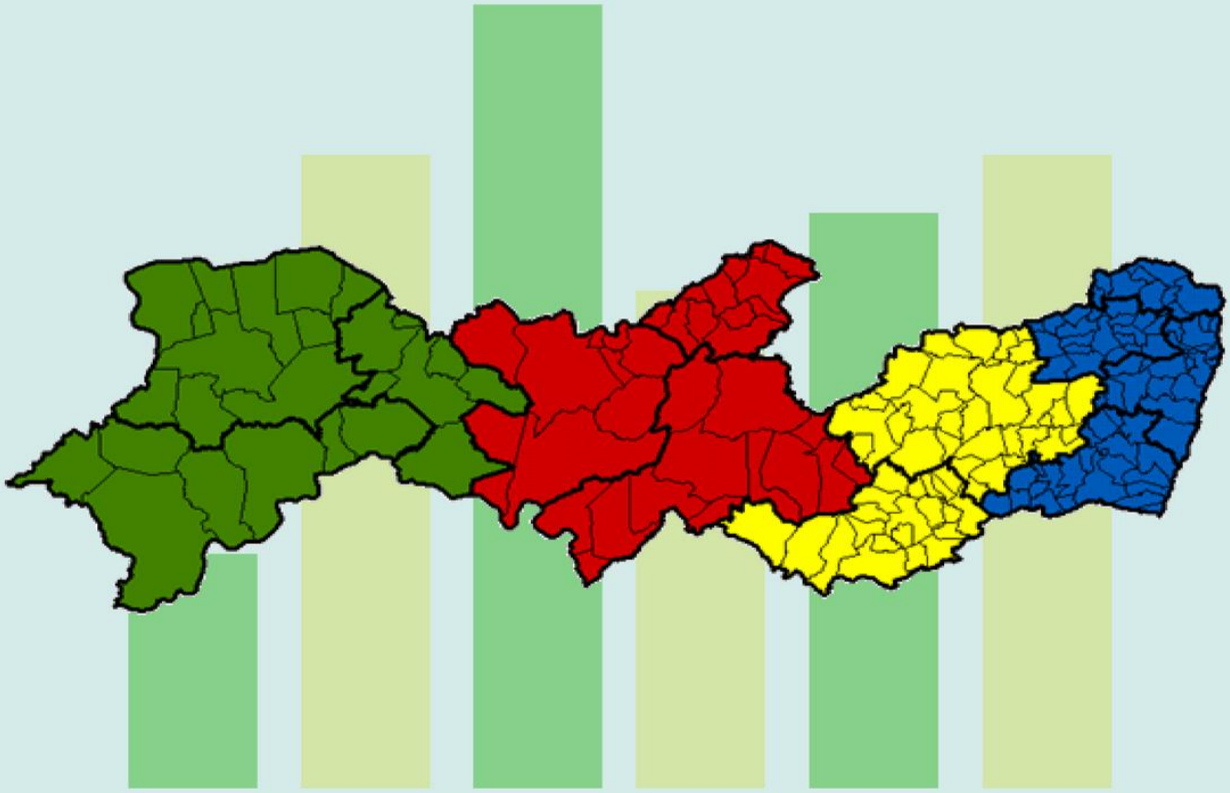
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS
GERÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL

Indicadores Pacto/COAP
Resultados 2015



PERNAMBUCO

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

METAS E RESULTADOS DOS INDICADORES

PACTO/COAP 2015

Recife
2016

EXPEDIENTE

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Paulo Henrique Saraiva Câmara

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE
José Iran Costa Junior

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
Andreza Barkokebas Santos de Faria

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

GESTORA DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS
Marlene Souto Barbosa

COORDENADORA DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS
Ana Cláudia de Andrade Cardoso

COORDENADORA DE ACOMPANHAMENTO DO PACTO DE GESTÃO
Poliana Germano Bezerra de Sá Siqueira

EQUIPE DE PRODUÇÃO
Ricardo Ernestino da Silva
Raquel Moura Lins Acioli
Marlene Souto Barbosa
Manuela de Godoy Leitão Novaes Ferreira
Ana Cláudia de Andrade Cardoso
Poliana Germano Bezerra de Sá Siqueira
Maria do Rosário M. Ribeiro de Brito
Sanitarista
Jéssica Lúcia da Silva
Apoio Administrativo

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

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) 11

Indicador 3 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família 13

Indicador 4 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal 15

Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada 17

Indicador 6 - Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos 19

Indicador 7 - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente 22

Indicador 8 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente 25

Indicador 12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado 28

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 31

Indicador 19 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária 34

Indicador 20 - Proporção de partos normais 37

Indicador 21 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal 39

Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante 42

Indicador 23 - Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência 45

Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil 47

Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados 49

Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados 51

Indicador 27 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados 54

Indicador 28 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade 57

Indicador 29 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 59

Indicador 30a - Número de óbitos prematuros (< 70 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 (< 70 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

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

Indicador 39 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação 74

Indicador 40 - Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados 76

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 82

Indicador 45 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes 85

Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral 88

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 89

Indicador 48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina 90

Indicador 51 - Número absoluto de óbitos por dengue 92

Indicador 52 - Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue 94

Indicador 53 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez 96

Indicador 57 - Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas 100

Indicador 61 - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos 102

Indicador 63 - Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde 105

Indicador 64 - Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS 106

Anexos 107

Apresentação

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

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

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

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

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

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

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

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

Geralmente o 1º e o 4º momentos são os que predominam em um processo de pactuação, tornando este processo meramente burocrático e com pouca ou nenhuma influência na condição de saúde da população. Assim, é necessário um olhar cuidadoso para proporcionar a orientação da tomada de decisões, viabilizando atividades mais eficientes, eficazes e efetivas, além de possibilitarem o verdadeiro conhecimento sobre a situação que se deseja modificar, estabelecer as prioridades, escolher os beneficiados, identificar os objetivos e traduzi-los em metas.

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

Assim, dentro desse contexto, este documento foi produzido com a finalidade de retratar o histórico dos indicadores de transição PACTO pela Saúde/COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública) no estado de Pernambuco no período de 2010 a 2015.

Os resultados apresentados neste caderno referem-se aos alcançados no ano de 2015, portanto, os métodos de cálculo e descrição dos indicadores estão de acordo com o rol pactuado em 2015.

Andreza Barkokebas Santos de Faria

Secretária Executiva de Regulação em Saúde

Contrato Organizativo de Ação Pública

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

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

Dando continuidade ao processo de pactuação dos indicadores de transição Pacto/Coap a Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal (GAGM) disponibiliza os cadernos das macros regiões e do estado com os resultados de 2015, objetivando capacitar as 12 regionais de saúde e torná-las multiplicadoras.

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

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

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

Indicador 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

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

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

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

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

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

Com relação às potencialidades desse indicador pode-se identificar:

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	79%	**Não calculado, visto Port. MS/SAS, nº1319 de 2014, mudanças de regras no CNES**	Indicador excluído do rol 2016

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*	<u>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF</u> $\frac{(\text{Nº de ESF + Nº de ESF equivalente}) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$ 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

JUSTIFICATIVA DA IMPOSSIBILIDADE DE CÁLCULO DO RESULTADO:

Considerando a Portaria SAS Nº 1319, de 24/11/2014, que estabelece regras no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);

Considerando o Art. 7º de referida portaria, o qual estabelece que ficam extintos os campos Esfera Administrativa, Natureza da Organização, Retenção de Tributos e Tipo de Prestador do CNES;

Informamos que o indicador Cobertura Populacional Estimada pela Equipe de Atenção Básica não poderá ser calculado, tendo em vista a supressão de variáveis na base de dados utilizada para a sua construção, que foi estabelecida pela portaria supracitada.

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

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

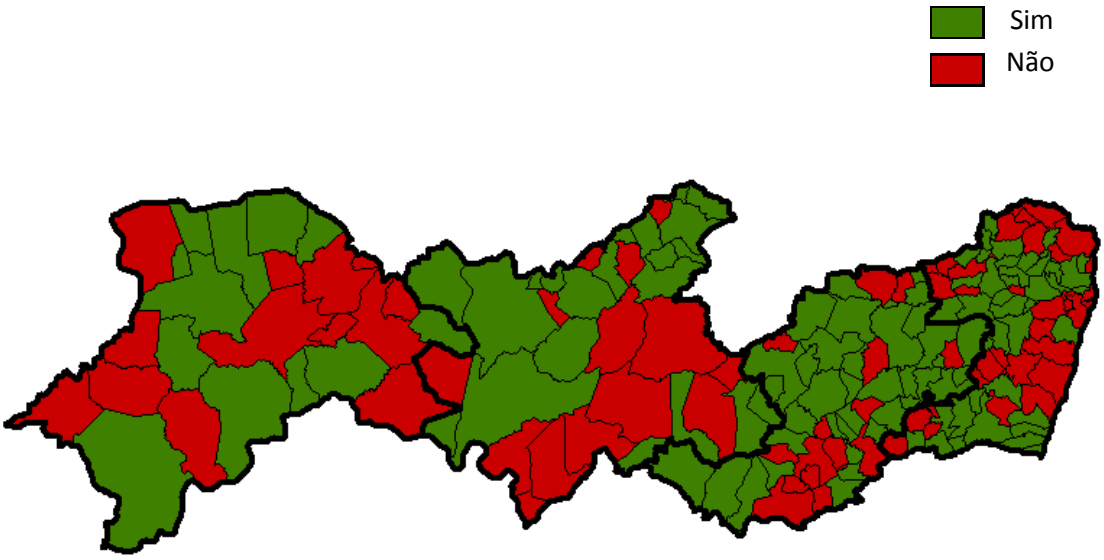
Indicador 2 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)

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

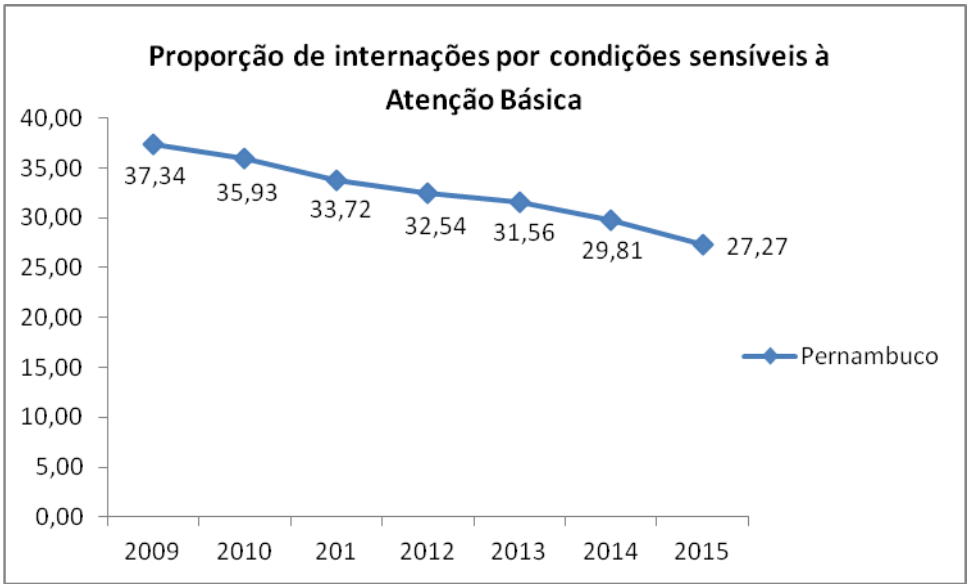
A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, a partir de uma assistência oportuna e adequadas na atenção básica, representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	**2014**	**2015**	**2015**	**2016**
	Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica	28,5%	27,27%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Nº de internações por causas sensíveis à atenção básica, em determinado local e período ——— Total de internações por todas as causas, em determinado local e período			
Fonte*	Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Internações por causas sensíveis à atenção básica, conforme lista brasileira de ICSAB instituída pela Portaria SAS- 221/2008. Constituída por 120 categorias da CID-10 (com 3 dígitos) e 15 subcategorias (com 4 dígitos) (CID Principal.			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Juliana Lopes - 3184-0592 / 3184-0593 gerencia.eq@gmail.com			

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



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



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

ANÁLISE:

Considerando que a Cobertura Populacional da Atenção Básica não poderá ser calculada, tendo em vista a supressão de variáveis na base de dados utilizada para sua construção, o Estado apresentou um percentual de cobertura das Equipes de Saúde da Família de 75,35% e 77,15%, nos anos de 2014 e 2015, respectivamente.

A proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) foi de 26,96% e 27,27%, nos anos de 2014 e 2015, respectivamente. O resultado do indicador no ano de 2014, após a última atualização da base de dados, reduziu de 30,02% para 26,96%, sendo assim, provavelmente no ano de 2015 poderá sofrer diminuição após a atualização da base de dados;

Tendo em vista o aumento da cobertura de Equipes de Saúde da Família, o ICSAB apresentou um incremento de 1,15% em 2015 em relação ao ano anterior.

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.

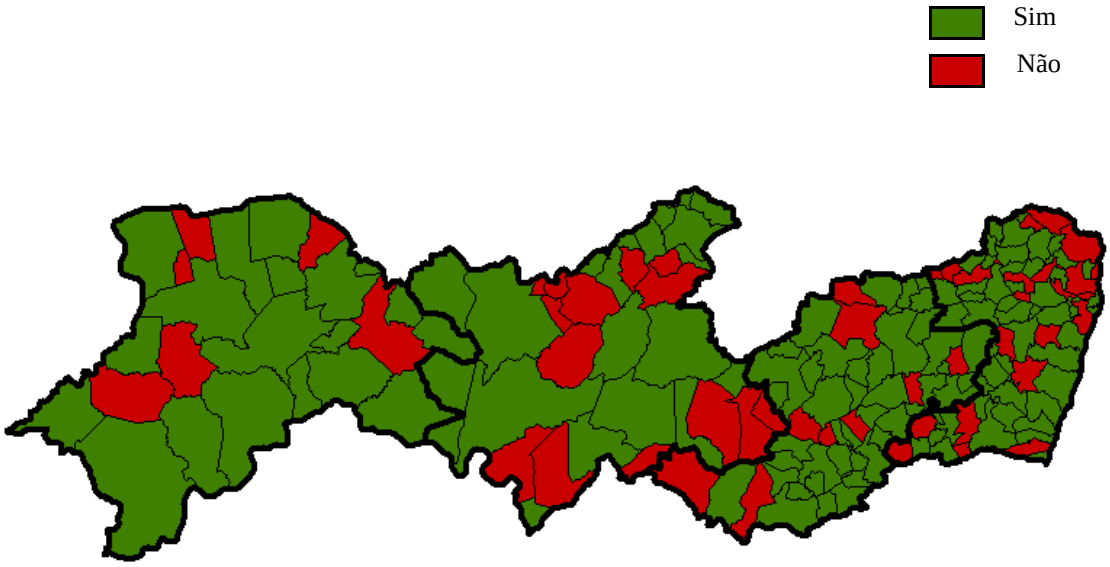
Indicador 3 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

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

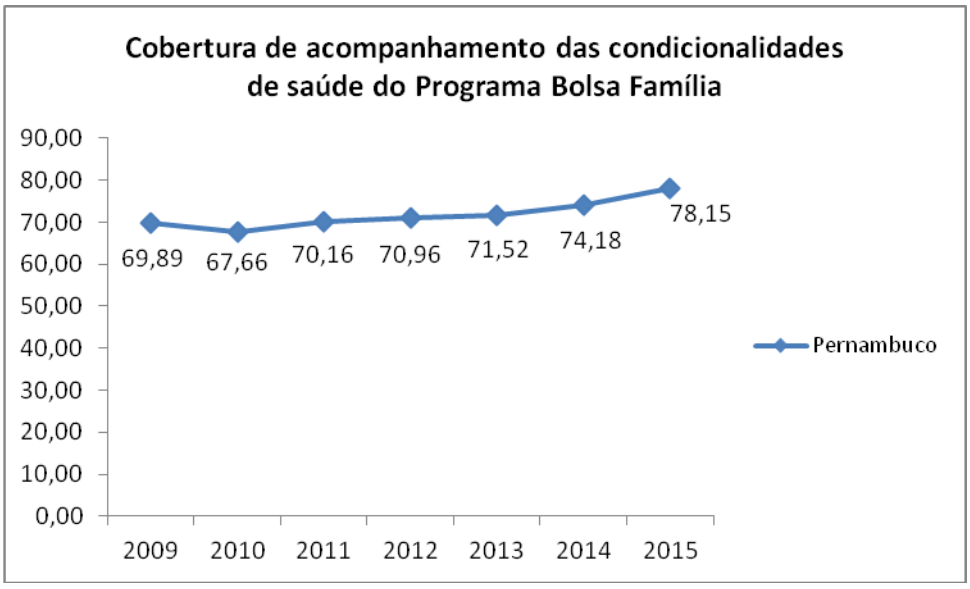
Pernambuco atende mais de 800.000 famílias. As famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma equipe de PACS/PSF ou por uma unidade básica de saúde. É fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades da saúde, deixando-a ciente de sua responsabilidade na melhoria das suas condições de saúde e nutrição.

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	**2014**	**2015**	**2015**	**2016**
	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família Meta: ≥ 73%	74%	78,15%	74%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde) no que se refere às condicionalidades de saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano}}{\text{Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rijane Barros - 3184-0601/3184-0488 segurancaalimentarpe@gmail.com			



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



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

ANÁLISE:

Para alcançar 78,15% em 2015 foi necessário um grande, além de realizarmos treinamentos anuais em todas as regionais de saúde incluímos também as Secretarias Municipais de Desenvolvimento e pactuamos com eles o cumprimento da meta. Além de informar os municípios através das Regionais iniciamos o contato com Secretários de Saúde ou Coordenadores da Atenção Básica dos que estavam abaixo da meta, convidamos ainda a CGAN/MS – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição para ajudar nos nossos treinamentos e também para encontros com os grandes municípios da Região Metropolitana, finalmente envolvemos nossa Diretoria que envolveu a Coordenação Geral das Regionais que em conjunto iniciamos a intensificação na Câmara Técnica e na Comissão Bipartite.

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

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	**2014**	**2015**	**2015**	**2016**
	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	70%	**Não calculado, visto Port. MS/SAS, nº1319 de 2014, mudanças de regras no CNES**	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população.			
Método de Cálculo*	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{(Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40) *3000}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) - Nº de equipes da saúde bucal, Nº de profissionais, Especialidade, Carga horária. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE – População.			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo César - 3184-0579 p2caesar@yahoo.com.br /saudebucalpe@gmail.com			

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

JUSTIFICATIVA DA IMPOSSIBILIDADE DE CÁLCULO DO RESULTADO**:**

Considerando a Portaria SAS Nº 1319, de 24/11/2014, que estabelece regras no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);

Considerando o Art. 7º de referida portaria, o qual estabelece que ficam extintos os campos Esfera Administrativa, Natureza da Organização, Retenção de Tributos e Tipo de Prestador do CNES;

O indicador Cobertura Populacional Estimada pela Equipe Básica de Saúde Bucal não poderá ser calculado, tendo em vista a supressão de variáveis na base de dados utilizada para a sua construção, que foi estabelecida pela portaria supracitada.

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

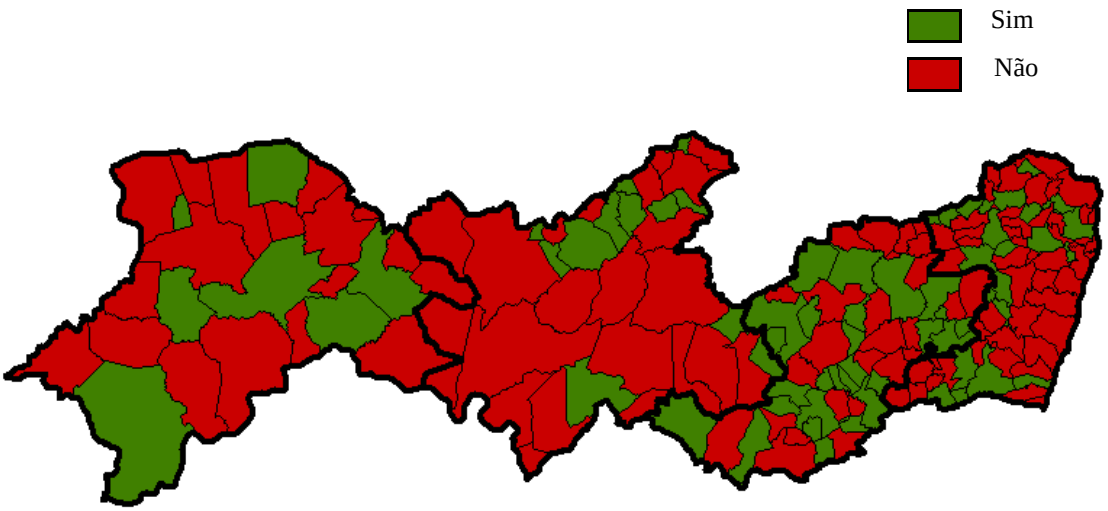
Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

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.

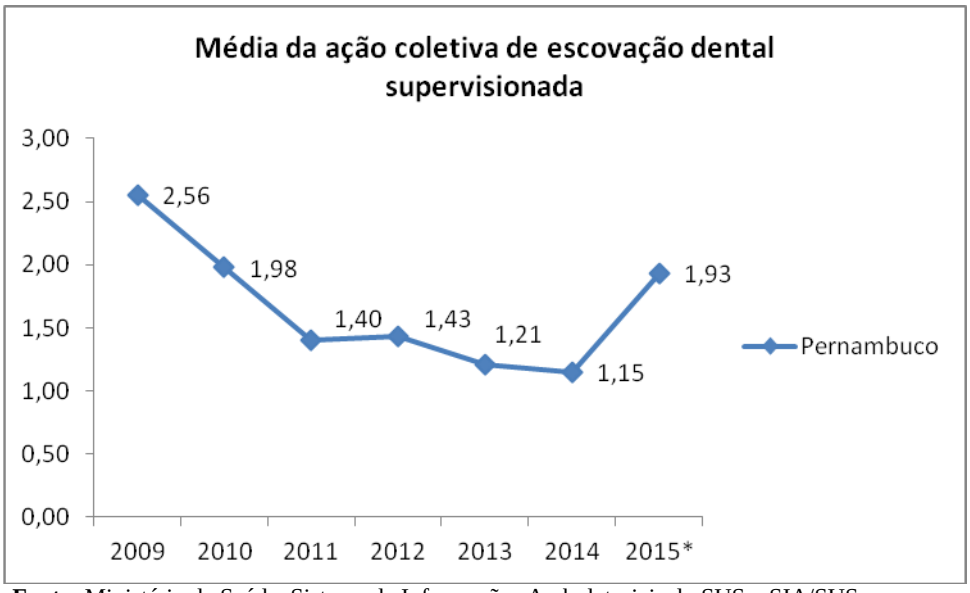
A cárie dentária situa-se entre as doenças crônicas de maior prevalência em todo o mundo e dentre suas consequências incluem dor, sofrimento, infecção, perda dentária e necessidade de tratamento restaurador.

Os fluoretos, forma iônica do elemento químico flúor, são os principais responsáveis pelo declínio da cárie dentária no Brasil (PRES & ROSA, 1993). Além da redução da prevalência de cárie, o flúor age reduzindo a velocidade de progressão de novas lesões.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	**2014**	**2015**	**2015**	**2016**
	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	1,20%	1,93%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses/12}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada) IBGE - População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código: 01.01.02.003-1).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Paulo César - 3184-0579 p2caesar@yahoo.com.br/saudebucalpe@gmail.com			



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



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
*O Ministério da Saúde identificou problema de exportação do eSUS para o SIA

ANÁLISE:

O resultado do indicador referido, a partir de matriciamento da Coordenação Estadual de Saúde Bucal junto aos municípios, melhorou expressivamente em relação ao ano de 2014. Porém, em razão de dificuldades no manejo do e-SUS, resultando na exportação inadequada dos dados para o SIA, sistema utilizado no cálculo do indicador, esse deve ser recalculado pelo Ministério da Saúde para apresentar resultados mais fidedignos.

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

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

Indicador 6 - Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos

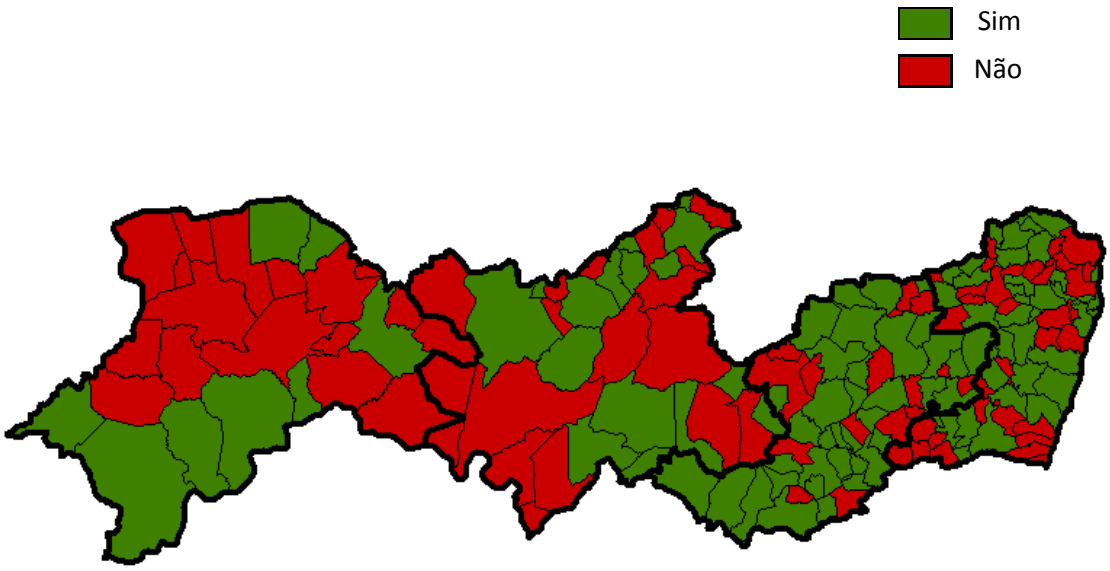
Os agravos bucais e suas sequelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de saúde pública, com graves consequências sociais e econômicas.

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

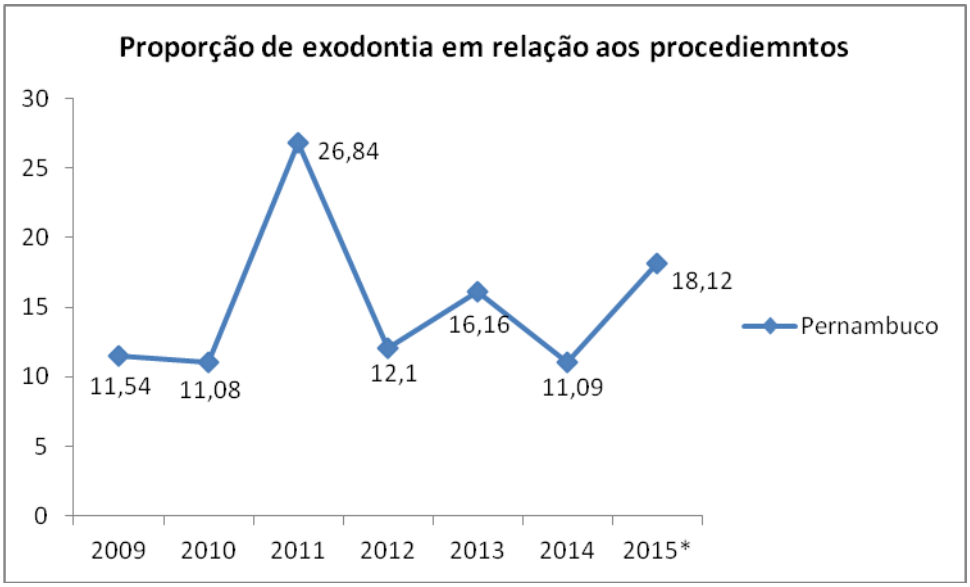
A melhoria do acesso das ações de saúde bucal, através da cobertura da Estratégia de Saúde da Família vem contribuir para que os procedimentos conservadores e coletivos sejam ofertados em maiores proporção em detrimento ao procedimento de exodontia.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	10%	18,12%	10%
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº total de extrações dentárias em determinado local e Período}}{\text{Nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada) Critério de Seleção: Numerador - Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE e 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE) Denominador - Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 31 códigos de procedimento) e Período. 0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por			

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



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



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

* Existe inconsistência de valores em dois municípios (Camaragibe e Jatobá), onde se enviou oficio solicitando a correção dessas a quantidade.

ANÁLISE:

Foi identificada falha nos registros em dois municípios do Estado, que devido à ausência de correção dos dados junto ao Ministério da Saúde, até o presente momento, impactaram negativamente no resultado apresentado em 2015. Com a exclusão destes municípios, o resultado de Pernambuco seria 8,15%, o que representaria uma redução em relação ao ano de 2014.

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

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

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

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

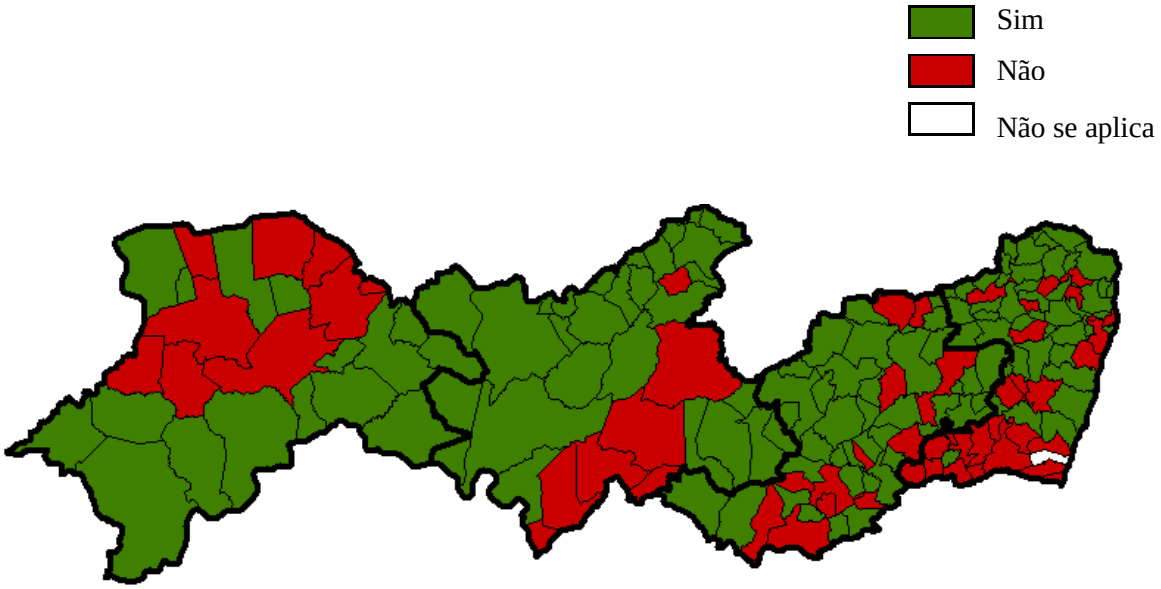
As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, este componente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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	1,16	1,18	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de média complexidade segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.			

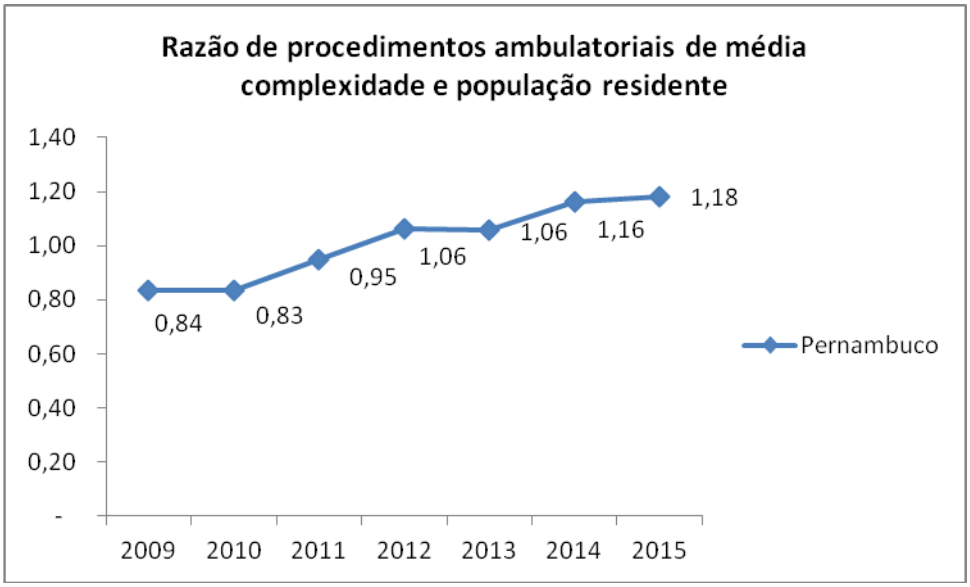
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade realizados nos ambulatórios (BPAI e APAC) + o subconjunto destes procedimentos realizados nos hospitais (SIH)}}{\text{População residente mesmo local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

*__Anexo__: Fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014



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

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



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

ANÁLISE:

O indicador apresentou acréscimo de 0,02 comparado a 2014, observamos um aumento na produção ambulatorial de 2.649 (SIA/SUS) procedimentos que se destacam por vários fatores: melhoria no registro, maior acesso aos procedimentos ambulatoriais e implantação de Unidades Pernambucanas de Atendimento Especializados (UPAE), sob gestão estadual.

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

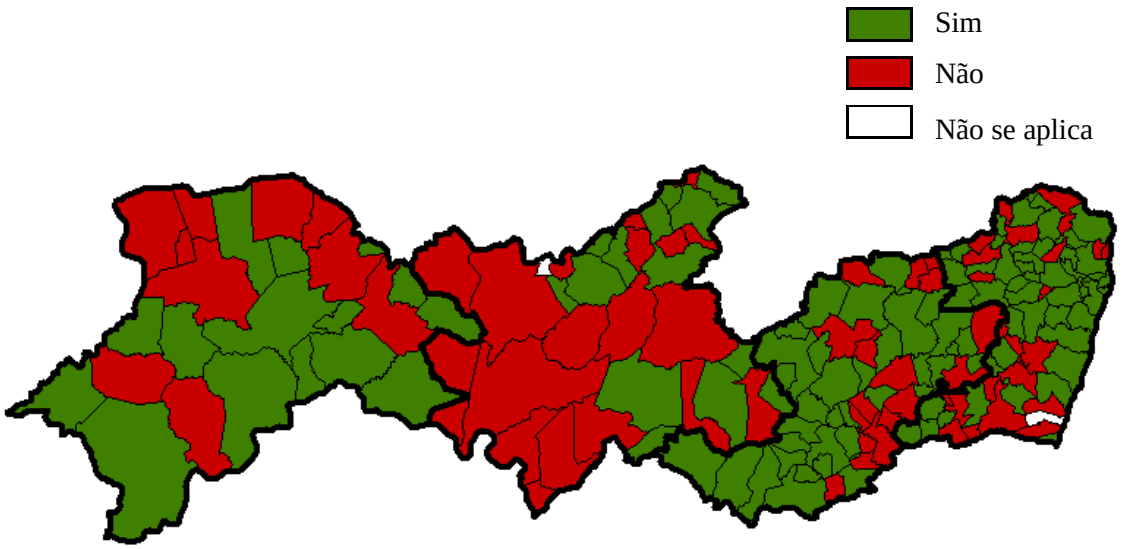
Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

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

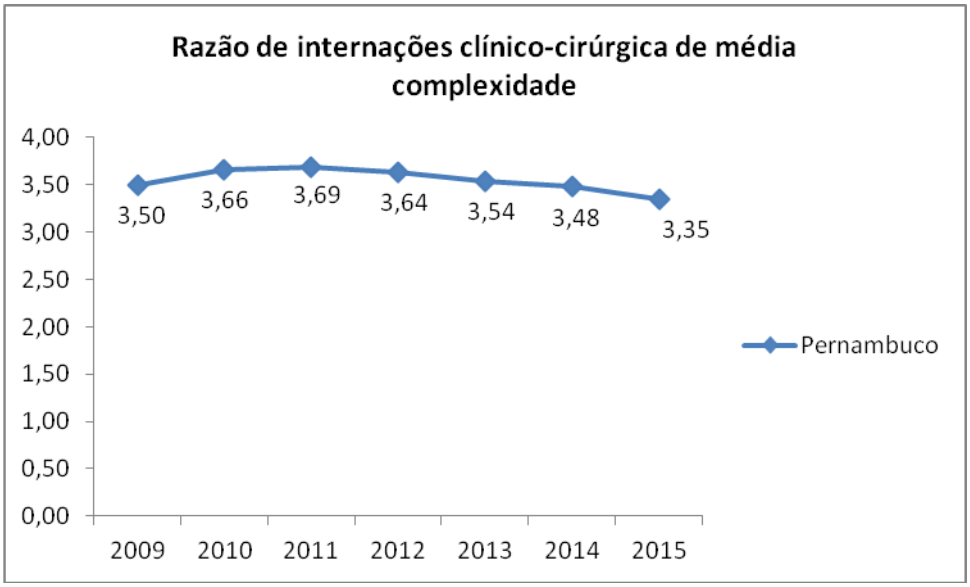
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de internações clínico cirúrgicas de média complexidade e população residente	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	3,19	3,35	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico cirúrgicas de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico-cirúrgica de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de média complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$			
Fonte*	Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/ acomp do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência recém-nascido. Os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos a seguir, classificados como de **média complexidade**: **Procedimentos para diagnose**: do código 0201010010 ao 0201010159, do código 0201010170 ao 0201010579, do código 0201010590 ao 0201010599, do código			

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

*__Anexo__: Fonte conforme Nota Técnica nº 70/2014



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



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

ANÁLISE**:**

Conforme produção apresentada no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) houve redução 0,13 (10.404 internações clínico-cirúrgicas) no resultado de 2015 em comparação ao ano anterior. É importante atentar para a subnotificação ocorrida devido ao evento da tríplice epidemia, e ao alto número de internamento alertado pelos municípios. Além disso, as UPAS 24 horas encontravam-se com pacientes internados por mais de 24 horas sem o devido registro, resultando num mascaramento do sistema.

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

Objetivo Nacional 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências

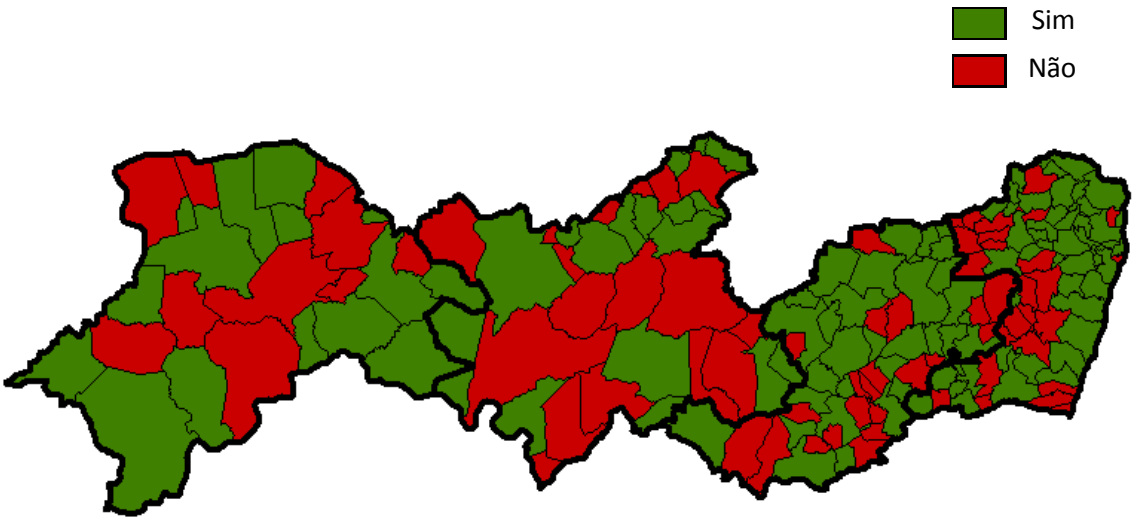
Indicador 12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

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

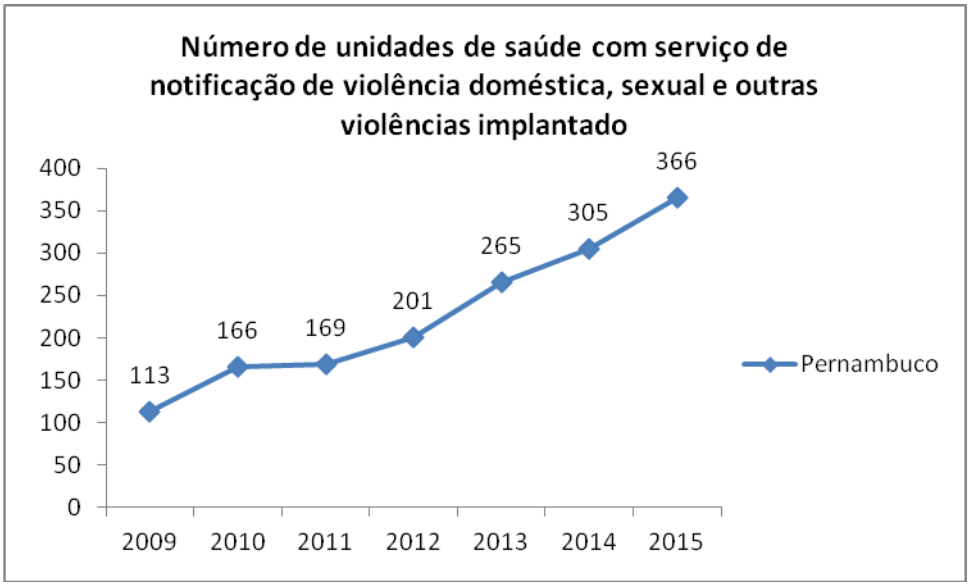
A VIVA - contínua contempla a violência doméstica, sexual e outras formas de violências interpessoais e autoprovocadas e realiza-se por meio do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual, específica para este agravo, em unidades de saúde que atendam a qualquer caso suspeito ou confirmado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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.	**2014**	**2015**	**2015**	**2016**
	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%	336 (ampliação 10%)	366	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Possibilita o acompanhamento e monitoramento da ampliação da cobertura da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências para atender à legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública; mede a sensibilidade da rede de atenção à saúde às notificações de violência; permite acompanha a adesão da unidade de saúde à notificação.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número absoluto de Unidades de Saúde com notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Marcella Abath - 3184-0340 macella.abath@gmail.com			



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



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

ANÁLISE:

Em 2015, houve uma ampliação de 10,9% no número de unidades de saúde que realizaram notificação de casos de violência interpessoal/autoprovocada, superando a meta pactuada de 10%. Importante destacar as ações de capacitação *in loco* das redes de saúde, assistência social e proteção integral às pessoas em situação de violência dos municípios, realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, (nível central e Geres) em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), além da parceria com o Núcleo de Estudos sobre Violência da Universidade de Pernambuco (NEVUPE/UPE) na formação das equipes de alguns municípios da Região Metropolitana do Recife, que contribuíram para o alcance dessa meta.

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

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

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

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

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

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

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

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

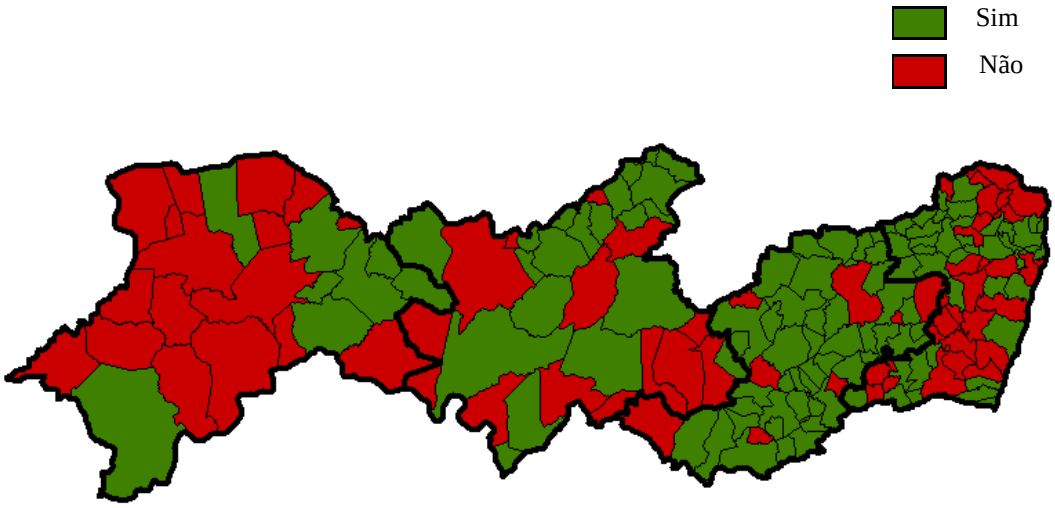
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo.

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

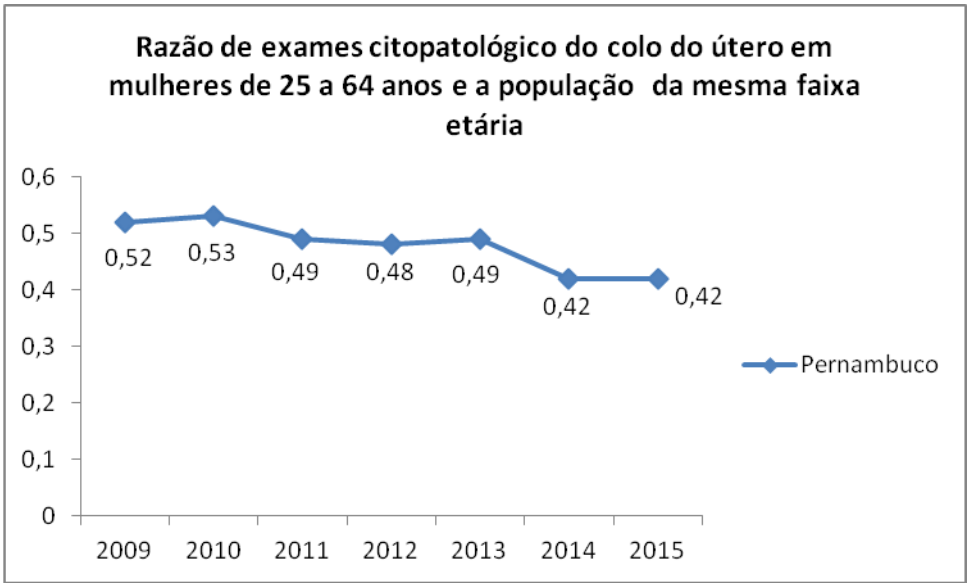
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos	0,43	0,42	0,43
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos.			

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

Anexo: Alteração na periodicidade e nas recomendações comforme Nota Técnica nº 70/2014



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



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

ANÁLISE:

Em virtude do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) estar passando por implementação e apresentar falhas e perdas de informações, não podemos avaliar outros indicadores de monitoramento que possam sinalizar à área técnica a demora entre a coleta do exame e a entrega do laudo a usuária, este fato tem impactado no indicador, que retrata o acesso da usuária ao procedimento, desta forma uma vez que a demora na entrega do resultado faz com que haja um descrédito dessa usuária ao exame.

Em 2015, foi realizada videoconferência de atualização sobre o Câncer do Colo do Útero e Mama para profissionais da Atenção Primária e Coordenadores da Saúde da Mulher e/ou da Atenção Primária Municipal e Regional; em pauta houve discussão do conteúdo da Cartilha Eletrônica: “Câncer de Colo do útero e Mama: eu me protejo, me previno e, quando necessário, me trato", voltada para os profissionais de saúde e usuárias com intuito de reforçar a importância da realização dos exames preventivos e de diagnóstico para o controle desses cânceres.

Apesar dos avanços obtidos em 2015, mostra-se necessário a ampliação da razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos de 0,42 para 0,50 até 2019. Tendo em vista que a coleta do material para exame citopatológico cérvico-vaginal é realizada na rede básica de assistência, faz-se necessário à priorização e investimento por parte das Secretarias Municipais de Saúde para alcance da meta.

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

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

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

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

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

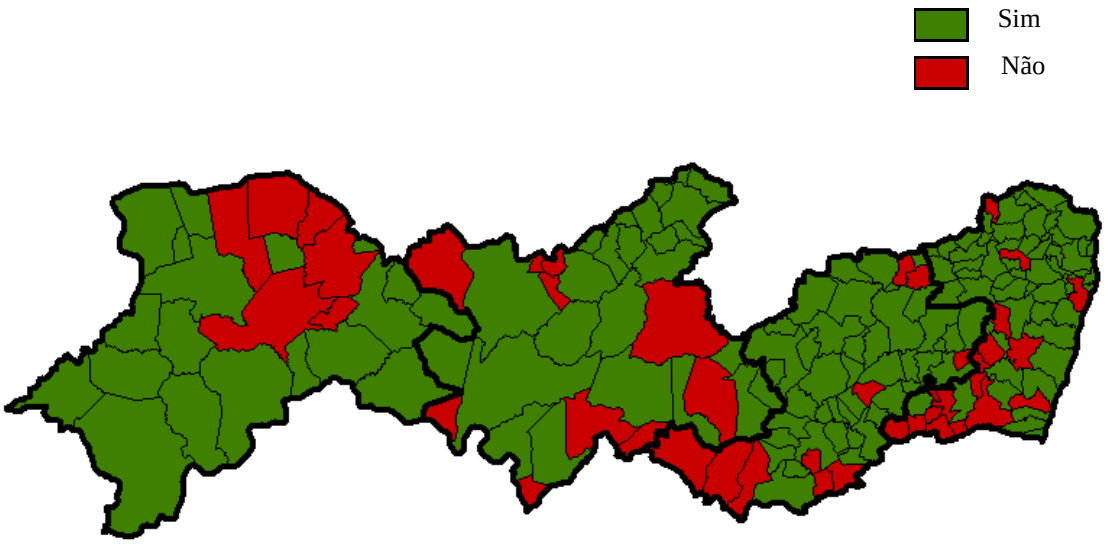
No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento mamográfico nas mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. Esta faixa etária e periodicidade são adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta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

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

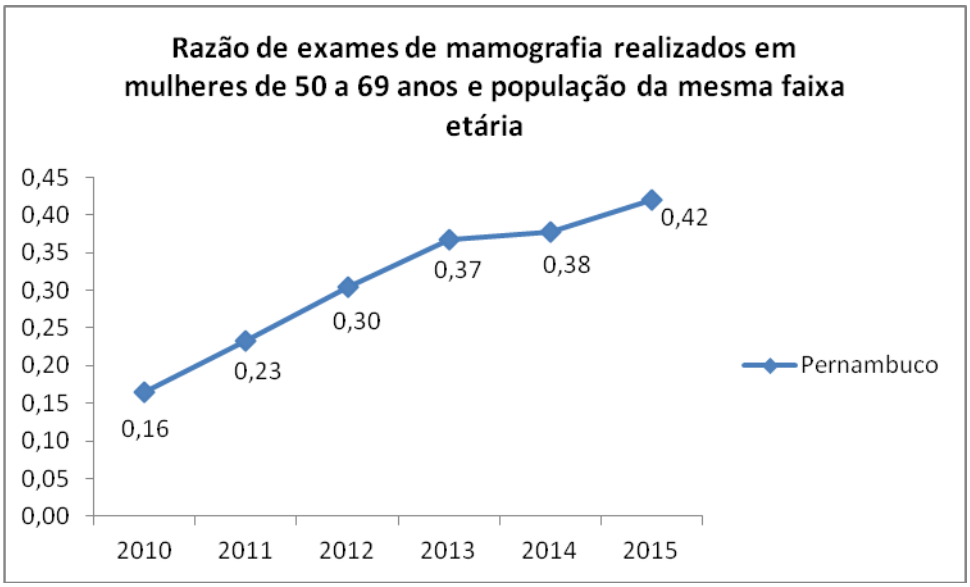
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	0,39	0,42	0,45
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de mamografias para rastreamentos realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano}}{\text{População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS Quantidade apresentada Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento.			

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

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



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



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

ANÁLISE**:**

Em virtude do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) estar em processo de implementação e mesmo com todas as dificuldades enfrentadas no SISCAN, conclui-se que não levou a uma redução e nem gerou prejuízos esperados quanto a esse indicador.

Em 2015, foi realizada videoconferência de atualização sobre o Câncer do Colo do Útero e Mama para profissionais da Atenção Primária e Coordenadores da Saúde da Mulher e/ou da Atenção Primária Municipal e Regional; em pauta houve discussão do conteúdo da Cartilha Eletrônica: “Câncer de Colo do útero e Mama: eu me protejo, me previno e, quando necessário, me trato", voltada para os profissionais de saúde e usuárias com intuito de reforçar a importância da realização dos exames preventivos e de diagnóstico para o controle desses cânceres.

O desconhecimento dos profissionais de saúde ao solicitar a mamografia, assim como o preenchimento inadequado dos formulários padronizados pelo INCA/MS, se caracterizam como entraves na obtenção de resultados adequados para o indicador.

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

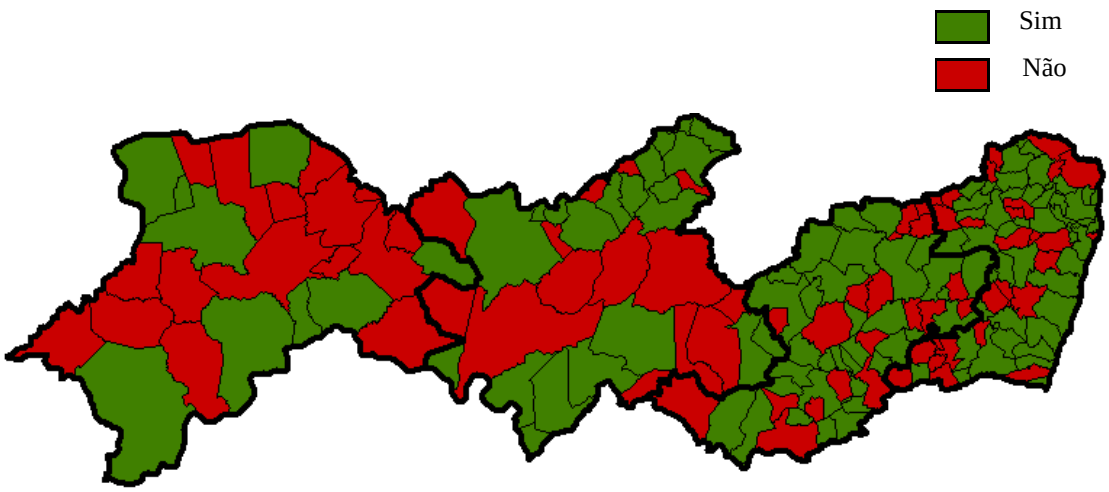
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 20 - Proporção de partos normais

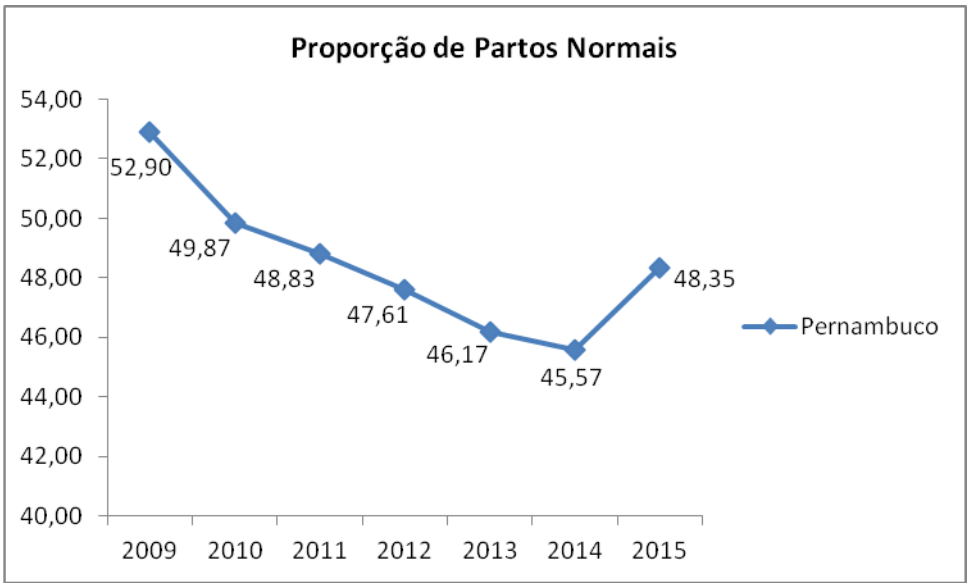
O parto normal é a maneira mais natural para dar a luz, está relacionado a menores taxas de complicações do parto, proporciona vários benefícios para a mulher, como recuperações mais rápidas e menores riscos de complicações pós-parto e que, não requer procedimentos invasivos. Mas é muito importante que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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de partos normais	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Aumentar o percentual de parto normal	48%	48,35%	49%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Rosely Lira / 3184-0604 smulherpe@gmail.com			



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



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

ANÁLISE:

Apesar da Organização Mundial de Saúde preconizar o percentual de partos normais por volta de 85% e a Comissão Intergestora Bipartite – CIB pactuar por unidade hospitalar o percentual de partos cesáreos observa-se que o indicador de proporção de partos normais vem apresentando um decréscimo, sobretudo se for avaliado na rede privada.

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 possivelmente ampliará a quantidade de partos normais no Estado. Porém, a construção destas unidades ainda será iniciada e a partir da implantação destes serviços o atual cenário poderá se modificar.

Após vários anos de declínio deste indicador, observou-se em 2015, um aumento de 3% na proporção de partos normais. Nesta perspectiva, no ano de 2016 o valor pactuado será de 49%.

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

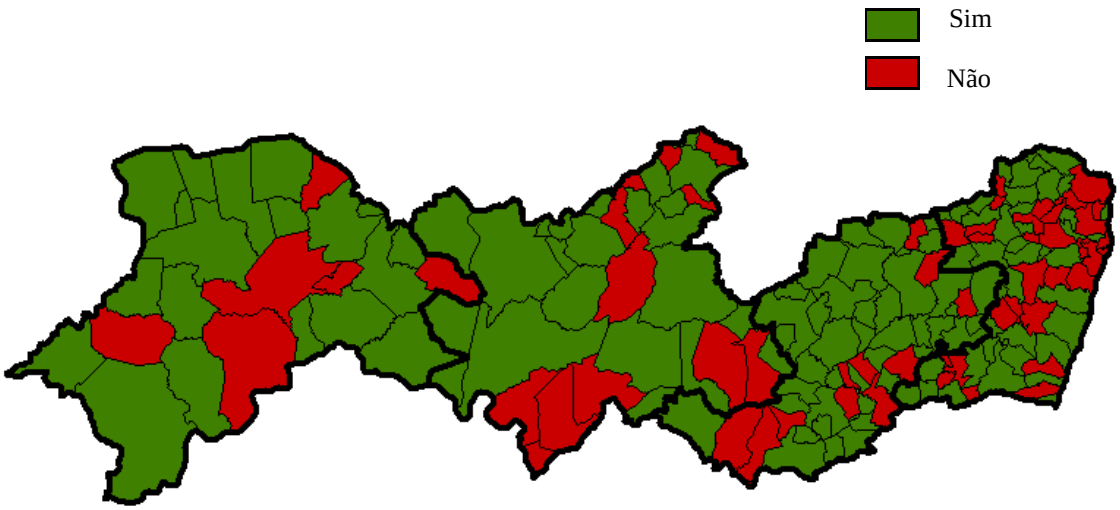
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a rede de atenção à saúde Materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

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

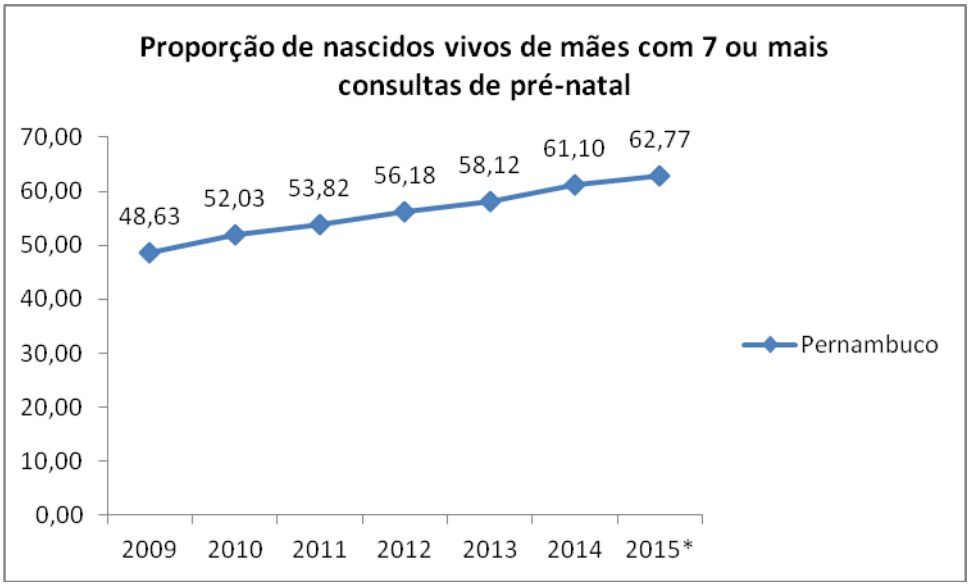
O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado á melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detenção e o tratamento oportuno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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	61,10%	62,77%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Mede a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Nº de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal / Nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período x 100			
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Idalacy Barreto (Dados) - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com Saúde da Mulher (Meta)			



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



Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados captados em 13/04/2016, obtidos através de tabulação do TABWIN/SINASC, sujeitos a alteração.

ANÁLISE:

O número de consultas realizadas durante o pré-natal é um indicador adequado para avaliar a condição de acesso da gestante ao serviço de saúde. Este indicador é influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

Embora existam algumas limitações, tais como: impossibilidade de efetuar comparações com o padrão mínimo de seis consultas de pré-natal estabelecido pelo Ministério da Saúde permanece como consenso de que o acompanhamento periódico,

contínuo e de qualidade de todas as gestantes contribui para a redução da morbimortalidade materna.

No estado de Pernambuco, os resultados demonstram, por meio da série histórica nos últimos 5 anos (2011-2015), uma tendência ascendente na proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Neste sentido, a área técnica da Gerência de Atenção à Saúde da Mulher, propõe uma meta de 63% para o ano de 2016.

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

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

Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante

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

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

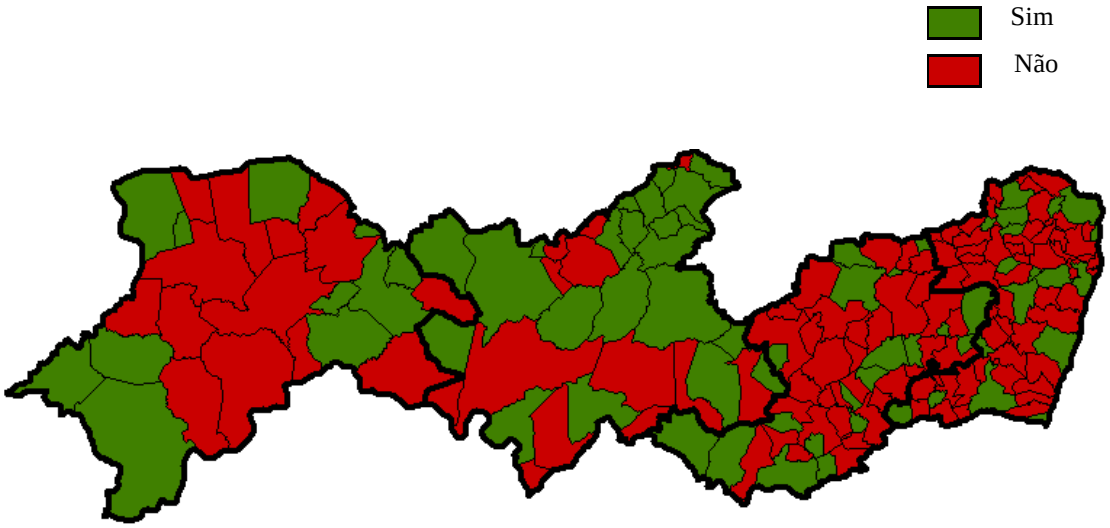
As atuais recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal devem ser realizadas na primeira consulta, ainda no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre da gestação. O teste VDRL, é um recurso imunodiagnóstico utilizado para o diagnóstico da sífilis, faz parte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

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

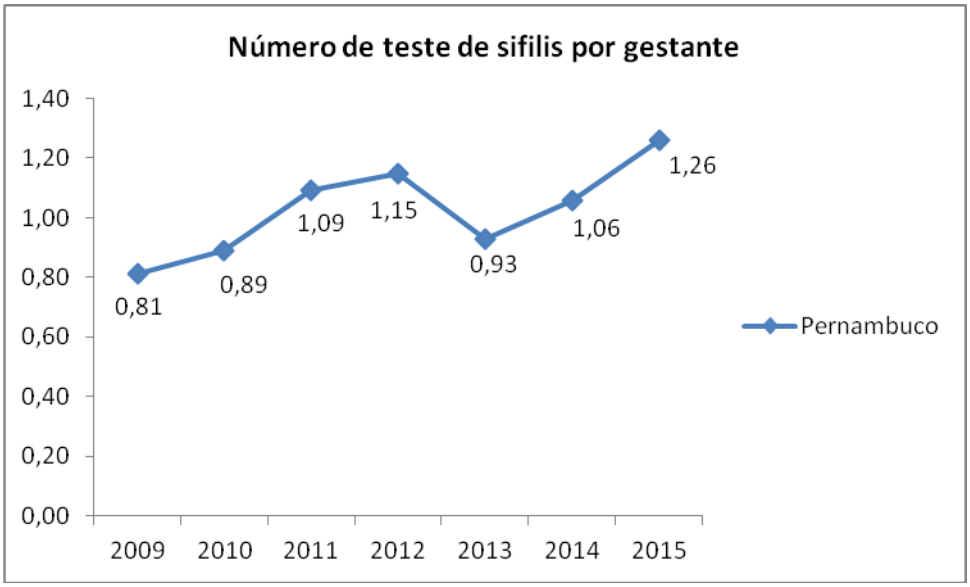
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de teste de sífilis por gestante	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Realizar pelo menos, 2 testes de sífilis	2	1,26	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Como indicador de concentração, expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.			
Método de Cálculo*	Método de Cálculo Municipal, Regional Estadual e DF Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e por local de residência ——— Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local de residência **Observação:** 1. Para o numerador considerar os seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECÇAO DE SÍFILIS EM GESTANTE.			

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

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



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



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

ANÁLISE:

Considerando a existência de código diferenciado para o registro do teste rápido de sífilis na gestação, que deverá ser inserido nos instrumentos de referência (SIA/SIH) para fonte de cálculo do indicador. Observamos que há uma subnotificação desses registros e a notificação desse exame é realizada sem correlação com o período gravídico. Solicitamos que sejam considerados os dados oriundos dos sistemas de informação SIA/SIH.

Apesar da série histórica de Pernambuco para este indicador revelar valores ainda bem abaixo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, a área técnica resolve pactuar a meta de 2 testes rápidos por gestante, atingindo 100 % desta meta.

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

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

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

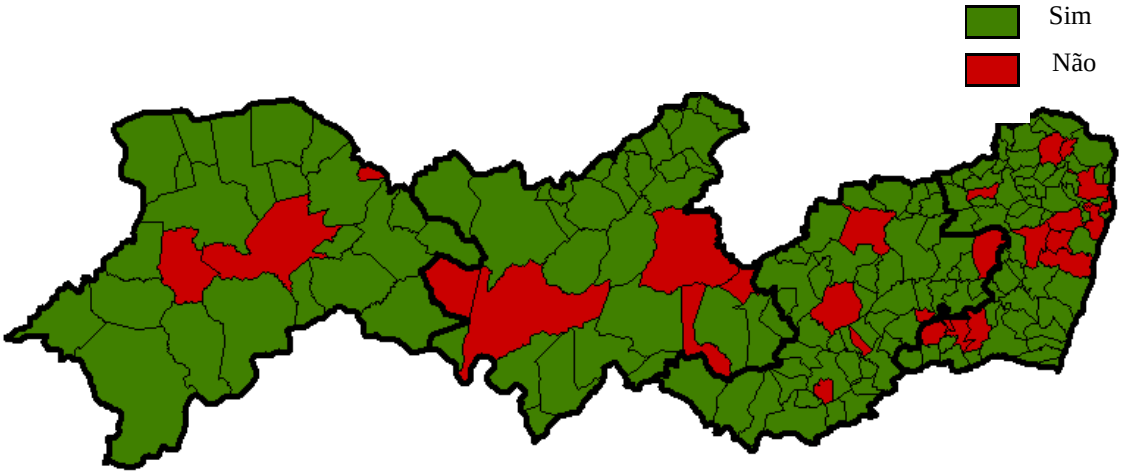
A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. No entanto, a redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade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

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

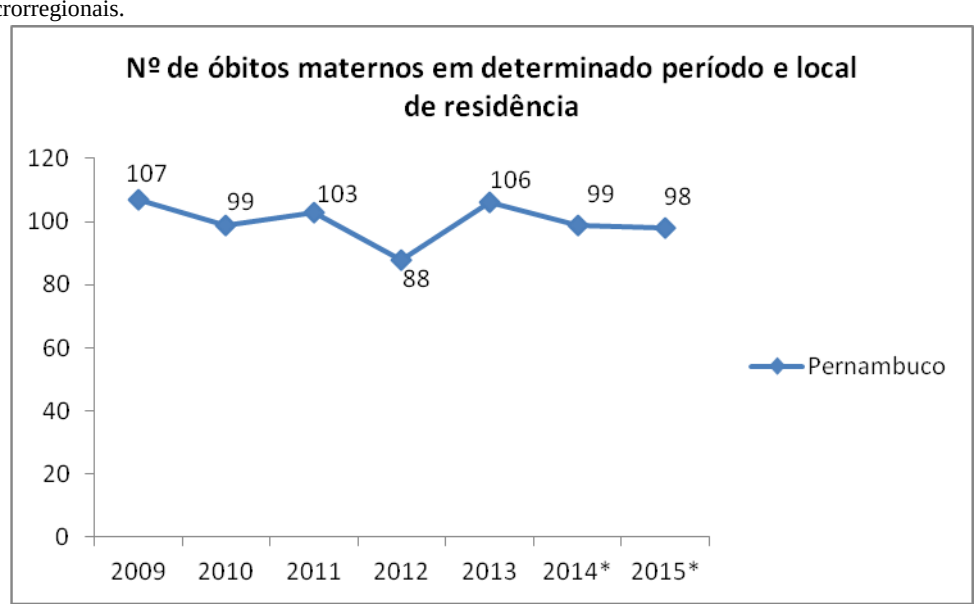
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência	**2014**	**2015**	**2015** (referente ao ano de 2014)	**2016**
	Reduzir o número de óbitos maternos	88 óbitos Redução de 5% (referente ao ano de 2013)	99 óbitos	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, ao parto e puerpério.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Nº de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e gravidez) em determinado período e local de residência.			
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.			
Responsável pelo monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM (Dados) / 3184-0196 / gmvevpe@gmail.com Hérika – Saúde da Mulher (Meta) / 3184-0604 / smulherpe@gmail.com			

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

Dados referentes ao banco fechado em 2013



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



Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES – Pernambuco
*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 15/06/2015

ANÁLISE**:**

Com o objetivo de reduzir os índices de morte materna e neonatal, iniciativas foram lançadas pelos Governos Federal e Estadual, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), o Programa Mãe Coruja Pernambucana (2007) e a Rede Cegonha (2011).

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 Portaria SES-PE Nº 279/2015 acrescentou o óbito materno e infantil como eventos de notificação compulsória semanal, sendo assim, pretende-se melhorar e aumentar a notificação dos óbitos maternos no Estado de Pernambuco.

Embora este indicador reflita a qualidade da assistência à mulher, torna-se pertinente citar que a "Razão de Mortalidade Materna" é o indicador universal padronizado pela OMS.

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).

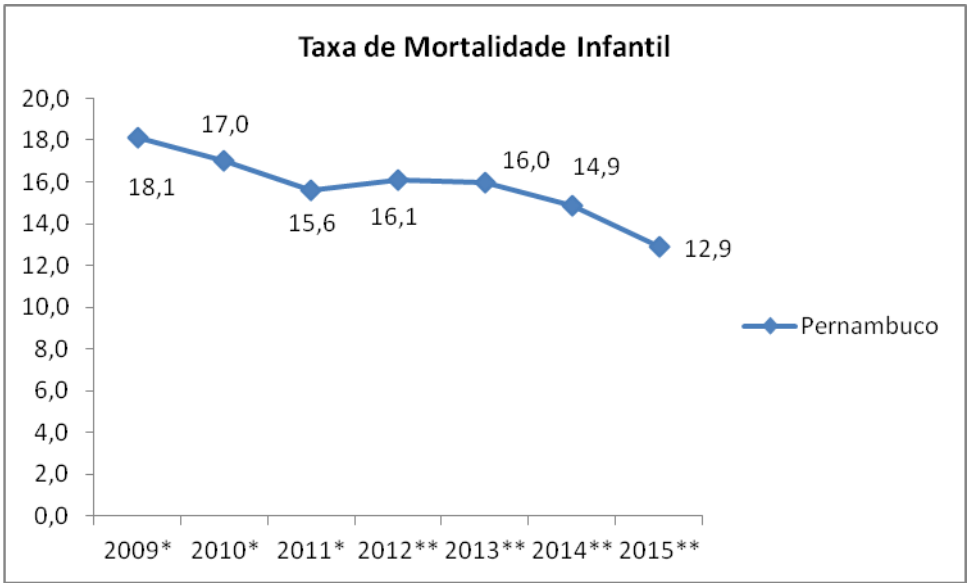
A mortalidade infantil corresponde a óbitos de menores de um ano de idade e a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) expressa o risco de morte dos nascidos vivos (NV) no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o 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 (SIM e SINASC), por apresentarem coberturas consideradas adequadas (acima de 90% dos esperados registrados nos Sistemas). Os demais estados em especial aqueles situados nas regiões Norte e Nordeste apresentam sub-registro de nascimento e de óbito e, por este motivo, necessitam de correção dos seus indicadores.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Taxa de Mortalidade Infantil	**2014**	**2015**	**2015** (referente ao ano de 2014)	**2016**
	Reduzir a mortalidade infantil	16,0/1000 NV (referente ao ano de 2013)	14,87 /1000 NV	16,0/1000 NV (referente ao ano de 2014)
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda acesso das crianças menores de um ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário.			

Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano}} \times 100$ Para municípios com população menor que 100.000 habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças menores de um ano.
Fonte	Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM (Dados) - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com Dra Madalena – Saúde da Criança (Meta) - 3184-0591/0570 saudecriancape@gmail.com

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



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

ANÁLISE:

A meta para 2015 foi estimada em 16/1000 nascidos vivos (referente ao ano de 2013). Até abril/2016, o resultado para 2015 está em 14,87/1000 NV, dado este corrigido com fator de correção com base na metodologia elaborada pela Pesquisa Nacional de Busca Ativa de Nascimentos e Óbitos no Nordeste e Amazônia Legal no ano de 2010, para ajustar o subregistro. O banco do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) referente ao ano de 2015, ainda está sujeito à entrada de dados, portanto pode sofrer alterações.

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

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

Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

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

Este indicador apresenta como principais vantagens:

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

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

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

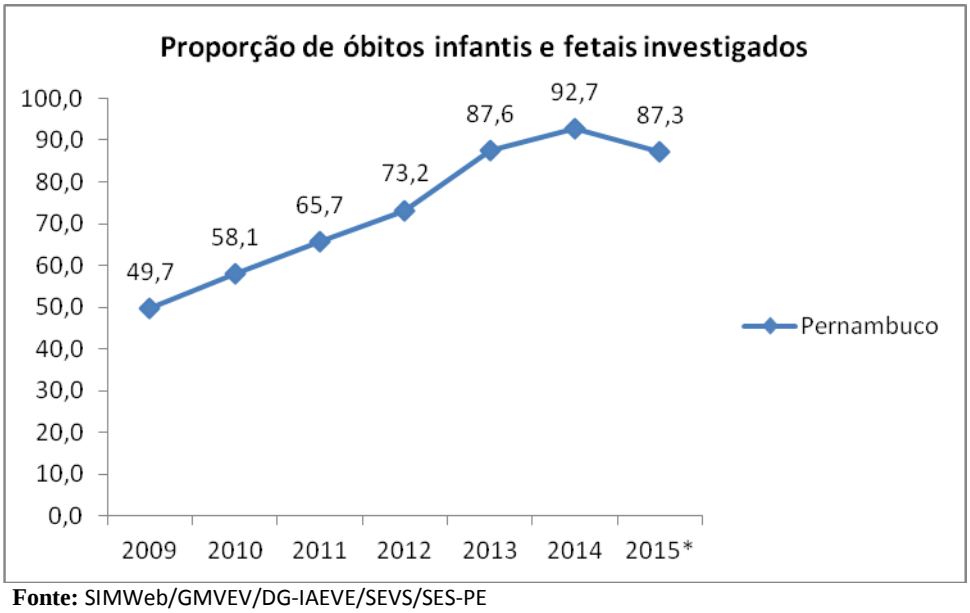
No que diz respeito às limitações desse indicador, observa-se que considerando os critérios para priorizar a investigação dos óbitos fetais e infantis com maior potencial de prevenção, sugeridos no Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde, a fusão em um mesmo indicador da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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos infantis e fetais Investigados	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Investigar os óbitos infantil e fetal. **Meta: 70%**	88% (ano de referência 2013)	87,3%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	O percentual de investigação de óbitos infantis e fetais mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, levando à reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais e à identificação de determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores			

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

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



Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE
* Dados sujeitos a revisão. Captados direto do SIMWeb em: 22/06/2016

ANÁLISE:

O percentual de óbitos investigados em 2015 está sujeito à alterações, uma vez que o prazo para conclusão da investigação dos óbitos é de até 120 dias a partir da data de ocorrência do óbito. Sendo assim, as investigações dos óbitos infantis e fetais ocorridos em dezembro de 2015 ainda encontram-se no prazo para serem investigados, uma vez que os dados para análise foram coletados em abril de 2015.

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

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

Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados

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

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

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

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

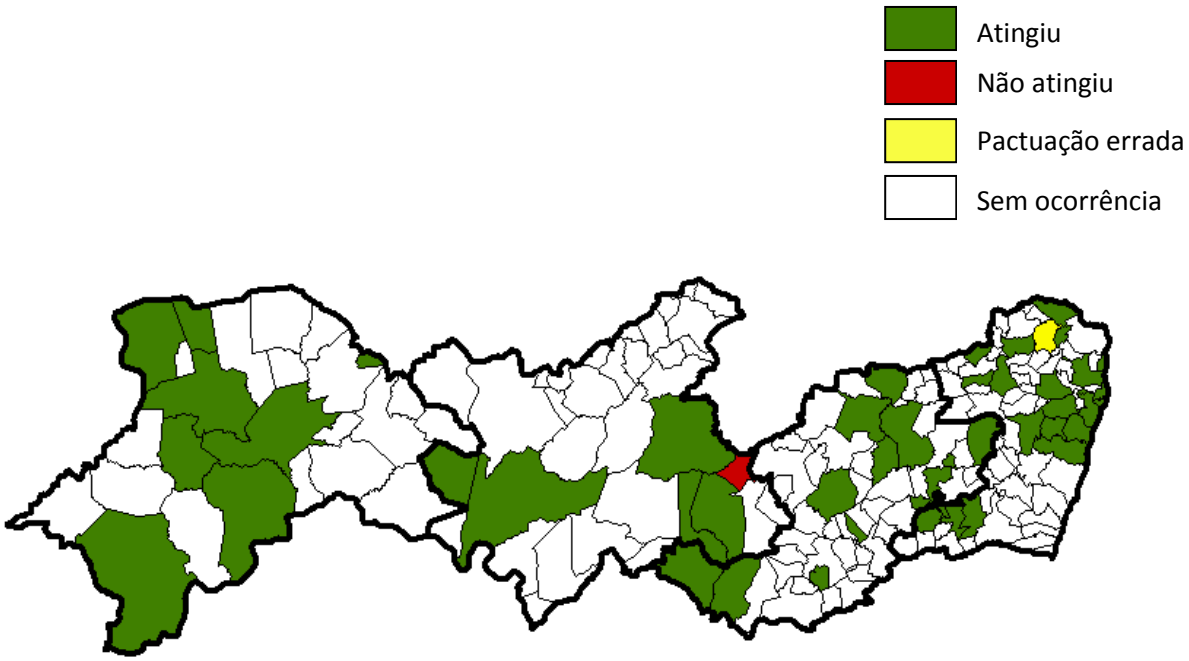
A sua investigação contribui para a identificação do número real de óbitos maternos, à medida que permite a identificação daquelas que não foram informados corretamente e os que não têm declaração de óbitos registrados ou não entraram no sistema de informação, sendo indispensável para a definição de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

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

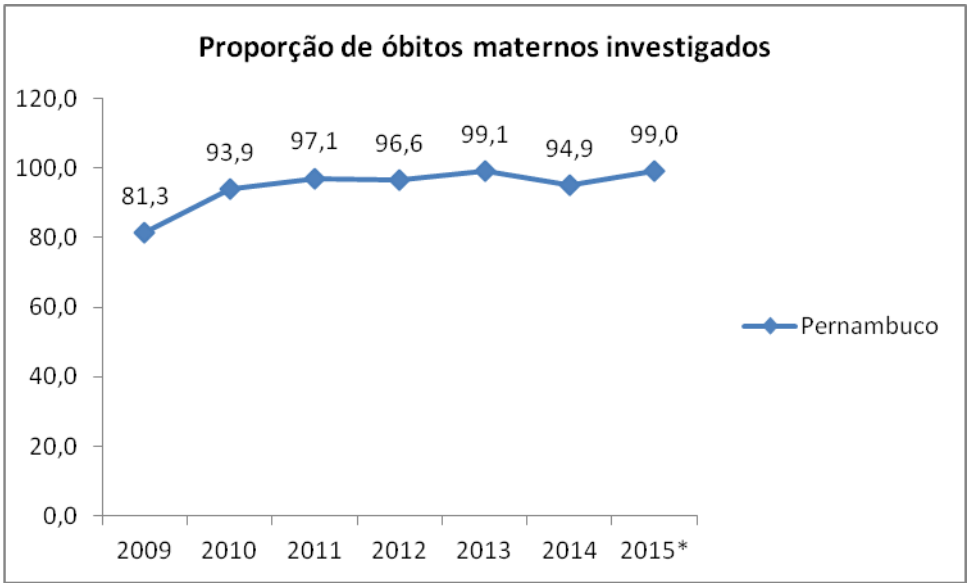
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos maternos Investigados	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Investigar os óbitos maternos 100%.	90%	99,0%	92%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF			

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

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



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



Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados sujeitos à revisão. Captados em: 15/06/2015

ANÁLISE:

O percentual de óbitos investigados em 2015 está sujeito à alterações, uma vez que o prazo para conclusão da investigação dos óbitos é de até 120 dias a partir da data de ocorrência do óbito. Sendo assim, as investigações dos óbitos maternos ocorridos em dezembro de 2015 ainda encontram-se no prazo para serem investigados, uma vez que os dados para análise foram coletados em abril de 2015.

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

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

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

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

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

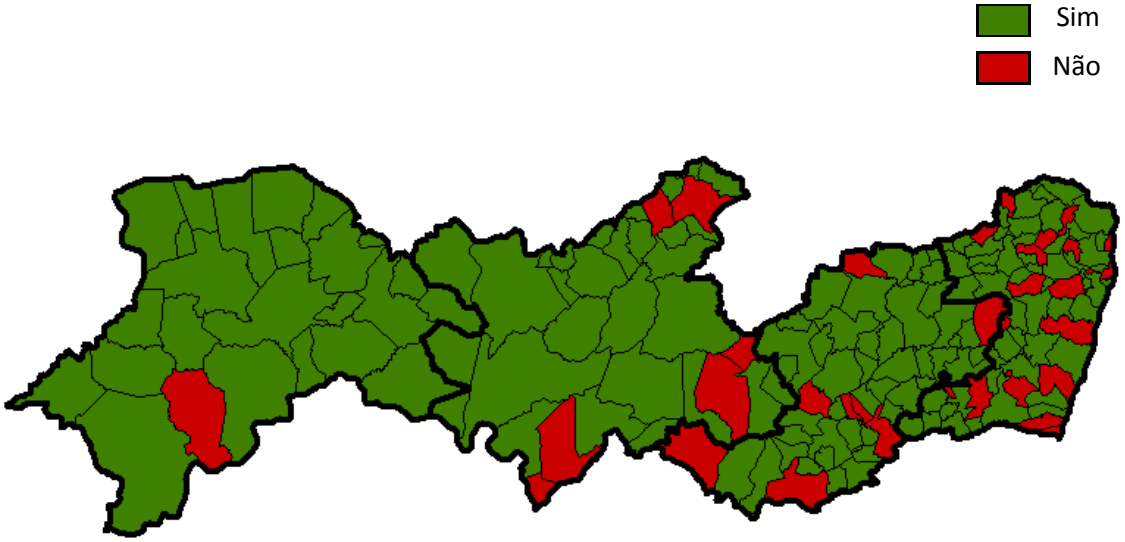
No entanto, esse indicador apresenta algumas limitações tais como:

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

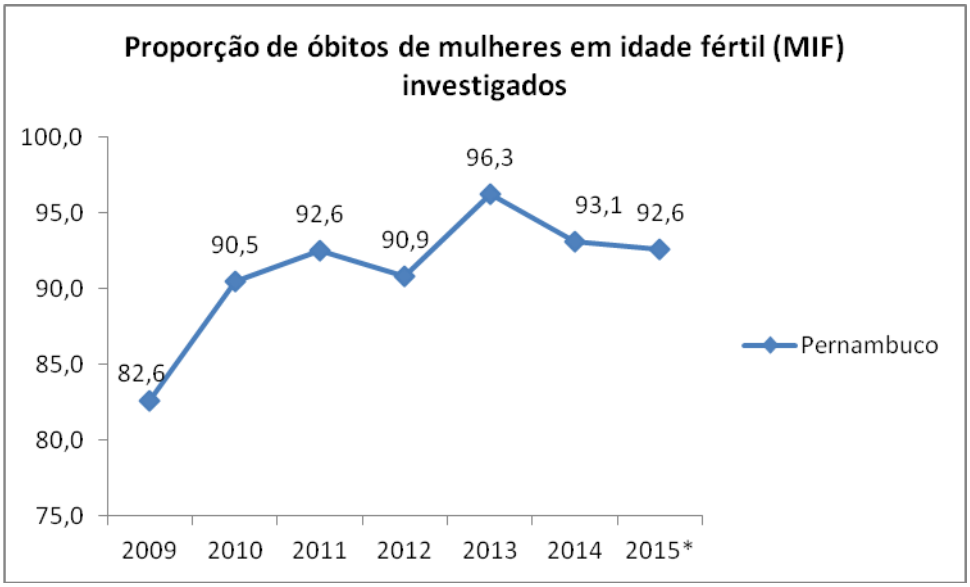
Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) Meta: ≥70% dos óbitos em MIF	83%	92,6%	85%
Tipo de Indicador	Universal			

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

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



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



Fonte: SIMWeb/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados sujeitos a revisão. Captados direto do SIMWeb em: 28/06/2016

ANÁLISE:

O percentual de óbitos investigados em 2015 está sujeito à alterações, uma vez que o prazo para conclusão da investigação dos óbitos é de até 120 dias a partir da data de ocorrência do evento. Sendo assim, as investigações dos óbitos de mulheres em idade fértil ocorridos em dezembro de 2015 ainda encontram-se no prazo para serem investigados, uma vez que os dados para análise foram coletados em abril de 2015.

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

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

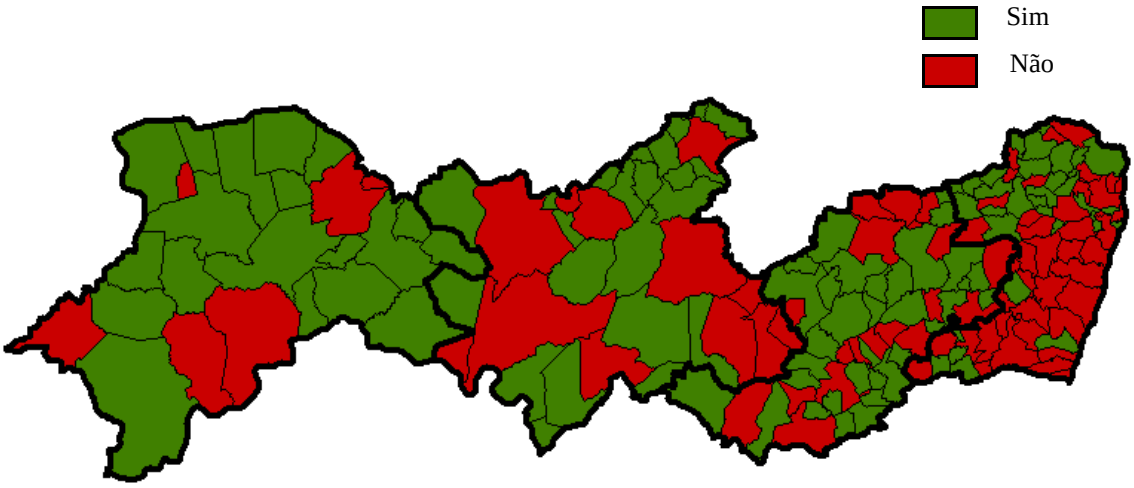
Indicador 28 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

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

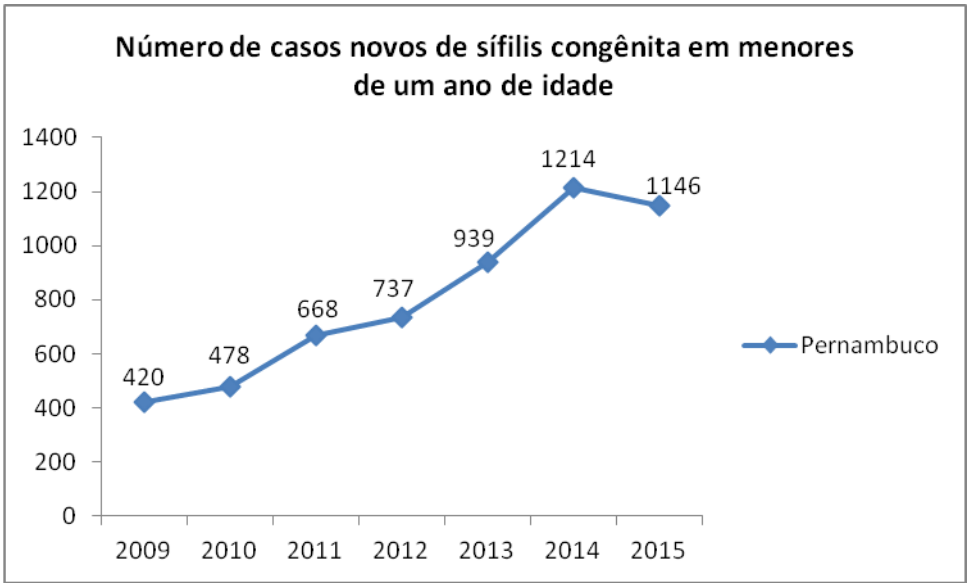
A incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano constitui importante marcador de assistência à saúde. O monitoramento e avaliação periódica desse indicador tornam-se importante ferramenta para a construção do diagnóstico situacional da assistência à saúde no pré-natal/parto/puerpério.

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Incidência de sífilis congênita	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Reduzir o número de casos de sífilis congênita < 0,5/1.000 nascidos vivos.	1.214	1.146	1.214
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Camila Dantas - DST/AIDS - 3184-0212 dstaidsestadualpe@gmail.com			



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



Fonte: SES/Sinan/Programa Estadual DST/Aids/HV

ANÁLISE:

Em maio/2016, constavam no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) 1.146 casos de sífilis congênita de residentes de Pernambuco no ano de 2015. A tendência observada para este ano e os seguintes é de aumento, devido à implementação da assistência e vigilância epidemiológica para a doença. Contudo, esse número está sujeito à alterações, devido ao atraso da digitação das fichas de notificação nos municípios.

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

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

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

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

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

Os CAPs diferem quanto:

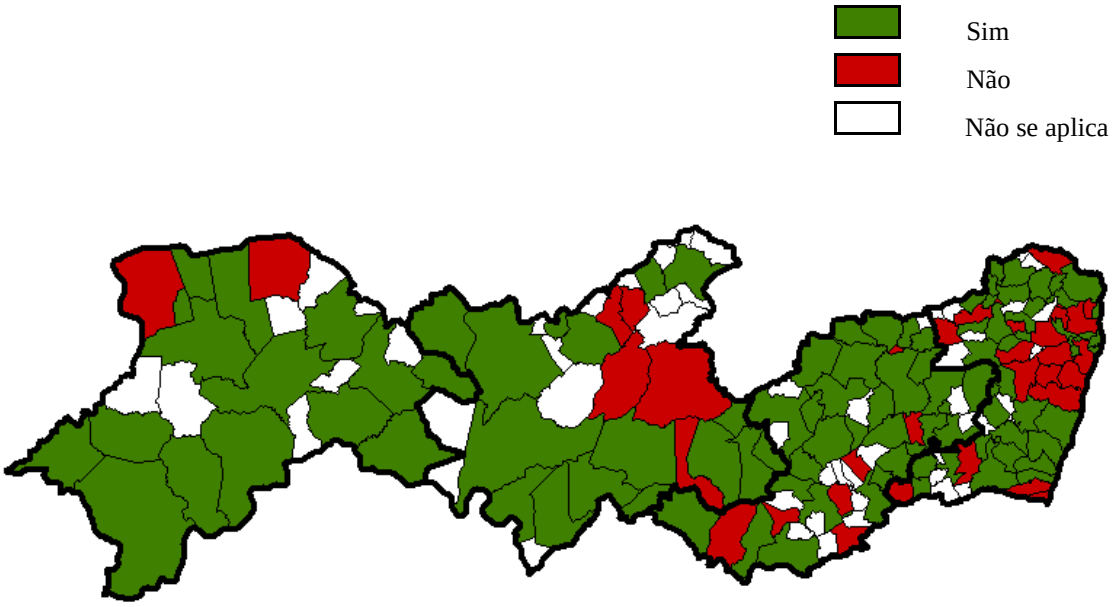
a) Ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissional e diversidade nas atividades terapêuticas.
b) A especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

Diferentes tipos de CAPs:

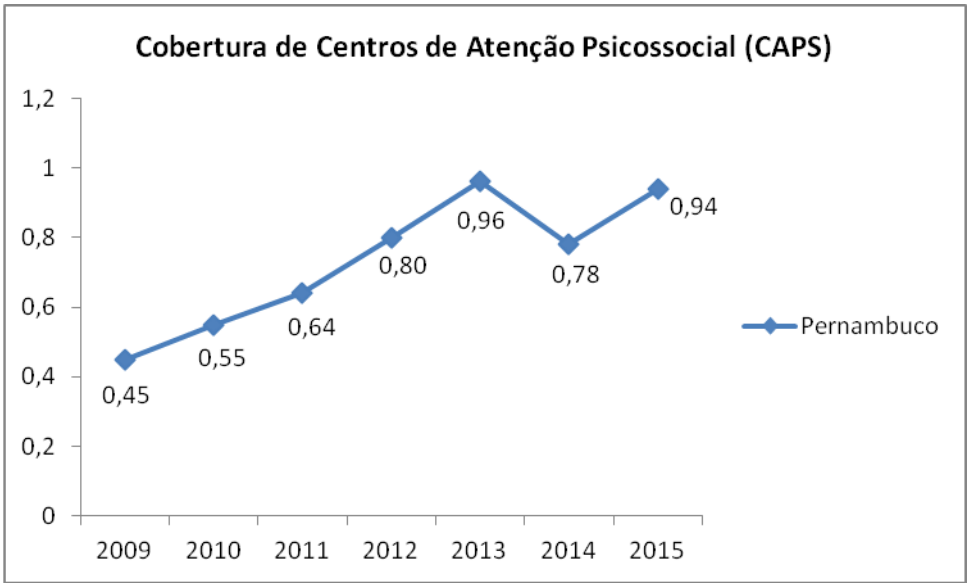
- CAPs I – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população de 20 mil até 70 mil habitantes. Atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPs II – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população de 70 mil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

- CAPs i – CAPs de infância e adolescência, para atendimento diário a criança e adolescente com transtornos mentais até 25 anos. População acima de 200 mil habitantes.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial **Meta: 0,77**	0,78	0,94	0,78
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF (Nº CAPS I X 0,5) + (Nº CAPS II) + (Nº CAPS III X 1,5) + (Nº de CAPS i) + (Nº CAPS ad) + (Nº de CAPSad III X 1,5) em determinado local e período / População residente no mesmo local e período x 100.000			
Fonte	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) População (IBGE).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Léa Lins - 3184-0581 gasam.saude@gmail.com			



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



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

ANÁLISE:

Segundo o Ministério da Saúde, a região Nordeste e Sul apresentam as maiores coberturas de CAPS no território nacional. Pernambuco possui as cinco modalidades existentes de CAPS habilitados, distribuídos por todo o Estado.

O processo de desinstitucionalização em pleno vigor em Pernambuco vem impulsionando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de modo a garantir o cuidado territorial em substituição à internação hospitalar psiquiátrica tradicional. Com exceção de apenas uma Regional de Saúde, todas as propostas de ampliação e fortalecimento da RAPS foram discutidas e aprovadas em CIR e CIB.

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

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

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

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

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

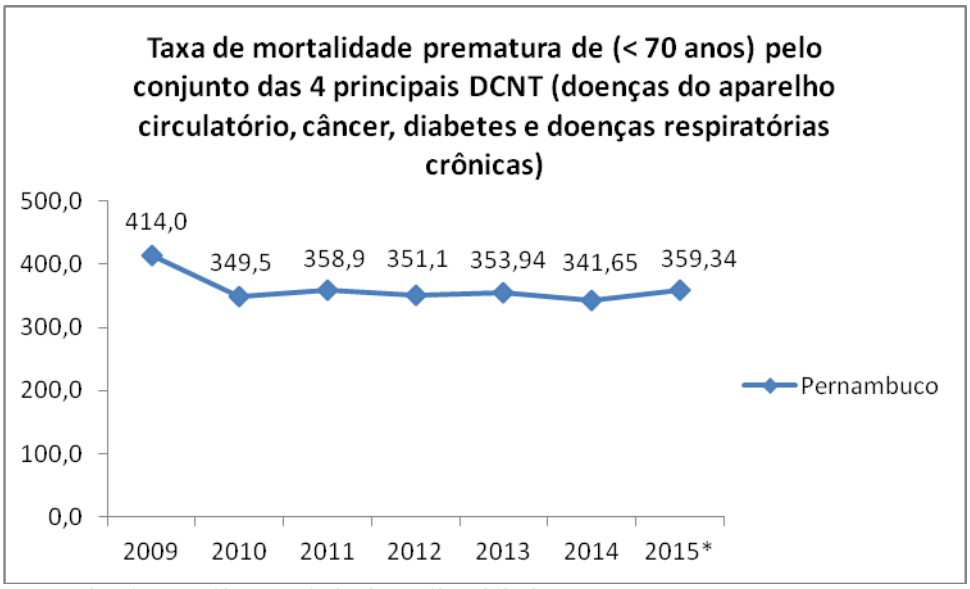
O governo brasileiro, sob a coordenação do Ministério da Saúde construiu o Plano de Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011- 2012, com a definição de metas para o controle das quatro principais grupos de doenças crônicas (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
30a - Número de óbitos prematuros (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Reduzir em 2% o número de óbitos prematuros (< 70 anos) por DCNT, em relação ao ano anterior	10.931 (Redução 2%)	14.104	-
30b - Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT, em relação ao ano anterior	356,6/100.000 hab (Redução de 2%)	359,3/100.000 hab	356,6/100.000 hab
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.			
Método de Cálculo	1. Para Município/Região com menos de 100 mil habitantes:			

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

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



Fonte: SIM/Datasus/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados sujeitos a revisão. Captados em: 08/04/2015
Nota: Cálculo baseado nas estimativas da população para os anos de 2013-2015 (Datasus), tomando como base a representação proporcional da faixa etária estudada

ANÁLISE:

Informamos que o resultado de 2015 não atingiu a meta estadual estimada, e considerando sua relevância no monitoramento das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco, sugerimos que a meta estadual seja mantida.

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

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

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

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais do calendário básico	75%	87,5%	75%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Evidencia se as vacinais que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem cobertura de acordo com preconizado pelo PNI.			
Método de Cálculo*	Método de Cálculo Regional e Estadual: $\frac{\text{Número de municípios com coberturas vacinais adequadas para as vacinas do calendário de vacinação da criança}}{\text{Total de municípios}} \times 100$ Método de Cálculo Municipal e DF: **Indicador:** Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinal adequada* *Cobertura vacinal adequada: ≥ 75% das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com cobertura vacinal alcançada Passo 1: Coberturas vacinais por tipo de vacina:			

• CV BCG-ID =

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

Parâmetro Nacional para Referencia: BCG- ID ≥ 90%

• Rotavírus Humano (VORH) =

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

Parâmetro Nacional para Referencia: VORH ≥ 90%

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

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

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

• Vacina contra poliomielite (VIP/VOP) =

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

Parâmetro Nacional para Referencia: ≥ 95%

• Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) =

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

Parâmetro Nacional para Referencia: (PnC10v) ≥ 95%

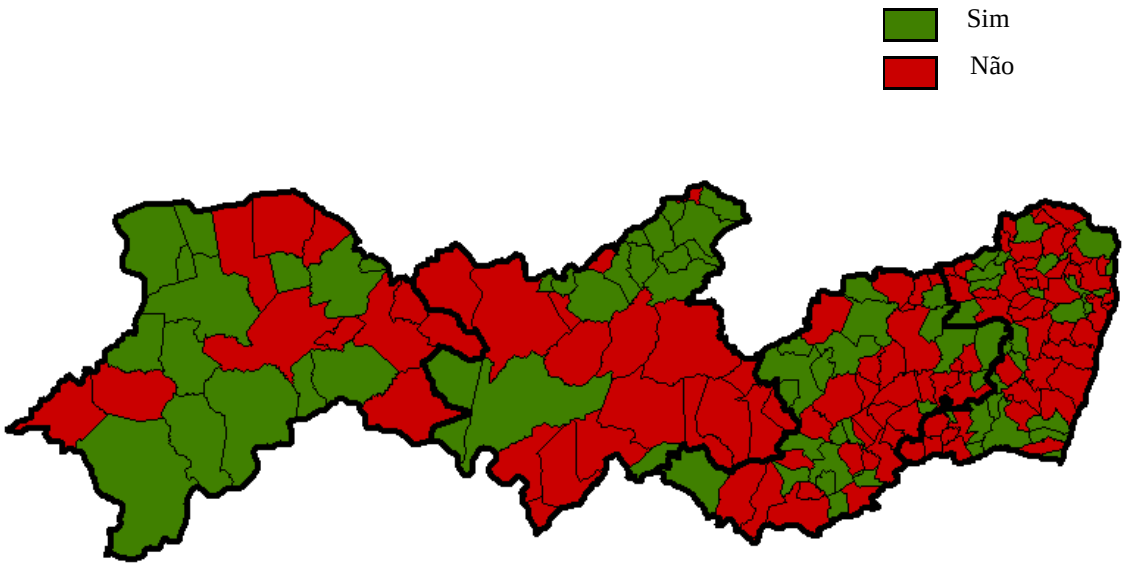
• Meningocócica Conjugada C (MnC) =

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

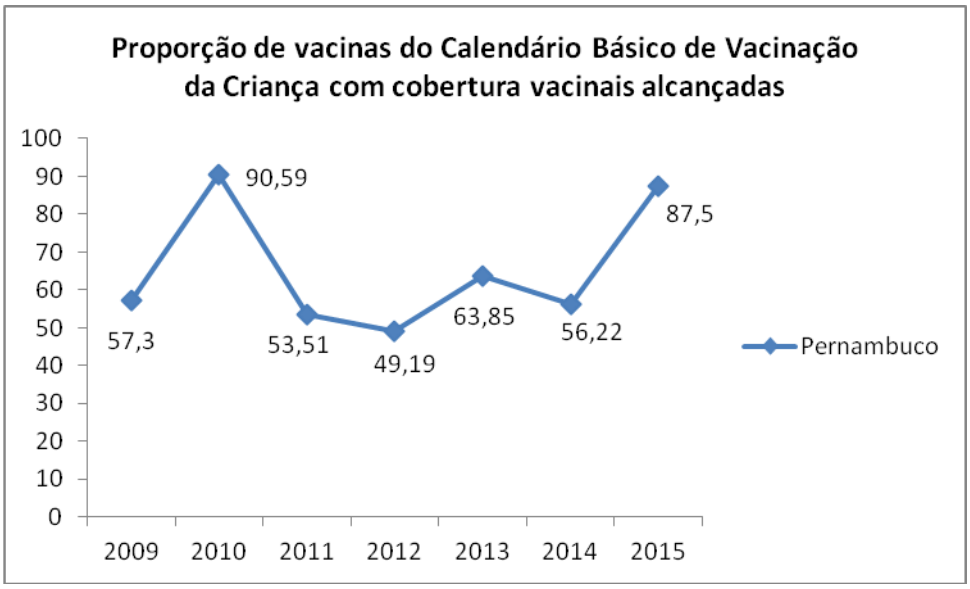
Parâmetro Nacional para Referencia: (MnC) ≥ 95%

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

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



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



Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIAPI)/ Datasus
Dados atualizados em 10/12/2015. Cobertura janeiro - setembro de 2015

ANÁLISE:

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

O estado de Pernambuco em 2015 apresenta 87,5% de municípios com cobertura vacinal alcançada.

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

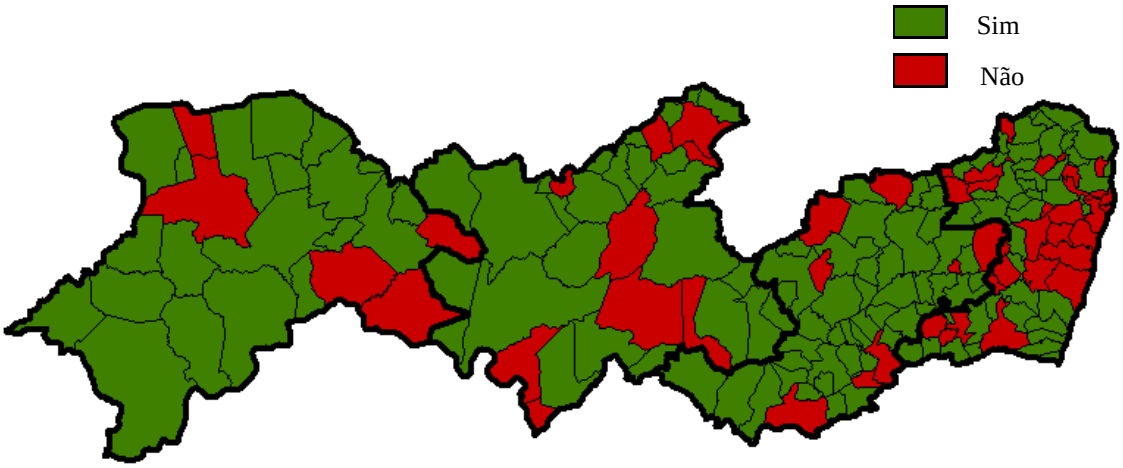
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

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

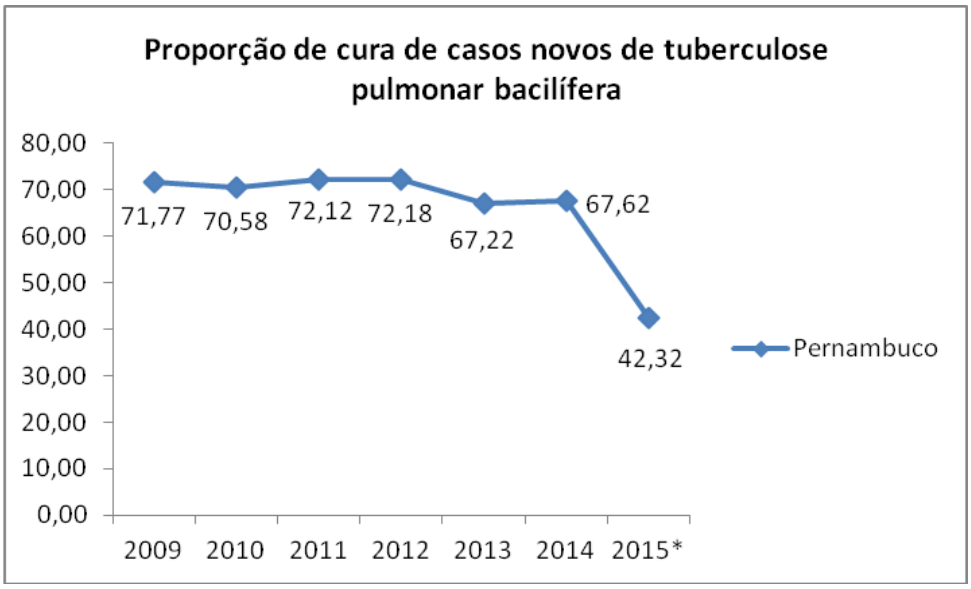
Indicador 36 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	**2013**	**2015**	**2015** (referente ao ano de 2014)	**2016**
	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera: Meta 2013 ≥ 85%	70%	70,3%	75%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados}}{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Raíssa Oliveira - 3184-0202 tuberculose.pe@gmail.com			



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



Fonte: Sinan/SES-PE
*Dados preliminares sujeitos a alterações. Atualizados em 06.06.2016.

ANÁLISE:

O indicador de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera para 2015 é analisado a partir dos resultados do ano anterior (2014). Os resultados mostram até presente momento uma proporção 67,6% de cura nos casos novos de tuberculose.

Houve mudanças no método de cálculo do indicador devido à implantação da nova ficha de notificação de tuberculose em 2015 e aos novos métodos de diagnóstico da doença.

Algumas dificuldades encontradas pela área técnica estadual dizem respeito ao subregistro das notificações em tempo oportuno, a baixa realização da cultura de retratamento, dentre outras que impactam negativamente no resultado do indicador.

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

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

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

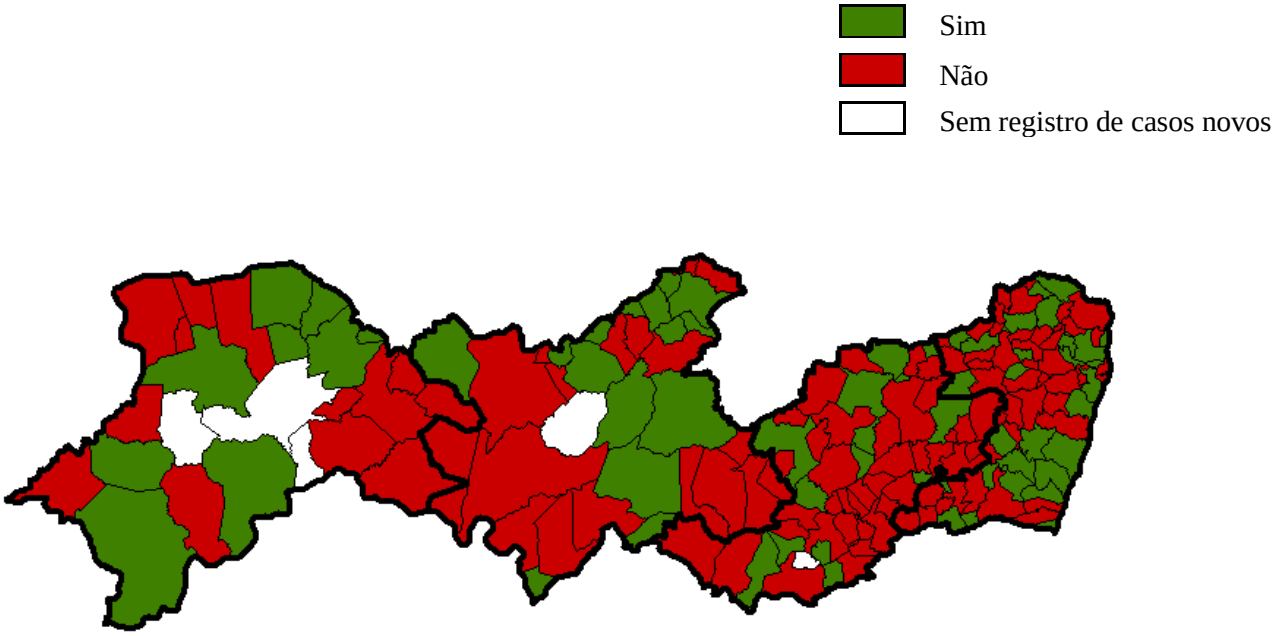
A infecção por HIV modificou não apenas a tendência epidemiológica da tuberculose, mas também sua apresentação clínica.

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

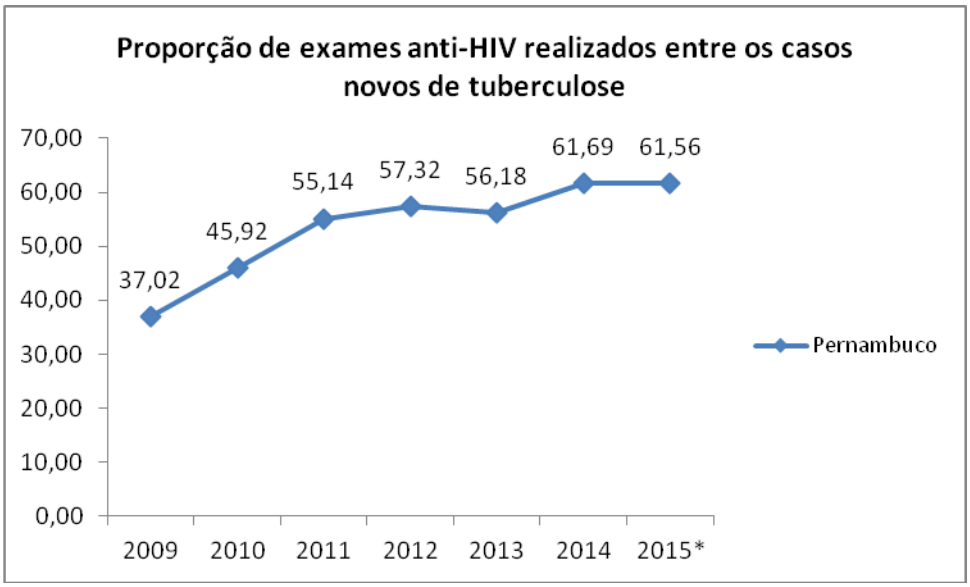
No entanto, a solicitação de anti-HIV para a tuberculose não é normatizada em nosso país e o exame é realizado de acordo com o critério do médico e somente com a autorização do paciente. As razões desta pouca atenção podem ir desde a falta de supervisão e reciclagem, sobrecarga de consultas, carência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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose **Meta: 100% dos casos**	75%	64,9%	75%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de Aids, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado}}{\text{Total de casos novos tuberculose diagnosticados}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Cândida Ribeiro - 3184-0202 tuberculose.pe@gmail.com			



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



Fonte: Sinan/SES- 01.04.2016
*Dados provisórios, sujeitos à revisão.

ANÁLISE:

No ano de 2015, houve melhora do indicador em Pernambuco em relação ao mesmo período do ano anterior, obtendo um incremento de 8,5% no número de exames anti HIV realizados entre casos novos de tuberculose. Porém, ainda são necessários avanços no que concerne a articulação entre os Programas de TB e DST/AIDS e a sensibilização dos profissionais matriciados quanto à importância epidemiológica da co-infecção TB/HIV.

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

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

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

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

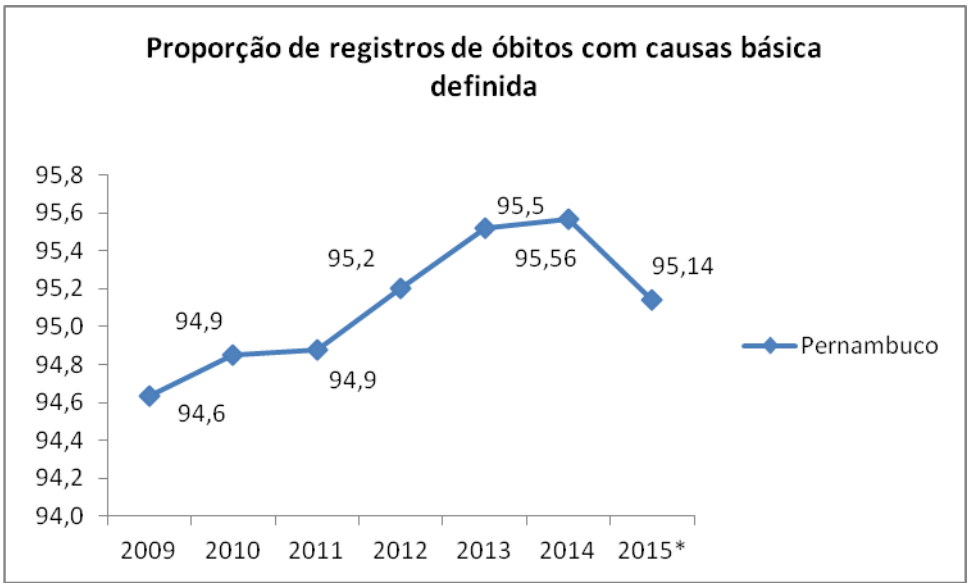
Os registros de óbitos representam importante fonte de informação para a avaliação do estado de saúde da população sendo muitas vezes e para muitas regiões do país, a única fonte disponível, seja para análise epidemiológica ou mesmo para o planejamento e administração em saúde. Dada à relevância das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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	**2013**	**2015**	**2015** (referente ao ano de 2014)	**2016**
	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida Meta: 90%	95,0%	95,56%	95%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.			

Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF $\frac{\text{Total de óbitos não fetais com causa básica definida}}{\text{Total de óbitos não fetais}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Barbara Figueiroa – SIM - 3184-0196 gmvevpe@gmail.com

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



Fonte: SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE
*Dados sujeitos a revisão. Captados em: 15/06/2016

ANÁLISE:

A participação proporcional dos óbitos com causa definida possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade. Percentuais abaixo de 90% indicam dados de baixa qualidade e subestimam outras causas de morte.

Em 2015, Pernambuco alcançou 95,1% de registros de óbitos com causa básica definida, no entanto, os dados ainda estão sujeitos a alterações, em virtude da regulamentação de digitação oportuna do SIM no prazo de até 60 dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito.

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 (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação

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

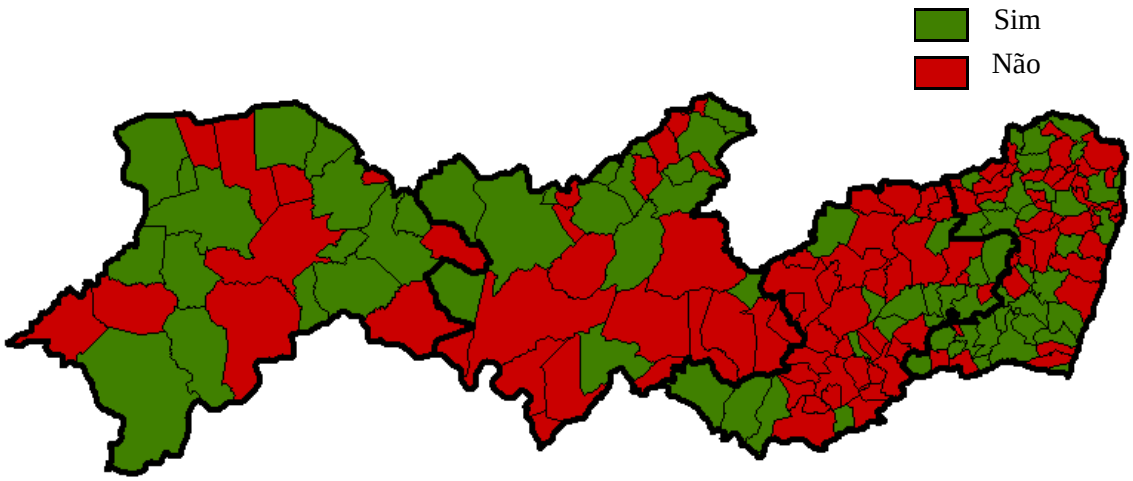
O Sinan operacionaliza 2 grupos de agravos para o encerramento oportuno: agravos encerrados com 60 dias após a data de notificação e agravos com encerramento em 180 dias após a data de notificação.

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

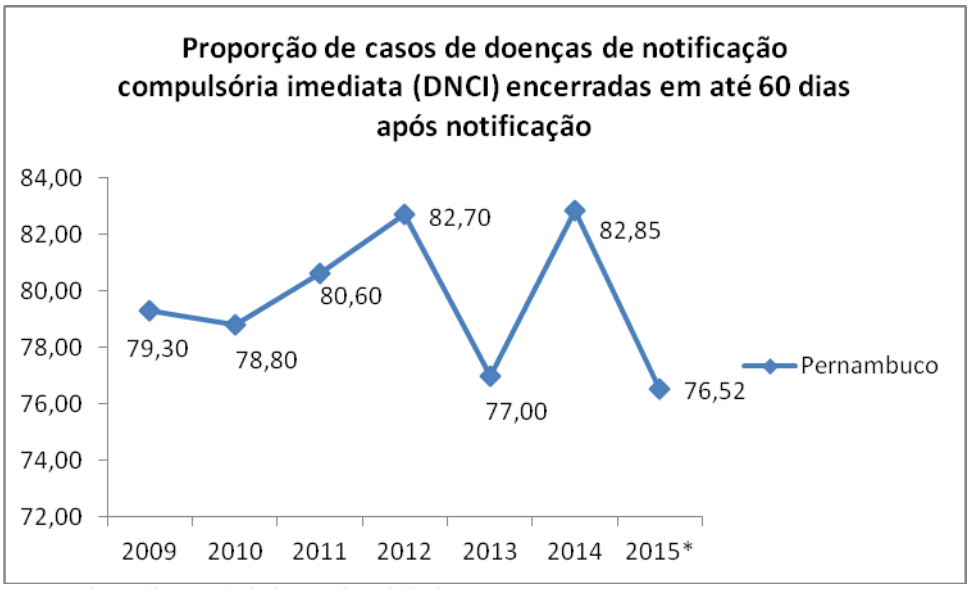
A informação da investigação concluída oportunamente fornece o conhecimento de casos confirmados e descartados e, por conseguinte permite orientar a aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil.

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação	80%	76,52%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF . $\frac{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação}}{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação}} \times 100$			
Fonte	Base de dados de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Andréa Barbosa – Sinan - 3184-0122 sinan@saude.pe.gov.br			



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



Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE
O resultado deste indicador apresenta-se sujeito à revisão, uma vez que Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e Hepatites Virais podem ter como prazo de encerramento até junho/2016.

ANÁLISE:

Entre 2014 e 2015, a proporção de casos de DNCI encerradas em até 60 dias após notificação, passou de 76,10% para 76,52%. Ressalta-se que esse resultado está sujeito à alteração, uma vez que Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e Hepatites Virais podem ter o prazo de encerramento prolongado.

No ano de 2015, foi realizado um levantamento sistemático das doenças de notificação compulsória que ainda estavam dentro do prazo de encerramento oportuno, sendo encaminhado as Regionais, municípios e áreas técnicas, visando à melhoria do indicador. Essa ação foi incluída na rotina da área técnica estadual tendo periodicidade mensal.

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

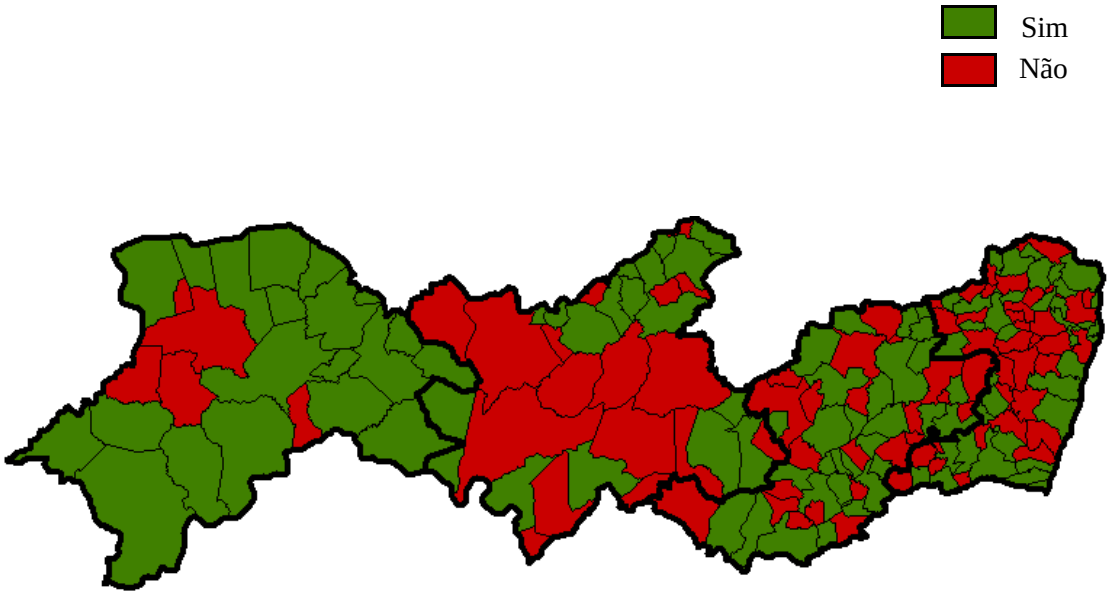
Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

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

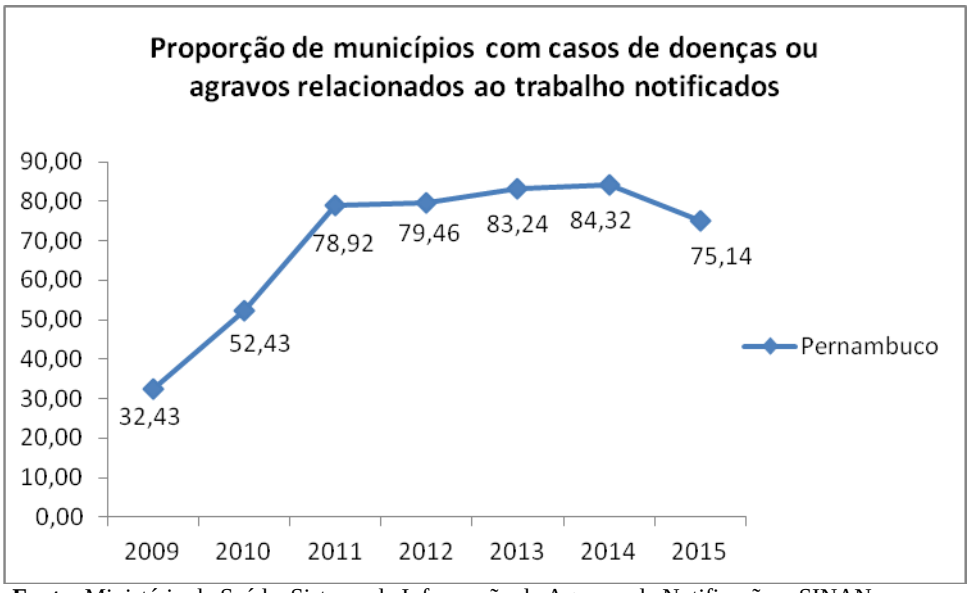
Os acidentes de trabalho têm expressiva morbimortalidade, constituindo-se em importante problema de saúde pública. No Brasil, agravos relacionados ao trabalho representam aproximadamente 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência e mais de 70% dos benefícios acidentários da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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados Meta: 80% dos Municípios com pelo menos uma unidade de saúde com serviço de notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho implantado.	85%	77,3%	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	Adriana Guerra - 3184-0613 trabalhador.pe@gmail.com / cerestestadualpe@gmail.com			



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



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

ANÁLISE:

Embora tenha se intensificado os treinamentos voltados para os profissionais da assistência e vigilância nos municípios, visando redução da subnotificação, sobretudo dos agravos de notificação universal, não foi possível atingir a meta estipulada. Apesar disso, houve acréscimo na quantidade de municípios com casos notificados em relação ao ano anterior.

Ademais, em alguns municípios foi identificado o acúmulo de fichas a serem digitadas no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), o que também pode ter contribuído para o não cumprimento da meta.

Em função das modificações ocorridas nas portarias vigentes (204/16 e 205/16), está prevista estruturação da rede de vigilância e intensificação dos treinamentos dos profissionais; de forma a contribuir com a melhoria da cobertura e da qualidade das informações em saúde do trabalhador.

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

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

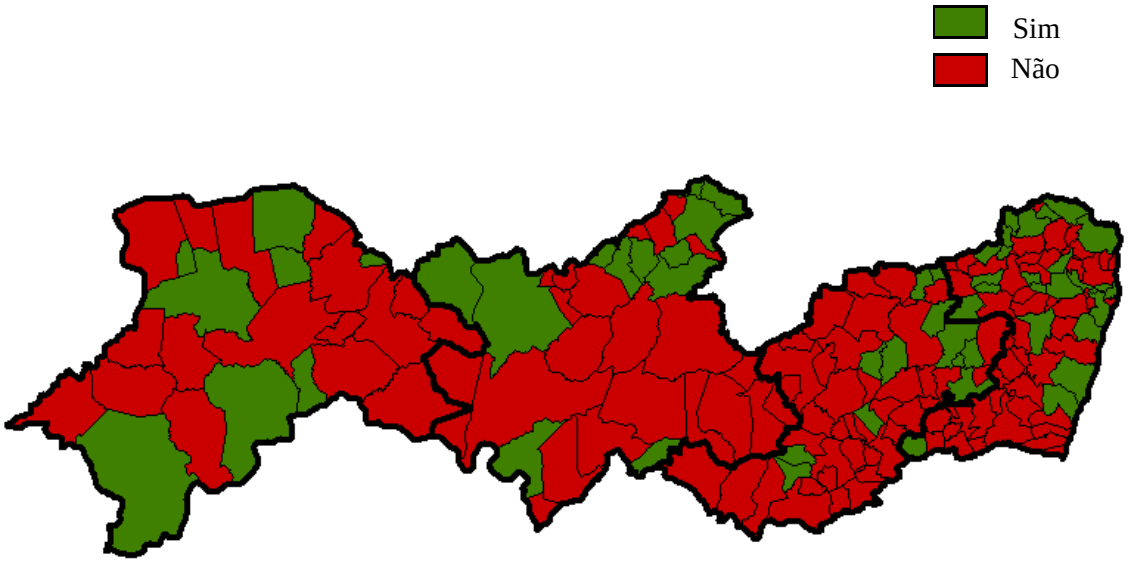
Indicador 41 - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

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

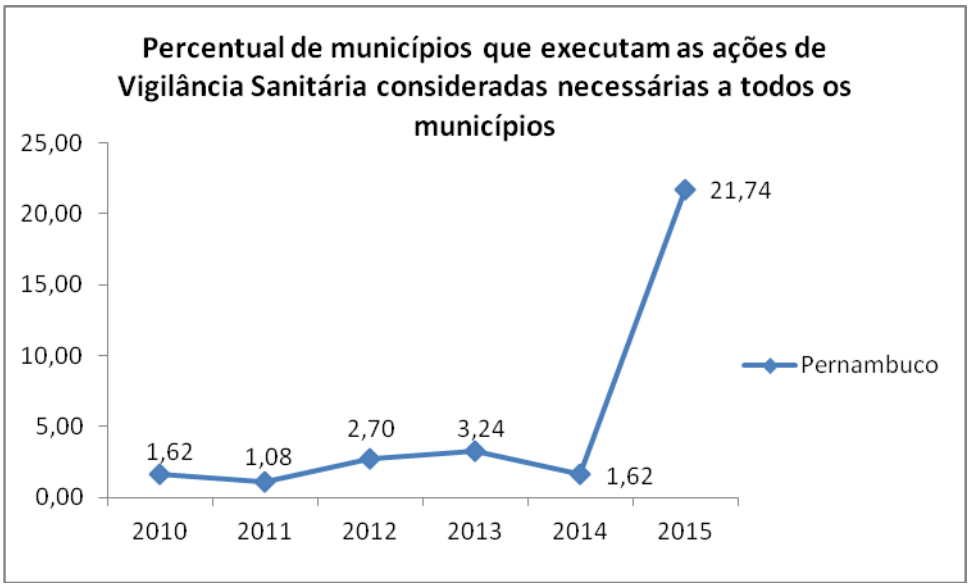
É incontestável a necessidade de organização dos serviços de vigilância sanitária, apoiados no processo de planejamento e avaliação e em normas técnicas e bases jurídicas. Para isso é fundamental o acesso às informações e a construção e uso de indicadores. A prática de utilização de indicadores em vigilância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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	100% dos municípios, executando todas as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias.	10%	21,74%	30%
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	<u>Método de Cálculo Regional, Estadual</u> $\frac{\text{Número de municípios que executam todas as ações de Vigilâncias Sanitárias consideradas necessárias.}}{\text{Número de municípios}} \times 100$ <u>Método de Cálculo Municipal e DF</u> $\frac{\text{Número de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias, realizadas no município.}}{\text{Total de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias}} \times 100$			

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



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



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
*Dados sujeitos a revisão. Captados em: 11/04/2016

ANÁLISE:

A partir de 2014, o indicador 41 passou a tomar como passe de cálculo as “7 ações abaixo discriminadas”, fato este que não constava do planejamento para 2014:

01.02.01.007-2 - Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária

01.02.01.052-8 - Instauração de Processo Administrativo Sanitário

01.02.01.017-0 - Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária

01.02.01.022-6 - Atividade Educativa para a População

01.02.01.005-6 - Atividade Educativa para o Setor Regulado

01.02.01.023-4 - Recebimento de Denúncias/Reclamações

01.02.01.024-2 - Atendimento a Denúncias/Reclamações

Como o cumprimento dessa meta não depende da APEVISA, mas exclusivamente das VISAs municipais. A APEVISA encaminhou comunicados aos municípios solicitando o envio desses dados, além de ter incrementado as supervisões nos municípios visando intensificar a realização das ações que compõem esse indicador.

Em 2015, o resultado do indicador 41 (21,74%) foi superior a meta pactuada para o referido ano (10%). Nesse sentido, a expectativa para 2016 é alcançar uma meta ainda maior.

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

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

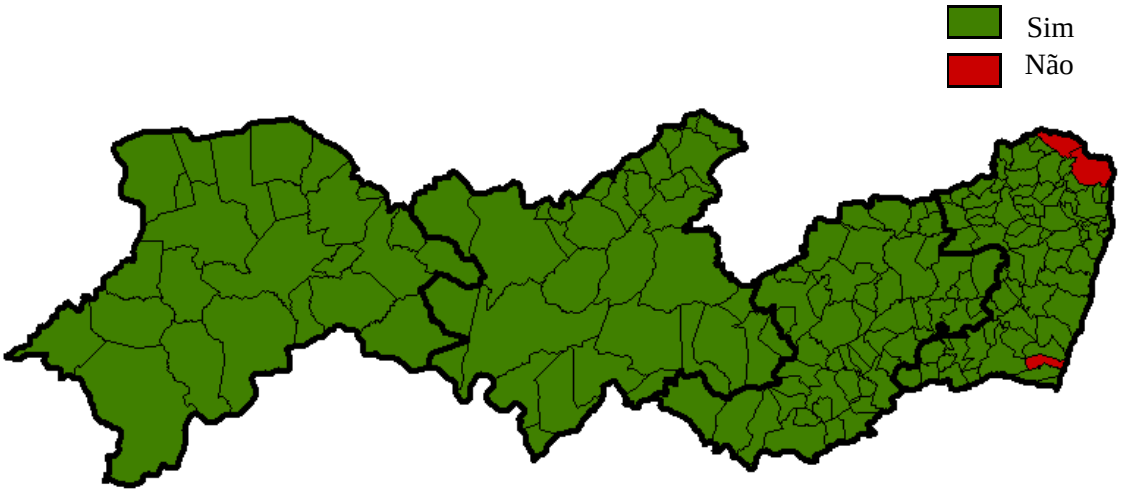
Indicador 42 - Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos

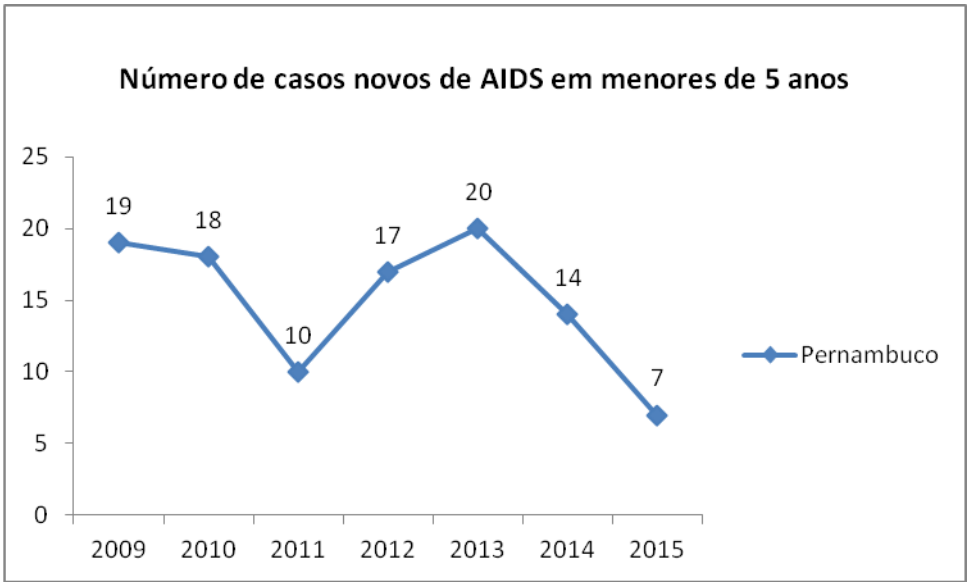
A incidência de AIDS em menores de 5 anos constitui importante marcador de assistência à saúde. O monitoramento e avaliação periódica desse indicador tornam-se importante ferramenta para a construção do diagnóstico situacional da assistência à saúde no pré-natal/parto/puerpério.

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos **Meta:** redução de 10% a cada ano A meta municipal será pactuada de acordo com a linha de base local.	Redução de 10% (Até 13 casos notificados)	7 casos notificados	11 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

ANÁLISE:

De 2013 a 2015, o estado vem apresentando uma significativa redução dos casos de aids entre as crianças menores de 5 anos. Observa-se ainda uma queda maior no último ano, uma vez que foram notificados apenas 04 casos comparados aos 16 do ano de 2014.

Em 2015 foram realizados 12 treinamentos para teste rápido no Estado contemplando 114 profissionais de saúde. Esses profissionais estão distribuídos em unidades básicas de saúde, unidades de saúde hospitalar, unidades de saúde prisionais e unidades laboratoriais.

Ainda em 2015, foram realizados 279.164 testes rápidos de HIV sendo que 60% destes em gestantes ou parturientes levando a implementação do acesso ao diagnóstico. Essas ações podem ter contribuído para a prevenção da transmissão vertical da infecção

pelo HIV. Contudo, esses dados são parciais e estão sujeitos à revisão, coletados em abril de 2016, sendo necessário aguardar a contabilização do total de casos pelo Sinan para concluir a análise.

A meta para 2016 foi baseada nas estratégias para controle adotadas, como:

- Ampliação da testagem rápida para a Atenção Primária e Unidade de Saúde Prisional e laboratório municipal;
- Aumento do número de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Assistência Especializada (SAE);
- Aumento do número de unidades de saúde com oferta da medicação ARV (antirretroviral) e para infecções oportunistas, além da fórmula infantil (leite).

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

Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

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

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

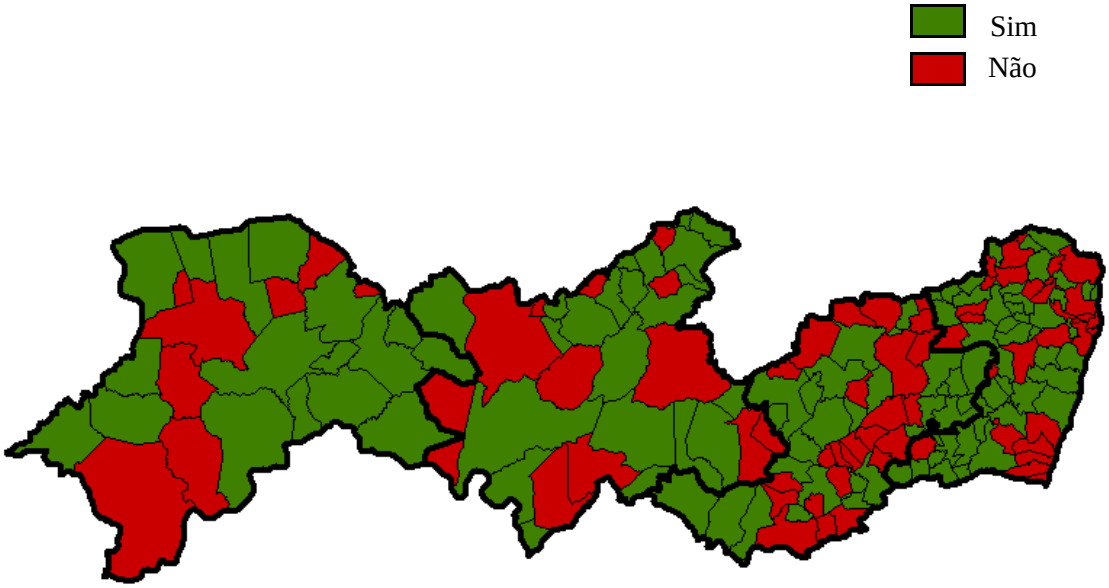
Quando diagnosticada e tratada tardiamente, a hanseníase pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares, não apenas lesões que os incapacitam fisicamente, mas, sobretudo, pelas repercussões psicossociais, em decorrência de preconceitos, medos e rejeições por parte da sociedade.

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

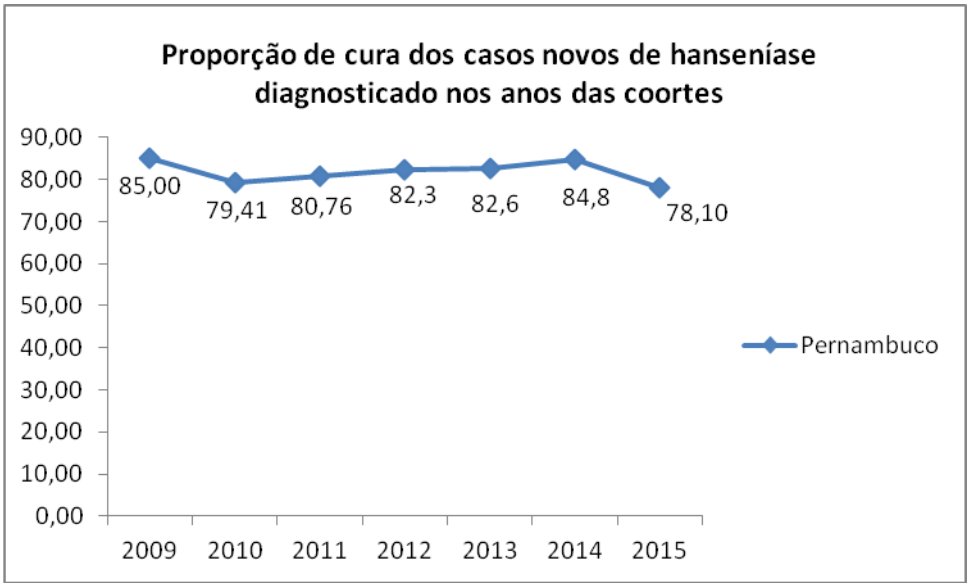
O indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde para hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacitantes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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	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.	85%	78,10 %	85%
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na			

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



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



Fonte: SINAN/PCH/SEVS/PE. Dados tabulados em 12/04/2016. * Anos das Coortes: Casos novos Paucibacilares que entraram no ano de 2014 e casos novos multibacilares que entraram no ano de 2013.

ANÁLISE:

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

Alguns entraves encontrados dizem respeito à baixa adesão dos municípios na realização das rotinas do SINAN, a alta rotatividade dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) além da deficiência na integração entre a Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica municipal, prejudicando assim o fluxo das informações.

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

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

Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral

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

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

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

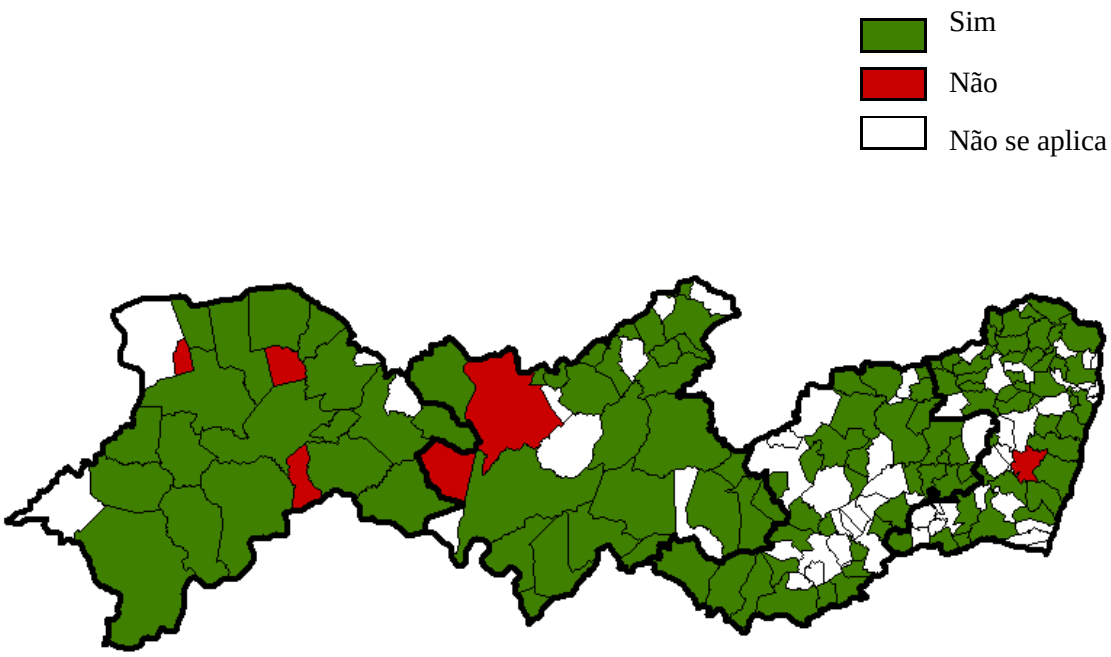
É uma zoonose emergente com ampla distribuição em países de clima tropical e subtropical. No Brasil apresenta grande relevância na saúde coletiva, com elevadas taxas de incidência e de letalidade.

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

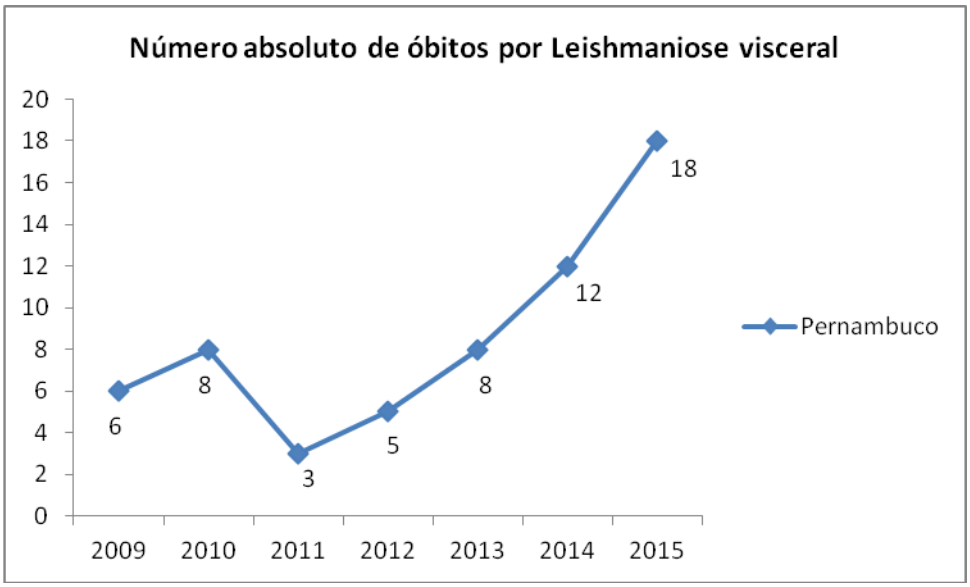
De forma geral, os estudos de indicadores epidemiológicos sobre os óbitos por leishmaniose visceral são importantes porque contribuem para sua melhor compreensão e sugerem aos gestores de saúde e ao serviço de vigilância a necessidade de priorizar e readequar as ações para a melhoria nos campos de assistência,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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	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.	12	18	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Mede, de forma indireta, a qualidade da assistência ao paciente de leishmaniose visceral (acesso, oportunidade no diagnóstico e manejo do paciente).			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral (casos novos e recidivas), por ano de notificação, por local residência.			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Francisco Duarte - 3184-0214 dfbezerra@hotmail.com			

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



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



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

ANÁLISE:

A redução da letalidade da leishmaniose visceral depende fundamentalmente das ações de diagnóstico e tratamento precoce.

Foram realizadas em 2015, capacitação em manejo clínico em 08 municípios, totalizando 197 profissionais, a fim de sensibilizá-los na identificação de pacientes com leishmaniose visceral, além de oficinas para apresentar a proposta do SANAR nos 11 municípios prioritários para leishmaniose, com participação de 123 profissionais.

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

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

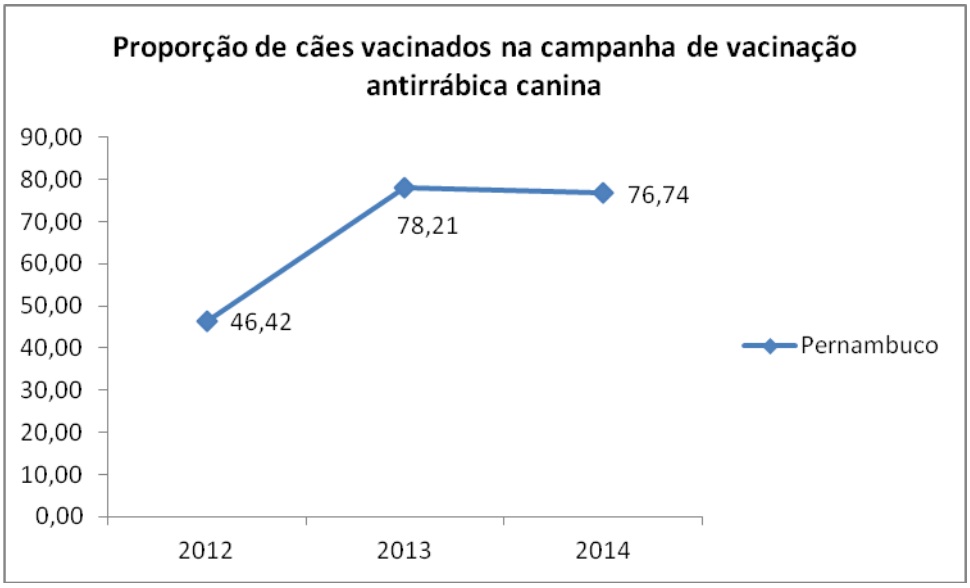
Indicador 48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha ≥ 80% de cobertura vacinal de cães	80%	No ano de 2015 o estado de Pernambuco não realizou a Campanha Nacional Antirrábica, tendo em vista o desabastecimento.	Indicador excluído do rol 2016
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

ANÁLISE:

Em 2015, o estado de Pernambuco não realizou a Campanha Nacional Antirrábica, tendo em vista o desabastecimento, porém não foi notificado nenhum caso de raiva canina e felina no referido ano.

O Estado não apresenta caso de raiva humana transmitida por cão há 10 anos, isto se deve, em parte, ao empenho dos municípios na realização das campanhas com cobertura igual e/ou superior a 80%.

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

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

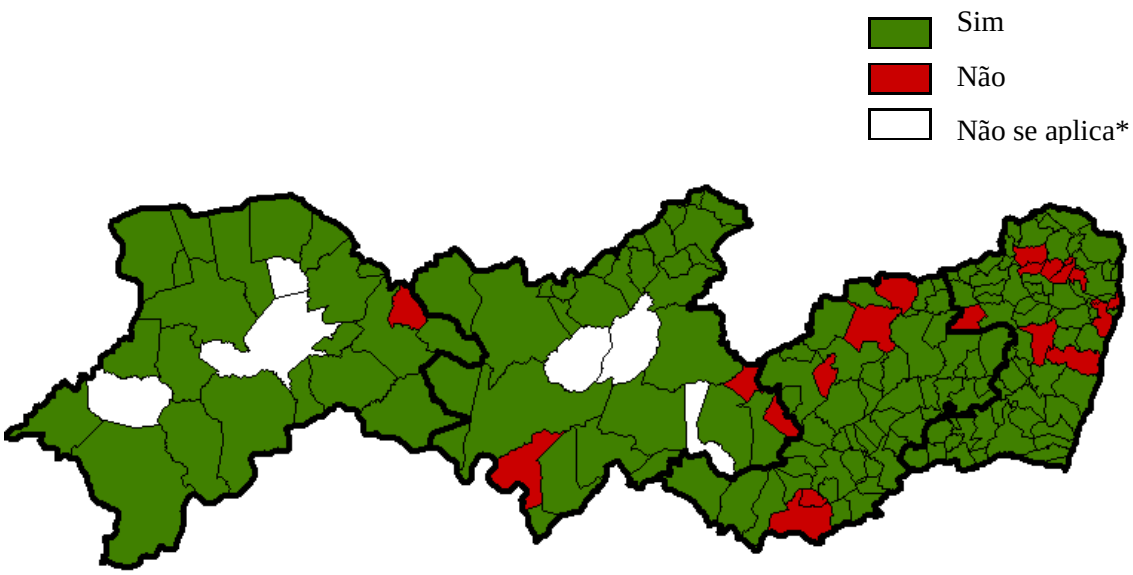
Indicador 51 - Número absoluto de óbitos por dengue

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

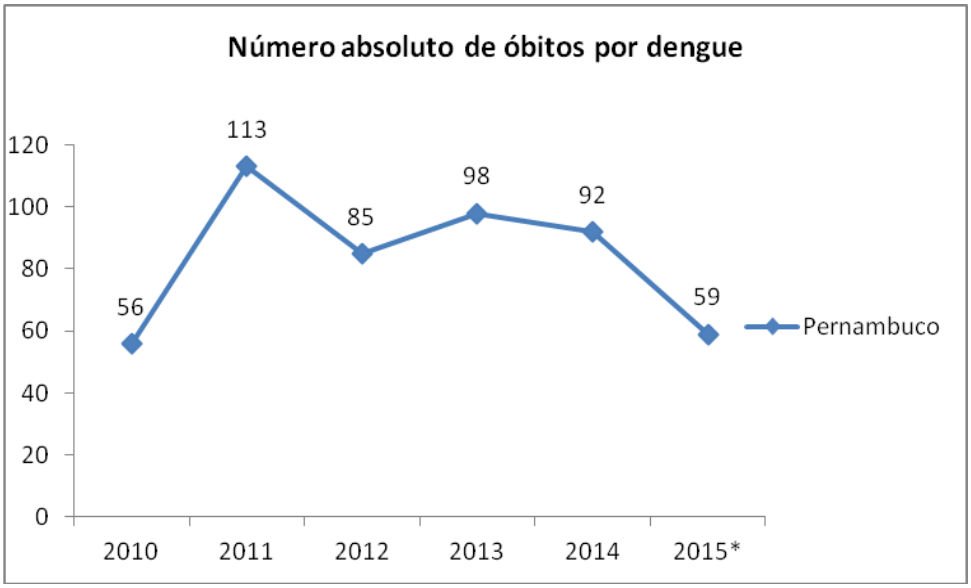
Atualmente, 50 milhões de casos são registrados no mundo, sendo que 500 mil são considerados graves, e 21 mil resultam em morte. A dengue afeta mais de 120 países principalmente nas regiões tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem sua proliferação, o que torna essa espécie predominantemente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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Número absoluto de óbitos por dengue	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue. Redução de 10% ao ano, nos municípios e regiões com 6 ou mais óbitos por dengue. No caso de municípios e regiões com 1 óbito, a redução, no ano seguinte, deve ser 100%; em locais com 2, 3, 4 e 5 óbitos, a redução deve ser de 1 óbito em cada município e região.	44 óbitos	59 óbitos	54 óbitos
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Reflete a qualidade da assistência ao paciente com dengue.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Número absoluto de óbitos por dengue no ano			
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).			
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Claudenice Pontes - 3184-0218 dengue@saude.pe.gov.br			



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



Fonte: Sinan-net/Sinan-online-SES
*Dados obtidos em 13/09/2016, sujeitos à alteração

ANÁLISE:

O ano de 2015 foi um ano epidêmico para dengue com a circulação dos quatro sorotipos virais, além disso, a sensibilização dos profissionais do SVO favoreceu na detecção de casos de dengue pós-óbito. Diante disso, sugerimos a meta de 54 casos confirmados para dengue, parâmetro baseado na meta 10% de redução em relação ao ano anterior.

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

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

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

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

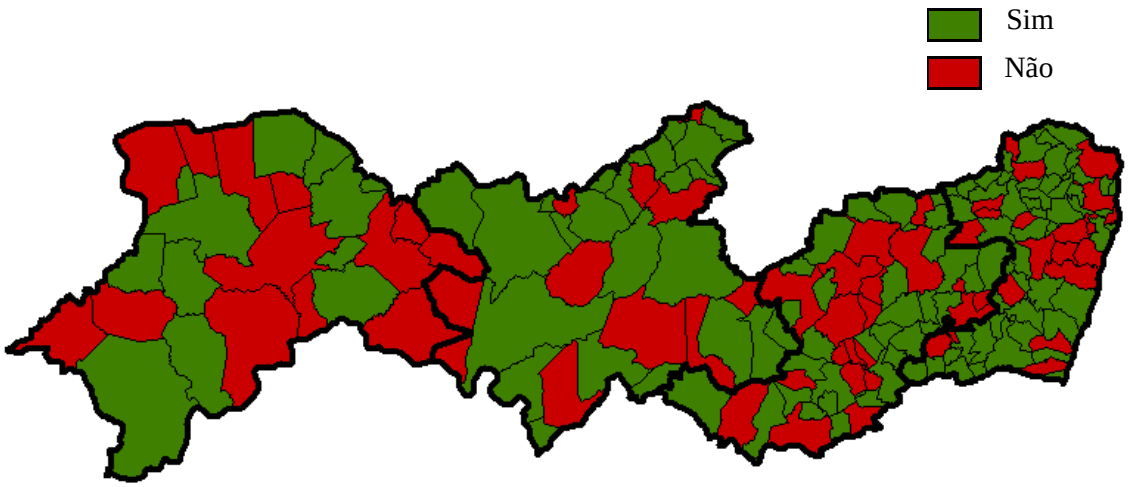
O componente de saneamento básico visa reduzir os criadouros potenciais do mosquito: mediante aporte suficiente de água para evitar o seu armazenamento em recipiente que servirão para ovoposição das fêmeas do vetor transmissor, proteção (cobertura) de recipientes úteis; combate físico e químico do vetor.

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo	75% dos municípios atingirem 80% de cobertura para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares	72,97% dos municípios atingiram 80% de cobertura, para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares	75% dos municípios atingirem 80% de cobertura para cada ciclo, em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares
Tipo de Indicador	Específico			
Relevância do Indicador	Evidencia do conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor, o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.			
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal e DF Passo 1: **Numerador:** Número de imóveis visitados em cada um dos 6 ciclos preconizados. **Denominador:** Número de imóveis da área urbana do município (Reconhecimento Geográfico) Passo 2: Somatório do número de ciclos realizados que atingiram 80% ou mais dos imóveis visitados.			

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



Os parâmetros apresentados referem-se as metas pactuadas pelos municípios, as quais, encontram-se nos cadernos das macrorregionais
Fonte: SINAN/SEVS/SES-PE. Dados captados em 06/07/2016, sujeitos à alteração.

ANÁLISE:

O resultado do indicador depende das atividades executadas pelos municípios, apenas a III, VII, IX, X e a XI Regional apresentaram mais de 75% dos municípios com no mínimo 80% de cobertura, em pelo menos 4 ciclos de visita.

A partir de dezembro, foram intensificadas as ações nos municípios com elevada incidência da doença, visando melhoria no percentual de cobertura de visitas, principalmente nos municípios com epidemia sustentada de Dengue e Chikungunya.

Por se tratar de uma atividade municipal e neste ano ocorrer eleições municipais impactando negativamente nas ações de vigilância e controle do vetor transmissor das arboviroses, sugerimos uma meta de 65%.

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

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

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

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

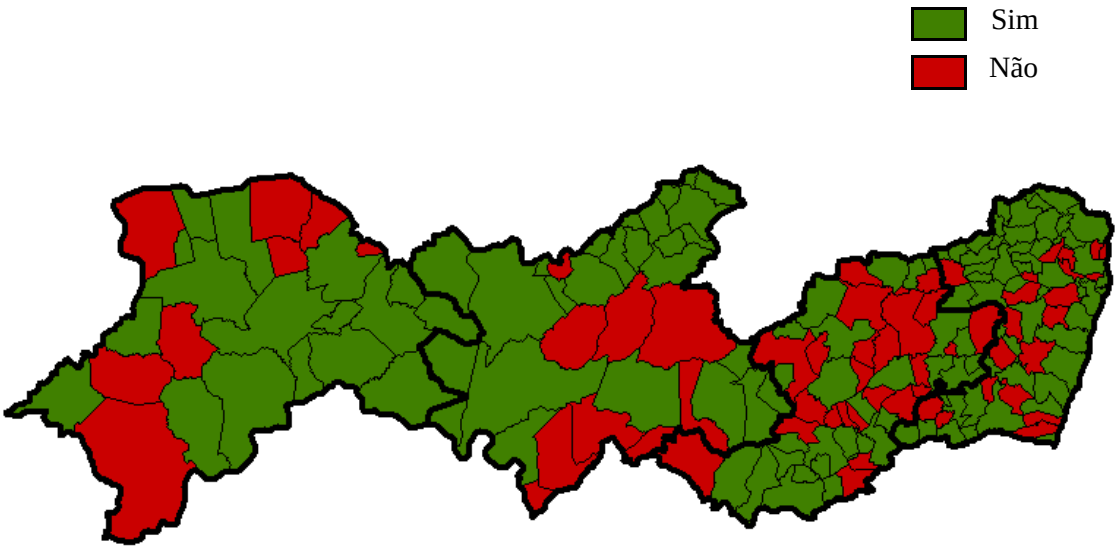
A portaria nº 2.214, publicada em 11 de dezembro de 2011, define os procedimentos da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade através de parâmetros analisados tais com:

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

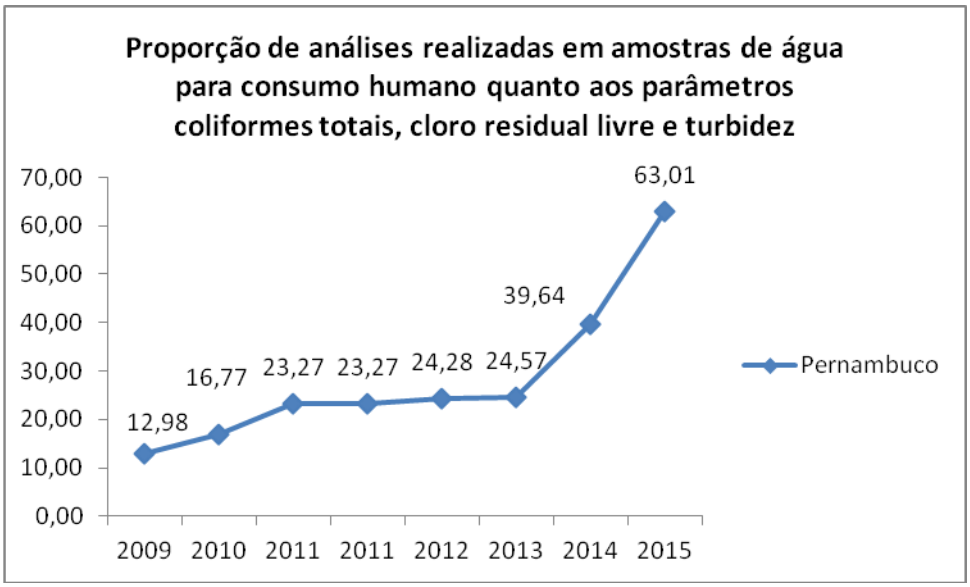
Embora o estabelecimento de um programa de vigilância da qualidade da água para consumo humano possa ser considerado um avanço, mas ainda existem muitos desafios a serem superados.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	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.	40%	63,01%	60%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Avalia a qualidade da água utilizada para consumo humano e possibilita a verificação se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos. É essencial à vigilância da qualidade da água para consumo humano.			
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Passo 1: Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT):			

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



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



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

ANÁLISE:

O plano de amostragem mínimo de Pernambuco, em 2015, foi de 28.992 amostras de água para análise dos parâmetros básicos obrigatórios. Foram realizadas 18.082 amostras para detecção de coliformes totais/E.coli (62,4%); 14.272 para turbidez (45,4%) e 15.230 para cloro residual livre (52,5%); obtendo-se aumento de 38,9%; 44,8% e 34,7% no número de amostras analisadas respectivamente, em relação ao ano de 2014.

Podemos inferir como responsáveis pelo incremento no percentual os seguintes: inclusão do parâmetro básico coliformes totais/E. coli na pactuação do PQA-VS;

melhoria dos instrumentos de monitoramento da área técnica; qualidade técnica de algumas equipes do Vigiágua Regional e apoio laboratorial da unidade Móvel da Funasa para análise de água dos municípios das III e XII Geres.

As dificuldades encontradas referem-se: III, VII, VIII, X, XI e XII com a Vigilância em Saúde ambiental parcialmente implantada; atraso na conclusão da reforma da III Geres e no Nível Central; limitação da utilização de veículos. Outros entraves, mas que já foram resolvidos no indicador dizem respeito a: problemas no processo de licitação da compra dos substratos cromogênicos e a retenção do produto no SaúdeLog.

Na esfera municipal, temos: baixa qualidade técnica; recursos humanos insuficientes; baixo apoio institucional (indisponibilidade de veículo nos dias de coleta, falta de material de campo; falta ou internet de baixa qualidade).

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

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

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

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

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

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

Houve avanços na Política de Educação na Saúde do SUS/PE de forma descentralizada e regionalizada principalmente com implantação dos programas de residência em área profissional vinculados à Comissão de Residência Multiprofissional da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - COREMU ESPPE e maior atuação da Comissão de Integração de Ensino e Serviço - CIES Regionais. Identifica-se dificuldade de mensurar este indicador, uma vez que as ações de educação permanente são descentralizadas e de responsabilidade tripartite, o que pode acarretar sobreposição de ações e consequentemente de informações, bem como o impacto dos processos de educação permanente ocorrem de maneira gradual e processual no cotidiano dos serviços de saúde.

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	70%	76%	70%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Verificar a implantação/execução das ações de educação permanente em saúde apontadas no Plano Regional.			
Método de Cálculo	Método de cálculo Regional, Estadual e DF: $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas}}{\text{Número de ações propostas no Plano Regional/Estadual de Educação Permanente em Saúde}} \times 100$			

	Método de cálculo Municipal: $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas pelo Município}}{\text{Número de ações propostas para o município no PAREPS}} \times 100$
Fonte	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde e Relatório Anual encaminhado ao DEGES/SGTES/MS.
Responsável pelo Monitoramento no Estado	Juliana Siqueira - 3184-0031 estagio.resid@saude.pe.gov.br / residencia@saude.pe.gov.br

Em relação à pactuação para 2016, estabelecemos como parâmetro a mesma meta planejada em 2015 (70%). Justificamos a manutenção da meta uma vez que não há repasse do Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, desde 2011 e as ações de educação permanente em saúde no estado são desenvolvidas de forma tripartite.

As CIES regionais discutiram e elencaram as prioridades dos atuais PAREPS para serem incluídas no Plano Estadual de Educação Permanente para o ano de 2016. A partir das necessidades identificadas nas CIES Regionais foram elencados na CIES Estadual três componentes prioritários: 1. Rede SUS Escola Regional; 2. Atenção Primária à Saúde; 3. Saúde da Mulher e da Criança. A partir disso, as prioridades regionais foram consolidadas no Plano Estadual de Educação Permanente.

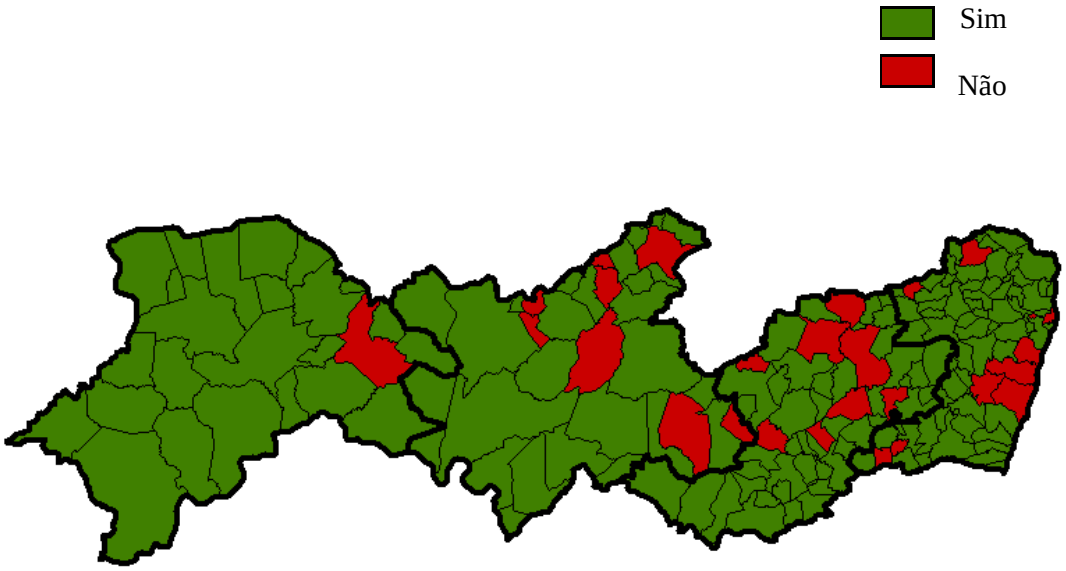
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais de saúde.

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

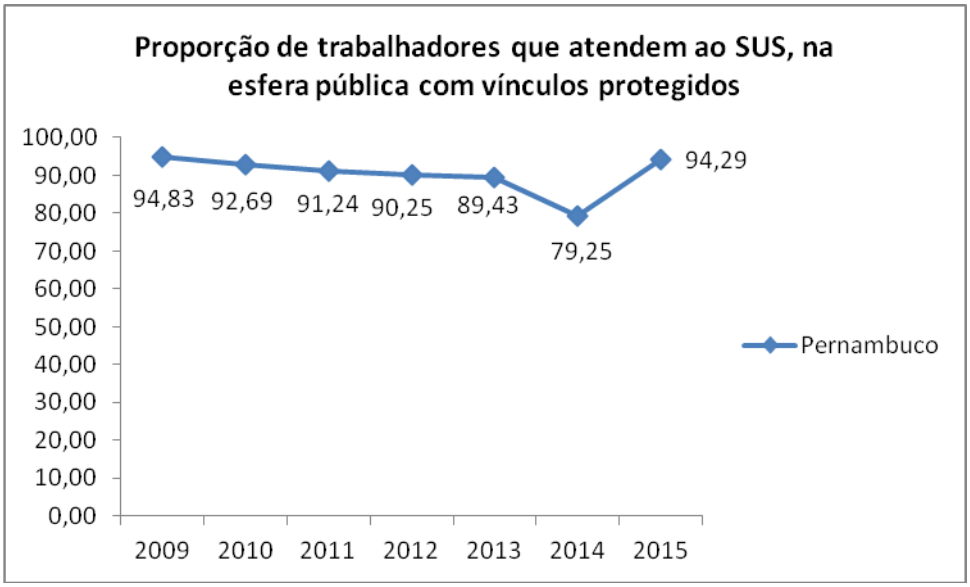
Indicador 61 - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	80,00%	94,29%	Indicador excluído do rol 2016
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Mensurar a proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, orientando as políticas de gestão do trabalho relacionadas à valorização e fixação dos trabalhadores nos Estados, DF e Municípios e União.			
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, estadual e DF $\frac{\text{Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES, em determinado local}}{\text{Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES, no mesmo local}} \times 100$ Método de Cálculo Regional $\frac{\text{Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES nos municípios da região}}{\text{Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES nos municípios da região.}} \times 100$			
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)			
Recomendações, observações e informações adicionais	Informações Adicionais: **1) Trabalhadores do SUS**: são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção a saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (Portaria nº 1.318, de 5 de junho de 2007). **2) Esfera pública:** corresponde a esfera administrativa pública a qual o			

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



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



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

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

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

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

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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	X% de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	100%	99,46%	100%
Tipo de Indicador	Universal			
Relevância do Indicador	Permite mensurar o quantitativo de Planos de Saúde enviados aos Conselhos de Saúde no país.			
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo Municipal, Estadual e DF</u> Número de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde **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

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

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

Indicador	Meta Brasil	Meta Estadual	Resultado Estadual	Meta Estadual
Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS	**2013**	**2015**	**2015**	**2016**
	Ampliar o percentual dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS	100% (184 municípios)	82,61% (152municípios)	Indicador excluído do rol 2016
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	<u>Método de Cálculo Municipal, Estadual e DF</u> Conselho de Saúde cadastro no SIACS **Observação:** Considerar 01 para o Conselho de Saúde com cadastro no SIAC <u>Método de cálculo Regional</u> $\frac{\text{Número de conselhos de saúde municipal cadastrados no SIACS}}{\text{Número de conselhos municipais de saúde da região}} \times 100$			
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 na Saúde da Família.

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

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

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

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

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

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

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

AAMM: Ano e mês da competência em análise

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

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

Ocupação-Múltiplo: 223208 CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA

223293 CIRURGIAO DENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

223272- CIRURGIAO DENTISTA DE SAUDE COLETIVA DENTISTA DE SAUDE COLETIVA

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

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

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

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

De: "*Ocupação-Único*"

Para: "*Ocupação-Múltiplo*".

Foi incluída a seguinte observação após Passo IV:

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

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

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

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

a) alteração no campo fonte:

De:

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

Para:

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

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

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

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

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

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

Alta por outros motivos

Transferência para internação domiciliar

Óbito com DO fornecida pelo médico assistente

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

Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido

Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido

Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido

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

Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido

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

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

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

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

De:

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

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

Para:

"Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

Quantidade aprovada

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Complexidade do procedimento = Média complexidade.

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

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

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

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

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

Inten. obstétricas clínicas: Do código 0303100010 ao 0303109999

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

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

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

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

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

De:

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

Para:

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

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

De:

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

Para:

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

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

Indicador 22 - Número de teste de sífilis por gestante

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

De:

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

Para:

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

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

De:

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

Para:

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

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

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

De:

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

Para:

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

Indicador 24 - Taxa de Mortalidade Infantil

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

De:

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

Para:

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

Indicador 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

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

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

De:

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

Para:

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

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

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

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

Indicador 26 - Proporção de óbitos maternos investigados

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

De:

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

Para:

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

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

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

De:

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

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

Para:

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

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

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

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

De:

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

Para:

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

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

De:

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

Para:

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

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

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

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

De:

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

a)BCG- ID ≥90%

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

c)Pentavalente (DTP+Hib+HepB) ≥95%

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

d) Vacina contra Poliomielite ≥95%

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

e) Vacina Pneumocócica Conjugada (PnC10v) ≥95%

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

g) Vacina Hepatite B ≥95%

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

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

Influenza (INF) ≥ 80%"

Para:

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

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

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

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

De:

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

Para:

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

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

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

De:

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

Para:

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

Indicador 47 - Número absoluto de óbitos por Leishmaniose visceral

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

De:

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

Para:

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