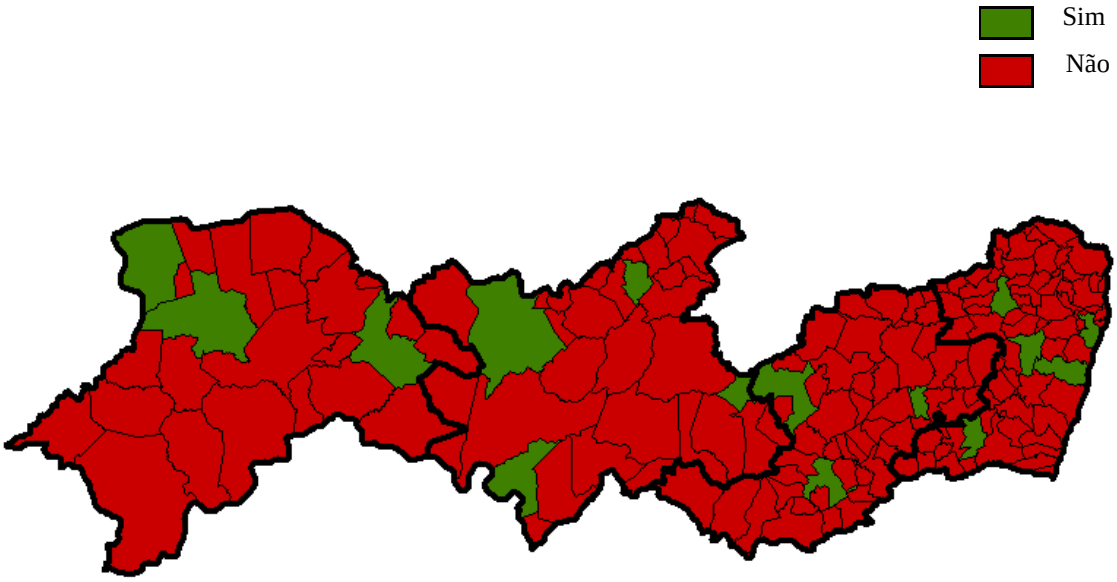
Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

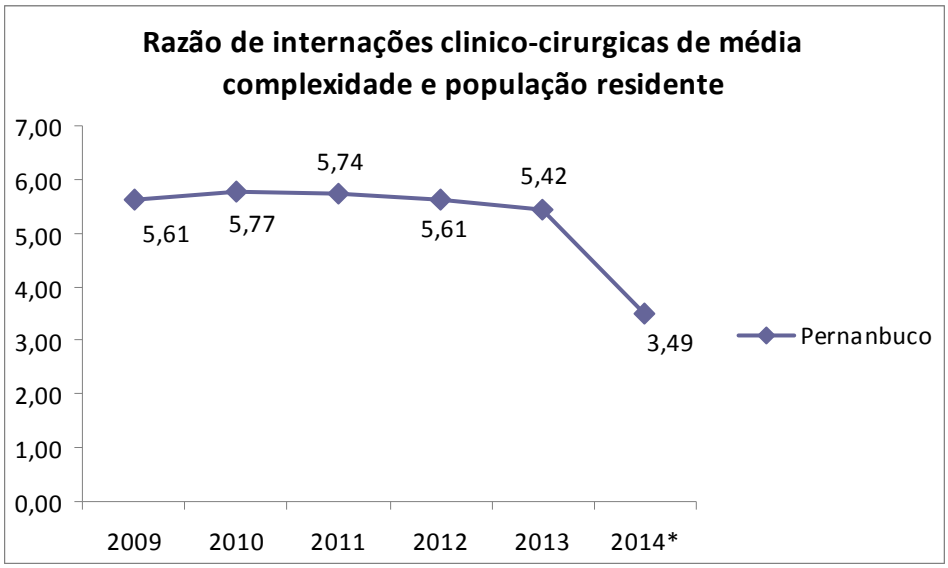
Indicador 8 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de internações clínico cirúrgicas de média complexidade e população residente	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão = 5,42	Razão = 5,42
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	Ivette Buril 3184-0534 dgais.ses@gmail.com

*__Anexo__: Fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014





Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
*Dados capitados em 08/10/2014, sujeitos a alterações

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

Objetivo Nacional 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências

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

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

A VIVA - contínua contempla a violência doméstica, sexual e outras formas de violências interpessoais e 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.

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

No ano de 2013 apesar da proposta de ampliação de 10% no número de fontes notificadoras, houve um incremento de 31,8%, devido às ações de capacitação *in loco* das redes de saúde, assistência e proteção integral às pessoas em situação de violência dos municípios, realizadas pela SES em parceria com as SMS.

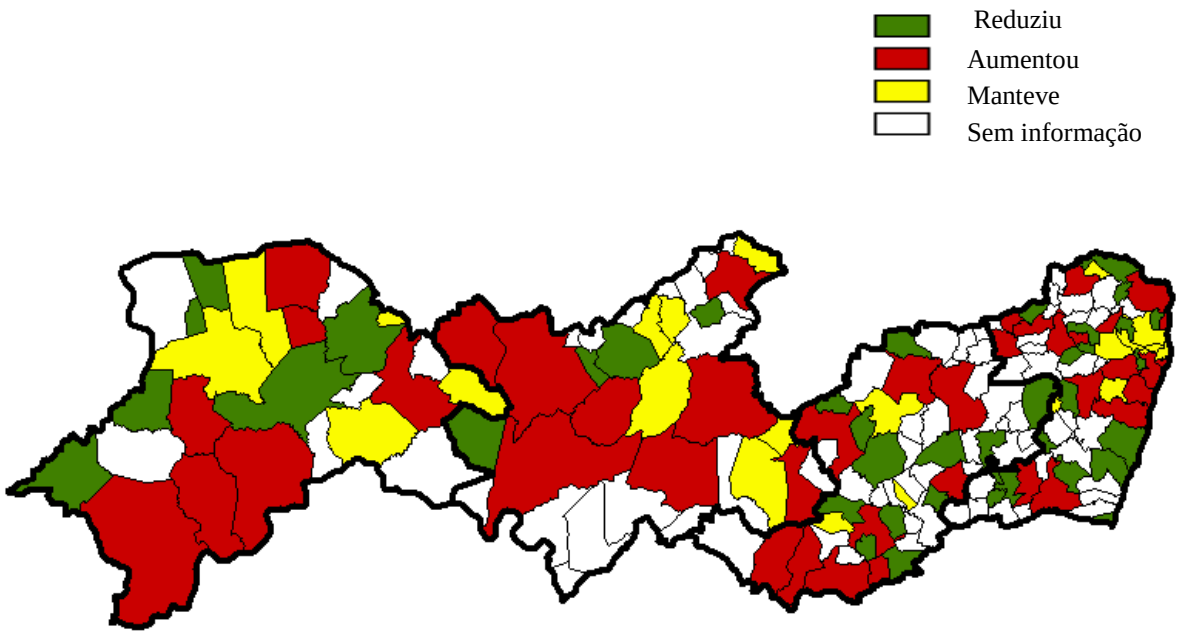
Tendo em vista os resultados alcançados, faz-se necessário, em 2014, em primeiro lugar, **assegurar a continuidade do processo de notificação nas atuais unidades notificadoras,** implementando a Vigilância das Violências (VIVA Contínuo – Sinan) e fortalecendo a rede de enfrentamento e proteção integral.

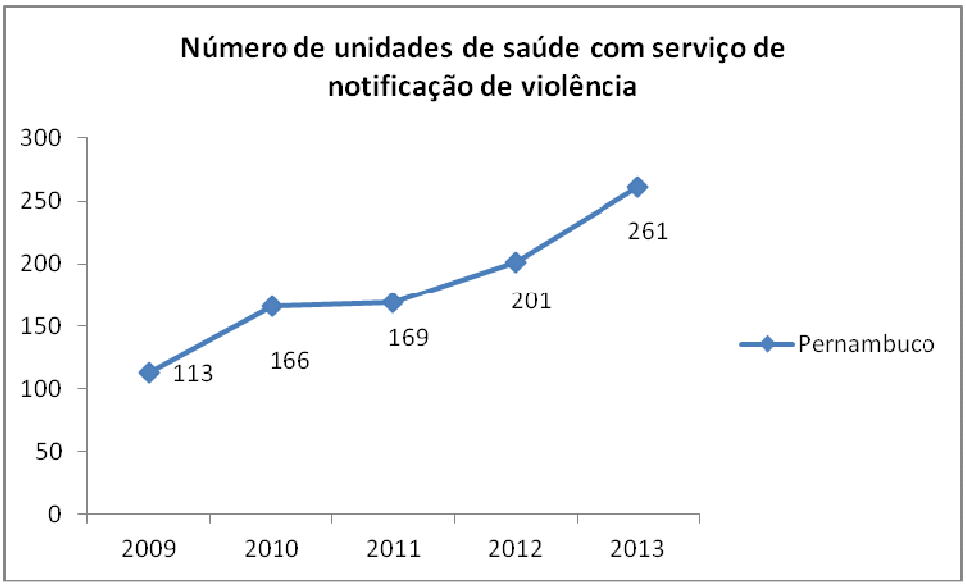
Ressalta-se ainda que no ano de 2014 aconteceu a Copa do Mundo de Futebol (nos meses de junho e julho), evento extraordinário que necessita de preparação no 1º semestre, dificultando a atuação da área técnica estadual nos municípios, principal estratégia na ampliação do número de unidades notificadoras; além do fechamento das ações em último ano de gestão.

Vale destacar a importância do indicador para identificação de demandas, articulação em rede e reorientação dos serviços de cuidado à saúde, assistência social e proteção legal, sua inclusão como meta do COAP, especialmente na diretriz de aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, fortalece a discussão da notificação

compulsória da violência pelos profissionais de saúde, contribuindo para romper com o ciclo de violência, dando visibilidade a um problema perpetrado pelo silêncio velado do âmbito familiar e para a formulação de políticas públicas mais contextualizadas.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.	**2013**	**2013**	**2014**
	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%	261	274 (ampliação 5%)
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		





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

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

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

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

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

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

A análise comparativa entre os dados de 2012 e 2013 mostra um crescimento da razão em PE, de 0,48 para 0,49 consecutivamente. Realizada Atualização nas ações para o Controle do Câncer do Colo do Útero para 789 profissionais médicas (os) e enfermeiras (os) da Rede de Atenção Primária;

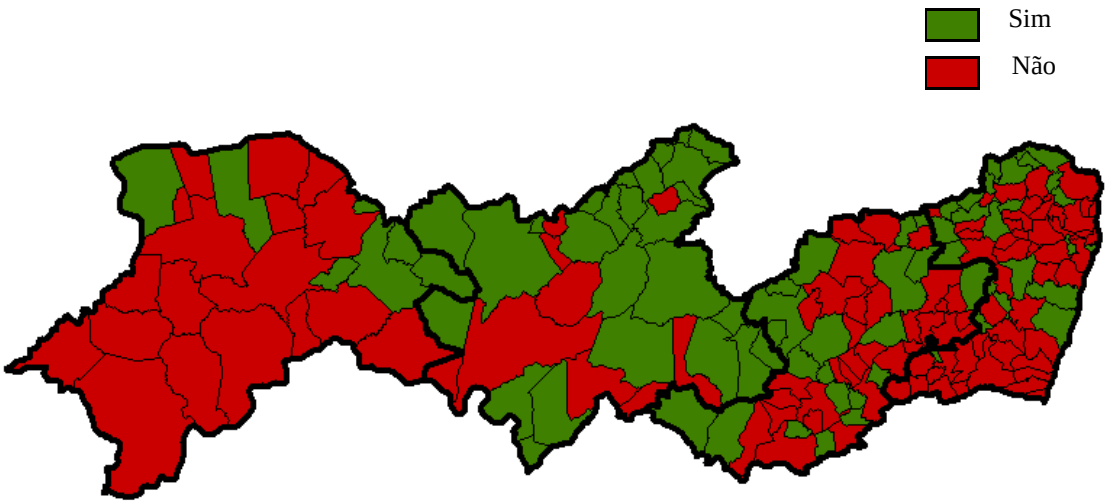
Ampliação de 13 novos Laboratórios que realizam exame citopatológico, representando um acréscimo de 371.472 exames, totalizando 57 serviços e 854.821 exames/ano.

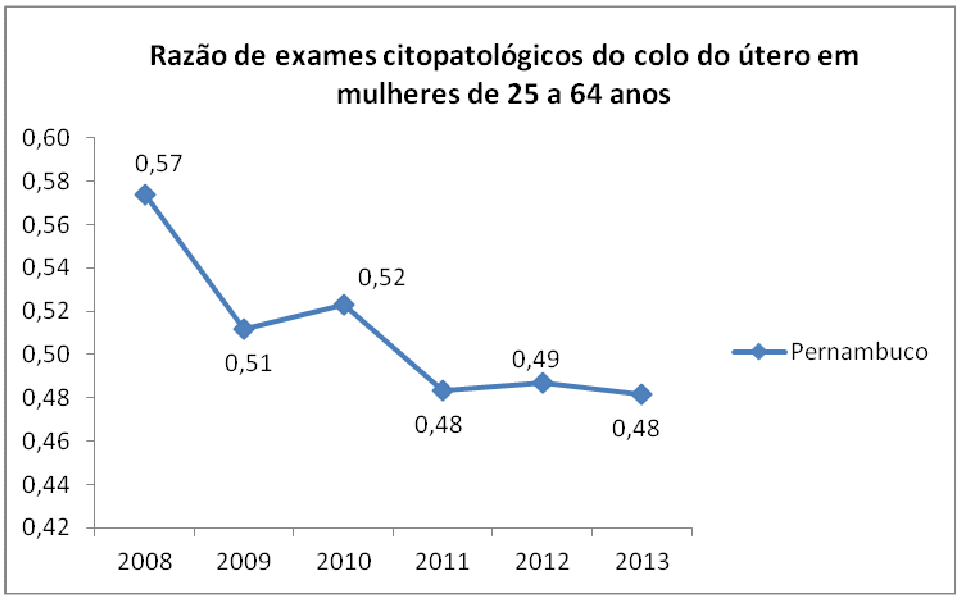
Realizado diagnóstico situacional da ESF nos municípios do Estado (mostra um crescimento de 1.897/68,74% ESF para 1.965 ESF/70,38% de cobertura).

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	**2013**	**2013**	**2014**
	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos	0,48	0,10*
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	Rosangela Diogo 3184-0604 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





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

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

Objetivo Nacional 3.1 - 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 cientifica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo.

Os benefícios do rastreamento do câncer de mama é 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.

A Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos pactuada para o ano de 2013 foi de 0,31. Porém, o Estado de Pernambuco alcançou uma razão de 0,37. Realizada a contratação de 11 serviços de mamografia especializados em exames de Mamografia Bilateral de Rastreamento. Foram ampliados 96.072 exames de mamografia para as mulheres de 50 a 69 anos. Realizada Atualização no Controle do Câncer do Colo o Útero e Mama para 706 profissionais médicas (os) e enfermeiras (os) da Atenção Primária.

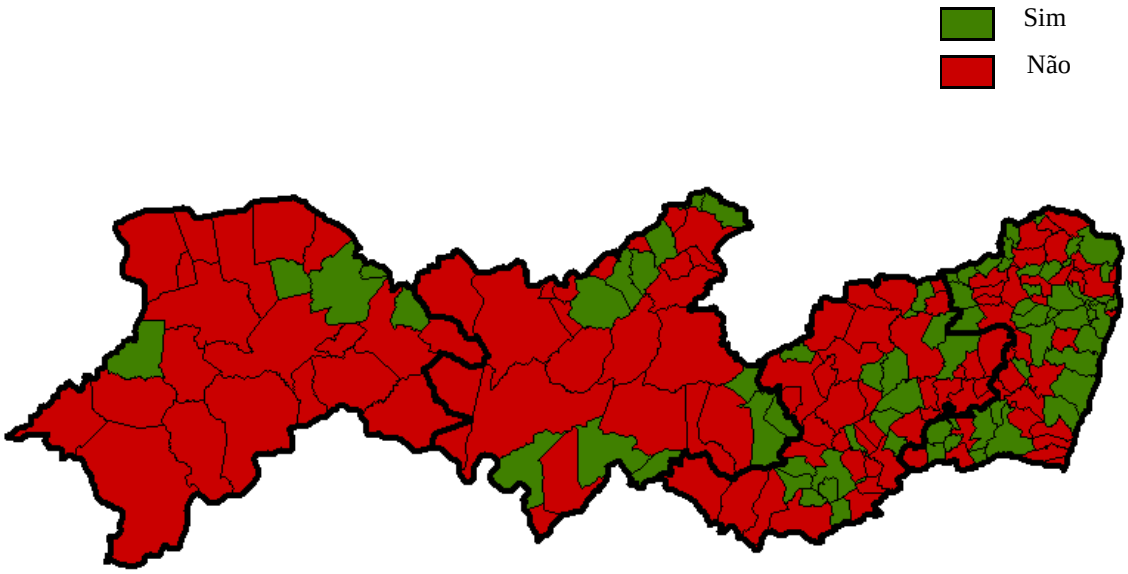
O monitoramento, até março de 2014, era realizado através do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). No entanto já havia dificuldades no envio dos relatórios do seguimento das mulheres com laudos positivos pelas Secretarias Municipais de Saúde. O desconhecimento do profissional de saúde solicitante quanto às indicações clínicas da mamografia. O preenchimento inadequado dos formulários pelos profissionais de saúde e/ou digitadores.

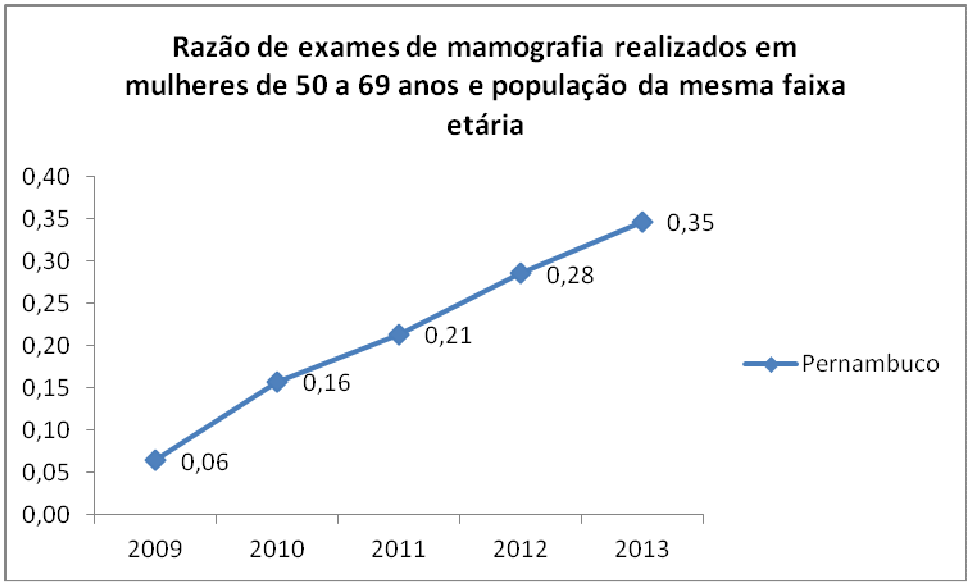
Resaltamos que em agosto de 2012 a fórmula de cálculo da razão de mamografia foi modificada pelo MS. O denominador passou a ser 1/2 dessa população, ficando o seguinte: nº de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e ½ da população feminina na mesma faixa etária.

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.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	**2013**	**2013**	**2014**
	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	0,35	0,10*
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	Marta Rejane 3184-0604 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





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

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

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

Indicador 20 - Proporção de partos normais

A Organização Mundial de Saúde preconiza o percentual de partos normais por volta de 15% e através de Resolução CIB, Pernambuco pactuou para cada unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), de risco habitual e de alto risco, o valor correspondente a Proporção de Partos Cesáreos.

Integradas à proposta do Programa Mãe Coruja Pernambucana e Rede Cegonha, que tem como objetivo maior a redução da mortalidade materna e infantil, visa 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.

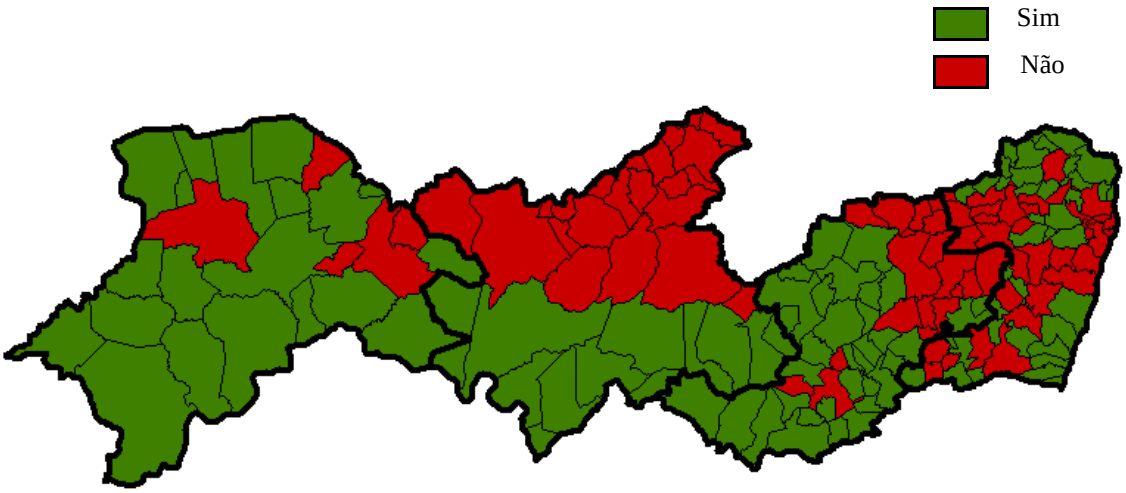
No ano de 2012 e 2013 foram aprovados convênios junto ao Ministério da Saúde para construção de Centros de Parto Normal (7 unidades) o que ampliará a quantidade de partos normais no Estado.

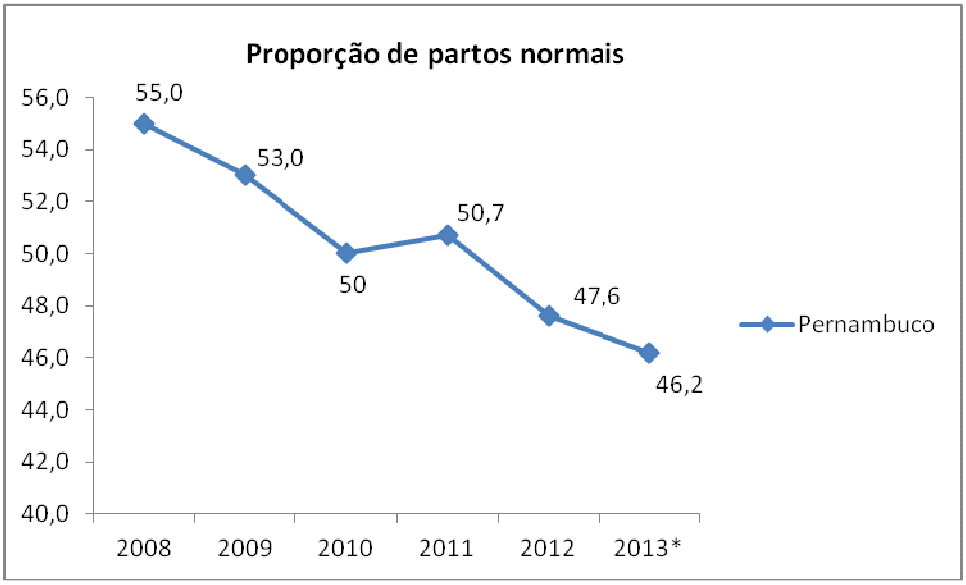
Ao longo dos anos têm-se observado o decréscimo na proporção de partos normais ano a ano, descritos a seguir: no ano de em 2008 (55%); 2009 (53%), 2010 (50%), 2011 (48,8%), 2012* (47,6%) e 2013* (46,2%). Nesta perspectiva, no ano de 2014 o valor pactuado para o ano de 2014 será de **48% para Proporção de Partos Normais.**

Os dados disponibilizados pelo Sistema de Nascido Vivo (SINASC) medem os resultados de partos realizados no SUS e partos realizados na Saúde Suplementar. O SINASC, banco de informação Nacional, está sujeito à alteração para os dados a partir do ano de 2012 até os dias atuais (2014), possibilitando ainda a mudança dos percentuais nestes anos.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de partos normais	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar o percentual de parto normal	46,2%	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	Joyce Lemos 3184-0604 smulherpe@gmail.com





Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados sujeitos a alteração, DBC: 04/06/2014

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 indicador de proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal tem se mostrado crescente, no entanto não cumpriu o Pacto pela Saúde em Pernambuco, mesmo com o aporte financeiro da Portaria da Rede Cegonha, que traz recurso para qualificação do componente I – Pré Natal, para todos os Municípios pernambucanos.

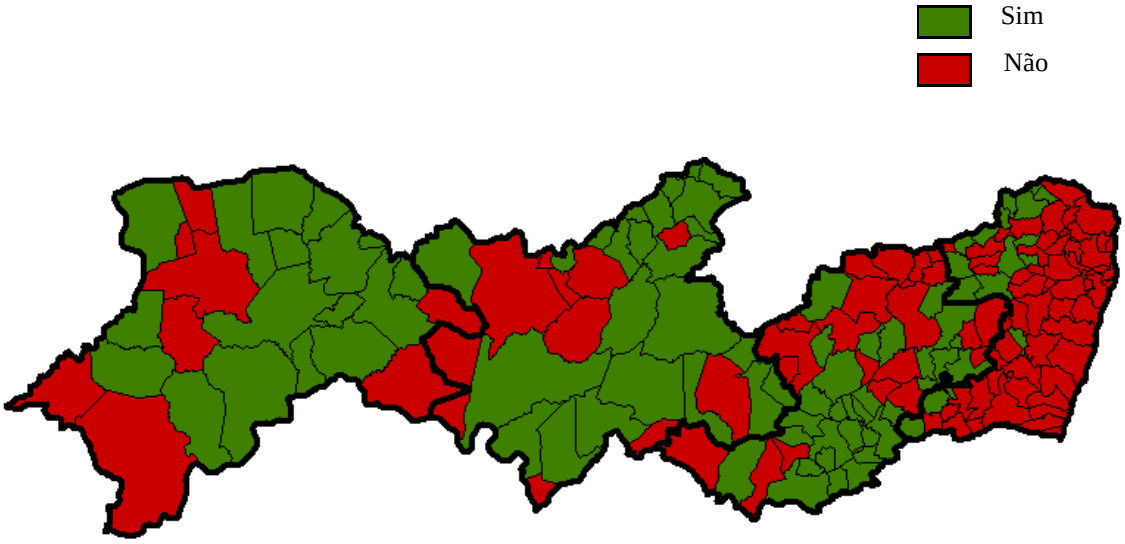
O indicador proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal no ano de 2011 foi de 53,8%, em 2012* de 56,2%, e em 2013* de 58,1%. O referido indicador de tem se mostrado crescente, no entanto ainda não atingiu o pactuado que foi de 60%.

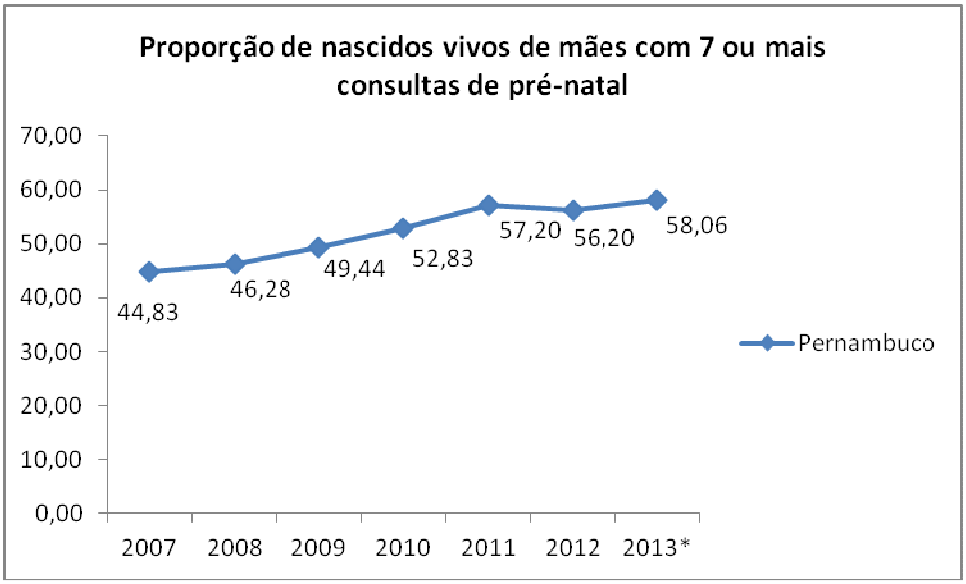
Os dados disponibilizados pelo Sistema de Nascido Vivo (SINASC) são informados através da declaração de nascido vivo (DNV) e este retira informações do cartão de pré-natal da gestante. Por vezes a quantidade de consultas de pré-natal realizada pode não ser superior à quantidade de consultas registradas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

O SINASC, banco de informação Nacional, está sujeito à alteração para os dados a partir do ano de 2012 até os dias atuais (2014), possibilitando ainda a mudança dos percentuais nestes anos.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	58,06%	60,0%
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 $\frac{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$		

Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Coordenação do Sistema de Informações sobre Natalidade Idalacy Barreto (81) 3184-0196 gmvevpe@gmail.com





Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados captados em 09/04/14, sujeitos à alteração

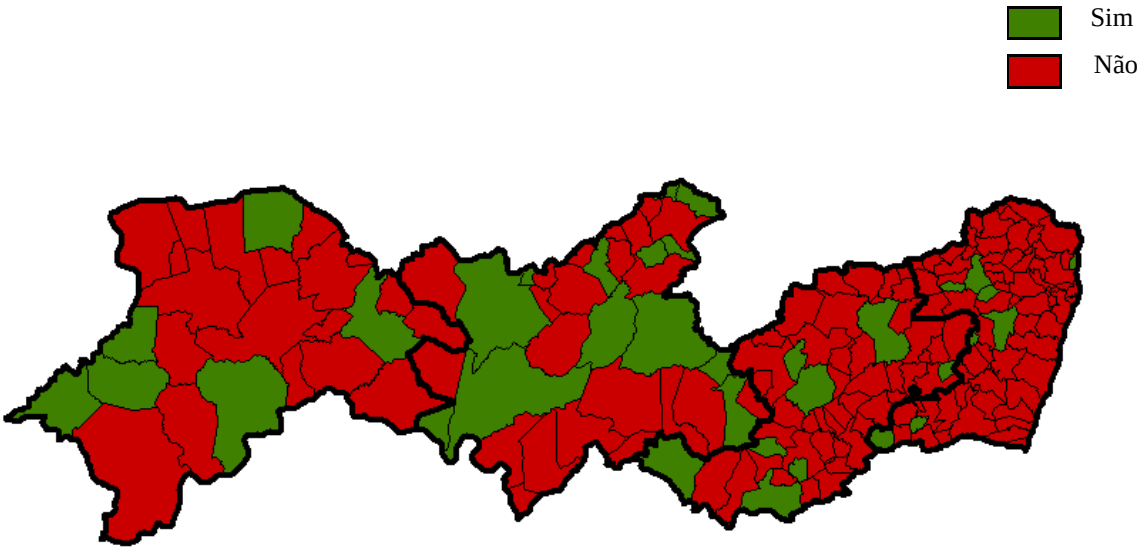
Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

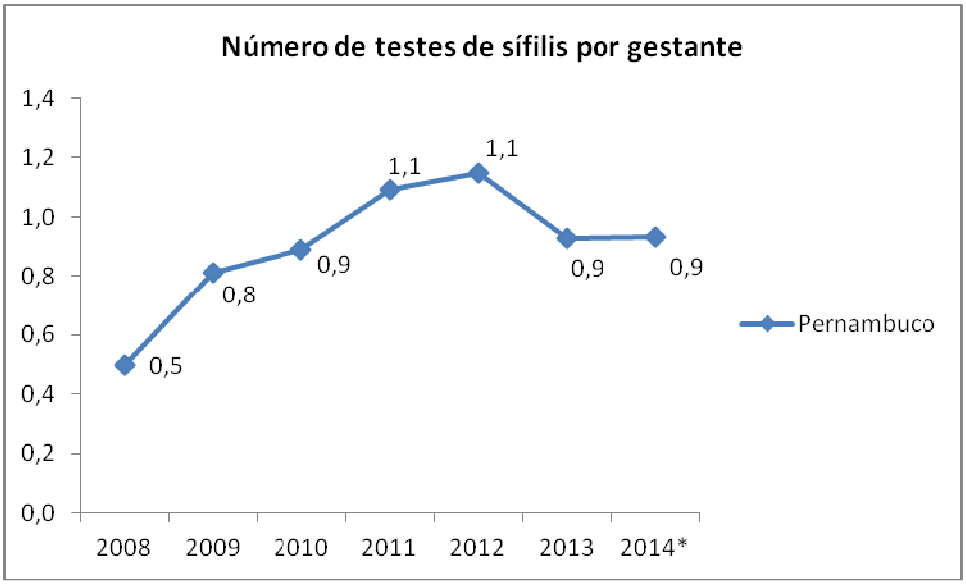
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de teste de sífilis por gestante	**2013**	**2013**	**2014**
	Realizar pelo menos, 2 testes de sífilis	0,90	2,00
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	Gerência DST/AIDS Hérica Dantas 3184-0212 dstaidsestadualpe@gmail.com		

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





Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
*Dados captados até 06/2014, sujeitos à alteração

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

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

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

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

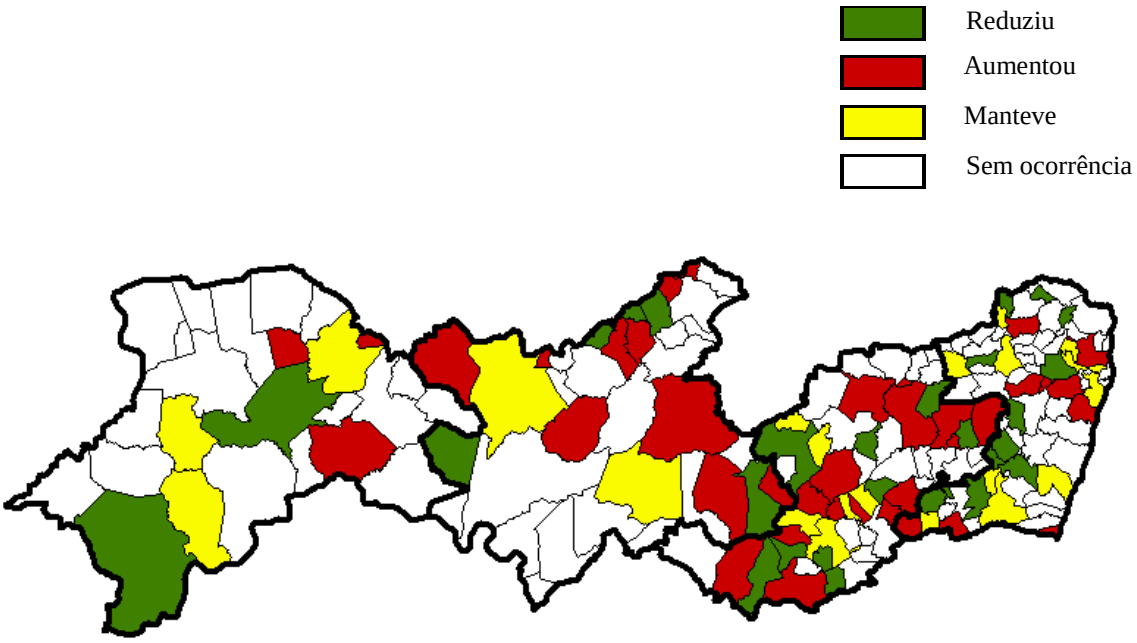
No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação das causas dos óbitos e o sub-registro das declarações de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve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

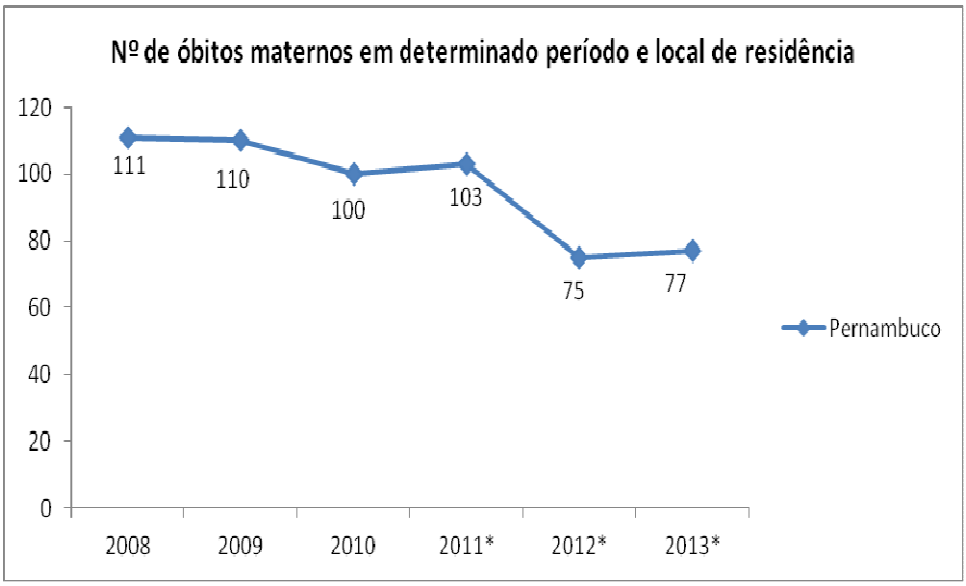
De acordo com a área técnica da SES, esse indicador reflete a qualidade da assistência prestada à mulher neste período. No entanto, embora a gerência de Atenção à Saúde da Mulher do estado esteja de acordo com este indicador, enfatiza que o mesmo não é rotineiramente aplicado, pois a melhor forma de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

A meta utilizada pelo estado está de acordo com os parâmetros pactuados pelo Ministério da Saúde, que deve ser a redução de 5 % do número absoluto em relação ao ano anterior, porém ressalta-se que Pernambuco está com um atraso no fechamento das análises dos óbitos maternos pelos Comitês de Estudos de Mortalidade Materna, onde o último ano concluído até o presente momento foi o de 2010, com 100 óbitos maternos. Em 2011, já consta no SIM o registro de 103 óbitos, restando ainda alguns para serem analisados e discutidos pelo grupo técnico. Tal atraso deve-se a demora no recebimento das investigações realizadas pelos municípios e hospitais. Assim, a pactuação da meta estadual para o ano de 2014 tem como referência o ano de 2010, pois, todos os casos ocorridos nesse período encontram-se com investigação concluída.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência	**2013**	**2013** (referente ao ano de 2012)	**2014**
	Reduzir o número de óbitos maternos	75 óbitos	71 Redução de 5% (referente ao ano de 2012)
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	Coordenação do Sistema de informações sobre Mortalidade Barbara Figueiroa 3184-0196 gmvevpe@gmail.com		

Anexo: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014
Dados referentes ao banco fechado em 2012





Fonte: 2006 a 2008 - SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco.
2009 a 2013 - SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco.
*Dados captados em: 02/07/2014, sujeitos à revisão

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.

Neste cenário, em 2010, foi realizada uma pesquisa de busca ativa de nascidos vivos e óbitos na Amazônia Legal e no Nordeste ocorridos em 2008, uma iniciativa conjunta entre a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MS).

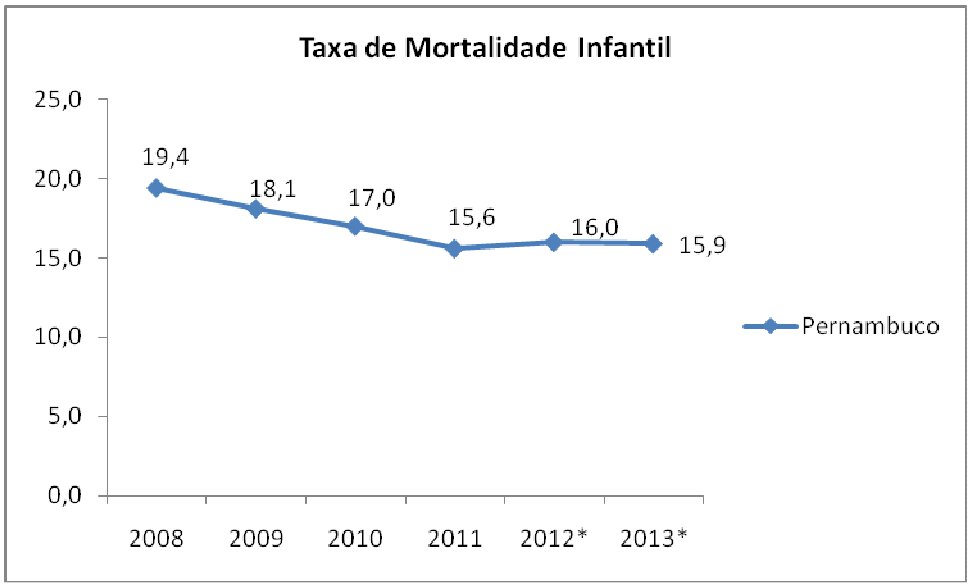
Para o estado de Pernambuco, a pesquisa encontrou um fator de correção de 1,20, sugerido para retificar o número de óbitos infantis ocorridos. Em 2008, Pernambuco apresentou um sub-registro de óbitos infantis ao SIM de 16,7%, portanto, adotar o fator de correção para análise da TMI, possibilitará a obtenção 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 calculo 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.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Taxa de Mortalidade Infantil	**2013**	**2013** (referente ao ano de 2012)	**2014**
	Reduzir a mortalidade infantil	16,00/1000 NV	15,20/1000 NV Redução de 5% (referente ao ano de 2012)
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	Coordenação do Sistema de informações sobre Mortalidade Barbara Figueiroa 3184-0196 gmvevpe@gmail.com		

Anexo: Alteração na periodicidade conforme Nota Técnica nº 70/2014
Dados referentes ao banco fechado em 2012



Fonte: 2008 a 2011 - Fonte: IDB 2012/Datasus/MS.
2012 a 2013 - Fonte: SIM/Sinasc/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS - Pernambuco
*Dados Captados em: 14/07/2014, sujeito à alteração

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

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

Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

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

Este indicador apresenta como principais vantagens:

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

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

Analisando os dados para o estado de Pernambuco, observa-se que a proporção dos óbitos infantis e fetais investigados no período entre 2008 a 2011 apresentou um aumento, passando de 39,5% para 62,3%. A investigação desses óbitos é uma importante estratégia para redução da mortalidade infantil e fetal, que dá visibilidade às elevadas taxas de mortalidades, além de contribuir para melhorar o registro dos óbitos e possibilitar a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

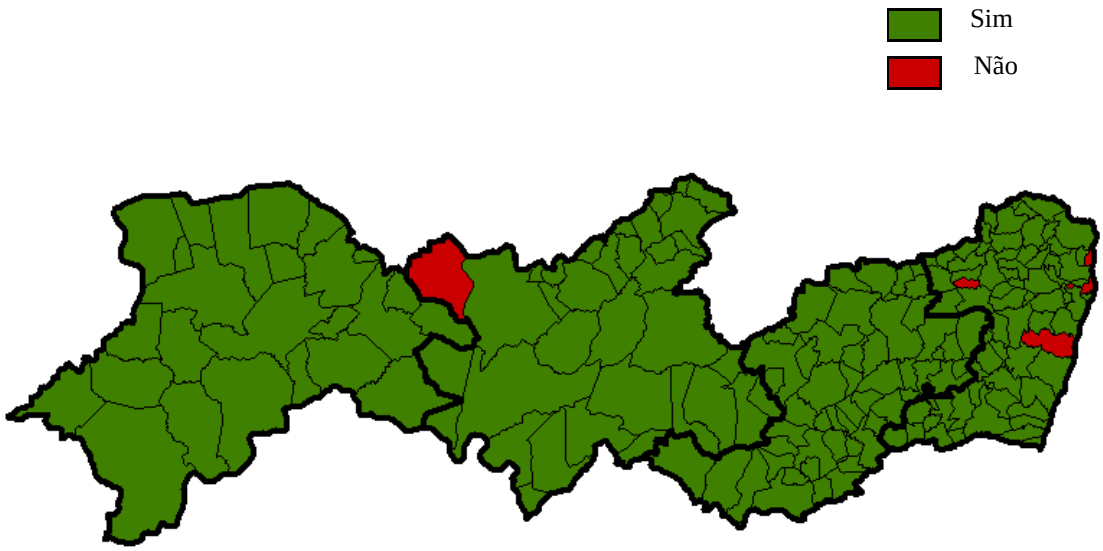
A partir de 2009, surgiram algumas estratégias de apoio à vigilância epidemiológica dos óbitos infantis e fetais, como ações referentes ao Pacto Redução da Mortalidade Infantil, Seminário de Monitoramento das Ações dos Comitês Regionais de Prevenção e Redução da Mortalidade Infantil, a criação do módulo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

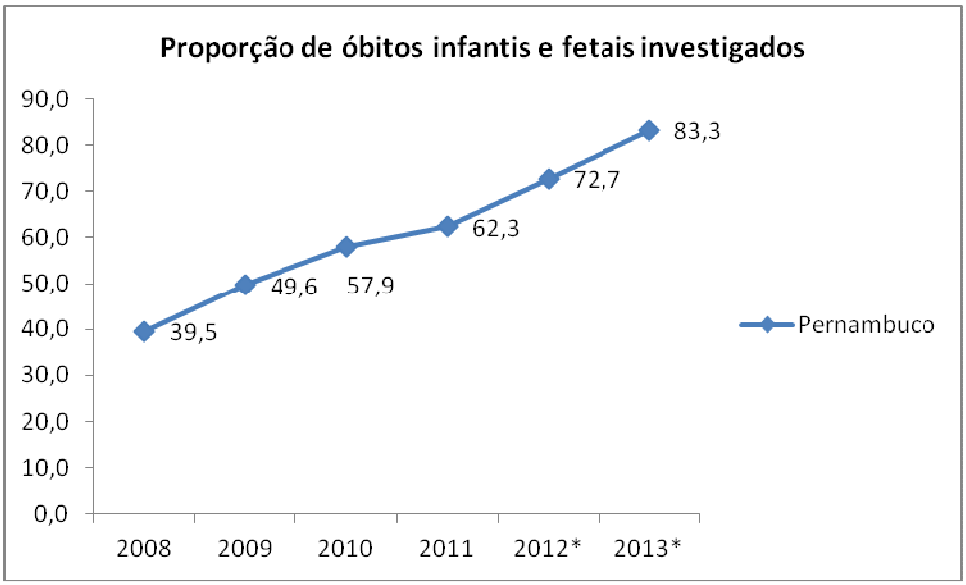
Quanto à disponibilidade das informações, a área técnica da SES informa que é trimestral, levando em consideração o prazo de 120 dias após a data do óbito preconizado pela Portaria para a digitação da investigação no módulo do SIMWEB que

é a fonte para obtenção da investigação que iniciou o módulo de investigação infantil e fetal a partir de 2010.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos infantis e fetais Investigados	**2013**	**2013**	**2014**
	Investigar os óbitos infantil e fetal. Meta: 70%	83,3%	>60%
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	Coordenação do Sistema de informações sobre Mortalidade Barbara Figueiroa 3184-0196 gmvevpe@gmail.com		

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





Fonte: SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES - Pernambuco - Captados em: 02/07/2014
SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES - Pernambuco - Captados em: 10/07/2014
*Dados sujeitos à revisão

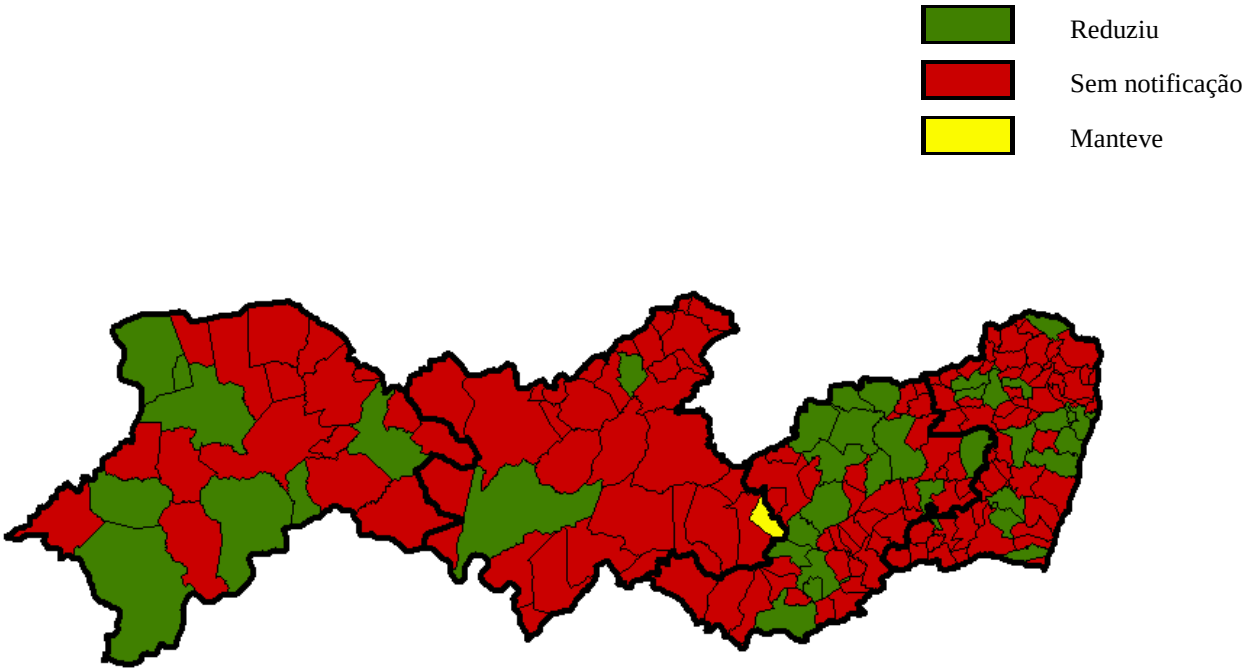
Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

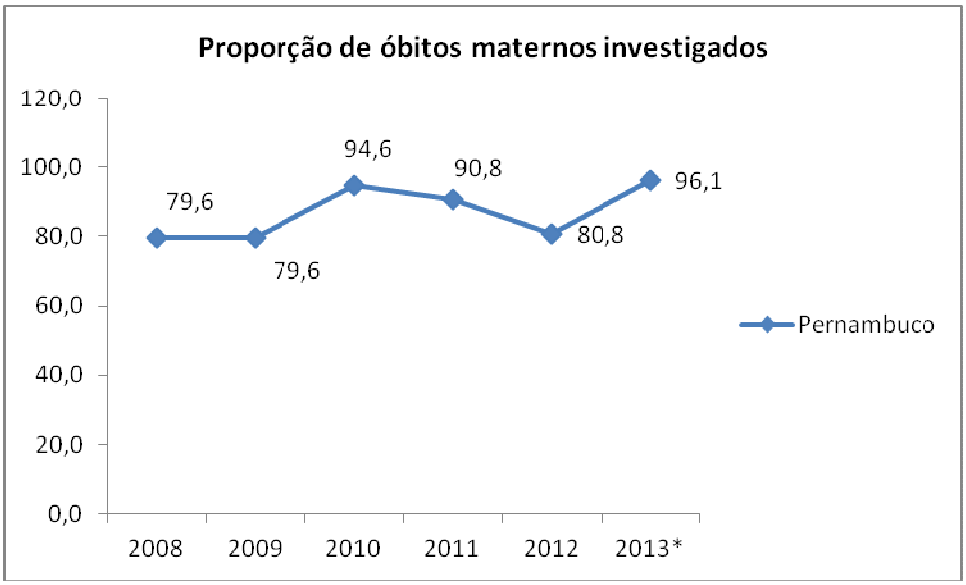
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos maternos Investigados	**2013**	**2013**	**2014**
	Investigar os óbitos maternos 100%.	96,1%	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	Coordenação do Sistema de informações sobre Mortalidade Barbara Figueiroa 3184-0196 gmvevpe@gmail.com		

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





Fonte: 2006 a 2008 - SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco
2009 a 2013 - SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES - Pernambuco
* Dados captados em: 02/07/2014, sujeitos à revisão

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.

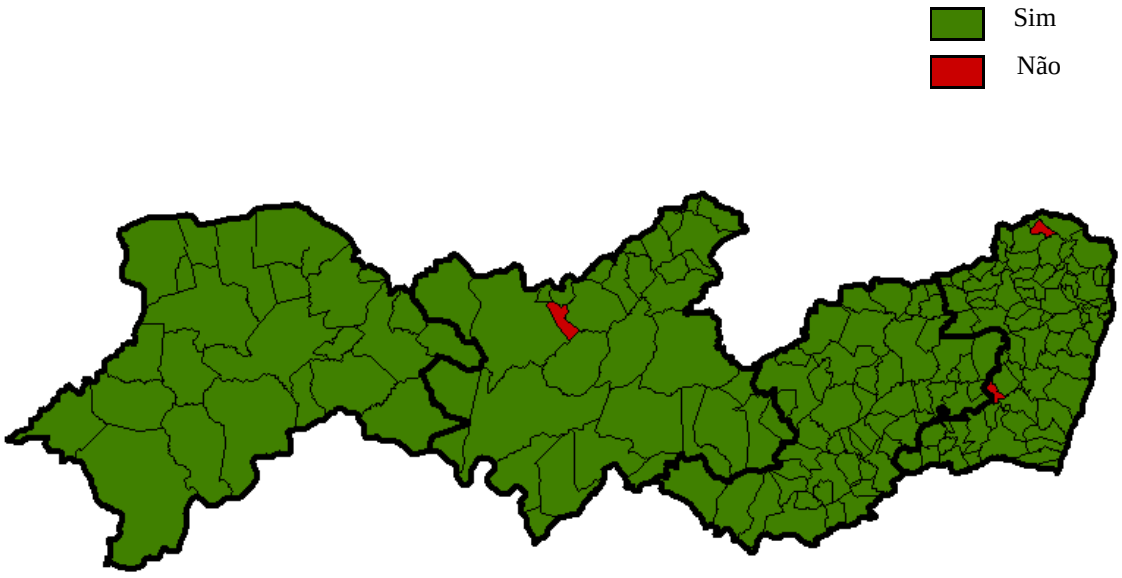
No entanto, esse indicador apresenta algumas limitações tais como:

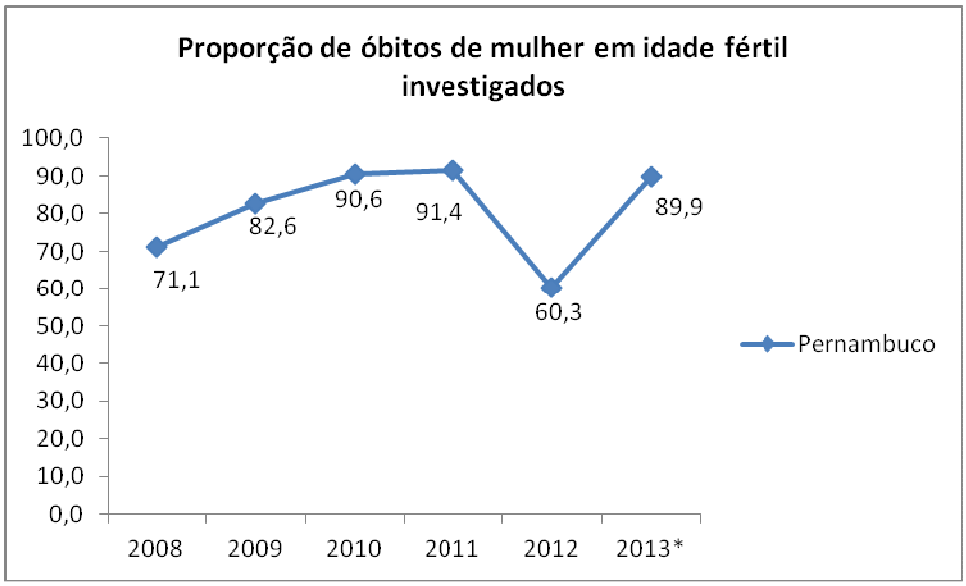
- ✓ O nome do indicador não condiz com o método de cálculo e a descrição do indicador estabelecido pela "Orientação e acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012", já que se fala em causas presumíveis e estas não são consideradas no cálculo, e sim todos os óbitos de mulheres 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.

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	**2013**	**2013**	**2014**
	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) Meta: ≥70% dos óbitos em MIF	89,9%	75%
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	Coordenação do Sistema de informações sobre Mortalidade Barbara Figueiroa 3184-0196 gmvevpe@gmail.com		

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





Fonte: 2006 a 2008 - SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES - Pernambuco
2009 a 2013 – SIMWeb/GMVEV/DG-IAEV/SEVS/SES - Pernambuco
* Dados captados em: 02/07/2014, sujeitos à revisão

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).

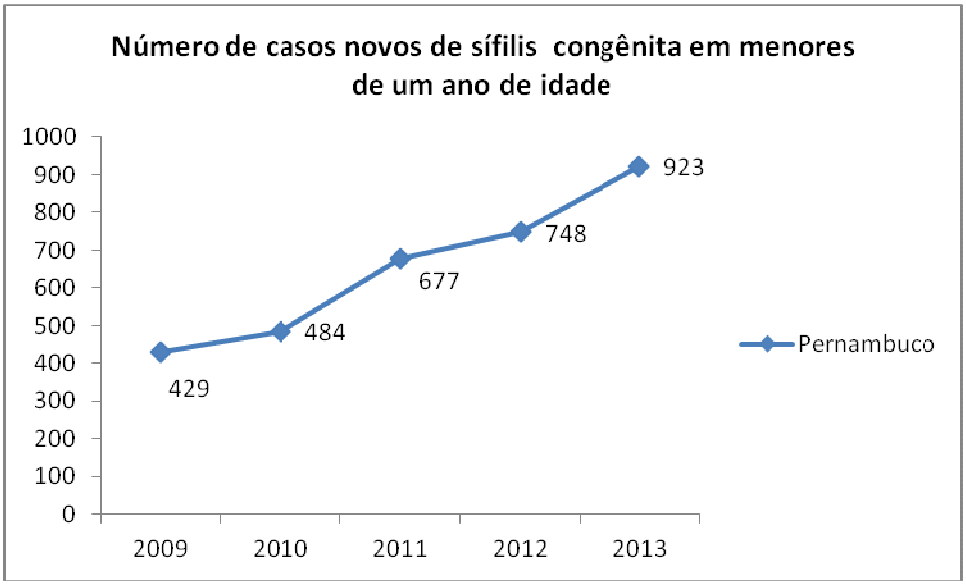
A incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano constitui importante marcador de assistência à saúde. O monitoramento e avaliação periódica desse indicador tornam-se importante ferramenta para a construção do diagnóstico situacional da assistência à saúde no pré-natal/parto/puerpério.

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. No entanto, tanto o diagnóstico em tempo hábil quanto o tratamento adequado, que inclui a mãe e parceiro sexual são sérios entraves que contribuem para a não redução de casos de sífilis congênita no estado.

Um total de180 municípios de Pernambuco recebeu capacitação de testagem rápida para a detecção da sífilis no âmbito da atenção básica - AB no ano de 2013. Contudo, apenas 43 (24%) vêm realizando essa atividade, o que pode estar contribuindo para o não alcance da meta.

Diante dos fatos, propõe-se a permanência da meta anterior, de até 650 casos notificados de sífilis congênita em menores de 1 ano.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Incidência de sífilis congênita	**2013**	**2013**	**2014**
	Reduzir o número de casos de sífilis congênita < 0,5/1.000 nascidos vivos.	923	650
Tipo de Indicador	Universal		
Relevância do Indicador	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.		
Método de Cálculo	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	Gerência DST/AIDS Khaled Azevedo 3184-0212 dstaidsestadualpe@gmail.com		



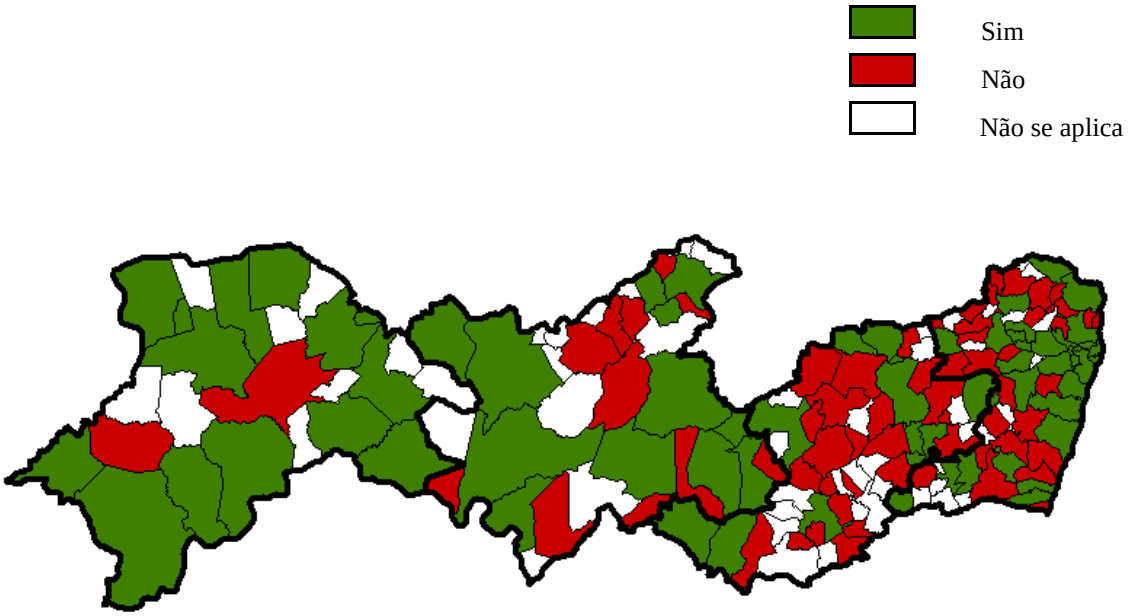
Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV
Dados captados até junho/2014

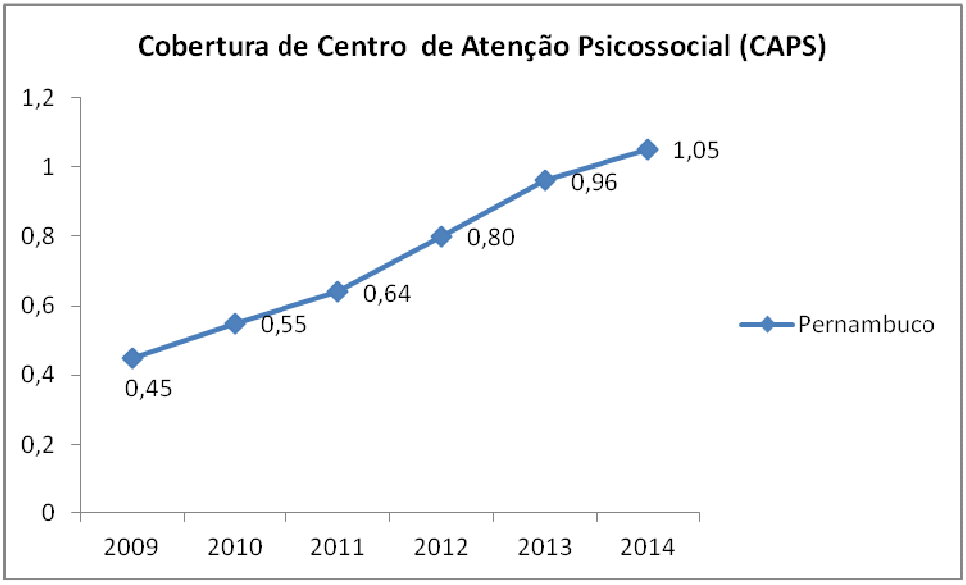
Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	1,05	1,15%
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) *3.000 / 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		





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

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.

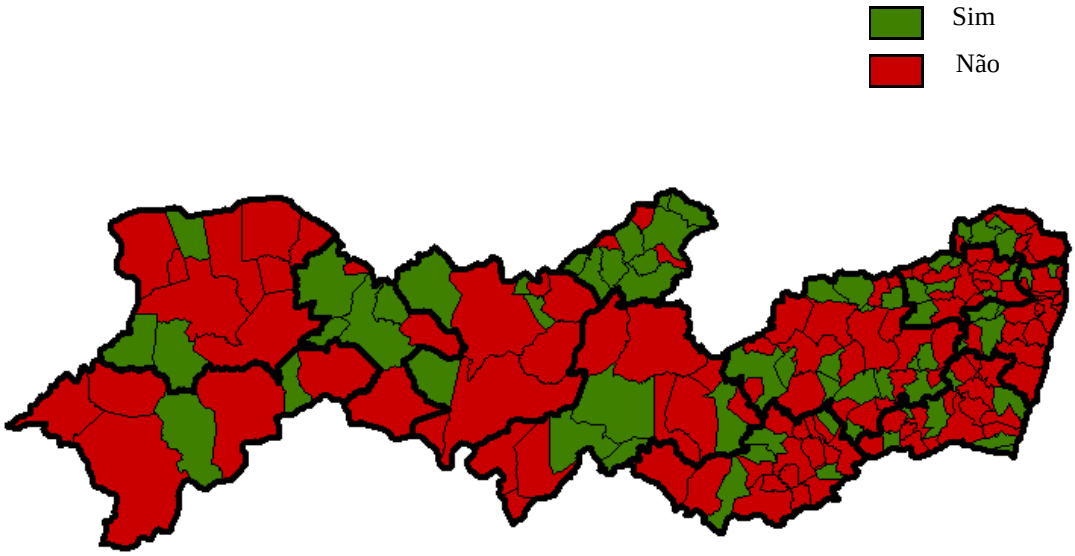
Indicador 30a - Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

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)

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
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)	**2013**	**2013**	**2014**
	Reduzir número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por doenças Crômicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	13.616[1]	Redução 2% (13.343)
30b - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças Crômicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	341,5/100.000 hab.[2]	334,7/100.000 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 (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 [I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14], em determinado ano e local. 2. Para Município/Região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta: $\frac{\text{Número de óbitos (30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 [I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14], em determinado ano e local}}{\text{População residente (30 a 69 anos), em determinado ano e local}} \times 100.000$		
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)		

Responsável pelo Monitoramento no Estado	Coordenação do Sistema de informações sobre Mortalidade Cristina Mota 3184-0196 gmvevpe@gmail.com

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



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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	**2013**	**2013**	**2014**
	Alcançar pelo menos 70% dos municípios a cobertura vacinais do calendário básico	63,85	≥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 = $\frac{\text{Nº de doses aplicadas de BCG <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$ • Rotavírus Humano (VORH) = $\frac{\text{Nº de 2ª doses aplicadas de VORH <1 ano de idade}}{\text{População <1 ano de idade}} \times 100$		

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

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

• Vacina contra poliomielite (VIP/VOP) =

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

• Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) =

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

• Meningocócica Conjugada C (MnC) =

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

• Tríplice viral =

$$\frac{\text{Nº de doses da vacina Tríplice viral aplicadas em crianças de 1 ano de idade.}}{\text{População 1 ano de idade}} \times 100$$

• Febre Amarela (quando recomendada) =

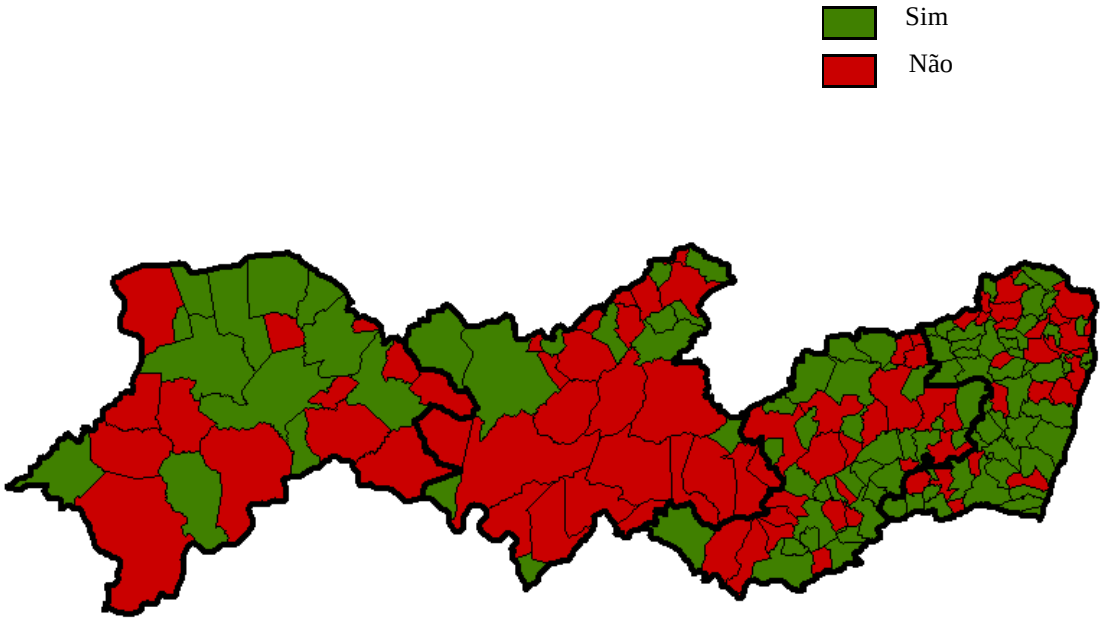
$$\frac{\text{Nº de doses da vacina de Febre Amarela aplicadas na população < 1 ano de idade}}{\text{População < 1 ano de idade}} \times 100$$

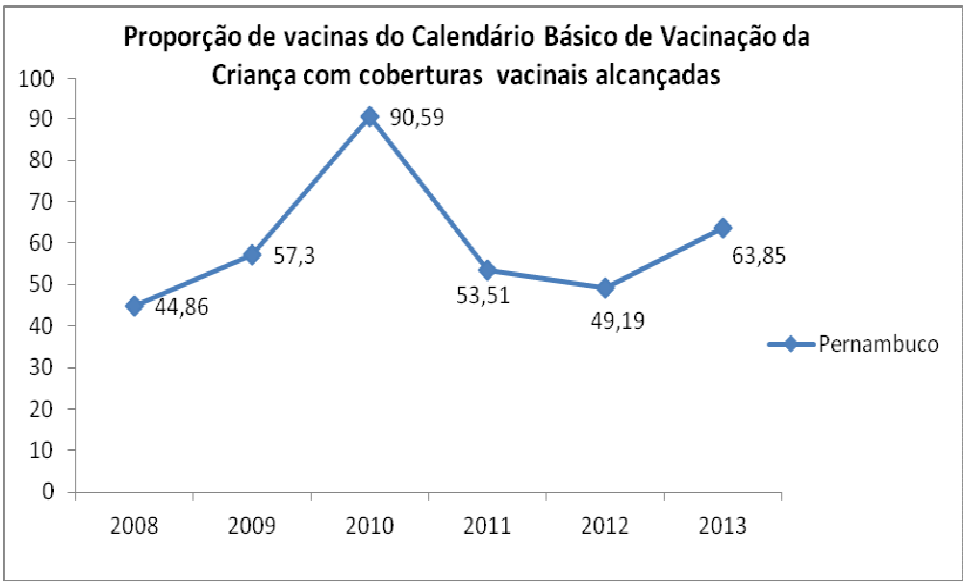
• Influenza =

$$\frac{\text{Nº de doses de vacina Influenza na população de 6 meses a < 2 anos de idade}}{\text{População 6 meses a < 2anos idade}} \times 100$$

	Passo 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 70/2014





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

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

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

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

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

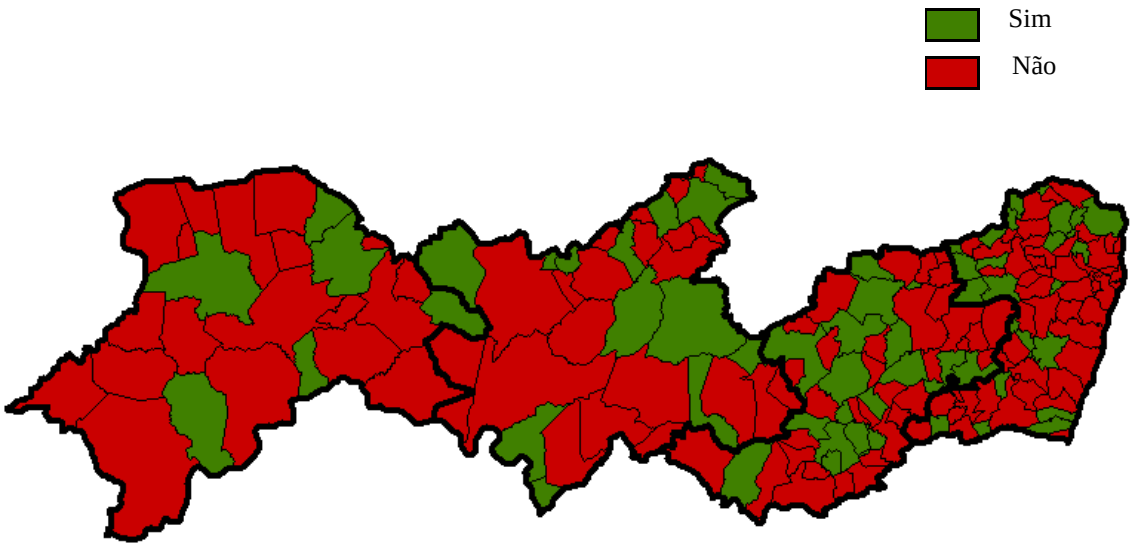
A tuberculose (TB) ainda é considerada como um grave problema de saúde pública no mundo. Em 2009, o Brasil apresentou uma taxa de incidência de 38 casos novos para cada 100 mil habitantes e uma taxa de mortalidade de 2,5 óbitos por 100 mil habitantes.

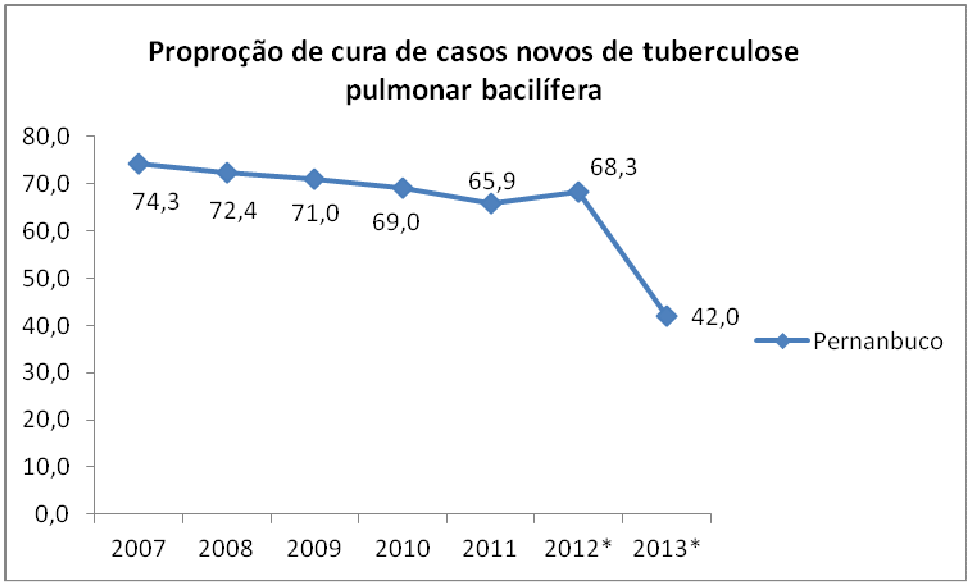
Segundo a área técnica da SES, esse indicador tem como principais vantagens: acompanhar o tratamento do caso de tuberculose bacilífero até o término do seu tratamento, levantar dados para ajudar no planejamento das ações e indicar prioridades. Além disso, a sua importância está no fato de identificar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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera: Meta 2013 ≥ 85%	42,0%	63%
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	Nadianara Araújo 3184-0202 tuberculose.pe@gmail.com





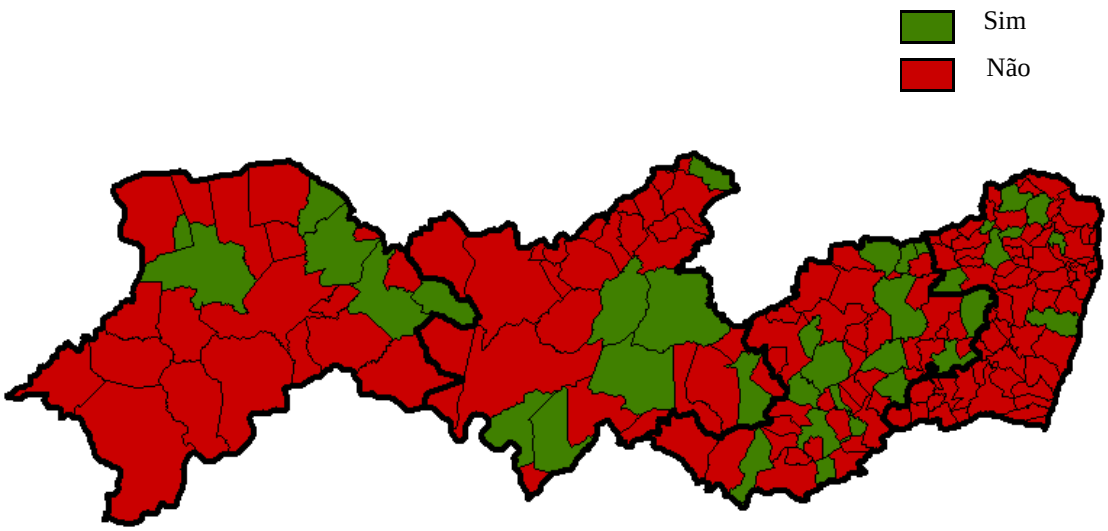
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
*Dados captados até Junho de 2014, sujeitos à alteração

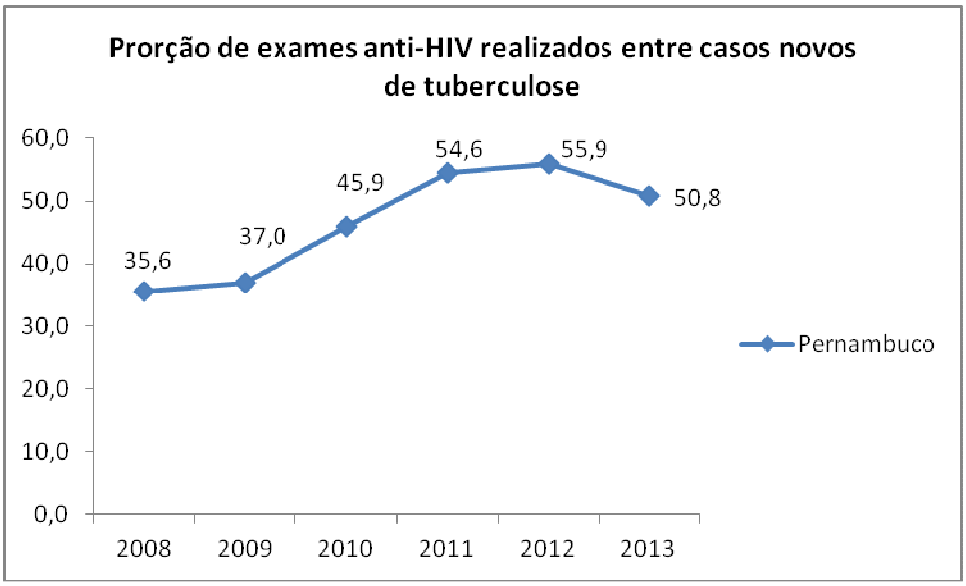
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

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

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

Indicador	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	**2013**	**2014**
	50,8%	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	Nadianara Araújo 3184-0202 tuberculose.pe@gmail.com	





Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
Dados captados até Junho de 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 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 sócio demográficas do evento (Aidar, http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/saut32_5.pdf).

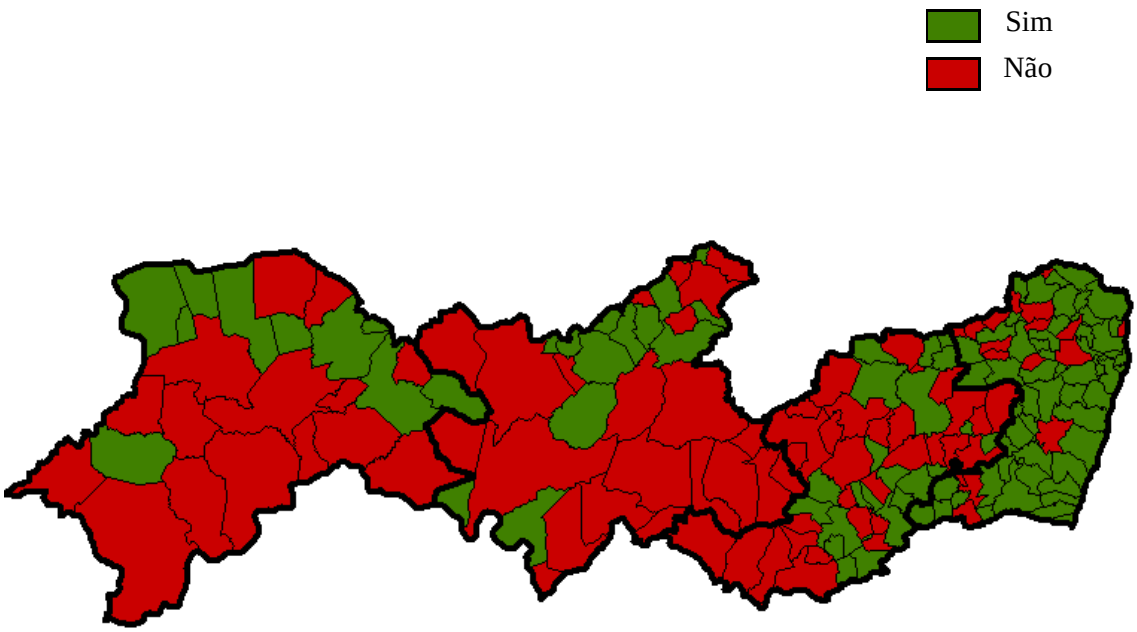
Esse é um indicador que reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbitos (DO), além de sinalizar as condições para diagnóstico de doenças, bem como a avaliação do preenchimento das DO's pelos profissionais médicos. Tem como principais vantagens: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

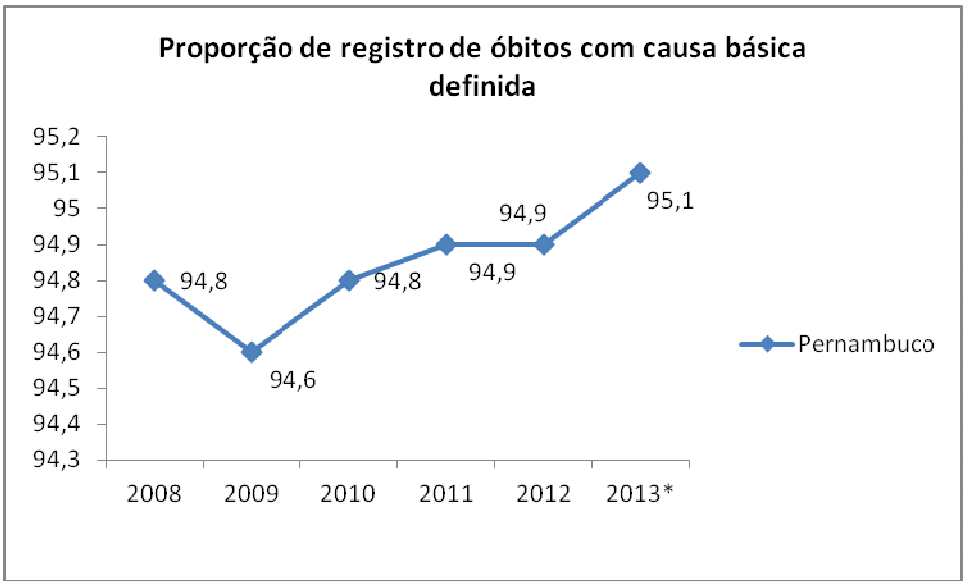
No entanto, de acordo com a área técnica da SES, esse indicador tem como principal limitação o fato de tender a estar subestimado em áreas com baixa cobertura do SIM.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	**2013**	**2013**	**2014**
	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida Meta: ≥ 90%	≥ 95,3%	≥ 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	Coordenação do Sistema de informações sobre Mortalidade Barbara Figueiroa 3184-0196 gmvevpe@gmail.com

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





Fonte: 2006 a 2008 - SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco
2009 a 2013 - SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco
*Dados captados em: 02/07/2014, sujeitos à revisão

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

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

Indicador 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. Considerando esta explicação, o indicador para 2013 ainda é provisório, atingindo seu percentual definitivo em junho de 2014.

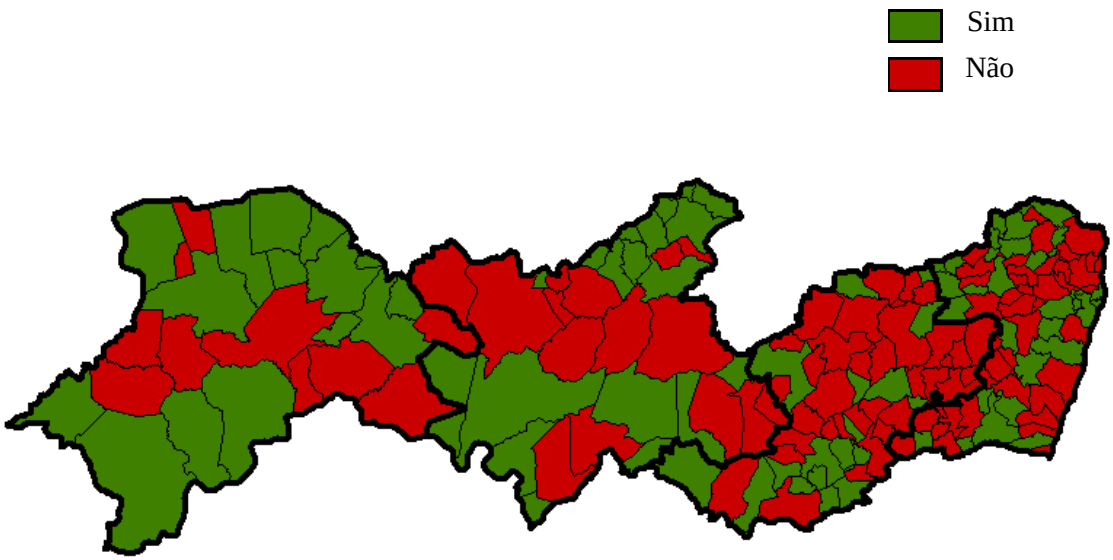
O indicador de encerramento oportuno refere-se a um dos indicadores de acompanhamento do Sinan. Através deste é possível calcular o percentual de casos notificados que foram notificados que foram encerrados oportunamente, isto é, com informações sobre o diagnóstico final (classificação final) e data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

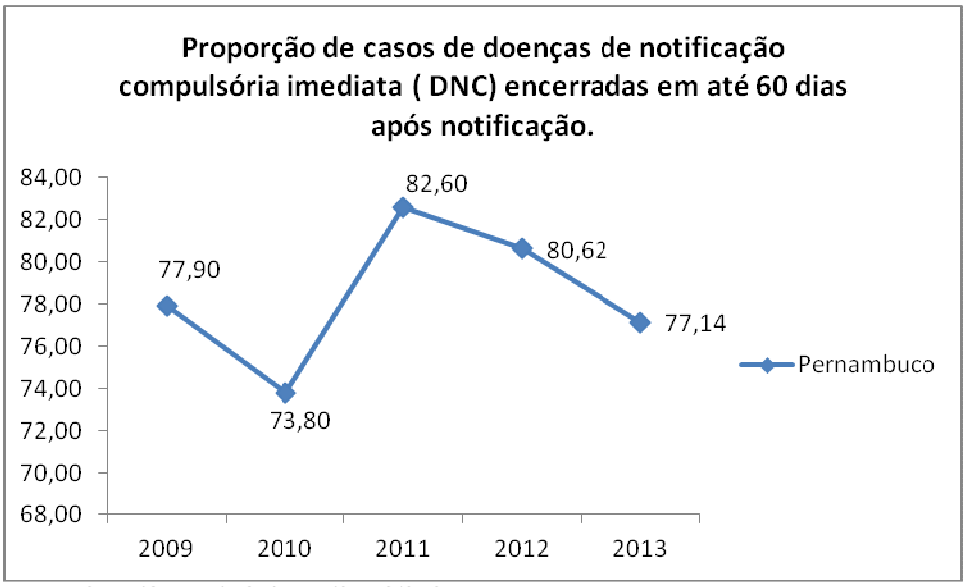
A informação da investigação concluída oportunamente fornece o conhecimento de casos confirmados e descartados e, por conseguinte permite orientar a aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil.

O estado de Pernambuco vem mostrando evolução ao longo dos anos no cumprimento desta meta: 2010 (73,6%), 2011 (81,4%), 2012 (83,6%).

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNC) encerradas em até 60 dias após notificação	**2013**	**2013**	**2014**
	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.	77,14%	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	Sinan Andréa Barbosa 3184-0122 sinan@saude.pe.gov.br





Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
Dados sujeitos à alteração, DBF gerado em 18/07/2014

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

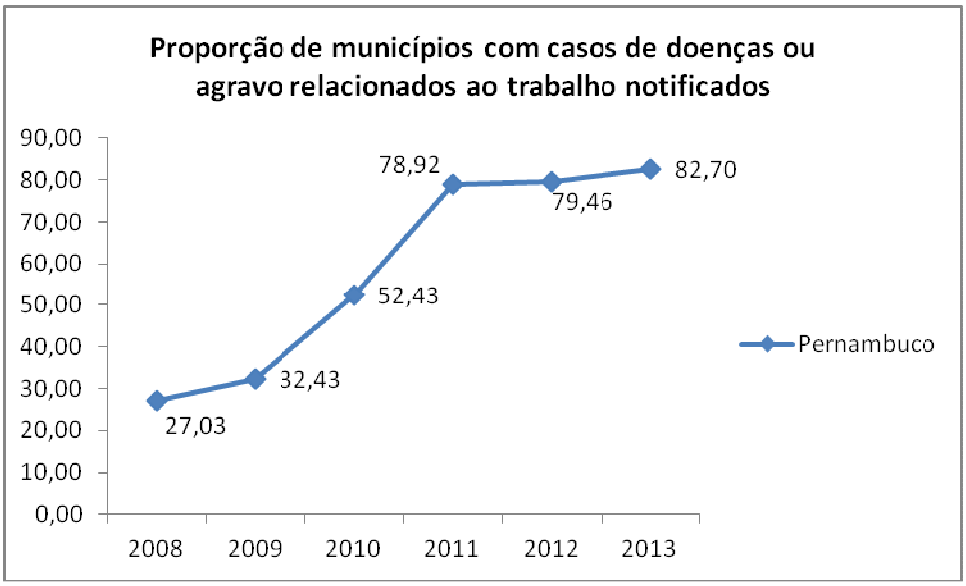
Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	**2013**	**2013**	**2014**
	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.	82,70%	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	Denise Timóteo 3184-0612 trabalhador.pe@gmail.com cerestestadualpe@gmail.com		



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN
Dados atualizados em: 14/4/2014

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

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	**2013**	**2013**	**2014**
	100%	100%	100%
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

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.

Diante do resultado do ano de 2013, o não alcance da meta (redução em 10% do número de casos de aids em menores de 5 anos em relação ao ano anterior), propomos a permanência da meta de 2013, alcançar até 15 casos notificados, o que representa uma redução de 21% em relação ao ano anterior.

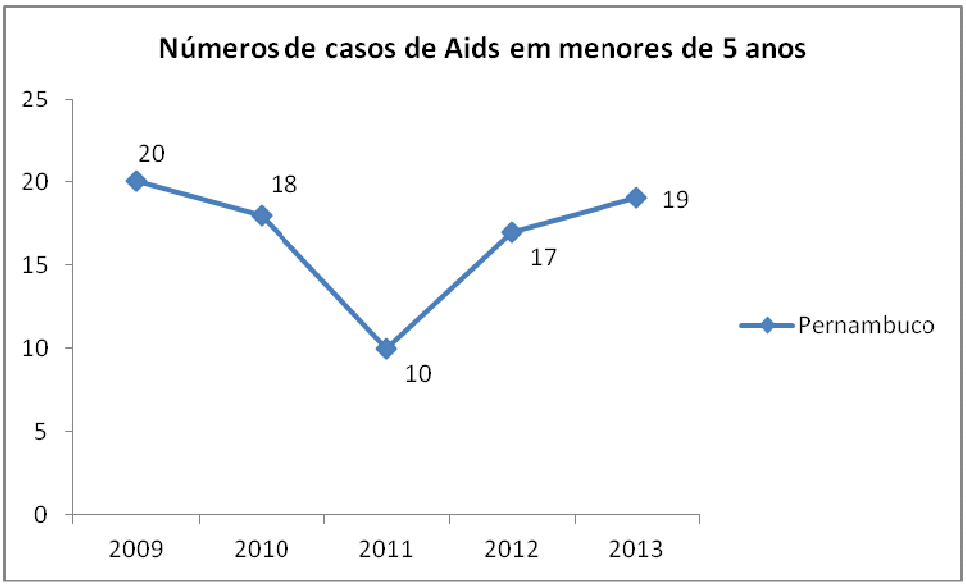
Dos 33 municípios que notificaram casos de aids em menores de 5 anos no ano de 2013, 11 (33%) ainda não possuem ações de prevenção às DST/HIV/Aids implantadas em maternidades do SUS, o que pode ter contribuído para o não alcance da meta.

O Programa Estadual DST/Aids/HV vem ampliando cada vez mais a capacitação de profissionais em ações de prevenção às DST/HIV/Aids nas maternidades, atualmente são 105, situadas em 88 municípios do estado, o que representa cobertura de cerca de 72% dos partos do SUS.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	**2013**	**2013**	**2014**
	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.	19 casos notificados	Redução de 10% Até 17 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
Dados captados até junho/2014

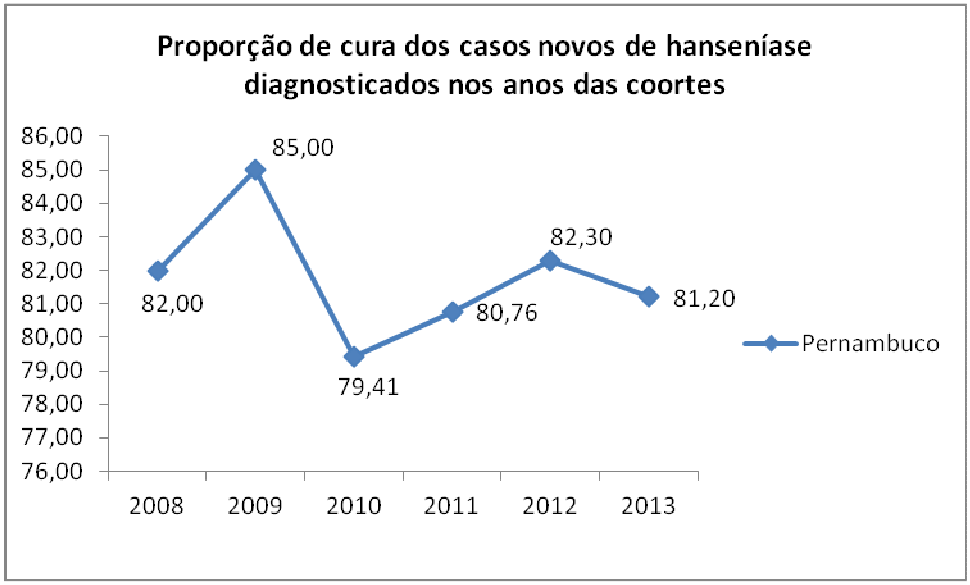
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	**2013**	**2013**	**2014**
	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.	81,20 %	84%
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 3184-0200 hanseniase.pe@gmail.com



Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (SinanNet)

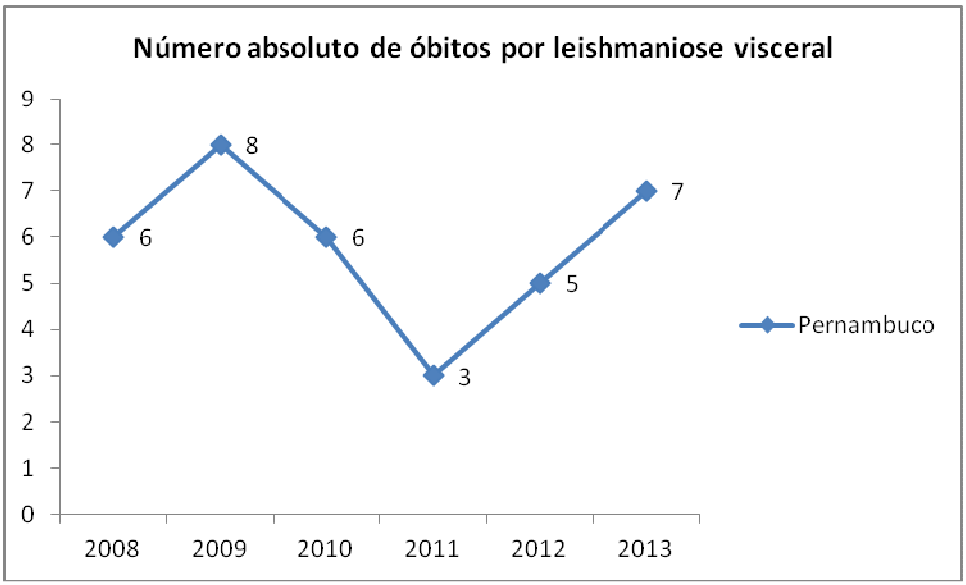
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

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

Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral

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



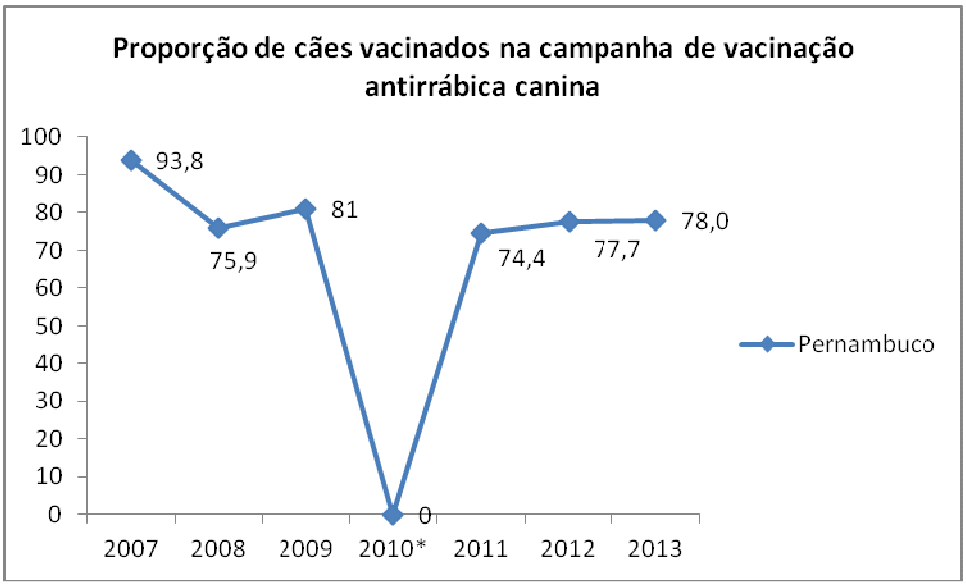
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	**2013**	**2013**	**2014**
	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha ≥ 80% de cobertura vacinal de cães	78,0%	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		



Fonte: SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS
*Em 2010 não houve campanha por falta de vacinas

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

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

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

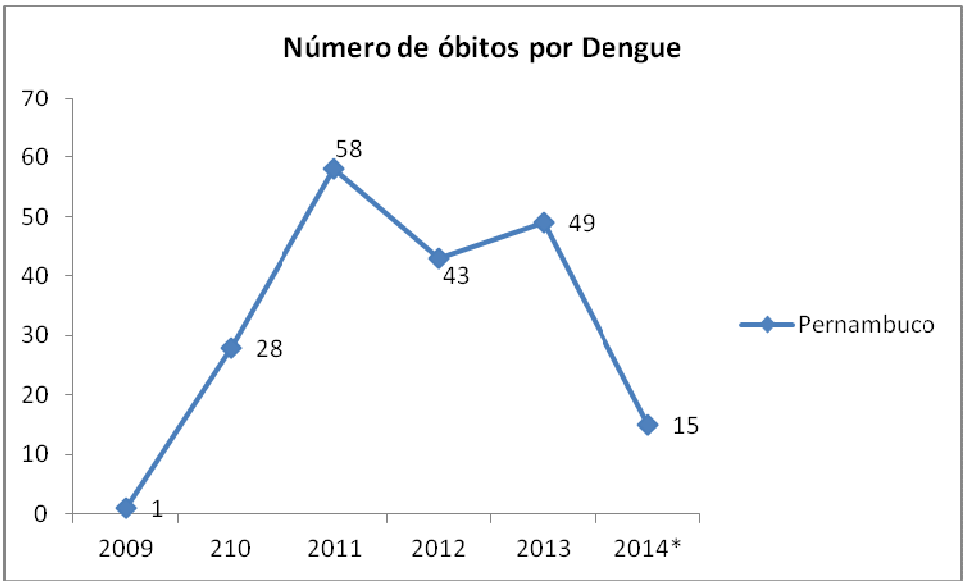
Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de escolares examinados para tracoma nos municípios prioritários (Portarias: MS/GM nº 3208/2011, MS/GM nº 3206, de 29/2011, e MS/GM nº 3269/2011)	**2013**	**2013**	**2014**
	Busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1ºao 5ºano do ensino fundamental dos municípios prioritários	100% (N° alunos previstos = 1.359 / N° examinados = 1.799)	10%
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	<u>Método de Cálculo Regional e Estadual</u> $\frac{\text{Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma nos municípios prioritários}}{\text{População de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública dos municípios prioritários.}} \times 100$ <u>Método de Cálculo Municipal e DF</u> $\frac{\text{Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma no município}}{\text{População escolar do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública do município}} \times 100$		
Fonte	**Numerador:** SINAN NET (Boletim de Inquérito do Tracoma - Escolar). **Denominador**: Secretarias Municipais de Educação.		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Gênova 3184-0220 chtmpe@gmail.com		

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número absoluto de óbitos por dengue	**2013**	**2013**	**2014**
	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.	49 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 3184-0220 dengue@saude.pe.gov.br		



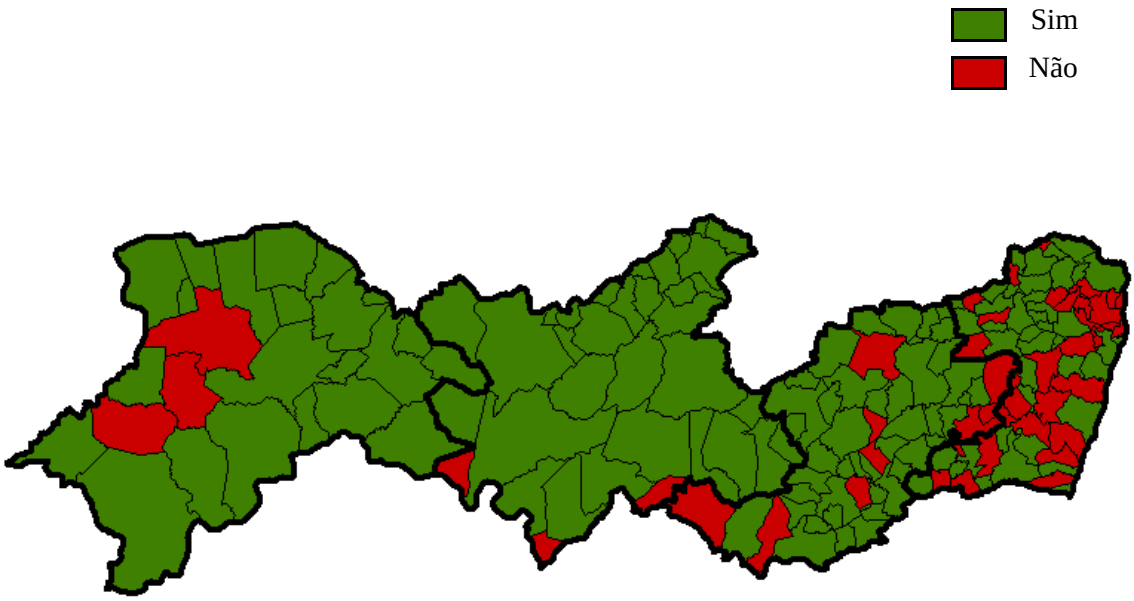
Fonte: Sinan-net/Sinan-online-SES
*Dados obtidos até 07/2014, sujeitos à alterações

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	**2013**	**2013**	**2014**
	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo	75% 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 3184-0220 dengue@saude.pe.gov.br		


Sim
Não

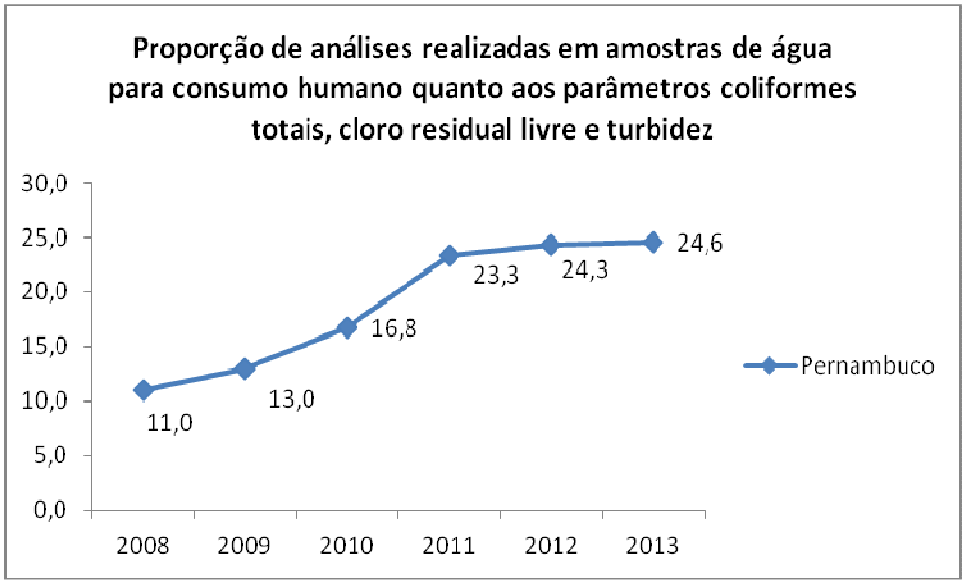
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

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

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

Indicador	Meta Brasil	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**	**2013**	**2014**
	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.	24,57%	35%
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: $$\frac{1\ 3{,}2.{,}2 \text{ X PCT} + 1{,}0 \text{ X PT} + 1{,}0 \text{ X PCRL}}{3{,}2} \text{ x } 100$$ **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 Han 3184-0190 ambiental.pe@gmail.com



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

.

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

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

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

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde foi estruturado a partir dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, os PAREPS. Sendo assim, em 2012, foi trabalhada a revisão dos PAREPS adequando-os a realidade locorregional e a conformação das redes assistenciais. Sendo assim as propostas para 2013 foram trabalhadas a partir de 5 grandes eixos:

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

Ao todo foram 32 ações propostas e 17 ações executadas. Em relação ao ano anterior, o ano de 2013 foi marcado por ações estruturadoras da política de educação permanente e consolidação da CIES como uma instância intersetorial e interinstitucional, de natureza política e crítico-reflexiva de caráter permanente e consultivo, com a função de assessoramento na discussão, elaboração, condução e desenvolvimento da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco, vinculada a Comissão Intergestores Bipartite do Estado – CIB/PE. Da mesma forma, foi um ano de reformulação da Escola de Saúde Pública na sua natureza jurídica, estruturação administrativa e pedagógica e revisão do seu Projeto Político pedagógico.

Dentre as ações executadas estão:

- Oficina com os financeiros das GERES, gestores e assessoria técnica, atores sociais das CIES sobre financiamento na área da saúde e EPS;
- Normatização de fluxos para utilização de recursos da EPS;
- Repasse de recurso financeiro para as Geres;
- Apoio Institucional;
- Seleção de cargos para a Escola de Saúde Pública;
- Transformar a Escola de Saúde Pública em Unidade Técnica Escola de Governo;
- Credenciamento de Docentes para a Unidade Técnica Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco;
- Curso técnico em vigilância em saúde;
- Curso técnico em citopatologia;
- Curso técnico em saúde bucal (1ª etapa formativa – Auxiliar em Saúde Bucal);
- Curso de Aperfeiçoamento em Saúde do Trabalhador, iniciado em 2012 e finalizado em 2013;

Entretanto, algumas ações não foram realizadas na totalidade como a 1ª etapa formativa para o ACS, uma vez que foram finalizadas as turmas da II a XI Geres, faltando a I e alguns municípios da XII Geres.

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	**2013**	**2013**	**2014**
	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	53,12%	64,5%
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	<u>Método de cálculo Regional, Estadual e DF:</u> $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas}}{\text{Número de ações propostas no Plano Regional/Estadual de Educação Permanente em Saúde}} \times 100$ <u>Método de cálculo Municipal:</u> $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas pelo Município}}{\text{Número de ações propostas para o município no PAREPS}} \times 100$		
Fonte	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde e Relatório Anual encaminhado ao DEGES/SGTES/MS.		
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Maria Emilia Higino 3184-0031 mariaemilia.higino@gmail.com		

Quadro 1 – Ações de educação permanente realizadas nos municípios pela gestão estadual - SEGTES (ESPPE, DGES e DGGT)

Ações realizadas	Municípios participantes
Curso para o ACS - 1ª etapa formativa	VII GERES - todos os municípios VIII GERES - todos os municípios exceto Petrolina IX GERES - todos os municípios X GERES - todos os municípios XI GERES - todos os municípios
Especialização e curso técnico em saúde do trabalhador para profissionais de nível superior e nível médio inseridos na saúde do trabalhado	CEREST estadual e CEREST municipal (Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Goiana, Jaboatão dos Guararapes, Ouricuri, Palmares, Petrolina e Recife)
Curso técnico em saúde bucal - 1ª etapa formativa (Auxiliar em Saúde Bucal)	Igarassu, Ipojuca e Serra Talhada
Curso de técnico em vigilância em saúde	I GERES - todos os municípios II GERES - todos os municípios XII GERES - todos os municípios
Curso de técnico em citopatologia	I GERES - todos os municípios

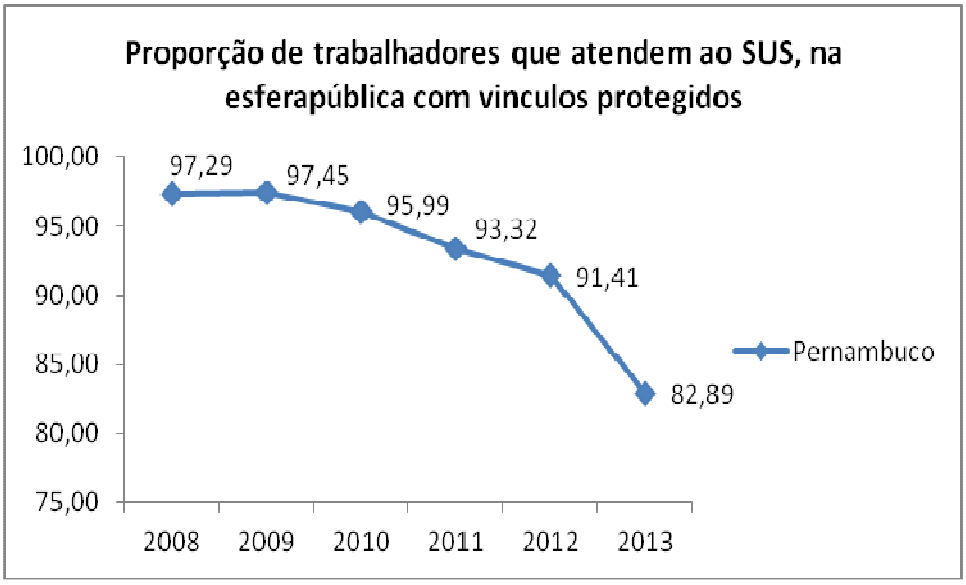
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais de saúde.

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos	**2013**	**2013**	**2014**
	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	82,89%	85,38% (Aumentar 3%)
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



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

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde	**2013**	**2013**	**2014**
	X% de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	88,4% (162 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		

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS	**2013**	**2013**	**2014**
	Ampliar o percentual dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS	63,04% (116 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		

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 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-Único: 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 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 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.

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, observações e 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."