Ministério da Saúde

SÉRIE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA VOLUME – 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNO DE DIRETRIZES,

Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015

Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

Brasília – DF
2013

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

SÉRIE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA VOLUME – 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Articulação Interfederativa

CADERNO DE DIRETRIZES,

Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasília – DF
2013

© 2013 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 10.000 exemplares
Série Articulação Interfederativa, v.1.

Elaboração, distibuição e Informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Articulação Interfederativa
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G
2º andar, sala 221
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Fone: (61) 3315-3574
Fax: (61) 3226-9737
Site: www.saude.gov.br/dai
E-mail: dai@saude.gov.br

Organização:
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP
Odorico Monteiro de Andrade
Departamento de Articulação Interfederativa – DAI
André Luís Bonifácio de Carvalho
Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa – CGAIG
Gisela da Costa Mascarenhas
Coordenação do Processo de Definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa – CGAIG

Organização do Caderno:
Dorian Chim Smarzaro
Gisela da Costa Mascarenhas
Núbia de Lima Freire
Renata Florêncio Santiago

Elaboração:
Este Caderno foi construído pelas secretarias e órgãos do Ministério da Saúde que guardam interface com o processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015, no âmbito dos Grupos Executivos: Planejamento do SUS e Contrato Organizativo da Ação Pública.

Capa:
Cleison Lima Moura – SGEP

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Amanda Soares
Revisão: Khamila Silva
Projeto gráfico e diagramação: Marcus Munici
Supervisão editorial: Débora Flaeschen

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa.
Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
156 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1)

ISBN 978-85-334-2031-1

1. Planejamento em saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Regionalização. 4. Gestão em Saúde. 5. Indicadores Básicos de Saúde. 6. Indicadores de Gestão I. Título. II. Série.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0387

Títulos para indexação:
Em inglês: Guidelines booklet, objectives, aims and indicators: 2013 – 2015.
Em espanhol: Cuaderno de directrices, objectivos, metas e indicadores: 2013 – 2015.

Lista de Figura

Figura 1 – Planejamento regional integrado.....14

Lista de Quadros

Quadro 1 – Indicadores: relatório quadrimestral....17

Quadro 2 – Quadro de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Coap....19

Quadro 3 – Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015....21

Quadro 4 – Indicador 1: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica....31

Quadro 5 – Indicador 2: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – Icsab...34

Quadro 6 – Indicador 3: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família....37

Quadro 7 – Indicador 4: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal....38

Quadro 8 – Indicador 5: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada....40

Quadro 9 – Indicador 6: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos....41

Quadro 10 – Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente....43

Quadro 11 – Indicador 8: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente....44

Quadro 12 – Indicador 9: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente....46

Quadro 13 – Indicador 10: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente....48

Quadro 14 – Indicador 11: Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado....50

Quadro 15 – Indicador 12: Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado....51

Quadro 16 – Indicador 13: Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente....52

Quadro 17 – Indicador 14: Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)....53

Quadro 18 – Indicador 15: Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)....54

Quadro 19 – Indicador 16: Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192)...56

Quadro 20 – Indicador 17: Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.....57

Quadro 21 – Indicador 18: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária 58

Quadro 22 – Indicador 19: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.....59

Quadro 23 – Indicador 20: Proporção de parto normal.....60

Quadro 24 – Indicador 21: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.....61

Quadro 25 – Indicador 22: Número de testes de sífilis por gestante 62

Quadro 26 – Indicador 23: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.64

Quadro 27 – Indicador 24: Taxa de mortalidade infantil.....66

Quadro 28 – Indicador 25: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados 67

Quadro 29 – Indicador 26: Proporção de óbitos maternos investigados 69

Quadro 30 – Indicador 27: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.....71

Quadro 31 – Indicador 28: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade73

Quadro 32 – Indicador 29: Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – Caps.....74

Quadro 33 – Indicador 30a: Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas; e Indicador 30b - Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) 75

Quadro 34 – Indicador 31: Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo 77

Quadro 35 – Indicador 32: Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados.....79

Quadro 36 – Indicador 33: Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.....80

Quadro 37 – Indicador 34: Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados 81

Quadro 38 – Indicador 35: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.....82

Quadro 39 – Indicador 36: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera ...85

Quadro 40 – Indicador 37: Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose 88

Quadro 41 – Indicador 38: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida 90

Quadro 42 – Indicador 39: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação* 91

Quadro 43 – Indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados.....92

Quadro 44 – Indicador 41: Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.....94

Quadro 45 – Indicador 42: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.....96

Quadro 46 – Indicador 43: Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm^3 98

Quadro 47 – Indicador 44: Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.....100

Quadro 48 – Indicador 45: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes 101

Quadro 49 – Indicador 46: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.....103

Quadro 50 – Indicador 47: Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.....105

Quadro 51 – Indicador 48: Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina 106

Quadro 52 – Indicador 49: Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.....107

Quadro 53 – Indicador 50: Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.....109

Quadro 54 – Indicador 51: Número absoluto de óbitos por dengue 110

Quadro 55 – Indicador 52: Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue 111

Quadro 56 – Indicador 53: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez 113

Quadro 57 – Indicador 54: Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado.....116

Quadro 58 – Indicador 55: Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados 118

Quadro 59 – Indicador 56: Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.....120

Quadro 60 – Indicador 57: Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas 121

Quadro 61 – Indicador 58: Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva.....123

Quadro 62 – Indicador 59: Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental 124

Quadro 63 – Indicador 60: Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados 125

Quadro 64 – Indicador 61: Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.....126

Quadro 65 – Indicador 62: Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento 128

Quadro 66 – Indicador 63: Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde.....130

Quadro 67 – Indicador 64: Proporção conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs) 131

Quadro 68 – Indicador 65: Proporção de municípios com ouvidoria implantada.....133

Quadro 69 – Indicador 66: Componente do SNA estruturado 135

Quadro 70 – Indicador 67: Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.....137

Sumário

Apresentação **11**

1 Orientações para a Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os Anos de 2013 – 2015 ..... **13**

1.1 Introdução 13

1.2 Planejamento em Saúde 13

1.3 Diretrizes e objetivos 15

1.4 Metas 15

1.5 Indicadores 15

1.5.1 Monitoramento e avaliação 16

1.6 Registro das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015, no aplicativo Sispacto 17

1.7 Formalização das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015, no Coap 18

1.7.1 Responsabilidades individuais 19

1.7.2 Temporalidade das metas do Coap 20

2 Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015 ..... **21**

3 Fichas de Qualificação dos Indicadores da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os Anos de 2013 – 2015 ..... **31**

Apêndice A – Procedimentos a serem considerados no cálculo dos indicadores **139**

Anexo A – Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013 ..... **145**

Apresentação

Passados 25 anos do processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), nos quais houve a edição de uma série importante de leis e normas com vistas ao fortalecimento e consolidação de uma saúde pública de acesso universal pode-se apontar entre os avanços alcançados, o processo de descentralização da gestão e os novos paradigmas sobre sua organização e funcionamento na busca de atender a atual realidade social e política do País, fato que tornou necessária a proposição de novos elementos institucionalizantes.

Nesta perspectiva a publicação do Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, ao regulamentar aspectos da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, no tocante ao planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa e a regionalização, entre outros aspectos, cumpre o seu papel no aprimoramento dos processos e práticas inerentes a um novo ciclo de gestão no SUS.

Assim, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pactuaram em 28 de fevereiro de 2013, sete premissas norteadoras para a definição do processo de pactuação de indicadores. Com base nessas premissas, em 21 de março de 2013, foram definidas de forma tripartite as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015, com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap).

O presente caderno dispõe sobre rol único de indicadores a ser utilizado pelos gestores no processo de planejamento de cada ente, em consonância com o planejamento regional integrado, e na formalização do Coap. Visando auxiliar os entes federados na definição das metas, este caderno apresenta orientações relativas ao processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015, bem como, as fichas de qualificação de cada indicador, com o detalhamento das diretrizes, objetivos e metas aos quais estão vinculados, além dos métodos de cálculo, fonte dos dados e relevância dos indicadores incluindo as informações necessárias para sua utilização.

Ressalta-se que o documento é produto das discussões promovidas pelo Comitê Gestor do Decreto nº 7.508/11 por meio dos Grupos Executivos do Planejamento do SUS e do Coap, compostos por representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde que atuaram conjuntamente, e do Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite.

Com intuito de fortalecer a construção dos processos e práticas do Planejamento Integrado do SUS neste novo ciclo de gestão, o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS), inicia com este caderno, a série Articulação Interfederativa, que expressará elementos da gestão compartilhada para o atendimento dos dispositivos do Decreto n° 7.508/11.

Ministério da Saúde

1 Orientações para a Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os Anos de 2013 – 2015

1.1 Introdução

A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19 junho de 2013, estabelece as *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 – 2015*, com vistas ao fortalecimento do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap).

Neste sentido, foi definido um rol único de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS (plano de saúde, programação anual de saúde e relatórios de gestão) e no Coap.

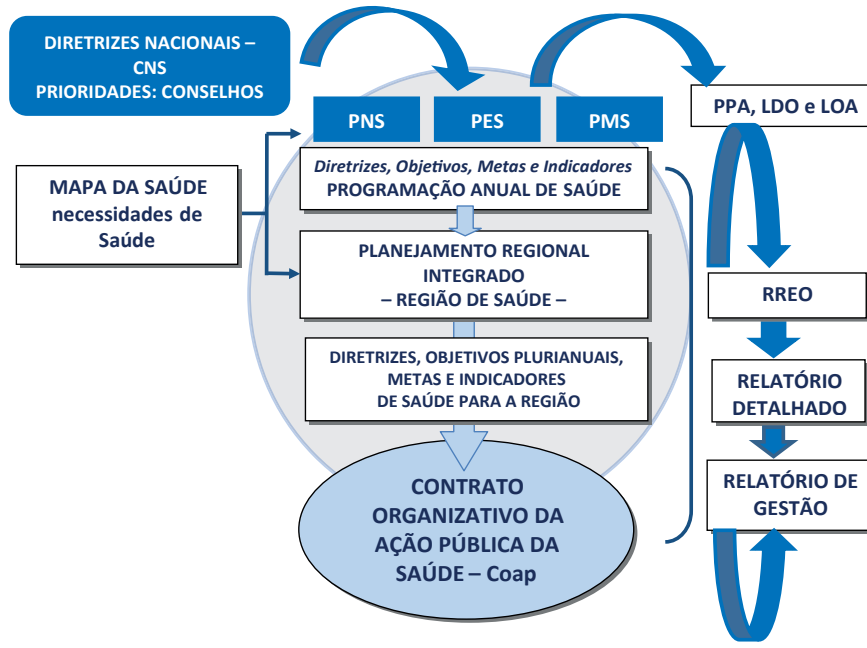
Sendo assim, o Ministério da Saúde disponibiliza o presente documento de orientações do processo de *Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015,* objetivando auxiliar os entes federados na definição de metas. Ressalta-se que o documento é produto da discussão conjunta dos Grupos Executivos do Planejamento do SUS e do Coap que integram o Comitê Gestor do Decreto nº 7.508/11, e do GT de Gestão da Câmara Técnica da CIT.

1.2 Planejamento em Saúde

O Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012 inserem o planejamento da Saúde na centralidade da agenda da gestão. Sendo este um processo ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de Saúde com a disponibilidade de recursos financeiros e o estabelecimento de metas de Saúde.

A Figura 1 destaca a necessidade de que o planejamento da Saúde seja feito de forma integrada entre as esferas de gestão, realizado no âmbito regional, partindo do reconhecimento das dinâmicas presentes no território e que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios da região. Observa as diretrizes, objetivos e metas estabelecidos nos planos de saúde de cada ente federado, aprovados nos respectivos conselhos de Saúde.

Figura 1 – Planejamento regional integrado



Fonte : Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa (CGAIG/SGEP/MS).

Com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS e implementação do Coap, a Comissão Intergestores Tripartite, na 1ª Reunião Ordinária – 2013, ocorrida em 28 de fevereiro de 2013, pactuou premissas que nortearam a seleção das *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* para o período 2013 – 2015, a saber:

I. Harmonizar o processo de construção dos instrumentos de planejamento e a pactuação de indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde;

II. Manter vinculação com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS), onde houver aplicabilidade, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias, respeitado o § 4º do art. 30 da LC nº 141/12;

III. Estabelecer rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos;

IV. Compor-se por indicadores universais que expressem o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema;

V. Compor-se por indicadores específicos que expressem as características epidemiológicas locais e de organização do sistema.

VI. Buscar a redução do número de indicadores com base nas premissas dos itens iv e v;

VII. Respeitar a autonomia do ente federado com relação à inclusão de outros indicadores observadas as especificidades locais e as diretrizes nacionais.

1.3 Diretrizes e objetivos

As diretrizes de saúde estabelecidas pelos conselhos de Saúde expressam as linhas de ação a serem seguidas e orientam a formulação de política que se concretizam nos objetivos.

Considerando os aspectos relativos ao fortalecimento do planejamento do SUS, o rol de *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* foi pactuado de acordo com as diretrizes nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo resguardada a possibilidade dos demais entes federados incluir outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes aprovadas pelos respectivos conselhos de Saúde.

Caso seja identificada uma diretriz para a região que não conste nos planos nacional e estadual de Saúde, esta deverá ser submetida ao Conselho Estadual de Saúde para inserção no Coap e ajuste no Plano Estadual de Saúde.

Os objetivos expressam o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações no território, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada.

1.4 Metas

As metas expressam um compromisso para alcançar objetivos. Ao estabelecer metas, alguns fatores devem ser considerados:

I. desempenhos anteriores (série histórica);

II. compreensão do estágio de referência inicial, ou seja, da linha de base;

III. factibilidade, levando-se em consideração a disponibilidade dos recursos necessários, das condicionantes políticas, econômicas e da capacidade organizacional.

As metas municipais, regionais, estaduais e do Distrito Federal serão definidas no processo de elaboração do planejamento regional integrado, no âmbito da Comissão Intergestores Regionais (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite e do Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal, respectivamente, considerando a análise da situação de saúde do território.

1.5 Indicadores

Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas e servem para:

- embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão;
- contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais;
- analisar comparativamente o desempenho.

Para o período 2013 – 2015 foi definido um rol de 67 indicadores a serem pactuados pelos entes federados, conforme fluxos previsto pela Resolução CIT nº 5, de 19 de julho de 2013, composto por tipos:

Indicadores universais – Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente;

Indicadores específicos – Expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

Conforme previsto na Resolução nº 5, de 19 junho, as *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* definidos para pactuação no período de 2013 – 2015, podem ser submetidos a ajuste anual quando necessário.

Os indicadores constantes do Rol Único que são correlatos aos indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), não expressam os mesmos resultados do IDSUS, em razão da simplificação do método de cálculo, mas contribuem para o aperfeiçoamento do Sistema.

1.5.1 Monitoramento e avaliação

Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira, conforme artigo 36, § 1º da Lei Complementar nº 141/2012. Esses resultados serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde no Tabnet no *site* do DATASUS: <www.datasus.gov.br> e no Sistema de Pactuação dos Indicadores (Sispacto), de onde também migrarão para o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão (SargSUS).

Os indicadores de Saúde relacionados a seguir são considerados passíveis de monitoramento quadrimestral e seus resultados estarão disponíveis no Tabnet no site do DATASUS: <www.datasus.gov.br>, e ainda no Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão (SargSUS): <www.saude.gov.br/sargsus>, visando auxiliar os gestores no atendimento ao disposto no art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012, quando da elaboração do Relatório Detalhado do Quadrimestre.

Quadro 1 – Indicadores: relatório quadrimestral

N	Tipo	Indicadores – Relatório Quadrimestral
1	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
4	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal
12	U	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado
25	U	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
26	U	Proporção de óbitos maternos investigados
27	U	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
51	E	Número absoluto de óbitos por dengue

Fonte: Ministério da Saúde.
Nota: Tipo do indicador – U = indicador universal e E = indicador específico

Destaca-se que a definição dos indicadores mencionados anteriormente está baseada na possibilidade de apuração pelos sistemas nacionais de informação no período citado, e que a escolha dos indicadores que comporão o Relatório Detalhado do Quadrimestre fica a critério do ente federado, considerando os indicadores pactuados.

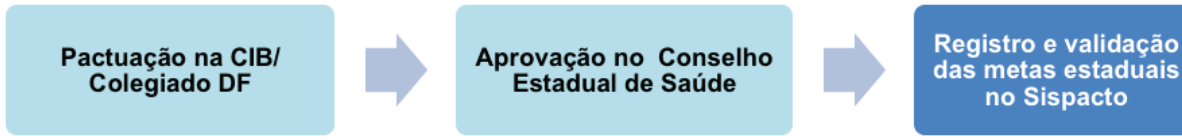
Para maiores informações quanto ao Relatório Quadrimestral consultar a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 10 de outubro de 2012, publicada no *Diário Oficial da União,* de 21 de dezembro de 2012, disponível no endereço: <www.saude.gov.br/sargsus>.

1.6 Registro das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015, no aplicativo Sispacto

Os entes federados que ainda não assinaram o Coap deverão realizar o processo de pactuação de *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores*, conforme fluxo previsto na Resolução CIT nº 5, de 19 junho de 2013 registrando as metas anualmente no aplicativo Sispacto, disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico <www.saude.gov.br/sispacto>, conforme mostrado a seguir:

a) Pactuação municipal:

b) Pactuação estadual e do Distrito Federal:



Estados e municípios que fizerem a pactuação das *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* no Sispacto e no mesmo exercício assinarem o Coap, deverão observá-los adequando-os à realidade regional.

1.7 Formalização das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015, no Coap

O Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) tem suas bases no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, em que os entes signatários assumem, conjuntamente, o compromisso de organizar de maneira compartilhada as ações e os serviços de Saúde na região de Saúde, respeitadas as autonomias federativas, e com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde para conformar o Sistema Único de Saúde (SUS) com foco no cidadão.

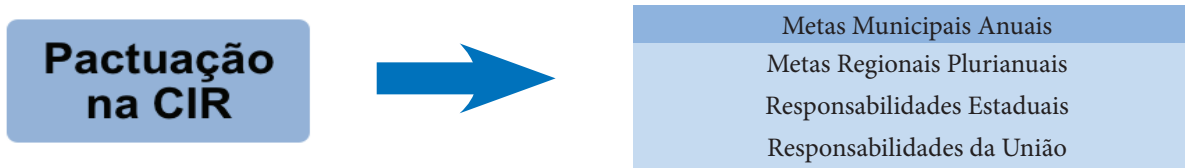
Segundo a Resolução Tripartite n° 03/2012 de Normas e Fluxos do contrato, a parte II do Coap, responsabilidades executivas, observará os seguintes conteúdos:

I. Diretrizes e objetivos do PNS e políticas prioritárias;
II. Objetivos plurianuais em consonância com os planos nacional, estadual e municipal;
III. Metas regionais anuais;
IV. Indicadores;
V. Formas de avaliação;
VI. Prazos de execução.

Sendo assim, os entes federados deverão observar a Resolução CIT nº 3, de 30 de janeiro de 2012, e as *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* constantes da Resolução CIT nº 5, de 19 junho de 2013, quando da formalização e aditamento do Coap.

No processo de formalização do Coap, as *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* e responsabilidades dos entes federados deverão ser pactuados no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR) e farão parte dos compromissos assumidos no referido contrato.

Os municípios e correspondentes regiões de Saúde deverão ter metas quantificadas/numéricas e os estados e a União formalizarão as responsabilidades assumidas para auxiliar no alcance da meta.



1.7.1 Responsabilidades individuais

Para cada meta é necessária a pactuação das responsabilidades dos entes, tendo em vista viabilizar o seu cumprimento. As responsabilidades individuais dos entes serão pactuadas e descritas no contrato, com base em cálculo específico de cada meta, quando couber.

Quando o ente não for responsável por executar diretamente a ação ou serviço previsto em percentuais na meta regional, ele deverá especificar o tipo de compromisso assumido correlacionado.

O princípio da solidariedade deverá orientar a partilha da responsabilidade entre os entes signatários para a definição das responsabilidades individuais no alcance da meta pactuada.

Cabe mencionar que nas fichas de qualificação dos indicadores constam as responsabilidades da União para o alcance das metas, que poderão ser adequadas em consonância com a pactuação interfederativa a ser formalizada no Coap.

Segue, modelo do quadro a ser utilizado no registro das *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* e responsabilidades no Coap:

Quadro 2 – Quadro de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Coap

<table>
<tr><td></td><td>Código</td><td colspan="4">Descrição</td></tr>
<tr><td>Diretriz Nacional</td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>Diretriz Estadual</td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>Objetivo Regional</td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicador</td><td rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>Linha de Base</td><td></td></tr>
<tr><td>Ano da Linha de Base</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Meta Regional</td><td rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>Período Anual [XXXX]</td><td></td></tr>
<tr><td>Período Plurianual [XXXX-XXXX]</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">Responsabilidades Solidárias – [Período Anual]</td></tr>
<tr><td colspan="3">Município</td><td>Estado</td><td colspan="2">União</td></tr>
<tr><td colspan="2">Município A</td><td rowspan="8"></td><td colspan="2" rowspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Município B</td></tr>
<tr><td colspan="2">Município C</td></tr>
<tr><td colspan="2">Município D</td></tr>
<tr><td colspan="2">Município E</td></tr>
<tr><td colspan="2">Município F</td></tr>
<tr><td colspan="2">Município G</td></tr>
<tr><td colspan="2">Município H</td></tr>
</table>

Fonte: Coordenação-Geral de Contratualização Interfederativa (CGCI/SGEP/MS).

1.7.2 Temporalidade das metas do Coap

Os prazos para cumprimento das metas regionais deverão ser organizados em dois períodos: plurianual, de acordo com a vigência do Coap e anual (por exercício fiscal). As metas anuais serão revistas e pactuadas por meio de aditivos, no início de cada ano, visando ao atendimento da meta plurianual.

As regiões de Saúde por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), devem avaliar e repactuar as metas com o objetivo de firmar termo aditivo do contrato, sempre de acordo com os planos de saúde e as decisões das comissões intergestores, registrada em ata da CIB/CIR.

2
Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015

Quadro 3 – Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015

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 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.

N	Tipo	Meta	Indicador
1	U	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
2	U	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).
3	U	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
4	U	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.
5	U	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
6	E	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

Objetivo 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.

N	Tipo	Meta	Indicador
7	U	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.
8	U	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.

continua

continuação

9	E	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.
10	E	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.
11	E	Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
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 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
12	U	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.
13	E	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.
14	E	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
15	E	Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
16	E	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu –192).	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).
Objetivo 2.2 – Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.			
N	Tipo	**Meta**	**Indicador**
17	E	Aumentar o percentual de internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador.	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.

continua

continuação

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

Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.

N	Tipo	Meta	Indicador
18	U	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
19	U	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.

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

N	Tipo	Meta	Indicador
20	U	Aumentar o percentual de parto normal	Proporção de parto normal.
21	U	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.
22	U	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.	Número de testes de sífilis por gestante.
23	U	Reduzir o número de óbitos maternos	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
24	U	Reduzir a mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil.
25	U	Investigar os óbitos infantis e fetais	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
26	U	Investigar os óbitos maternos	Proporção de óbitos maternos investigados
27	U	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.
28	U	Reduzir a incidência de sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

continua

continuação

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

Objetivo 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.

N	Tipo	Meta	Indicador
29	E	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.

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 5.1 – Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

N	Tipo	Meta	Indicador
30	U	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTS (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Diretriz 6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

Objetivo 6.1 – Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

N	Tipo	Meta	Indicador
31	E	Alcançar, no mínimo, 75% de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo.	Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo.
32	E	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas.	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados.

continua

continuação

33	E	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas.	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.
34	E	Investigar os óbitos de mulher indígena em idade fértil (MIF).	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados.

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

Objetivo 7.1– Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde.

N	Tipo	Meta	Indicador
35	U	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.
36	U	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
37	U	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
38	U	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
39	U	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação.
40	U	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados.
41	U	Meta regional, estadual e DF: 100% dos municípios ou regiões administrativas, no caso do DF, executando todas ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias. Meta municipal: realizar 100% das ações de vigilância sanitária no município.	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.
42	U	Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
43	E	Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm^3.
44	E	Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.
45	E	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

continua

continuação

46	E	Garantir exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase.	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.
47	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.
48	E	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.
49	E	Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região.	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.
50	E	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica.	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.
51	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue.	Número absoluto de óbitos por dengue.
52	E	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.
Objetivo 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.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
53	U	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.			
Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
54	E	Meta regional e estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos municípios. Meta municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica.	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado.

continua

continuação

Objetivo 8.2 – Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
55	E	Meta regional e estadual: x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de Saúde ou estado. Meta municipal e DF: x% de serviços farmacêuticos estruturados no município.	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados.
Objetivo 8.3 – Fortalecer a Assistência Farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
56	E	100% das indústrias de medicamentos inspecionadas no ano.	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.			
Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
57	U	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.
58	E	X% de expansão dos programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva.	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva.
59	E	X% de expansão dos programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.
60	E	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes.	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados.

continua

continuação

Objetivo 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.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
61	U	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos.	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.
Objetivo 11.3 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da Saúde na região de Saúde.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
62	E	X mesas (ou espaços formais) municipais ou estaduais de negociação do SUS, implantados e em funcionamento.	Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.
Diretriz 12 – Implementação de 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.			
Objeivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
63	U	X% de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde.	Proporção de plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde.
64	U	Ampliar o percentual dos conselhos de Saúde cadastrados no Siacs.	Proporção dos conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs).

continua

conclusão

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
Objetivo 13.1 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
65	E	Meta regional e estadual: 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado. Meta municipal e DF: Implantação de um serviço de ouvidoria.	Proporção de municípios com ouvidoria implantada.
66	E	Meta regional: Estruturação de, no mínimo um, componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de Saúde. Meta municipal, estadual e DF: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA.	Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado.
67	E	Meta regional e estadual: X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde. Meta municipal, estadual e DF: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.

Fonte: Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013.
Nota: Tipo do indicador – U = indicador universal e E = indicador específico

3 Fichas de Qualificação dos Indicadores da *Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* para os Anos de 2013 – 2015

Quadro 4 – Indicador 1: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimorando a política de Atenção Básica e a atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.
Meta	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
Indicador	**Indicador 1 –** Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
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.

continua

continuação

Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{(Nº de ESF + Nº de ESF equivalente) x 3.000}}{\text{População no mesmo local e período}}$ X 100 O cálculo da população coberta pela Atenção Básica tem como referência 3.000 pessoas por equipe de Atenção Básica, conforme Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), (Portaria nº 2.488/11). **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]

continua

conclusão

Método de Cálculo	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 60 (que corresponde a 60 horas ambulatoriais). O resultado será equivalente ao número de equipe(s) da Estratégia Saúde da Família (ESF). **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 a seguir. **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 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Departamento de Atenção Básica (DAB) <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento – quadrimestral Avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Promover aumento progressivo do financiamento da Atenção Básica, ofertar ações de apoio institucional às gestões estaduais e municipais para a ampliação da cobertura de Atenção Básica.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: avaliacao.dab@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br

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

Quadro 5 – Indicador 2: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – Icsab

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Básica.
Meta	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.
Indicador	**Indicador 2** – Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab)
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 selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período. / Total de internações clínicas, em determinado local e período. X 100

continua

continuação

Fonte	Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Tabulação dos dados por município de residência do usuário Tipo de AIH = Normal; Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhante 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 do 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. Internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, conforme lista a seguir:

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; J02-J029; J03-J039; J06-J069; J31-J319.
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.

Observação: o rol de causas das internações sensíveis à Atenção Básica desse indicador embora baseado, não é idêntico a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.

continua

conclusão

Fonte	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, 0303060190, 0303060204, 0303060212, 0303060220, 0303060239, 0303060247, 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
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Monitorar as internações por causas sensíveis à Atenção Básica e apoiar ações para melhoria da resolutividade da Atenção Básica de modo a prevenir essas hospitalizações
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail:*idsus@saude.gov.br Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)

Fonte: Secretaria-Executiva (SE/MS).

Quadro 6 – Indicador 3: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da Atenção Básica.
Meta	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
Indicador	**Indicador 3 –** Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família
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 $\frac{\text{Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano}}{\text{Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano}} \times 100$
Fonte	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Semestral Observação: considerar como o resultado do ano o percentual de acompanhamento da segunda vigência.
Recomendações, observações e informações adicionais	O Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde possibilita o registro do acompanhamento das condicionalidades de Saúde das famílias beneficiárias com perfil saúde. A cada vigência do Programa os municípios devem registrar no sistema as informações sobre vacinação, peso e altura de crianças menores de 7 anos, além da realização do pré-natal de gestantes. A primeira vigência compreende o período entre 1° de janeiro a 30 de junho e a segunda, de 1° de agosto a 31 de dezembro de cada ano. Meta Brasil: cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família $\geq$ 73%
Responsabilidade da União para o alcance da meta	No que se refere às responsabilidades da União devem ser observadas as competências dispostas na Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: bfasaude@saude.gov.br

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

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

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da Atenção Básica.
Meta	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.
Indicador	**Indicador 4 –** Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal
Relevância do Indicador	Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{(Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40) * 3.000}}{\text{População no mesmo local e período}}$ X 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-Único: 223208 CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA 223293 CIRURGIAO DENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA 223272- CIRURGIAO DENTISTA DE SAUDE COLETIVA DENTISTA DE SAUDE COLETIVA

continua

conclusão

Método de Cálculo	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.
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de equipes da Saúde Bucal, de profissionais, especialidade, carga horária Departamento de Atenção Básica (DAB) <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Promover aumento progressivo do financiamento da Atenção Básica e das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, ofertar ações de apoio institucional às gestões estaduais e municipais para a ampliação da cobertura da saúde bucal.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: avaliacao.dab@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail:*idsus@saude.gov.br

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

Quadro 8 – Indicador 5: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.
Meta	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
Indicador	**Indicador 5** – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
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 $\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses / 12}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Qtde. Apresentada). IBGE – População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código:01.01.02.003-1).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação. Garantir incentivos financeiros para o custeio das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica e compra dos insumos necessários para desenvolvimento da ação.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: avaliacao.dab@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gsov.br

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

Quadro 9 – Indicador 6: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Tipo de indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.
Meta	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.
Indicador	**Indicador 6** – Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
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 $\frac{\text{Número total de extrações dentárias em determinado local e período}}{\text{Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$

continua

conclusão

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 à 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 birradicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; 0307020118 Selamento de perfuraçãoo radicular; 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem coronorradicular (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 Odontossecção/ Radilectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação. Induzir a inclusão de procedimentos preventivos e referência a procedimentos especializados em Odontologia para evitar a extração dentária. Garantir incentivos financeiros para o custeio das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: avaliacao.dab@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br

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

Quadro 10 – Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 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 da atenção especializada.
Meta	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.
Indicador	**Indicador 7** – Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente
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 $\frac{\text{Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador: 0201010151, 0201010160, 0201010585, 0201010607, 0201010666, 0202030059, 0202030237, 0202031080, 0203010043, 0203020014, 0205010032, 0405030045, 0405050097, 0405050100, 0405050119, 0405050151, 0405050372, 0409040240, 0409050083, 0506010023, 0506010031, 0506010040
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar a ampliação do acesso à média complexidade, a implantação de mecanismos de regulação e o monitoramento e avaliação.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: altacomplexidade@saude.gov.br

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

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

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 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 da atenção especializada.
Meta	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.
Indicador	**Indicador 8** – Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
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/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.

continua

conclusão

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar a ampliação do acesso à internações de média complexidade, a implantação de mecanismos de regulação e o monitoramento e avaliação. Implementar políticas para qualificar os procedimentos clínico-cirúrgicos eletivos e de urgência e emergência.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE) *E-mail*:idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral Hospitalar (CGHOSP) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: cghosp@saude.gov.br

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

Quadro 12 – Indicador 9: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente

Tipo de indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 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 da atenção especializada.
Meta	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente.
Indicador	**Indicador 9** – Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente
Relevância do Indicador	Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de alta complexidade de responsabilidade do SUS.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$

continua

conclusão

Fonte	Tabela de Procedimentos Unificada do SIA, SIH e IBGE. Códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador: 0201010542, 0202030024, 0202031071, 0204060028, 0205010016, 0206010028, 0206010036, 0206010079, 0206020031, 0206030010, 0206030029, 0206030037, 0207010013, 0207010030, 0207010048, 0207010056, 0207010064, 0207020019, 0207020035, 0207030014, 0207030022, 0208010025, 0208010033, 0208020110, 0208030026, 0208030042, 0208040056, 0208040102, 0208050035, 0208070036, 0208070044, 0208080040, 0208090010, 0210010045, 0210010053, 0210010061, 0210010070, 0210010096, 0210010100, 0210010118, 0210010126, 0210010134, 0210010150, 0210010177, 0210010185, 0211020010, 0211020028, 0301110018, 0301120048, 0301130019, 0303120061, 0303120070, 0304010120, 0304020010, 0304020028, 0304020036, 0304020044, 0304020052, 0304020060, 0304020079, 0304020087, 0304020095, 0304020109, 0304020117, 0304020125, 0304020133, 0304020141, 0304020150, 0304020168, 0304020176, 0304020184, 0304020192, 0304020206, 0304020214, 0304020222, 0304020230, 0304020249, 0304020257, 0304020265, 0304020273, 0304020281, 0304020290, 0304020303, 0304020311, 0304020320, 0304020338, 0304020346, 0304020354, 0304020362.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar a ampliação do acesso à alta complexidade, a implantação de mecanismos de regulação e o monitoramento e avaliação.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: altacomplexidade@saude.gov.br

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

Quadro 13 – Indicador 10: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 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 da atenção especializada.
Meta	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.
Indicador	**Indicador 10** – Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente
Relevância do Indicador	Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico-cirúrgicas de alta 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 alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de alta complexidade de responsabilidade do SUS.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de alta complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 1.000$
Fonte	Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Tipo de AIH = Normal. Complexidade do procedimento = Alta 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.

continua

conclusão

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar a ampliação do acesso às internações de alta complexidade, a implantação de mecanismos de regulação e o monitoramento e avaliação. Implementar políticas para qualificar os procedimentos clínico-cirúrgicos eletivos e de urgência e emergência.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral Hospitalar (CGHOSP) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: cghosp@saude.gov.br

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

Quadro 14 – Indicador 11: Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – 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.
Objetivo Nacional	Objetivo 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 da atenção especializada.
Meta	Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
Indicador	**Indicador 11** – Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado
Relevância do Indicador	Permite monitorar a qualidade da assistência hospitalar prestada à população por meio de mecanismos de gestão e acompanhamento de metas pactuadas.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de hospitais SUS acima de 50 leitos (públicos e privados) com contratos firmados em determinado local e período}}{\text{Número de hospitais SUS acima de 50 leitos (públicos e privados) no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Meta Nacional: 40% dos hospitais acima de 50 leitos com contrato de metas firmado.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Rever instrumentos de contratualização, solução jurídica para contratualização de prestadores sem documentação em dia (certidão negativa etc.). Induzir celebração de contrato.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral Hospitalar (CGHOSP) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Departamento de Regulação e Controle e Avaliação (DRAC) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: cghosp@saude.gov.br

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

Quadro 15 – Indicador 12: Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	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	Objetivo 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.
Indicador	**Indicador 12** – Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado
Relevância do Indicador	Possibilita o acompanhamento da ampliação da cobertura da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências para atender à legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública, que são as violências doméstica, sexual e outras violências.
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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: janeiro Periodicidade para monitoramento: quadrimestral Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	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.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a prevenção de violências e de promoção da saúde. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de prevenção das violências. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de prevenção das violências. Financiar, com estados e municípios, ações de prevenção das violências. Realizar estudos sobre a ocorrência de violências na região.Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a ocorrência de violências no País. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGVDANTPS) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cgdant@saude.gov.br ; dasis@saude.gov.br

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

Quadro 16 – Indicador 13: Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	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	Objetivo 2.1 – Implementar a Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.
Indicador	**Indicador 13** – Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
Relevância do Indicador	Mede a suficiência e eficiência da atenção prestada à vítima antes e após chegada ao hospital auxiliando na avaliação, planejamento e adequada estruturação da rede de atenção à urgência e emergência.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de óbitos hospitalares por acidente}}{\text{Número total de óbito por acidente em determinado local e período}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Seleção: causa do óbito com CID, segundo a CID-10, de V01 a X59, cujo local de ocorrência do óbito marcado na declaração de óbito tenha sido o hospital.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Articular, estimular, apoiar, acompanhar com vistas a habilitação e qualificação do serviço de atendimento móvel de urgência (Samu). Apoiar a ampliação do acesso à rede de atenção à urgência e emergência hospitalar e na estruturação de sistema de referenciamento.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: cgue@saude.gov.br

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

Quadro 17 – Indicador 14: Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

Tipo de indicador	Específico
Diretriz Nacional	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	Objetivo 2.1 – Implementar a Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
Indicador	**Indicador 14** – Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
Relevância do Indicador	Avalia o acompanhamento das condições associadas ao IAM pela Atenção Básica, como a hipertensão arterial e a disseminação e utilização da linha de cuidado do IAM pelos serviços de Saúde.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de óbitos das internações por IAM}}{\text{Número total das internações por IAM, em determinado local e período}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Critérios: Óbitos de pacientes acima de 20 anos internados por IAM. Internações de pacientes acima de 20 anos por IAM.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Monitorar as internações por IAM, apoiar e qualificar as ações para implementação da Linha de Cuidado Cardiovascular, além de elaborar e/ou apoiar a implementação de Programas de Educação Permanente.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: avaliacao.dab@saude.gov.br

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

Quadro 18 – Indicador 15: Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	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	Objetivo 2.1 – Implementar a Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva.
Indicador	**Indicador 15 –** Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)
Relevância do Indicador	Analisa variações geográficas e temporais da mortalidade das internações de menores de 15 anos de idade, com uso de UTI, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Aponta a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de óbitos em menores de 15 anos internados com uso de unidades de terapia intensiva}}{\text{Total de menores de 15 anos internados com uso de unidades de terapia intensiva}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) Critérios de seleção: Tabulação dos dados por município de residência do usuário. Tipo de AIH = Normal Tipo de UTI: UTI Infantil I; UTI Infantil II; UTI Infantil III; UTI Neonatal I; UTI Neonatal II; UTI Neonatal III Campo SIH Óbito = Com óbito ou Motivo de Saída (campo de dados do SIH selecionados) Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Óbito da gestante e do concepto.

continua

conclusão

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Monitorar as internações e óbitos em menores de 15 anos em UTI; apoiar a criação de protocolos e qualificar as ações assistenciais das causas mais frequentes de internações de menores de 15 anos em UTI , além de elaborar e/ou apoiar a implementação de Programas de Educação Permanente. Monitorar a necessidade de leitos de UTI no País e incentivar a criação dos mesmos, onde houver deficiência.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail:* idsus@saude.gov.br e Coordenação-Geral Hospitalar (CGHOSP) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail:* cghosp@saude.gov.br

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

Quadro 19 – Indicador 16: Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192)

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	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	Objetivo 2.1 – Implementar a Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).
Indicador	**Indicador 16** – Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192)
Relevância do Indicador	Monitorar o acesso da população aos primeiros atendimentos nos casos de urgência e emergências, aprimorando os esforços no sentido de reduzir as complicações decorrentes de eventos e favorecendo a regulação da assistência nos pontos de atenção.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{População residente em municípios com acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192) em determinado local e período}}{\text{População total residente no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) e publicação de portarias de habilitação.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Meta Nacional: aumentar 4% da cobertura do ano anterior.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Articular, estimular, apoiar, acompanhar com vistas a habilitação e a qualificação do serviço de atendimento móvel de urgência.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: cgue@saude.gov.br

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

Quadro 20 – Indicador 17: Proporção das internações de urgência e emergência reguladas

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	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	Objetivo 2.2 – Fortalecer mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.
Meta	Aumentar o percentual de internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador.
Indicador	**Indicador 17** – Proporção das internações de urgência e emergência reguladas
Relevância do Indicador	Permite monitorar o acesso da população as internações nos casos de urgência e emergências e favorecer a regulação da assistência nos pontos de atenção.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de internações de urgência e emergência reguladas}}{\text{Número total de internações de urgência e emergência}} \times 100$
Fonte	Centrais de Regulação/Sisreg.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: semestral Avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Disponibilizar o Sistema de Regulação (Sisreg) para os gestores e monitorar as informações sobre as solicitações de vagas para internação de urgência, com base no sistema.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: cgue@saude.gov.br

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

Quadro 21 – Indicador 18: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.
Meta	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.
Indicador	**Indicador 18** – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária
Relevância do Indicador	Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos. Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano População fem inina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Código do Procedimento: 0203010019 – exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Março – referente ao ano anterior. Periodicidade para monitoramento: trimestral. Periodicidade para avaliação: anual.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar estados e municípios na implantação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br Coordenação de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Ações Especializadas (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: altacomplexidade@saude.gov.br

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

Quadro 22 – Indicador 19: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

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

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

Quadro 23 – Indicador 20: Proporção de parto normal

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

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

Quadro 24 – Indicador 21: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal

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

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

Quadro 25 – Indicador 22: Número de testes de sífilis por gestante

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.
Indicador	**Indicador 22** – Número de testes de sífilis por gestante
Relevância do Indicador	Como indicador de concentração, expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF (Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e local/ Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local). Observação: 1. Para o numerador considerar os seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS 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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: março Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Realizar, pelo menos, dois testes de sífilis, conforme preconizado em normativa específica. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita).

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	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.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cm&a@aids.gov.br

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

Quadro 26 – Indicador 23: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Reduzir o número de óbitos maternos.
Indicador	**Indicador 23** – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, ao parto e puerpério.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência.

continua

conclusão

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

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

Quadro 27 – Indicador 24: Taxa de mortalidade infantil

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

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

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

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Investigar os óbitos infantis e fetais.
Indicador	**Indicador 25** – Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
Relevância do Indicador	O percentual de investigação de óbitos infantis e fetais mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, levando à reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais e à identificação de determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	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.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	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
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 2013 = 40

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de óbitos infantis e fetais. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das investigações de óbitos infantis e fetais. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de investigação de óbitos infantis e fetais. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a investigação de óbitos infantis e fetais. Realizar estudos sobre as mortalidades infantil e fetal. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os formulários necessários ao registro das informações da investigação de óbitos infantis e fetais. Disponibilizar informações sobre as mortalidades infantil e fetal. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cgiae@saude.gov.br; dasis@saude.gov.br

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

Quadro 29 – Indicador 26: Proporção de óbitos maternos investigados

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Investigar os óbitos maternos.
Indicador	**Indicador 26** – Proporção de óbitos maternos investigados
Relevância do Indicador	Permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	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.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	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
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 100%.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de óbitos maternos. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das investigações de óbitos maternos. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de investigação de óbitos maternos. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a investigação de óbitos maternos. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os formulários necessários ao registro das informações da investigação de óbitos maternos. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.

continua

conclusão

Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cgiae@saude.gov.br; dasis@saude.gov.br

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

Quadro 30 – Indicador 27: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).
Indicador	**Indicador 27** – Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
Relevância do Indicador	Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Permite, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	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.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	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
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 2013 $\geq$ 70% dos óbitos em MIF.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das investigações de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Realizar estudos sobre a mortalidade de mulheres em idade fértil. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os formulários necessários ao registro das informações da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Disponibilizar informações sobre a mortalidade de mulheres em idade fértil. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cgiae@saude.gov.br; dasis@saude.gov.br

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

Quadro 31 – Indicador 28: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

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

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

Quadro 32 – Indicador 29: Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – Caps

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 4 – Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de *crack*, álcool e outras drogas.
Objetivo Nacional	Objetivo 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.
Meta	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).
Indicador	**Indicador 29** – Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (Caps).
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 CapsI X 0,5) + (nº CapsII) + (NºCapsIII X 1,5) + (Nº de Caps i) + (Nº Caps ad) + (Nº de Caps ad 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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Meta Nacional: 0,77 **Este indicador deverá ser pactuado pelos municípios com população igual ou superior a 15 mil habitantes.**
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Incentivar a implantação e cofinanciar, normatizar o funcionamento; oferecer suporte técnico, monitorar, avaliar e gerar informação.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Área Técnica de Saúde Mental (ATSM) Departamento de Ações Programáticas em Saúde (Dapes) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) *E-mail*: saudemental@saude.gov.br

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

Quadro 33 – Indicador 30a: Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas; e Indicador 30b - Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	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	Objetivo 5.1 – Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.
Meta	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos*) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
Indicador	**Indicador 30a** – Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos*) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). **Indicador 30b** – Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estado e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos*) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
Relevância do Indicador	Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNTs e em seus fatores de risco.
Método de Cálculo	1. Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local. 2. Para município/estado/região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta: Numerador: Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local. Denominador: População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fator de multiplicação: 100.000 ***Para o cálculo do indicador considerar <70 anos a faixa etária de 30 a 69 anos.**
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). População – site do DATASUS: www.datasus.gov.br.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	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

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 2% ao ano.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a prevenção de fatores de risco e promoção da saúde. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Realizar estudos, análises, pesquisas sobre fatores de risco à saúde. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre fatores de risco e promoção da saúde. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail:* cgiae@saude.gov.br; dasis@saude.gov.br

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

Quadro 34 – Indicador 31: Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
Objetivo Nacional	Objetivo 6.1 – Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
Meta	Alcançar, no mínimo, 75% de crianças indígenas <7 anos de idade com esquema vacinal completo.
Indicador	**Indicador 31** – Percentual de crianças indígenas <7 anos de idade com esquema vacinal completo.
Relevância do Indicador	Acompanhar o alcance da meta estabelecida para as crianças indígenas <7 anos com esquema vacinal completo, contribuindo na avaliação epidemiológica da redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis nesta população.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal e regional $\frac{\text{Número de crianças indígenas <7 anos de idade com esquema vacinal completo}}{\text{População de crianças indígenas <7 anos de idade}} \times 100$ O indicador será pactuado apenas quando da adesão ao Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap), pelo DSEIs, em discussão regional, cabendo aos municípios e aos estados definirem as responsabilidades de ação que contribuirão para o alcance da meta.
Fonte	Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) – módulos de Imunizações e Demográfico, e Planilhas de coberturas vacinais dos DSEIs.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Trimestral
Recomendações, observações e informações adicionais	Este é um indicador específico da saúde indígena que avalia o percentual de crianças que estão com os esquemas vacinais atualizados, de acordo com a sua idade e com o que é recomendado no calendário vacinal dos povos indígenas. Apesar de a vacinação indígena ser uma ação universal, tendo em vista que abrange toda a população e está disponível em todos os DSEIs, e transversal, já que acompanha o ciclo vital do indivíduo, sua operacionalização pode ser complexa, não apenas devido a fatores como: diversidade cultural, dispersão e mobilização populacional, dificuldade de acesso geográfico, rotatividade dos recursos humanos contratados, dificuldade na coleta, registro e análise dos dados e a necessidade de acondicionamento, conservação e transporte em condições especiais dos imunobiológicos; mas também a dificuldade dos Distritos em ainda desenvolver, de forma integral, a atenção primária à saúde dos povos indígenas.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Garantir condições logísticas adequadas para as equipes multidisciplinares de Saúde Indígena cumprirem o cronograma de vacinação nas aldeias durante todo o ano. Viabilizar capacitação sobre imunizações para todos os profissionais de Saúde dos DSEIs que desenvolvem a ação de vacinação. Monitorar trimestralmente o alcance da meta pactuada.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI) Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) *E-mail*: cgapsisesai@saude.gov.br

Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS).

Quadro 35 – Indicador 32: Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
Objetivo Nacional	Objetivo 6.1 – Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
Meta	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas.
Indicador	**Indicador 32** – Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados
Relevância do Indicador	A investigação de óbitos infantis e fetais pode ser um importante indicador de acompanhamento que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Refletem, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal e regional $\frac{\text{Total de óbitos infantis e fetais indígenas investigados}}{\text{Total de óbitos infantis e fetais indígenas ocorridos}} \times 100$ O indicador será pactuado apenas quando da adesão ao Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap), pelo DSEIs, em discussão regional, cabendo aos municípios e aos estados definirem as responsabilidades de ação que contribuirão para o alcance da meta.
Fonte	A fonte para acompanhamento dos indicadores para investigação será por meio do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	A periodicidade para monitoramento e avaliação dos dados deve ser semestral pelos DSEIs, e as informações enviadas aos municípios/região de Saúde com população indígena.
Recomendações, observações e informações adicionais	A SESAI irá apoiar e acompanhar os DSEIs na efetivação do fluxo da vigilância do óbito indígena, pactuado entre SESAI/SVS/SAS, que estabelece responsabilidades e fluxo para notificação, investigação e registro dos óbitos de mortalidade infantil e fetal no SIM.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Instituir a Comissão de Investigação de Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em parceria com os municípios. Promover a investigação dos óbitos infantis e fetais indígenas, com os respectivos municípios e estados da abrangência dos DSEIs.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI) Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena (CGMASI) Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) *E-mail*: cgapsisesai@saude.gov.br

Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS).

Quadro 36 – Indicador 33: Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
Objetivo Nacional	Objetivo 6.1 – Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
Meta	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas.
Indicador	**Indicador 33** – Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados
Relevância do Indicador	A mortalidade materna, evitável em mais de 90% dos casos, é um indicador capaz de apontar iniquidades de acesso e ingresso social e de rastrear os gargalos da atenção recebida ou a falta de assistência oportuna; de apontar necessidades de (re)organização e de adoção de medidas de gestão, educativas e/ou de (re)estruturação da rede, que promovam adequação e imprimam resolutividade e qualidade às ações e serviços oferecidos a mulheres. Na saúde indígena, a magnitude do problema é desconhecida tanto quanto as especificidades do processo de adoecimento ao óbito que caracteriza a realidade que envolve os diferentes povos indígenas.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal e regional $\frac{\text{Total de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados}}{\text{Total de óbitos maternos em mulheres indígenas}} \times 100$ O indicador será pactuado apenas quando da adesão ao Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap), pelo DSEIs, em discussão regional, cabendo aos municípios e aos estados definirem as responsabilidades de ação que contribuirão para o alcance da meta.
Fonte	A fonte para acompanhamento dos indicadores para investigação será por meio do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	A periodicidade para monitoramento e avaliação dos dados deve ser semestral pelos DSEIs e as informações enviadas aos municípios/região de Saúde com população indígena.
Recomendações, observações e informações adicionais	A SESAI irá apoiar e acompanhar os DSEIs na efetivação do fluxo da vigilância do óbito indígena, pactuado entre SESAI/SVS/SAS, que estabelece responsabilidades e fluxo para notificação, investigação e registro dos óbitos OM no SIM.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Instituir a Comissão de Investigação de Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em parceria com os municípios. Promover a investigação dos óbitos maternos indígenas, com os respectivos municípios e estados da abrangência dos DSEIs.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI) Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena (CGMASI) Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) *E-mail*: cgapsisesai@saude.gov.br

Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS).

Quadro 37 – Indicador 34: Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
Objetivo Nacional	Objetivo 6.1 – Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
Meta	Investigar os óbitos de mulher indígena em idade fértil (MIF).
Indicador	**Indicador 34** – Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados
Relevância do Indicador	A mortalidade de mulher indígena em idade fértil é um evento considerado como dos mais sensíveis para retratar a qualidade de vida e a qualidade de acesso e atenção à saúde das mulheres nessa faixa etária em um determinado território e em dado período de tempo. Na saúde indígena, a magnitude do problema é desconhecida tanto quanto as especificidades do processo de adoecimento ao óbito que caracteriza a realidade que envolve os diferentes povos indígenas.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal e regional $\frac{\text{Total de óbitos em Mulheres Indígenas em Idade Fértil investigado}}{\text{Total de óbitos de Mulheres Indígenas em Idade Fértil}} \times 100$ O indicador será pactuado apenas quando da adesão ao Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap), pelo DSEIs, em discussão regional, cabendo aos municípios e aos estados definirem as responsabilidades de ação que contribuirão para o alcance da meta.
Fonte	A fonte para acompanhamento dos indicadores para investigação será por meio do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Periodicidade para monitoramento e avaliação dos dados deve ser semestral pelos DSEIs, e as informações enviadas aos municípios/região de Saúde com população indígena.
Recomendações, observações e informações adicionais	A SESAI irá apoiar e acompanhar os DSEIs na efetivação do fluxo da vigilância do óbito indígena, pactuado entre SESAI/SVS/SAS (documento em anexo), que estabelece responsabilidades e fluxo para notificação, investigação e registro dos óbitos de MIF.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Instituir a Comissão de Investigação de Óbitos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em parceria com os municípios. Promover a investigação dos óbitos de mulheres indígenas em idade fértil, com os respectivos municípios e estados da abrangência dos DSEIs.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI) Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena (CGMASI). Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) *E-mail*: cgapsisesai@saude.gov.br

Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS).

Quadro 38 – Indicador 35: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta Regional / Municipal	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.
Indicador	**Indicador 35** – Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
Relevância do Indicador	Evidencia se as vacinais que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem cobertura de acordo com o preconizado pelo PNI.
Método de Cálculo	Método de cálculo regional e estadual: (Número de municípios da Região de Saúde com coberturas vacinais adequadas para as vacinas do calendário de vacinação da criança) / (Total de municípios da região de saúde) X 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 = Numerador: Nº de doses aplicadas de BCG <1 ano de idade. Denominador: População <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. • Rotavírus Humano (VORH) = Numerador: Nº de segundas doses aplicadas de VORH <1 ano de idade. Denominador: População <1 ano de idade. Fator de multiplicação:100. • Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) = Numerador: Nº de terceiras doses aplicadas de Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) em <1 ano de idade. Denominador: População <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100.

continua

continuação

Método de Cálculo	• Vacina contra Poliomielite= Numerador: Nº de terceiras doses aplicadas de vacina contra poliomielite em <1 ano de idade. Denominador: População <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. • Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) = Numerador: Nº de terceiras doses aplicadas de vacina Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) em <1ano de idade. Denominador: População <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. • Meningocócica Conjugada C (MnC) = Numerador: Nº de segundas doses aplicadas de vacina Meningocócica Conjugada C (MnC) em <1 ano de idade. Denominador: População <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. • Tríplice Viral = Numerador: Nº de doses da vacina Tríplice Viral aplicadas em crianças de 1 ano de idade. Denominador: População 1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. • Febre Amarela (quando recomendada) = Numerador: Nº de doses da vacina de febre amarela aplicadas na pop. <1 ano de idade. Denominador: População <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. • *Influenza* = Numerador: Nº de doses de vacina *Influenza* na população de 6 meses a <2 anos de idade. Denominador: População 6 meses a <2anos idade. Fator de multiplicação: 100. **Passo 2 –** Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas = Numerador: Número de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas, de acordo com as normas do PNI. Denominador: Total de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (Siapi ou SI-PNI). Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: abril Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: <u>Em menores de 1 ano de idade</u> 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% <u>Em crianças de 1 ano de idade</u> Vacina tríplice viral 95% <u>Em crianças de 6 meses a <2 anos de idade (CV em campanha anual).</u> *Influenza* (INF) ≥ 80%
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças imunopreveníveis. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de vacinação. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças imunopreveníveis. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças imunopreveníveis. Realizar estudos sobre as doenças imunopreveníveis. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os imunobiológicos constantes do Programa Nacional de Imunizações. Disponibilizar informações sobre doenças imunopreveníveis. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cgpni@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE) *E-mail*:idsus@saude.gov.br

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

Quadro 39 – Indicador 36: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.
Meta	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
Indicador	**Indicador 36** – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: outubro, considerando sempre dois anos anteriores ao período da avaliação. Por exemplo: em outubro de 2012, avaliar os casos diagnosticados em 2010. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual

continua

continuação

Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: ≥85%. Linha de base: dois anos anteriores (em 2013, considerar 2011). Observações: Quando a linha de base for menor que 75%, o parâmetro de referência passa a ser, pelo menos, 75% dos casos de tuberculose bacilífera curados. Quando a linha de base for de 75% a 84%, o parâmetro passa a ser, pelo menos, 85% dos casos de tuberculose bacilífera curados. Quando a linha de base for maior que 85%, manter ou ampliar o percentual dos casos de tuberculose bacilífera curados. Observação: Passos para a construção do indicador **Proporção de cura de casos de tuberculose pulmonar bacilífero** pelo Tabwin: **Passo 1 –** Selecionar: DEF=C:\SINANNET\BASEDBF\TuberculNET.def Linha = UF Residência ou município de residência. Coluna = situação de encerramento. Incremento = Frequência. **Seleções ativas** Ano do diagnóstico: **ANO DA PACTUAÇÃO.** Tipo de entrada: caso novo, não sabe. Situação de encerramento: todas, exceto mudança de diagnóstico. Forma: Pulmonar, pulmonar + extrapulmonar. 1ª baciloscopia de escarro: Positivo. **Passo 2 –** Renomear a coluna "CURA" para "1ª BARR_CURA" e salvar a tabela. **Passo 3 –** Selecionar: DEF=C:\SINANNET\BASEDBF\TuberculNET.def Linha = UF Residência ou município de residência. Coluna = situação de encerramento. Incremento = Frequência.

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	**Seleções ativas** Ano diagnóstico: **ANO DA PACTUAÇÃO.** Tipo de entrada: caso novo, não sabe. Situação de encerramento: todas, exceto mudança de diagnóstico. Forma: Pulmonar, pulmonar + extrapulmonar. 1ª baciloscopia de escarro: Ign/ Branco/ Negativo, Não realizada. 2ª baciloscopia de escarro: Positivo. **Passo 4 –** Renomear a coluna "CURA" para "2ª BARR_CURA" e salvar a tabela. **Passo 5 –** Incluir a tabela originada no Passo 1. **Passo 6 –** Somar as colunas "1ª BARR_CURA" e "2ª BARR_CURA" e criar uma coluna Soma. Operações – Soma. **Passo 7 –** Calcular o percentual da coluna "Soma" (1ª BARR_CURA" + "2ª BARR_CURA"). Operações – Calcular indicador – Numerador (Soma) / Denominador (Total) por 100.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para o controle da tuberculose. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de controle da tuberculose. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para o controle da tuberculose. Realizar estudos sobre a tuberculose e seu controle. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a tuberculose e as ações de controle. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: tuberculose@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br

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

Quadro 40 – Indicador 37: Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.
Meta	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose.
Indicador	**Indicador 37** – Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
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 $\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado}}{\text{Total de casos novos tuberculose diagnosticados no ano}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: outubro Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 100% dos casos de tuberculose. Linha de Base: ano anterior (em 2013, considerar 2012). Observações: Por apresentar resultado de 70% no País, atualmente, recomenda-se: Quando a linha de base for menor que 70%, o parâmetro de referência passa a ser, pelo menos, 70% dos casos de tuberculose testados para HIV. Quando a linha de base for de 71% a 84%, o parâmetro passa a ser, pelo menos, 85% dos casos de tuberculose testados para HIV. Quando a linha de base for maior que 85%, manter ou ampliar o percentual dos casos de tuberculose testados para HIV. Observação: Passos para a construção do indicador: Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose pelo Tabwin: **Passo 1 –** Selecionar: DEF=C:\SINANNET\BASEDBF\TuberculNET.def Linha=UF Residência ou município de residência Coluna= HIV Incremento=Frequência **Seleções ativas** Ano Diagnóstico: ANO DA PACTUAÇÃO Tipo de entrada: caso novo, não sabe. Situação de encerramento: todos, exceto mudança de diagnóstico. **Passo 2 –** Somar as colunas de HIV positivo e HIV negativo. Operações – Soma. **Passo 3 –** Calcular o percentual da coluna "Soma" (HIV positivo+HIV negativo) Operações – Calcular indicador – Numerador (Soma) / Denominador (Total) por 100.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para o controle da tuberculose. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para o controle da tuberculose. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para o controle da tuberculose. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para o controle da tuberculose. Realizar estudos sobre a tuberculose e seu controle. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar medicamentos para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre a tuberculoses e as ações de controle. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: tuberculose@saude.gov.br

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

Quadro 41 – Indicador 38: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.
Meta	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
Indicador	**Indicador 38** – Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	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
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: ≥ 90%.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o registro de óbitos e definição da causa básica. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de vigilância dos óbitos. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a vigilância dos óbitos. Realizar estudos sobre mortalidade. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os formulários necessários ao registro das informações referentes a óbitos. Disponibilizar informações sobre mortalidade. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cgiae@saude.gov.br; dasis@saude.gov.br

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

Quadro 42 – Indicador 39: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação*

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.
Meta	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação.
Indicador	**Indicador 39** – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação*
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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: outubro Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: ≥ 80% das doenças de notificação compulsória imediata encerradas dentro de até 60 dias após notificação. * Foram elencadas as 14 doenças com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata, sendo: botulismo, cólera, coqueluche, dengue (somente os casos que evoluíram com complicações, síndrome do choque ou febre hemorrágica), difteria, febre amarela, febre maculosa, hantavirose, leptospirose, meningite, paralisia flácida aguda, raiva, rubéola ou sarampo).
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a notificação de doenças e agravos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações de notificação. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a notificação de doenças e agravos. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a notificação de doenças e agravos. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Unidade Técnica do Sinan Coordenação-Geral de Vigilância e Resposta de Emergências em Saúde Pública (CGVRE) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: sinan@saude.gov.br

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

Quadro 43 – Indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.
Meta	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.
Indicador	**Indicador 40** – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados
Relevância do Indicador	Mede a cobertura das notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho.
Método de Cálculo	Método de cálculo regional e estadual $\frac{\text{Número de municípios com casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados}}{\text{Número total de municípios na região ou estado}} \times 100$ Método de cálculo municipal e DF Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: março Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 80% dos municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados. *CID das doenças ou agravos relacionados ao trabalho: L 98.9 – Dermatoses Ocupacionais; Z 57.9 – LER/DORT; F 99 – Transtornos Mentais; C 80 – Câncer relacionado ao trabalho; Z 20.9 – Acidente com exposição à material biológico;H 83.3 – PAIR; J 64 – Pneumoconioses; T 65.9 – Intoxicação exógena relacionadas ao trabalho; Y 96 – Acidente de trabalho grave. Para o cálculo do indicador o numerador deve captar os casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho notificado por município de residência. Dessa forma serão captadas as informações da proporção de municípios que, no recorte anual, tiveram pelo menos um caso de trabalhador ou trabalhadora notificado no Sinan. No âmbito municipal e no DF, deve ser trabalhada a existência de pelo menos um caso de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificado.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para as ações relacionadas à saúde do trabalhador, incluindo a notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Prestar apoio técnico a estados e municípios em saúde do trabalhador. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a saúde do trabalhador. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Realizar estudos sobre saúde do trabalhador. Disponibilizar informações sobre a saúde do trabalhador. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cosat@saude.gov.br

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

Quadro 44 – Indicador 41: Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.
Meta	Meta regional, estadual e DF: 100% dos municípios ou regiões administrativas, no caso do DF, executando todas ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias. Meta Municipal: realizar 100% das ações de Vigilância Sanitária no município.
Indicador	**Indicador 41** – Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
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 à VISA (ii) instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.
Método de Cálculo	Método de Cálculo Regional,Estadual e DF $\frac{\text{Número de municípios que executam todas as ações de Vigilância Sanitárias consideradas necessárias}}{\text{Número de municípios}} \times 100$ Observação: No método de cálculo para o DF deverão ser substituídos os municípios pelas regiões administrativas. Método de Cálculo Municipal $\frac{\text{Número de ações de vigilância* sanitária realizadas no município}}{\text{Total de ações de vigilância*}} \times 100$ Observação: Numerador – Considerar 1 (um) para cada ação realizada. Denominador – sempre será 7 (somatório das ações que deverão ser realizadas) *São consideradas ações de vigilância: i)cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) Instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias.

continua

conclusão

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.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: semestral Avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	O estímulo às ações preventivas ou de promoção à saúde devem ser um compromisso de todo gestor. Dados constantes na programação municipal das ações de vigilância sanitária que devem ser computados mensalmente no Sistema Nacional de Informações Ambulatoriais. O indicador proposto permite identificar quais os municípios da região de Saúde realizam as ações consideradas necessárias, uma vez que são ações possíveis de serem executadas por todos os municípios.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoio técnico e financeiro para execução das ações de Vigilância Sanitária.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Núcleo de Assessoramento na Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (Nadav) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) *E-mail*: nadav@anvisa.gov.br

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quadro 45 – Indicador 42: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.
Meta	Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos.
Indicador	**Indicador 42** – Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
Relevância do Indicador	Expressa o número de casos novos de aids, na população de menores de 5 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 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.
Fonte	Para obter as informações consolidadas, acessar 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). 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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: janeiro Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 10% a cada ano.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Financiar, junto com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças sexualmente transmissíveis. Realizar estudos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis para as Secretarias Estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS *E-mail*: CM&A@aids.gov.br

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

Quadro 46 – Indicador 43: Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm^3

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.
Indicador	**Indicador 43** – Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm^3
Relevância do Indicador	Expressa o poder de captação precoce dos casos de HIV positivo para tratamento a partir do nível de comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados ao serem testados para verificação de indicação de Terapia Antirretroviral (TARV).
Método de Cálculo	1) Para município/região com menos de 50 mil habitantes: Número de indivíduos residentes, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, com contagem inicial de CD4 abaixo de 200 cel/mm^3. 2) Para município/região com 50 mil ou mais habitantes, estado e DF: $\frac{\text{Número de indivíduos residentes, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, com contagem inicial de CD4 abaixo de 200 cel/mm}^3}{\text{Número de indivíduos residentes, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, que realizaram a primeira contagem de CD4}} \times 100$
Fonte	Informações processadas para os cálculos estão disponíveis *online* em <http://www.aids.gov.br/anexos_campanhas/2012/52596>. Esses dados são extraídos do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Reduzir em 10% ao ano.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças sexualmente transmissíveis. Realizar estudos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: CM&A@aids.gov.br

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

Quadro 47 – Indicador 44: Número de testes sorológicos anti-HCV realizados

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.
Indicador	**Indicador 44** – Número de testes sorológicos anti-HCV realizados
Relevância do Indicador	Expressa a quantidade de testes anti-HCV realizados para triagem sorológica da hepatite C, mensurando o esforço dispensado à triagem sorológica da hepatite C na população.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Número de testes sorológicos anti-HCV realizado no ano para diagnóstico da hepatite C.
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Código do Procedimento no SIA: 0202030679.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: abril Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Ampliar em 10% ao ano.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças sexualmente transmissíveis. Realizar estudos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Disponibilizar informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: CM&A@aids.gov.br

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

Quadro 48 – Indicador 45: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.
Indicador	**Indicador 45** – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
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 $\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes – PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação – e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação}}{\text{Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: março, considerando o ano anterior ao período da avaliação. Por exemplo: em março de 2013 avaliar a cura nas coortes de casos novos de hanseníase de 2012. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: $\geq$ 86%. Linha de Base: 2011. Observações: 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. 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. 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 cálculo os PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a eliminação da hanseníase. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para a eliminação da hanseníase. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a eliminação da hanseníase. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a eliminação da hanseníase. Realizar estudos sobre hanseníase e sua eliminação. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a hanseníase e as ações voltadas para a sua eliminação. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cghde@saude.gov.br; devep@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) *E-mail*:idsus@saude.gov.br

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

Quadro 49 – Indicador 46: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Garantir exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase.
Indicador	**Indicador 46** – Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
Relevância do Indicador	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de casos novos.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de contatos intradomiciliares examinados referente aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação}}{\text{Total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: março Periodicidade para Monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 2013: 73% de contatos examinados. Linha de Base: 2012. Observações: Quando a linha de base de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados for igual a 0%, o parâmetro de referência passa a ser, pelo menos, 30% de contatos intradomiciliares examinados. Quando a linha de base de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados for menor que 50%, o parâmetro de referência passa a ser ampliado em 30% de contatos intradomiciliares examinados. Quando a linha de base de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados estiver entre 50% e 74,9%, o parâmetro de referência passa a ser ampliado em 15% de contatos intradomiciliares examinados. Quando a linha de base de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados estiver entre 75% e 89,9%, o parâmetro de referência passa a ser ampliado em 5% de contatos intradomiciliares examinados. Quando a linha de base de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados for igual ou maior que 90%, o parâmetro de referência passa a se manter acima de 90% de contatos intradomiciliares examinados.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a eliminação da hanseníase. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para a eliminação da hanseníase. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a eliminação da hanseníase. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a eliminação da hanseníase. Realizar estudos sobre hanseníase e sua eliminação. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar medicamentos para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre a hanseníase e as ações voltadas para a sua eliminação. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cghde@saude.gov.br; devep@saude.gov.br

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

Quadro 50 – Indicador 47: Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Reduzir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.
Indicador	**Indicador 47** – Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral
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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: agosto Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	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 1 óbito em cada município e região.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças de transmissão vetorial. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças de transmissão vetorial. Realizar estudos sobre as doenças de transmissão vetorial. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle das doenças de transmissão vetorial para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças de transmissão vetorial. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cgdt@saude.gov.br/leishmanioses@saude.gov.br

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

Quadro 51 – Indicador 48: Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha.
Indicador	**Indicador 48** – Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
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 $\frac{\text{Número de cães vacinados}}{\text{Total da população canina}}$ X 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: SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. *Site:* <http://pni-hmg.datasus.gov.br>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: abril Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: ≥ 80% da cobertura vacinal de cães.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de zoonoses. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de vacinação antirrábica. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de zoonoses. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução zoonoses. Realizar estudos sobre as zoonoses. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar vacinas antirrábicas para as Secretarias Estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre zoonoses. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cgdt@saude.gov.br

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

Quadro 52 – Indicador 49: Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região.
Indicador	**Indicador 49** – Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários
Relevância do Indicador	Reflete a cobertura de ações de Vigilância Epidemiológica e controle do tracoma nos municípios prioritários.
Método de Cálculo	Método de cálculo regional e estadual $\frac{\text{Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma nos municípios prioritários}}{\text{População de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública dos municípios prioritários}} \times 100$ Método de cálculo municipal e DF $\frac{\text{Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma no município}}{\text{População escolar do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública do município}} \times 100$
Fonte	**Numerador:** Sinan NET (Boletim de Inquérito do Tracoma – Escolar). **Denominador**: Secretarias Municipais de Educação.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento dos dados: 30 de junho Periodicidade para monitoramento: semestral Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	1 – Municípios prioritários são aqueles que estão listados nas Portarias MS/GM nº 3.208, de 29 de dezembro de 2011, MS/GM nº 3.206, de 29 de dezembro de 2011, e MS/GM nº 3.269, de 30 de dezembro de 2011. 2 – Escalonamento da Meta: nos municípios com população total igual ou maior que 50 mil habitantes, estimar em 5% dessa população, como o número de escolares de 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública. 3 – Também podem ser incluídos outros municípios da região que, apesar de não constarem das portarias citadas, são considerados prioritários para o tracoma na região.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a eliminação de doenças relacionadas à pobreza. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para a eliminação de doenças relacionadas à pobreza. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a eliminação de doenças relacionadas à pobreza. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a eliminação de doenças relacionadas à pobreza. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar insumos para prevenção e controle das doenças relacionadas à pobreza para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças relacionadas à pobreza e as ações voltadas para a sua eliminação. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: cghde@saude.gov.br; devep@saude.gov.br

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

Quadro 53 – Indicador 50: Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica.
Indicador	**Indicador 50** – Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária
Relevância do Indicador	Possibilita o cálculo da estimativa do risco de ocorrência anual de casos de malária em áreas endêmicas. Os graus de risco, expresso em valores do IPA, são: baixo (<10,0), médio (10,0 – 49,9) e alto (≥ 50,0).
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual $\frac{\text{Número de exames positivos de malária por local provável de infecção, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC)}}{\text{População total residente, no período determinado}} \times 1.000$
Fonte	**Numerador:** Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica Malária (SIVEP – Malária), a partir de 2003 na Região Amazônica; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), a partir de 2004 na região extra-amazônica. **Denominador:** Base de dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro de Referência para a Região Amazônica: 11,0 casos por 1.000 habitantes.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças de transmissão vetorial. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilânca em Saúde voltadas para a redução das doenças de transmissão vetorial. Realizar estudos sobre as doenças de transmissão vetorial. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle das doenças de transmissão vetorial para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças de transmissão vetorial. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária (CGPNCM) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: devep@saude.gov.br

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

Quadro 54 – Indicador 51: Número absoluto de óbitos por dengue

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue.
Indicador	**Indicador 51** – Número absoluto de óbitos por dengue
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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: março Periodicidade para monitoramento: quadrimestral. Como referência para análise, o total de óbitos do ano anterior deve ser considerado nos seguintes percentuais: para o 1º quadrimestre, 65%; para o 2º quadrimestre, 30%; para o 3º quadrimestre, 5%. Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 10% ao ano, nos municípios e regiões com seis 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.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças de transmissão vetorial. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças de transmissão vetorial. Realizar estudos sobre as doenças de transmissão vetorial. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle das doenças de transmissão vetorial para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças de transmissão vetorial. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral do Programa Nacional do Controle da Dengue (CGPNCD) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: dengue@saude.gov.br

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

Quadro 55 – Indicador 52: Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.
Indicador	**Indicador 52** – Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
Relevância do Indicador	Evidência 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, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de imóveis visitados nos municípios em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue}}{\text{Número de imóveis de áreas urbanas}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (Sisfad). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD). Observação: Os municípios possuem, em âmbito local, os dados referentes ao indicador aqui tratado, registrados no Sisfad, ou no SISPNCD, ou em planilhas eletrônicas próprias, formatadas para a identificação das visitas domiciliares realizadas, por ciclo. A consolidação nacional desses dados, sempre que necessário, é feita por meio do FormSUS, preenchido pelas secretarias estaduais de Saúde (SES), com base nos dados levantados nos municípios.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: março Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças de transmissão vetorial. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças de transmissão vetorial. Realizar estudos sobre as doenças de transmissão vetorial. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle das doenças de transmissão vetorial para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças de transmissão vetorial. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral do Programa Nacional do Controle da Dengue (CGPNCD) Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: dengue@saude.gov.br

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

Quadro 56 – Indicador 53: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 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.
Meta	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
Indicador	**Indicador 53** – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
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.

continua

continuação

Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF **Passo1 –** Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT): $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais}}$ x100 **Passo 2 –** Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (PT): $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez}}$ X 100 **Passo 3** – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (PCRL): $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre}}$ X 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: $\frac{\mathbf{1,2\ X\ PCT + 1,0\ X\ PT + 1,0\ X\ PCRL}}{\mathbf{3,2}}$ 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/>.

continua

conclusão

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: março Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Ampliar em cinco 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.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade da água. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para as ações relacionadas à qualidade da água. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de vigilância da qualidade da água. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a vigilância da qualidade da água. Realizar estudos sobre a qualidade da água e seu controle. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a qualidade da água. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *E-mail*: vigiagua@saude.gov.br

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

Quadro 57 – Indicador 54: Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz nacional	Diretriz 8 – Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS
Objetivo nacional	Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.
Meta	Meta regional e estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos municípios. Meta municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica.
Indicador	**Indicador 54** – Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado
Relevância do indicador	Permite observar informações acerca do acesso e do uso de medicamentos pela população assistida no SUS.
Método de cálculo	Método de cálculo regional e estadual $\frac{\text{Número de municípios com Sistema Hórus implantado na região de saúde ou estado}}{\text{Número total de municípios na região de Saúde ou estado}} \times 100$ Método de cálculo municipal e DF $\frac{\text{Número de serviços farmacêuticos da Atenção Básica com o Sistema Hórus implantado no município}}{\text{Número total de serviços farmacêuticos da Atenção Básica no município}} \times 100$
Fonte	Sistema Hórus.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	O indicador mede a evolução da implantação do Sistema Hórus nos municípios, considerando município implantado aquele que finaliza as quatro fases de adesão e está utilizando regularmente o Sistema Hórus nos serviços farmacêuticos da Atenção Básica (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico) para os processos de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (aquisição – distribuição – dispensação). Fase de adesão: 1ª FASE: Cadastro de Adesão – Questionário com o objetivo de identificar como os municípios estão estruturados (mobiliário, equipamentos, recursos humanos) e seu interesse em aderir ao Sistema Hórus. 2ª FASE: Termo de Adesão – Oficializa a adesão e os compromissos do gestor federal, estadual e municipal com o Sistema Hórus. 3ª FASE: Capacitação – Objetiva preparar os profissionais para utilização do Sistema Hórus. 4ª FASE: Disponibilização e Implantação do Sistema Hórus – Liberação da senha para implantação do Sistema Hórus.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar tecnicamente a região de Saúde no processo de adesão ao Sistema Hórus. Capacitar os profissionais da região de Saúde para utilização do Sistema Hórus. Oferecer suporte técnico para implantação e utilização do Sistema Hórus, por meio do apoio institucional centralizado e descentralizado DAF/SCTIE/MS. Garantir a manutenção e o aprimoramento contínuo do Sistema Hórus, por meio do DATASUS/SGEP/MS. Atualizar trimestralmente a Secretaria Estadual de Saúde sobre a situação de implantação nos municípios de região de Saúde.
Responsável pelo monitoramento no ministério da saúde	Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) *E-mail*: cgafb.daf@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS).

Quadro 58 – Indicador 55: Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz nacional	Diretriz 8 – Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
Objetivo nacional	Objetivo 8.2 – Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.
Meta	Meta regional e estadual: x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de saúde ou estado. Meta municipal e DF: x% de serviços farmacêuticos estruturados no município.
Indicador	**Indicador 55** – Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados
Relevância do indicador	Necessidade de monitorar a estruturação da Assistência Farmacêutica no SUS, estratégia fundamental para a ampliação e a qualificação do acesso da população e a promoção do uso racional aos medicamentos.
Método de cálculo	Método de cálculo regional e estadual $\frac{\text{Número de municípios da extrema pobreza com serviços de Assistência Farmacêutica estruturados na região de Saúde ou estado}}{\text{Número total de municípios da extrema pobreza na região de Saúde ou estado}} \times 100$ Método de cálculo municipal e DF $\frac{\text{Número de serviços farmacêuticos da Atenção Básica estruturados no município}}{\text{Número total de serviços farmacêuticos da Atenção Básica no município}} \times 100$
Fonte	Alimentação da meta pelo município no e-Car (Sistema de Acompanhamento no e Monitoramento de Resultados).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	O indicador mede o número de municípios com população em extrema pobreza com serviços farmacêuticos da Atenção Básica (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico) estruturados, no que diz respeito a equipamentos e mobiliários, conforme as diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Disponibilizar as diretrizes para a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Apoiar a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica da Atenção Básica, dos municípios habilitados no programa Qualifar-SUS, no Eixo Estrutura, com recurso para equipamento, mobiliários e manutenção de serviços. Prestar cooperação técnica articulado com as secretarias estaduais de Saúde e regiões de Saúde, para implementação das ações necessárias a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.
Responsável pelo monitoramento no ministério da saúde	Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) *E-mail*: cgafb.daf@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS).

Quadro 59 – Indicador 56: Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 8 – Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
Objetivo Nacional	Objetivo 8.3 – Fortalecer a Assistência Farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.
Meta	100% das indústrias de medicamentos inspecionadas no ano.
Indicador	**Indicador 56** – Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano
Relevância do Indicador	A inspeção sanitária em indústria de medicamentos visa reduzir ou eliminar os fatores de risco sanitário e os agravos à saúde da população. Também contribui para eliminação de empresas clandestinas e a comercialização de medicamentos falsificados.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de indústrias de medicamentos em determinado território, inspecionadas pela Vigilância Sanitária no ano}}{\text{Número total de estabelecimentos fabricantes de medicamentos autorizados a funcionar no mesmo território}} \times 100$
Fonte	Sistema Canais e Sistema Datavisa.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: semestral Avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	O estímulo às ações preventivas ou de promoção à saúde devem ser um compromisso de todo gestor. O monitoramento e a análise do indicador dependem da alimentação, no Sistema Canais, das inspeções realizadas pelas Vigilâncias Sanitárias.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoio técnico e financeiro para execução das ações de Vigilância Sanitária.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Gerência de Inspeção e Certificação de Medicamentos e Produtos (GGINPA) Núcleo de Assessoramento em Descentralização das Ações de Ações de Vigilância Sanitária (Nadav). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) *E-mail*: gimep@anvisa.gov.br; nadav@anvisa.gov.br

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quadro 60 – Indicador 57: Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas

Tipo do indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.
Objetivo Nacional	Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.
Meta	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.
Indicador	**Indicador 57** – Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas
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: $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas pelo município}}{\text{Número de ações propostas para o município no Plano Regional de Educação Permanente em Saúde}} \times 100$
Fonte	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde e Relatório Anual encaminhado ao DEGES/SGTES/MS.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	O Plano Regional de Educação Permanente em Saúde deve ser elaborado a partir das necessidades regionais tendo como referência: nº de profissionais/ trabalhadores de Saúde existentes na região e quantos seriam necessários para operar as redes de atenção à Saúde; capacidade instalada e investimentos previstos; necessidades de formação e de ações de educação permanente (por serviço, por município, por região). Devem considerar também as demandas de qualificação pactuadas na implementação das redes de atenção à Saúde prioritárias: Rede de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Enfrentamento do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama. Qualificação de profissionais da Rede de Atenção Básica em diagnóstico/ detecção precoce do câncer de mama e do câncer do colo do útero. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Qualificação de profissionais de nível médio e superior para atuação em órtese e prótese. Rede Cegonha. Formação de profissionais especializados em enfermagem obstétrica. Rede de Atenção Psicossocial – Enfrentamento do *crack* e outras drogas. Qualificação de profissionais de Saúde de nível superior para atuação em Consultórios de Rua e Serviços de Urgência. Qualificação de profissionais dos Caps para atuação como teleconsultores para serviços de Saúde não especializados. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Qualificação de profissionais da RUE em Classificação de Risco. Qualificação de profissionais da RUE na atenção ao paciente politraumatizado. Qualificação de profissionais da RUE para implantação do protocolo de atenção ao paciente vítima de politrauma. Qualificação em Normatização do Atendimento ao Paciente Queimado. Qualificação para profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no atendimento ao paciente vítima de trauma. Implantação de Protocolo AVC. Qualificação de equipes hospitalares nos protocolos de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e trauma. Atenção Básica. Qualificação em Atenção Domiciliar.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar o funcionamento das Comissões de Integração Ensino Serviço (Cies). Apoiar na elaboração do Plano Regional e Plano Estadual de Educação Permanente na definição de estratégias para atender as demandas de qualificação das redes de atenção. Definição metodológica da coleta de dados para dimensionamento da força de trabalho no SUS. Financiamento das ações definidas nos planos de educação permanente.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) *E-mail*: peps@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

Quadro 61 – Indicador 58: Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva

Tipo do indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.
Objetivo Nacional	Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.
Meta	X% de expansão dos programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva.
Indicador	**Indicador 58** – Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família/Saúde Coletiva
Relevância do Indicador	Este indicador permite analisar o percentual de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva que efetivamente estão sendo expandido no município.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de programas novos e ampliação}}{\text{Número total de programas de Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Saúde da Família, Saúde Coletiva}} \times 100$
Fonte	Relatório do gestor do município enviado ao DEGES/SGTES, o Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SISCNRMS/MEC), Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM/MEC) e o Sistema de Gerenciamento das Residências (SIG RESIDÊNCIAS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Recomendações, observações e informações adicionais	É importante que os municípios apoiem a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS por meio da Expansão de Programas de Residência Médica (PRMs) e Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS).
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Disponibilizar recursos financeiros, apoio técnico e assessoria em conjunto com o MEC para abertura de novas vagas e programas de residência.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) *E-mail*: rms@saude.gov.br; proresidencia@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

Quadro 62 – Indicador 59: Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental

Tipo do indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.
Objetivo Nacional	Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.
Meta	X% de expansão dos programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.
Indicador	**Indicador 59** – Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental
Relevância do Indicador	Este indicador permite levantar o percentual de novos e/ou ampliação de programas Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental no(s) município(s) da região.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Número de programas novos e ampliação}}{\text{Número total de programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional}} \times 100$
Fonte	Relatório do gestor do município enviado ao DEGES/SGTES, o Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SISCNRMS/MEC), Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM/MEC) e o Sistema de Gerenciamento das Residências (SIG RESIDÊNCIAS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Recomendações, observações e informações adicionais	É importante que os municípios apoiem a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS por meio da Expansão de Programas de Residência Médica (PRMs) e Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS).
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Disponibilizar recursos financeiros, apoio técnico e assessoria em conjunto com o MEC para abertura de novas vagas e programas de residência.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) *E-mail*: proresidencia@saude.gov.br; rms@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

Quadro 63 – Indicador 60: Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados

Tipo do indicador	Específico
Diretriz	Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.
Objetivo Nacional	Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.
Meta	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes.
Indicador	**Indicador 60** – Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados
Relevância do Indicador	Apresenta o número de pontos de Telessaúde em funcionamento no Brasil por região, importante para qualificação da atenção à Saúde prestada à população. O ponto do Telessaúde Brasil possibilita a integração de unidades básicas e serviços de Saúde aos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos por meio de teleconsultorias, telediagnósticos e ações de teleducação.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Número de pontos implantados no ano.
Fonte	Monitoramento informado pelos Núcleos Técnico-Científico de Telessaúde e Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Recomendações, observações e informações adicionais	**Núcleo técnico-científico:** instituições formadoras e/ou estabelecimentos de Saúde responsáveis pela formulação e oferta de teleconsultorias, telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa. **Ponto de Telessaúde**: estabelecimentos de Saúde a partir dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam teleconsultorias e/ou telediagnósticos. Ponto de telessaúde implantado é aquele que dispõe de infraestrutura e conectividade para funcionar.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Disponibilizar recursos financeiros para o Núcleo Estadual de Telessaúde, oferecer apoio técnico e monitorar a implementação e o funcionamento dos pontos. Promover em parceria com os estados, municípios, universidades a implantação de Núcleos de Telessaúde Redes para aumentar a resolutividade das equipes de Atenção Básica.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) *E-mail*: telessaude@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

Quadro 64 – Indicador 61: Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos

Tipo do indicador	Universal
Diretriz nacional	Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.
Objetivo nacional	Objetivo 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.
Meta	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos.
Indicador	**Indicador 61** – Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos
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).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Os dados serão acompanhados em acordo com informações contidas no SCNES, anualmente.

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	Informações Adicionais: **1)Trabalhadores do SUS**: são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à 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 à 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 n° 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 n° 9.608/98), pois elas não caracterizam vínculo empregatício (protegido ou desprotegido).
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Promover e apoiar ações nas três esferas para aumentar a proporção de vínculos de trabalho protegido no SUS, e auxiliar na realização do diagnóstico da força de trabalho em Saúde.
Responsável pelo monitoramento no ministério da saúde	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS) Secretaria de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS) *E-mail*: degerts@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

Quadro 65 – Indicador 62: Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento

Tipo do indicador	Específico
Diretriz nacional	Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.
Objetivo nacional	Objetivo 11.3 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da Saúde na região de Saúde.
Meta	X mesas (ou espaços formais) municipais ou estaduais de negociação do SUS, implantados e em funcionamento.
Indicador	**Indicador 62** – Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento
Relevância do indicador	Indicador que confirma a importância de se manter espaço democrático, fórum paritário, de negociação, que reúne gestores e trabalhadores; possibilitanto a construção conjunta de planos de trabalho e agendas de prioridades para reconhecimento e fortalecimento do trabalhador do SUS.
Método de cálculo	Método de cálculo municipal Número de mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento. Método de cálculo regional Soma do número de mesas ou espaços formais municipais permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento na região de Saúde. Método de cálculo estadual e DF Número de mesas ou espaços formais estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.
Fonte	Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SINNP-SUS) (<www.saude.gov.br/mesa>).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: semestral Avaliação: anual

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	A comprovação da criação da mesa (ou espaço formal) municipal e regional se dará por consulta aos regimentos internos. O regimento aprovado em âmbito local dever ser encaminhado formalmente por ofício e meio eletrônico para a Secretaria-Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). Para atestar o funcionamento da mesa (ou espaço formal) municipal, será verificada a periodicidade de reuniões que deve ser no mínimo trimestral (quatro reuniões/ano). As convocatórias, pautas, atas, resumos executivos, acordos ou outros produtos das reuniões devem ser encaminhados por meio eletrônico para a Secretaria-Executiva da MNNP-SUS. A MNNP-SUS disponibiliza o *e-mail* <mnnp.sus@saude.gov.br> para o recebimento dos documentos das mesas ou espaço formal municipais. Os documentos encaminhados são colocados no sítio do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) que pode ser consultado no *site* <www.saude.gov.br/mesa>.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar a criação e o funcionamento (acompanhamento técnico, orientação e subsídios para a implantação) das mesas (ou espaço formal) municipais e estaduais de negociação permanente do SUS. Estimular a adoção dos protocolos nacionais da MNNP-SUS e promover a qualificação dos gestores e trabalhadores em negociação do trabalho em saúde. Identificar no mapa a força de trabalho em Saúde.
Responsável pelo monitoramento no ministério da saúde	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) Secretaria de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS) *E-mail*: degerts@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

Quadro 66 – Indicador 63: Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 12 – Implementação de 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	Objetivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.
Meta	X% de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde.
Indicador	**Indicador 63** – Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde
Relevância do Indicador	Permite mensurar o quantitativo de planos de saúde enviados aos conselhos de Saúde no País.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, estadual e DF Número de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde Observação: Considerar 01 para o plano de saúde enviado ao conselho de Saúde. Método de cálculo regional $\frac{\text{Número planos de saúde municipais enviados aos conselhos de Saúde}}{\text{Número de municípios da região de Saúde}} \times 100$
Fonte	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Fomentar a cultura do planejamento em saúde e apoiar a elaboração dos planos de saúde pelos entes da federação, por meio de capacitação e disponibilização de normas técnicas que subsidiem o processo.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) *E-mail*: dgp@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS).

Quadro 67 – Indicador 64: Proporção conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs)

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 12 – Implementação de 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	Objetivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.
Meta	Ampliar o percentual dos conselhos de Saúde cadastrados no Siacs.
Indicador	**Indicador 64** – Proporção conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – Siacs
Relevância do Indicador	O indicador permite mensurar o quantitativo de conselhos cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs). Sistema este, que possibilita um retrato detalhado dos conselhos de Saúde de todo o País, mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, estadual e DF Conselho de Saúde cadastrado no Siacs Observação: Considerar 01 para o Conselho de Saúde com cadastro no Siacs. Método de cálculo regional $\frac{\text{Número de conselhos de Saúde municipal cadastrados no Siacs}}{\text{Número de conselhos municipais de Saúde da região}} \times 100$
Fonte	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Periodicidade para monitoramento: semestral Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Entende-se como conselho de Saúde cadastrado, aquele que realizar o preenchimento das informações referentes ao conselho no Siacs.

continua

conclusão

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Instituir a Comissão Nacional de acompanhamento do Siacs (Força Tarefa composta pelo MS, Conass, Conasems e Conselho Nacional de Saúde), com o objetivo de mobilizar os gestores e conselheiros no sentido de que seja efetivada a criação ou a revisão da efetiva paridade e de acompanhamento sistemático do cadastramento dos conselhos de Saúde no Siacs. Efetivar plano de ação com foco na implementação do Siacs, mobilização dos conselhos de Saúde e mobilização dos gestores do SUS. Implementar Plano de Comunicação do Siacs: informativos, *site*, Twitter, cartilha, cartaz, revista do CNS e vídeo com orientação do ministro (<http://conselho.saude.gov.br/>) e divulgação no *blog* da Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) *E-mail*: dgp@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS).

Quadro 68 – Indicador 65: Proporção de municípios com ouvidoria implantada

Tipo do indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
Objetivo Nacional	Objetivo 13.1 – Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
Meta	Meta regional e estadual: 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado. Meta municipal e DF: Implantação de um serviço de ouvidoria.
Indicador	**Indicador 65** – Proporção de municípios com ouvidoria implantada
Relevância do Indicador	A ouvidoria, no âmbito do monitoramento e da avaliação, tem a finalidade de contribuir com a avaliação do sistema, por meio do envolvimento do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o poder público, de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução de problemas e efetiva participação da comunidade na gestão do SUS, de acordo com a Constituição Federal de 1988, visando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal e DF Número de ouvidoria implantada no município. Método de cálculo regional e estadual $\frac{\text{Número total de municípios com ouvidorias na região de Saúde ou no estado}}{\text{Total de municípios na região ou no estado}} \times 100$ Observação.: No cálculo do numerador (número de municípios com ouvidorias na região ou no estado) considerar a linha de base, ouvidorias já implantadas, somadas as que serão implantadas no período.
Fonte	Sistema de Informação de Ouvidoria do SUS (SiouveSUS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais	O serviço de ouvidoria deve ser implantado como um sistema de comunicação entre o cidadão e o poder público, para apurar de forma permanente as necessidades e interesses do usuário, bem como a sua avaliação das ações e serviços de Saúde, visando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS. Considera-se implantado um serviço de ouvidoria quando houver: espaço físico para o funcionamento da ouvidoria, um ou mais canais de recebimento das manifestações (telefone, formulário *web*, atendimento presencial, entre outros), um ou mais canais de resposta (meio impresso, telefone, *e-mail*) ao cidadão e utilização de sistema para o tratamento das demandas de saúde oriundas da população, produção de relatórios para a gestão do SUS com informações sobre necessidades e interesses do usuário, bem como a sua avaliação das ações e serviços de Saúde.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Disponibilizar o sistema informatizado OuvidorSUS, capacitações e cooperação técnica.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Setor de Apoio à Descentralização da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Ouvidoria Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) *E-mail*: sad.cgsno@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS).

Quadro 69 – Indicador 66: Componente do SNA estruturado

Tipo do indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
Objetivo Nacional	Objetivo 13.1 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
Meta	Meta regional: Estruturação de, no mínimo um, componente municipal do SNA na região de Saúde. Meta municipal, estadual e DF: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA.
Indicador	**Indicador 66** – Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado
Relevância do Indicador	Com o componente estadual, DF e municipal do SNA estruturado, as ações de auditoria no Coap serão realizadas de maneira integrada e sistêmica com vistas a contribuir na qualificação, transparência e ética da gestão em Saúde.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, estadual e DF Número absoluto do componente municipal/estadual do SNA estruturado Método de cálculo regional Soma da quantidade de componentes municipais do SNA estruturados em uma região de Saúde.
Fonte	Sistema Informatizado de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS) – Relatório de auditoria realizada do Coap pelo componente.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual

continua

conclusão

Recomendações, observações e informações adicionais.	Considera-se componente de auditoria, estruturado aquele instituído por ato formal no organograma da secretaria de saúde, com estrutura físico-financeira e logística definida e equipe multiprofissional. Bem como, aquele que utiliza sistema informatizado e procedimentos padronizados na realização da ação de auditoria, devendo esta ser emitida ao menos uma vez por ano. A equipe multiprofissional deve ser capaz de desenvolver ações técnicas e administrativas de auditoria, com vistas ao cumprimento do inciso 14.5 da Cláusula 14ª do Coap, formada por servidores efetivos. A execução do Coap será auditada, no mínimo, uma vez ao ano. Recomenda-se a utilização do Sistema Informatizado de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS), nas ações de auditoria no Coap, visando garantir a padronização de procedimentos, rotinas, fluxos e geração de relatórios, de forma a possibilitar atuação uniforme das equipes. O atingimento da meta é consequência da conjugação de vontades dos entes signatários. Cada ente federado é responsável por estruturar seu componente. A estrutura segundo a legislação que institui o SNA dispõe: 1 componente federal, 27 estaduais e 5.570 municipais. Entretanto, em alguns municípios não é factível a implementação do componente, sendo assim, a sugestão é de que o componente municipal seja estruturado em função da complexidade dos serviços e ações de Saúde. Recomenda-se ainda que a exemplo do componente federal, que tem uma unidade desconcentrada em cada estado, o componente estadual desconcentre uma unidade do componente estadual em cada região de Saúde.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Prestar cooperação técnica, que consiste: oferecer capacitação sobre técnicas de auditoria e operacionalização do Sisaud/SUS; disponibilizar o Sisaud/SUS; e prestar assistência operacional.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica (CGDNCT) Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS E-mail: cgdnct@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS).

Quadro 70 – Indicador 67: Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde

Tipo do indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
Objetivo nacional	Objetivo 13.1 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
Meta	Meta Regional e estadual: X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde. Meta municipal, estadual e DF: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.
Indicador	**Indicador 67** – Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde
Relevância do indicador	Evidencia o grau de adesão regional e dos municípios ao Banco de Preços em Saúde, colaborando com o processo de visibilidade dos preços praticados e com o compartilhamento de informações para a melhoria da gestão no SUS. Possibilita construir base de dados de históricos de compras da região.
Métodos de cálculo	Método de cálculo regional $\frac{\text{Número de municípios da região de Saúde com uma ou mais alimentações no ano no BPS}}{\text{Total de municípios da região de Saúde}} \times 100$ Método de cálculo municipal, estadual e DF Número de alimentações no ano no BPS.
Fonte	Banco de Preços em Saúde.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Recomendações, observações e informações adicionais	O Banco de Preços em Saúde é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza por meio da internet os preços de medicamentos e produtos para a saúde adquiridos por instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. O sistema permite ao gestor consultar preços praticados nas compras de medicamentos e produtos para a saúde melhorando o desempenho das compras na região, possibilita a comparação por estado, por região, por modalidade e por faixa de quantidade.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Capacitar os entes para procederem à alimentação do sistema Banco de Preços em Saúde com as compras de itens de saúde e medicamentos.
Responsável pelo monitoramento no ministério da saúde	Coordenação do Banco de Preços em Saúde (CBPS) Coordenação-Geral de Economia da Saúde (CGES) Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) Secretaria Executiva (SE/MS) *E-mail*: bps@saude.gov.br

Fonte: Secretaria-Executiva (SE/MS).

Apêndice A – Procedimentos a serem considerados no cálculo dos indicadores

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

0201010038, 0201010097, 0201010119, 0201010160, 0201010186, 0201010208, 0201010240, 0201010267, 0201010275, 0201010305, 0201010313, 0201010321, 0201010330, 0201010402, 0201010550, 0209040033, 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, 0303040076, 0303040084, 0303040092, 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, 0303060190, 0303060204, 0303060212, 0303060220, 0303060239, 0303060247, 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, 0303100010, 0303100028, 0303100036, 0303100044, 0303100052, 0303110015, 0303110023, 0303110031, 0303110040, 0303110058, 0303110066, 0303110074, 0303110082, 0303110090, 0303110104, 0303110112, 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, 0303190019, 0304010111, 0304100013, 0304100021, 0305010174, 0305020013, 0305020021, 0305020030, 0305020048, 0305020056, 0308010019, 0308010027, 0308010035, 0308010043, 0308020022, 0308020030, 0308030010, 0308030028, 0308030036, 0308040015, 0308040023, 0401020010, 0401020029, 0401020037, 0401020045, 0401020053, 0401020061, 0401020070, 0401020088, 0401020096, 0401020100, 0401020118, 0401020126, 0401020134, 0401020142, 0401020150, 0401020169, 0402010019, 0402010027, 0402010035, 0402010043, 0402010051, 0402020014, 0402020022, 0403010012,

0403010020, 0403010039, 0403010063, 0403010080, 0403010098, 0403010101, 0403010152, 0403010160, 0403010179, 0403010187, 0403010195, 0403010209, 0403010268, 0403010276, 0403010284, 0403010306, 0403010314, 0403010322, 0403010349, 0403010365, 0403020077, 0403020085, 0403020107, 0403020123, 0403050111, 0403050120, 0403050138, 0403050146, 0404010016, 0404010024, 0404010032, 0404010040, 0404010059, 0404010067, 0404010083, 0404010105, 0404010113, 0404010121, 0404010130, 0404010164, 0404010172, 0404010180, 0404010199, 0404010202, 0404010210, 0404010229, 0404010237, 0404010288, 0404010318, 0404010326, 0404010334, 0404010350, 0404010377, 0404010385, 0404010407, 0404010415, 0404010466, 0404010482, 0404010512, 0404010520, 0404010547, 0404020011, 0404020038, 0404020046, 0404020062, 0404020070, 0404020089, 0404020119, 0404020135, 0404020143, 0404020160, 0404020178, 0404020186, 0404020194, 0404020208, 0404020224, 0404020232, 0404020240, 0404020275, 0404020283, 0404020291, 0404020305, 0404020313, 0404020321, 0404020330, 0404020348, 0404020356, 0404020364, 0404020380, 0404020399, 0404020402, 0404020410, 0404020429, 0404020470, 0404020496, 0404020500, 0404020518, 0404020526, 0404020534, 0404020542, 0404020550, 0404020577, 0404020607, 0404020658, 0404020666, 0404020704, 0404020771, 0404030017, 0404030033, 0404030050, 0404030068, 0404030076, 0404030084, 0404030130, 0404030165, 0404030173, 0404030181, 0404030190, 0404030319, 0405010010, 0405010028, 0405010036, 0405010079, 0405010087, 0405010117, 0405010125, 0405010150, 0405010176, 0405020015, 0405020023, 0405030010, 0405030029, 0405030037, 0405030070, 0405030096, 0405030100, 0405030118, 0405030134, 0405030142, 0405030185, 0405030193, 0405030207, 0405040016, 0405040067, 0405040075, 0405040083, 0405040105, 0405040121, 0405040156, 0405040180, 0405040199, 0405040202, 0405040210, 0405050011, 0405050046, 0405050054, 0405050097, 0405050100, 0405050119, 0405050135, 0405050143, 0405050151, 0405050178, 0405050186, 0405050216, 0405050224, 0405050313, 0405050321, 0405050356, 0405050399, 0406010102, 0406010110, 0406010412, 0406010510, 0406010684, 0406010773, 0406010960, 0406010978, 0406020019, 0406020035, 0406020078, 0406020108, 0406020116, 0406020124, 0406020159, 0406020167, 0406020191, 0406020213, 0406020221, 0406020230, 0406020248, 0406020256, 0406020264, 0406020272, 0406020280, 0406020493, 0406020507, 0406020515, 0406020523, 0406020531, 0406020540, 0406020566, 0406020574, 0406020590, 0406020620, 0407010033, 0407010041, 0407010050, 0407010068, 0407010076, 0407010084, 0407010092, 0407010106, 0407010114, 0407010130, 0407010149, 0407010157, 0407010165, 0407010190, 0407010203, 0407010211, 0407010220, 0407010238, 0407010270, 0407010289, 0407010297, 0407010300, 0407010335, 0407010343, 0407010351, 0407020012, 0407020020, 0407020039, 0407020047, 0407020063, 0407020071, 0407020098, 0407020101, 0407020110, 0407020136, 0407020144, 0407020152, 0407020179, 0407020187, 0407020195, 0407020209, 0407020217, 0407020225, 0407020233, 0407020241, 0407020250, 0407020268, 0407020276, 0407020284, 0407020292, 0407020306, 0407020322, 0407020349, 0407020357, 0407020365, 0407020381, 0407020403, 0407020420, 0407020438, 0407020446, 0407020454, 0407020462, 0407020470, 0407030018, 0407030026, 0407030034, 0407030042, 0407030050, 0407030069, 0407030077, 0407030123, 0407030131, 0407030140, 0407030158, 0407030166, 0407030174, 0407030182, 0407030190, 0407030204, 0407030212, 0407030220, 0407030247, 0407040013, 0407040021, 0407040030, 0407040048, 0407040056, 0407040064, 0407040072, 0407040080, 0407040099, 0407040102, 0407040110, 0407040129, 0407040137, 0407040145, 0407040153, 0407040161, 0407040170, 0407040188, 0407040200, 0407040226, 0407040234, 0407040242, 0407040250, 0407040269, 0408010045,

0408010070, 0408010100, 0408010118, 0408010134, 0408010142, 0408010150, 0408010169, 0408010177, 0408010185, 0408010193, 0408010207, 0408010215, 0408010223, 0408010231, 0408020016, 0408020024, 0408020032, 0408020040, 0408020059, 0408020067, 0408020091, 0408020105, 0408020130, 0408020148, 0408020156, 0408020164, 0408020172, 0408020180, 0408020199, 0408020202, 0408020210, 0408020229, 0408020237, 0408020245, 0408020296, 0408020300, 0408020326, 0408020334, 0408020342, 0408020350, 0408020369, 0408020377, 0408020385, 0408020393, 0408020407, 0408020415, 0408020423, 0408020431, 0408020440, 0408020458, 0408020466, 0408020482, 0408020490, 0408020504, 0408020512, 0408020520, 0408020539, 0408020547, 0408020555, 0408020563, 0408020571, 0408020580, 0408020598, 0408020601, 0408020610, 0408020628, 0408020636, 0408030348, 0408030399, 0408030402, 0408030437, 0408030445, 0408030470, 0408030526, 0408030534, 0408030542, 0408030607, 0408030755, 0408040025, 0408040050, 0408040084, 0408040106, 0408040122, 0408040130, 0408040149, 0408040173, 0408040181, 0408040190, 0408040203, 0408040238, 0408040246, 0408040262, 0408040270, 0408040335, 0408040343, 0408050012, 0408050020, 0408050039, 0408050080, 0408050101, 0408050110, 0408050128, 0408050136, 0408050144, 0408050152, 0408050160, 0408050179, 0408050195, 0408050209, 0408050217, 0408050225, 0408050233, 0408050241, 0408050250, 0408050268, 0408050276, 0408050284, 0408050292, 0408050322, 0408050330, 0408050349, 0408050357, 0408050365, 0408050373, 0408050381, 0408050390, 0408050420, 0408050438, 0408050446, 0408050454, 0408050462, 0408050470, 0408050489, 0408050497, 0408050500, 0408050519, 0408050527, 0408050535, 0408050543, 0408050551, 0408050560, 0408050578, 0408050586, 0408050594, 0408050608, 0408050616, 0408050624, 0408050632, 0408050659, 0408050667, 0408050675, 0408050683, 0408050691, 0408050705, 0408050713, 0408050721, 0408050730, 0408050748, 0408050764, 0408050772, 0408050780, 0408050799, 0408050802, 0408050810, 0408050829, 0408050837, 0408050845, 0408050861, 0408050870, 0408050888, 0408050896, 0408050900, 0408050918, 0408050926, 0408060018, 0408060042, 0408060050, 0408060069, 0408060077, 0408060085, 0408060093, 0408060107, 0408060115, 0408060123, 0408060131, 0408060140, 0408060158, 0408060166, 0408060174, 0408060182, 0408060190, 0408060204, 0408060212, 0408060301, 0408060310, 0408060328, 0408060336, 0408060344, 0408060352, 0408060360, 0408060379, 0408060387, 0408060395, 0408060409, 0408060417, 0408060425, 0408060433, 0408060441, 0408060450, 0408060468, 0408060484, 0408060530, 0408060549, 0408060557, 0408060565, 0408060573, 0408060581, 0408060590, 0408060603, 0408060611, 0408060620, 0408060638, 0408060670, 0408060700, 0409010014, 0409010022, 0409010030, 0409010049, 0409010057, 0409010065, 0409010073, 0409010081, 0409010090, 0409010120, 0409010138, 0409010146, 0409010170, 0409010189, 0409010197, 0409010200, 0409010219, 0409010227, 0409010235, 0409010243, 0409010251, 0409010260, 0409010286, 0409010294, 0409010308, 0409010316, 0409010324, 0409010332, 0409010340, 0409010367, 0409010375, 0409010383, 0409010391, 0409010405, 0409010413, 0409010430, 0409010456, 0409010464, 0409010472, 0409010480, 0409010499, 0409010502, 0409010510, 0409010529, 0409010537, 0409010545, 0409010553, 0409010561, 0409010570, 0409010588, 0409020010, 0409020028, 0409020044, 0409020052, 0409020079, 0409020087, 0409020095, 0409020109, 0409020125, 0409020133, 0409020141, 0409020150, 0409020168, 0409020176, 0409030015, 0409030023, 0409030031, 0409030040, 0409040010, 0409040037, 0409040045, 0409040053, 0409040070, 0409040088, 0409040096, 0409040118, 0409040126, 0409040134, 0409040142, 0409040150, 0409040169, 0409040177, 0409040185, 0409040193, 0409040207, 0409040215, 0409040223, 0409040231,

0409040240, 0409050016, 0409050024, 0409050032, 0409050040, 0409050075, 0409050083, 0409050091, 0409050105, 0409050113, 0409060011, 0409060020, 0409060038, 0409060046, 0409060054, 0409060070, 0409060100, 0409060119, 0409060127, 0409060135, 0409060143, 0409060151, 0409060160, 0409060178, 0409060186, 0409060194, 0409060208, 0409060216, 0409060224, 0409060232, 0409060240, 0409060259, 0409060267, 0409060275, 0409060283, 0409070017, 0409070025, 0409070033, 0409070041, 0409070050, 0409070068, 0409070076, 0409070084, 0409070092, 0409070106, 0409070114, 0409070130, 0409070149, 0409070157, 0409070190, 0409070203, 0409070211, 0409070220, 0409070238, 0409070246, 0409070254, 0409070262, 0409070270, 0409070289, 0409070297, 0409070300, 0410010014, 0410010057, 0410010065, 0410010073, 0410010081, 0410010090, 0410010111, 0410010120, 0411020013, 0411020021, 0411020030, 0411020048, 0411020056, 0412010011, 0412010020, 0412010038, 0412010046, 0412010070, 0412010089, 0412010097, 0412010100, 0412010119, 0412010135, 0412010143, 0412020017, 0412020025, 0412020033, 0412020050, 0412020068, 0412020076, 0412020084, 0412030012, 0412030047, 0412030080, 0412030098, 0412030101, 0412030110, 0412040018, 0412040026, 0412040034, 0412040042, 0412040050, 0412040085, 0412040107, 0412040115, 0412040123, 0412040131, 0412040158, 0412040166, 0412040174, 0412040182, 0412040190, 0412040204, 0412040212, 0412040220, 0412050013, 0412050030, 0412050048, 0412050064, 0412050072, 0412050080, 0412050102, 0412050110, 0412050137, 0412050145, 0412050153, 0413010015, 0413010066, 0413010082, 0413010090, 0413040020, 0413040046, 0413040097, 0413040100, 0413040119, 0413040127, 0413040135, 0413040143, 0413040151, 0413040160, 0413040178, 0413040186, 0413040194, 0413040208, 0413040216, 0413040224, 0413040232, 0413040240, 0414010230, 0414010256, 0414010272, 0414010329, 0414020413, 0415010012, 0415020034, 0415030013, 0415040027, 0415040035, 0416030017, 0416030025, 0416120016, 0416120059.

Indicador 10 – Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente

0201010127, 0201010135, 0201010143, 0201010259, 0201010534, 0201010577, 0209040050, 0211050091, 0211050105, 0303040068, 0303040106, 0303040114, 0303040122, 0303120010, 0303180013, 0303180030, 0303180048, 0303180056, 0303180064, 0303180072, 0304010049, 0304010057, 0304010065, 0304010162, 0304080020, 0304080039, 0304080047, 0304080063, 0304090018, 0304090026, 0304090034, 0304090042, 0305020048, 0403010047, 0403010055, 0403010071, 0403010110, 0403010128, 0403010136, 0403010144, 0403010195, 0403010217, 0403010225, 0403010233, 0403010241, 0403010250, 0403010292, 0403010330, 0403010357, 0403020018, 0403020026, 0403020034, 0403020042, 0403020050, 0403020069, 0403020093, 0403020115, 0403020131, 0403030013, 0403030021, 0403030030, 0403030048, 0403030056, 0403030064, 0403030080, 0403030099, 0403030102, 0403030110, 0403030129, 0403030137, 0403030145, 0403030153, 0403030161, 0403030170, 0403040019, 0403040027, 0403040051, 0403040060, 0403040078, 0403040086, 0403040094, 0403040108, 0403040116, 0403040124, 0403050030, 0403050049, 0403050057, 0403050065, 0403050073, 0403050090, 0403050103, 0403050111, 0403050120, 0403050138, 0403050146, 0403050154, 0403050162, 0403060010, 0403060028, 0403060036, 0403060044, 0403060052, 0403060060, 0403060079, 0403060087, 0403060095, 0403070015, 0403070040, 0403070058, 0403070082, 0403070090, 0403070104, 0403070112, 0403070120, 0403070139, 0403070147, 0403070155, 0403070163, 0403080010,

0403080029, 0403080037, 0403080045, 0403080053, 0403080061, 0403080070, 0403080088, 0403080096, 0403080100, 0404010148, 0404010423, 0404010431, 0404020224, 0404020240, 0404020321, 0404020453, 0404020461, 0404020640, 0404020690, 0404020720, 0404020739, 0404020780, 0404030017, 0404030041, 0404030050, 0404030106, 0404030122, 0404030130, 0404030157, 0404030220, 0404030246, 0404030254, 0404030262, 0404030289, 0404030297, 0404030327, 0405010133, 0405030169, 0405030177, 0405040024, 0405040040, 0405040059, 0405040083, 0405040091, 0405040148, 0405040156, 0405040164, 0405050186, 0405050232, 0405050313, 0405050372, 0405050380, 0406010013, 0406010021, 0406010030, 0406010048, 0406010056, 0406010064, 0406010072, 0406010080, 0406010099, 0406010137, 0406010153, 0406010161, 0406010170, 0406010188, 0406010196, 0406010200, 0406010218, 0406010226, 0406010234, 0406010242, 0406010250, 0406010269, 0406010277, 0406010285, 0406010293, 0406010307, 0406010315, 0406010323, 0406010331, 0406010340, 0406010358, 0406010366, 0406010374, 0406010382, 0406010390, 0406010404, 0406010420, 0406010439, 0406010447, 0406010455, 0406010463, 0406010471, 0406010480, 0406010498, 0406010501, 0406010528, 0406010536, 0406010544, 0406010552, 0406010560, 0406010579, 0406010587, 0406010595, 0406010609, 0406010617, 0406010625, 0406010633, 0406010641, 0406010650, 0406010668, 0406010676, 0406010684, 0406010692, 0406010706, 0406010714, 0406010730, 0406010749, 0406010757, 0406010765, 0406010781, 0406010790, 0406010803, 0406010811, 0406010820, 0406010838, 0406010846, 0406010854, 0406010862, 0406010870, 0406010889, 0406010897, 0406010900, 0406010919, 0406010927, 0406010935, 0406010943, 0406010951, 0406010986, 0406010994, 0406011001, 0406011010, 0406011028, 0406011036, 0406011044, 0406011052, 0406011079, 0406011087, 0406011095, 0406011109, 0406011117, 0406011125, 0406011133, 0406011141, 0406011150, 0406011168, 0406011176, 0406011184, 0406011192, 0406011206, 0406011214, 0406011222, 0406011230, 0406011249, 0406020019, 0406020027, 0406020035, 0406020043, 0406020051, 0406020078, 0406020302, 0406020310, 0406020329, 0406020337, 0406020345, 0406020353, 0406020361, 0406020370, 0406020388, 0406020396, 0406020400, 0406020418, 0406020426, 0406020434, 0406020442, 0406020450, 0406020469, 0406020477, 0406020485, 0406020558, 0406020582, 0406020604, 0406030014, 0406030022, 0406030030, 0406030049, 0406030057, 0406030065, 0406030073, 0406030081, 0406030090, 0406030103, 0406030111, 0406030120, 0406030138, 0406030146, 0406040010, 0406040028, 0406040044, 0406040052, 0406040060, 0406040079, 0406040087, 0406040095, 0406040109, 0406040117, 0406040125, 0406040133, 0406040141, 0406040150, 0406040168, 0406040176, 0406040184, 0406040192, 0406040206, 0406040214, 0406040222, 0406040230, 0406040249, 0406040257, 0406040265, 0406040273, 0406040281, 0406040290, 0406040303, 0406040311, 0406040320, 0406040338, 0406050015, 0406050023, 0406050031, 0406050040, 0406050058, 0406050066, 0406050074, 0406050082, 0406050090, 0406050104, 0406050112, 0406050120, 0406050139, 0407010017, 0407010122, 0407010173, 0407010181, 0407020080, 0407020101, 0407020330, 0407020411, 0408010010, 0408010029, 0408010037, 0408010053, 0408010061, 0408010088, 0408010096, 0408010100, 0408020075, 0408020083, 0408020121, 0408020253, 0408020261, 0408020270, 0408020288, 0408020318, 0408020474, 0408020644, 0408030011, 0408030020, 0408030038, 0408030046, 0408030054, 0408030062, 0408030070, 0408030089, 0408030097, 0408030100, 0408030119, 0408030127, 0408030135, 0408030143, 0408030151, 0408030160, 0408030178, 0408030186, 0408030194, 0408030208, 0408030216, 0408030224, 0408030232, 0408030240, 0408030259, 0408030267, 0408030275, 0408030283, 0408030291, 0408030305, 0408030313, 0408030321, 0408030330, 0408030356,

0408030364, 0408030372, 0408030380, 0408030410, 0408030429, 0408030453, 0408030461, 0408030500, 0408030518, 0408030550, 0408030569, 0408030577, 0408030585, 0408030593, 0408030615, 0408030623, 0408030631, 0408030640, 0408030658, 0408030666, 0408030674, 0408030682, 0408030690, 0408030704, 0408030712, 0408030720, 0408030739, 0408030747, 0408030763, 0408030771, 0408030780, 0408030798, 0408030801, 0408030810, 0408030828, 0408030836, 0408030844, 0408030852, 0408030860, 0408030879, 0408030887, 0408030895, 0408030909, 0408030917, 0408040017, 0408040033, 0408040041, 0408040068, 0408040076, 0408040092, 0408040114, 0408040157, 0408040165, 0408040220, 0408040254, 0408040289, 0408040297, 0408040300, 0408040319, 0408040327, 0408050047, 0408050055, 0408050063, 0408050071, 0408050187, 0408050306, 0408050314, 0408050403, 0408050411, 0408050640, 0408050756, 0408050853, 0408060026, 0408060034, 0408060239, 0408060247, 0408060255, 0408060263, 0408060271, 0408060280, 0408060298, 0408060476, 0408060492, 0408060506, 0408060514, 0408060522, 0408060646, 0408060662, 0408060697, 0409050121, 0412010011, 0412010038, 0412010046, 0412010070, 0412010089, 0412010097, 0412010100, 0412010135, 0412010143, 0412020017, 0412020025, 0412020033, 0412020050, 0412020076, 0412020084, 0412040026, 0412040034, 0412040042, 0412040050, 0412040107, 0412040115, 0412040123, 0412040131, 0412040158, 0412040174, 0412040182, 0412050048, 0412050064, 0412050072, 0412050137, 0412050145, 0412050153, 0413010066, 0413030016, 0413030024, 0413030032, 0413030059, 0413030067, 0413030083, 0413040038, 0413040046, 0413040054, 0413040062, 0413040070, 0413040089, 0414010027, 0414010035, 0415010012, 0415020018, 0415020026, 0415020034, 0415020042, 0415030013, 0416010016, 0416010024, 0416010032, 0416010040, 0416010059, 0416010067, 0416010075, 0416010083, 0416010091, 0416010105, 0416010113, 0416010121, 0416010130, 0416010148, 0416010156, 0416010164, 0416010172, 0416010180, 0416010199, 0416020011, 0416020020, 0416020038, 0416020046, 0416020054, 0416020062, 0416020070, 0416020089, 0416020097, 0416020100, 0416020119, 0416020127, 0416020135, 0416020143, 0416030017, 0416030033, 0416030041, 0416030050, 0416030068, 0416030076, 0416030084, 0416030092, 0416030106, 0416030114, 0416030122, 0416030130, 0416040012, 0416040020, 0416040039, 0416040047, 0416040055, 0416040063, 0416040071, 0416040080, 0416040098, 0416040101, 0416040110, 0416040128, 0416040136, 0416040144, 0416040152, 0416040160, 0416040179, 0416040187, 0416040195, 0416050018, 0416050026, 0416050034, 0416050042, 0416050050, 0416050069, 0416050077, 0416050085, 0416060013, 0416060021, 0416060030, 0416060048, 0416060056, 0416060064, 0416060072, 0416060080, 0416060099, 0416060102, 0416070027, 0416070035, 0416080014, 0416080022, 0416080030, 0416080049, 0416080057, 0416080065, 0416080073, 0416080081, 0416080090, 0416080103, 0416090010, 0416090028, 0416090036, 0416090044, 0416090052, 0416090060, 0416090079, 0416090087, 0416090095, 0416090109, 0416110010, 0416110029, 0416110037, 0416110045, 0416110053, 0416120024, 0416120032, 0416120040, 0416130011, 0416130020, 0416130038, 0416130046, 0416130054, 0416130062, 0505010011, 0505010020, 0505010038, 0505010046, 0505010054, 0505010062, 0505010070, 0505010089, 0505010097, 0505010100, 0505010119, 0505020041, 0505020050, 0505020068, 0505020076, 0505020084, 0505020092, 0505020106, 0505020114, 0505020122, 0506020010, 0506020029, 0506020037, 0506020045.

Anexo A – Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Comissão Intergestores Tripartite

RESOLUÇÃO Nº 5 , DE 19 DE JUNHO DE 2013

Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o disposto no art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a necessidade de construção ascendente e de compatibilização sistêmica dos instrumentos de planejamento da saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o disposto no art. 24 da Resolução nº 3/CIT, de 30 de janeiro de 2012, que dispõe que os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão serão incorporados, no que couber, no Indicador Nacional de Garantia do Acesso, expresso no Indicador de Desempenho do SUS (IDSUS), de observância nacional e obrigatória;

Considerando a Resolução nº 4/CIT, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou suas respectivas diretrizes operacionais;

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 24 de novembro de 2011 sobre as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS; e

Considerando as premissas para pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde para os anos de 2013-2015, pactuadas na reunião da CIT em 28 de fevereiro de 2013, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as regras do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Art. 2º No processo de planejamento do SUS, as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pactuados devem estar expressos harmonicamente nos diferentes documentos adotados pelos gestores de saúde, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo.

§ 1º Para fins do disposto no "caput", os documentos adotados são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório de Gestão, os Relatórios Quadrimestrais e Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o COAP, quando da sua elaboração, formalização e atualização.

§ 2º O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento das metas de saúde.

§ 3º O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" servirão para indicações de adoção de medidas corretivas necessárias, o exercício do controle social e a retroalimentação do ciclo de planejamento.

Art. 3º Fica estabelecido rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 1º As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para pactuação nos anos de 2013-2015 são os constantes no Anexo, com possibilidade de serem submetidos, quando necessário, a ajuste anual mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 2º Para a pactuação nos anos de 2013-2015 será considerado indicador universal aquele de pactuação comum e obrigatória nacionalmente e indicador específico aquele que expressa especificidade local, sendo de tal forma obrigatória a sua pactuação nesse território.

§ 3º O ente federado poderá incluir outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 4º Os entes federados que não assinarem o COAP farão o registro, a cada ano, da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO.

§ 1º A pactuação regional precederá a pactuação estadual, sendo as metas municipais e estaduais registradas no SISPACTO.

§ 2º A pactuação seguirá o seguinte fluxo:

I - pactuação municipal:

a) pactuação em nível regional na Comissão Intergestores Regional (CIR) das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes à esfera municipal, observadas as especificidades locais;

b) aprovação da pactuação pelo Conselho Municipal de Saúde; e

c) formalização do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

pelas Secretarias Municipais de Saúde mediante registro e validação no SISPACTO, com posterior homologação pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde; e

II - pactuação estadual e do Distrito Federal:

a) pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes, respectivamente, à esfera estadual e do Distrito Federal;

b) aprovação da pactuação pelo respectivo Conselho de Saúde; e

c) formalização do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal mediante registro e validação no SISPACTO.

§ 3º O SISPACTO será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sispacto.

Art. 5º No processo de formalização e aditamento do COAP, os entes federados observarão a Resolução nº 3/CIT, de 30 de janeiro de 2012, que dispõe sobre as normas gerais e fluxos do COAP no âmbito do SUS, no que se refere à pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.

§ 1º Os Estados e Municípios que assinaram o COAP até a data de publicação desta Resolução, quando do aditamento do contrato, utilizarão o rol único de indicadores constantes do Anexo.

§ 2º sOs Estados e Municípios que fizerem a pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no SISPACTO e no mesmo exercício assinarem o COAP deverão observá-los adequando-os à realidade regional.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

WILSON ALECRIM
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 - 2015

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 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Básica.

N	Tipo	Meta	Indicador
1	U	Aumentar a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
2	U	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).
3	U	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
4	U	Aumentar a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.
5	U	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
6	E	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

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

N	Tipo	Meta	Indicador
7	U	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.
8	U	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
9	E	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.
10	E	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.
11	E	Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.

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 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

N	Tipo	Meta	Indicador
12	U	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.
13	E	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.
14	E	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
15	E	Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva.	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
16	E	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).

Objetivo 2.2 – Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.

N	Tipo	Meta	Indicador
17	E	Aumentar o percentual de internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador.	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.

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

Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.

N	Tipo	Meta	Indicador
18	U	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
19	U	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.

Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
20	U	Aumentar o percentual de parto normal	Proporção de parto normal
21	U	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.
22	U	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.	Número de testes de sífilis por gestante.
23	U	Reduzir o número de óbitos maternos.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
24	U	Reduzir a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.
25	U	Investigar os óbitos infantis e fetais.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
26	U	Investigar os óbitos maternos.	Proporção de óbitos maternos investigados.
27	U	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.
28	U	Reduzir a incidência de sífilis congênita.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.
Diretriz 4 – Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.			
Objetivo 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.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
29	E	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial.	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.

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 5.1 – Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

N	Tipo	Meta	Indicador
30	U	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT –doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Diretriz 6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

Objetivo 6.1 – Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

N	Tipo	Meta	Indicador
31	E	Alcançar, no mínimo, 75% de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo.	Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo.
32	E	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas.	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados.
33	E	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas.	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.
34	E	Investigar os óbitos de mulher indígena em idade fértil (MIF).	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados.

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

Objetivo 7.1– Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

N	Tipo	Meta	Indicador
35	U	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.
36	U	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
37	U	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
38	U	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
39	U	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação.
40	U	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.
41	U	Meta regional, estadual e DF: 100% dos municípios ou regiões administrativas, no caso do DF, executando todas ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessária.s Meta Municipal: realizar 100% das ações de Vigilância Sanitária no município.	Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.
42	U	Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
43	E	Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm^3 .
44	E	Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.
45	E	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
46	E	Garantir exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase.	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.
47	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.
48	E	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.

49	E	Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região.	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.
50	E	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica.	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.
51	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue.	Número absoluto de óbitos por dengue.
52	E	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.

Objetivo 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.

N	Tipo	Meta	Indicador
53	U	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

Diretriz 8 – Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

N	Tipo	Meta	Indicador
54	E	Meta regional e estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos municípios. Meta municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica.	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado.

Objetivo 8.2 – Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.

N	Tipo	Meta	Indicador
55	E	Meta regional e estadual: x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de Saúde ou estado Meta municipal e DF: x% de serviços farmacêuticos estruturados no município.	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados.

Objetivo 8.3 – Fortalecer a Assistência Farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.

N	Tipo	Meta	Indicador
56	E	100% das indústrias de medicamentos inspecionadas no ano.	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.

Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

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

N	Tipo	Meta	Indicador
57	U	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.
58	E	X% de expansão dos programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva.	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva.
59	E	X% de expansão dos programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.
60	E	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes.	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados.

Objetivo 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.

N	Tipo	Meta	Indicador
61	U	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos.	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.

Objetivo 11.3 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na região de Saúde.

N	Tipo	Meta	Indicador
62	E	X mesas (ou espaços formais) municipais ou estaduais de negociação do SUS, implantados e em funcionamento.	Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.

Diretriz 12 – Implementação de 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.

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

N	Tipo	Meta	Indicador
63	U	X% de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde.	Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de saúde.
64	U	Ampliar o percentual dos conselhos de Saúde cadastrados no Siacs.	Proporção conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs).

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Objetivo 13.1 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

N	Tipo	Meta	Indicador
65	E	Meta regional e estadual: 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado. Meta municipal e DF: Implantação de um serviço de ouvidoria.	Proporção de municípios com ouvidoria implantada.
66	E	Meta regional: Estruturação de, no mínimo um, componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de saúde. Meta municipal, estadual e DF: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA.	Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado.
67	E	Meta regional e estadual: X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde Meta municipal, estadual e DF: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.

Nota: Tipo do indicador U= indicador universal e E = indicador específico

ISBN 978-85-334-2031-1

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA