



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada

**ORIENTAÇÕES ACERCA DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO
AVALIAÇÃO DO PACTO
PELA SAÚDE, NOS COMPONENTES PELA VIDA E DE GESTÃO PARA O
BIÊNIO 2010 - 2011**

Conforme Portaria nº 2669 GM/MS de 03 de novembro de 2009

Versão atualizada em 04/12/2009

Brasília, dezembro de 2009

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde apresenta aos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde o **Documento de Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão**, relativo ao biênio 2010 - 2011.

Este documento se constitui como um produto do esforço coletivo das equipes técnicas do Ministério da Saúde que, atualmente, integram o **Grupo de Trabalho de Monitoramento do Pacto pela Saúde**, definido pelo **Comitê de Cooperação Técnica Integrada à Gestão Descentralizada do Sistema Único de Saúde**, cuja formalização ocorreu mediante a publicação da Portaria nº 1083 GM/MS, de 28 de maio de 2009 e coordenação encontra-se sob a responsabilidade do Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada – DAGD/SE/MS.

Trata-se de uma elaboração coletiva, que reflete a expectativa institucional de que os conteúdos aqui apresentados sejam amplamente utilizados pelas equipes técnicas e gestores das Secretarias de Saúde no momento de discussão dos objetivos, definição das metas e cálculo dos indicadores que compõem os pactos pela Vida e de Gestão.

Cabe destacar que, como a pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde deve representar o compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde em torno de prioridades que impactam nas condições de saúde da população, foram contempladas todas as prioridades do Pacto pela Vida e as responsabilidades do Pacto de Gestão, excetuando-se apenas as responsabilidades relativas à gestão do trabalho, dado que esta área se encontra ainda em processo de definição de seus indicadores.

Por outro lado, vale realçar que, em cumprimento à decisão do plenário da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em agosto de 2009, com a consequente publicação da Portaria nº 2751, GM/MS, de 11 de novembro de 2009, o processo de pactuação, doravante, será articulado com os conteúdos aprovados nos Planos de Saúde - PS, com as Programações Anuais de Saúde – PAS e com o Termo de Compromisso de Gestão - TCG, devendo haver coerência entre as ações e responsabilidades previstas nestes instrumentos.

No aspecto operacional, é relevante assinalar que todo o processo de negociação e pactuação das metas adotadas pelas SES e SMS deverá ser realizado no aplicativo SISPACTO, mediante acesso ao endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sispacto.

Enfim, com o compromisso assumido de procurar manter um permanente processo de aprimoramento dos conteúdos aqui apresentados, solicitamos que quaisquer sugestões, dúvidas e/ou comentários sejam enviadas aos emails:

descentralizacao@saude.gov.br

sispacto@saude.gov.br

SUMÁRIO

<u>PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA</u>	6
Prioridade I - SAÚDE DO IDOSO	6
Objetivo: Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.	6
Indicador 1: <u>Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.</u>	6
Prioridade II- CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA	8
Objetivo I: Ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero visando alcançar uma cobertura de 80% da população alvo.	8
Indicador 2: <u>Razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano.</u>	9
Objetivo II: Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.	12
Indicador 3: <u>Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.</u>	12
Objetivo III: Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.	16
Indicador 4: <u>Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.</u>	16
III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA	19
Objetivo I: Reduzir a mortalidade infantil.	19
Indicador 5: <u>Taxa de Mortalidade Infantil com seus componentes:</u>	19
a) <u>Mortalidade Neonatal.</u>	19
b) <u>Mortalidade Pós-neonatal.</u>	19
Objetivo II: Reduzir a mortalidade materna.	24
Indicador 6: <u>Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados</u>	24
Objetivo III: Reduzir a mortalidade materna.	28
Indicador 7: <u>Incidência de sífilis congênita.</u>	28
Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS	30
Objetivo I: Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.	30
Indicador 8: <u>taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue - SCD /Dengue Com Complicações - DCC)</u>	30
Objetivo II: Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011.	32
Indicador 9: <u>Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes</u>	32
Objetivo III: Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.	34
Indicador 10: <u>Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.</u>	35
Objetivo IV: Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia Legal.	38
Indicador 11: <u>Índice Parasitário Anual (IPA) de malária.</u>	38
Objetivo V: Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.	41
Indicador 12: <u>Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado.</u>	41
Objetivo VI: Fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B, e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial.	44
Indicador 13: <u>Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia.</u>	44
Objetivo VII: Reduzir a transmissão vertical do HIV.	46
Indicador 14: <u>Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.</u>	46
Prioridade V - PROMOÇÃO DA SAÚDE	48
Objetivo I: Reduzir os níveis de sedentarismo na população.	48

Indicador 15 - <u>Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos.</u>	48
Objetivo II: Reduzir a prevalência do tabagismo no país.	51
Indicador 16 - <u>Prevalência de tabagismo em adultos.</u>	51
Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	54
Objetivo I: Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família.	54
Indicador 17 – <u>Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.</u>	54
Objetivo II: Ampliar o acesso à consulta prenatal.	56
Indicador 18 - <u>Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal.</u>	56
Objetivo III: Reduzir a internação hospitalar por diabetes mellitus no âmbito do SUS.	59
Indicador 19 - <u>Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações.</u>	59
Objetivo IV: Reduzir a internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do SUS.	62
Indicador 20 - <u>Taxa de Internações por acidente vascular cerebral (AVC).</u>	62
Objetivo V: Reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.	65
Indicador 21 - <u>Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade.</u>	65
Indicador 22 – <u>Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.</u>	68
Prioridade VII - SAÚDE DO TRABALHADOR	71
Objetivo: Aumentar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.	71
Indicador 23 - <u>Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04.</u>	71
Prioridade VIII - SAÚDE MENTAL	74
Objetivo: Ampliar o acesso ao tratamento ambulatorial em saúde mental.	74
Indicador 24 - <u>Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes.</u>	74
Prioridade IX - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	76
Objetivo: Ampliar as Redes estaduais de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência.	76
Indicador 25 - <u>Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde.</u>	76
Prioridade X - ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA	78
Objetivo I: Ampliar a rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios.	78
Indicador 26 - <u>Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas.</u>	79
Objetivo II: Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.	87
Indicador 27: <u>Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas.</u>	87
Objetivo I: Inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.	109
Indicador 28: <u>Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.</u>	109
Objetivo II: Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino.	111
Indicador 29 – <u>Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência.</u>	111
<u>RESPONSABILIDADES DO PACTO DE GESTÃO</u>	113
I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS	113
Objetivo I : Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.	113

Indicador 30 - <u>Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.</u>	113
Objetivo II: Ampliar a classificação da causa básica de óbito não fetal.	117
Indicador 31 - <u>Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida.</u>	117
Objetivo III: Manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados.	121
Indicador 32 - <u>Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.</u>	121
Objetivo IV: Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade.	123
Indicador 33 - <u>Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.</u>	123
Objetivo V: Consolidar e ampliar a descentralização das ações de vigilância sanitária.	125
Indicador 34 - <u>Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.</u>	125
II – RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO	128
Objetivo: Constituir Colegiados de Gestão Regional (CGR).	128
Indicador 35 - <u>Percentual de Colegiados de Gestão Regional constituídos em cada estado e informados à CIT.</u>	128
III – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO	131
Objetivo: Assegurar que 100% de estados e municípios tenham o Relatório Anual de Gestão (RAG) apreciados pelos respectivos Conselhos de Saúde.	131
Indicador 36 – <u>Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão apreciados nos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.</u>	131
IV – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA	134
Objetivo: Fortalecer o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) com dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade da informação.	134
Indicador 37 – <u>Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).</u>	134
V – RESPONSABILIDADES DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	136
Objetivo: Ampliar o percentual de CIES em funcionamento, para que essas possam contribuir para o planejamento regional de ações educativas de acordo com as necessidades e realidades locais.	136
Indicador 38 – <u>Percentual de Comissões de Integração Ensino – Serviço (CIES) em funcionamento por estado.</u>	136
VI – RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	138
Objetivo I: Implantar ouvidoria em estados e municípios com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.	138
Indicador 39 - <u>Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais.</u>	138
Objetivo II: Fortalecer o controle social no SUS.	139
Indicador 40 – <u>Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009.</u>	139

PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA

Prioridade I - SAÚDE DO IDOSO

Objetivo: Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Promover ações de capacitação dos profissionais da atenção básica, com ênfase na prevenção de quedas. Capacitação dos profissionais da atenção básica (nível superior) em parceria com a ENSP/EAD/FIOCRUZ no curso Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.
- Capacitação de cuidadores pela Rede de Escolas Técnicas do SUS (ação Saúde do Idoso e SGETS).
- Capacitação em estados e municípios para implantação e implementação da caderneta de saúde da pessoa idosa.
- Oficinas estaduais de Prevenção de quedas e Osteoporose.

Meta Brasil: redução na taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur de pelo menos 2% ao ano de 2010 a 2011.

Indicador	Meta Brasil	
	2010	2011
Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur (/10.000)	Redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	Redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.

Indicador 1: Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: Ocorrência de internações hospitalares por Fratura do Fêmur na população com 60 anos ou mais de idade, pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado local e período.

Método de cálculo:

(Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência) / (Total da população com 60 anos ou mais, em mesmo período de tempo e local considerados no numerador) x 10.000. Fonte do numerador: Lista de Morbidade CID-10: Fratura do fêmur (CID10 S72), encontrada na página eletrônica do DATASUS. Fonte do denominador: informações demográficas, DATASUS/IBGE.

Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em pessoas
com 60 anos ou mais, por local de residência _____ X 10.000
(Total da população com 60 anos ou mais, em mesmo período de
tempo e local considerados no numerador)

Registro no SISPACTO: coeficiente ou taxa com duas casa decimais (XX,XX/10.000).

Fonte: dados de morbidade do SIH (sistema de internação hospitalar) e populacionais do IBGE, ambos disponíveis na página eletrônica do DATASUS.

Recomendações, observações e informações adicionais:

As fragilidades do presente indicador são: (1) quanto ao numerador, o número de internação hospitalar por fratura do fêmur é condicionado pela oferta de serviço e não necessariamente pela ocorrência do fato pretendido para estudo que é fratura de fêmur, como provavelmente não há grande variação da oferta de serviço em um período de poucos anos, espera-se que as alterações observadas no numerador reflitam, mesmo que indiretamente, a ocorrência do fato estudado. (2) quanto ao denominador, nem todos os idosos podem ser considerados sob risco de internação hospitalar no sistema público, devido àqueles usuários de serviços de saúde suplementar, além disso, o percentual desses usuários é muito variável entre regiões, estados e municípios. Como também não há grande variação desses percentuais em poucos anos, o denominador da forma como está pode ser um referencial da população sob risco, guardada as devidas limitações.

Abaixo, é apresentada uma tabela com a série histórica da variação percentual da taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur na população idosa, no Brasil e regiões. Observa-se uma redução importante a partir de 2006, somente na região Sul, entre 2007/2008, há aumento. O indicador Brasil entre 2006/2007 reduz em 10,3% e 1,9%, entre 2007/2008, bem próximo da meta para este último e bem superior para o período anterior.

Variação Percentual da taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur (CID10: S72), na população idosa (60+ anos), Brasil e regiões, 1998-2008										
Região	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008
Região Norte	15,5	-6,6	9,8	-4,6	32,8	-4,8	8,2	20,3	-15,8	-4,9
Região Nordeste	26,8	-7,5	0,3	20,7	1,0	4,0	6,0	5,2	-3,9	-8,1
Região Sudeste	6,4	-12,6	-1,7	8,8	4,2	1,8	-2,6	3,3	-10,5	-2,1
Região Sul	14,5	-5,5	-3,7	29,3	-6,3	3,1	5,4	-1,9	-15,1	7,9
Região Centro-Oeste	20,2	-6,4	2,5	12,5	0,0	5,7	-1,5	-4,0	-19,8	-3,8
Total	10,1	-10,1	-1,1	14,0	2,2	2,4	0,7	2,9	-10,3	-1,9

Para o cálculo das metas, foram consideradas as taxas de 2008 e reduções progressivas de 2% para os anos subsequentes.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Ações Programáticas- DAPES

Secretaria de Atenção Saúde – SAS/MS

e-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Prioridade II- CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA

Objetivo I: Ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero visando alcançar uma cobertura de 80% da população alvo.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Qualificação da oferta com foco na população de 25 a 59 anos e na periodicidade recomendada pelo programa de rastreamento¹.
- Ressarcimento dos custos e incorporação no teto financeiro da média complexidade (MAC) dos exames citopatológicos de rastreamento realizados a mais em relação ao ano anterior, conforme portaria nº 1183/GM de 03 de junho de 2009.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano.	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano \geq 0,20.	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano \geq 0,23.	Aumento de 15% na razão, a cada ano.

Observações:

1. O aumento do indicador de razão não implica somente no aumento da oferta de exames para a população alvo. Em alguns estados é necessário rever o fluxo das informações e melhorar o controle do recebimento dos dados dos prestadores (laboratórios).
2. Municípios pequenos, que não dispõem de laboratório, mas são responsáveis pela coleta do exame preventivo, devem buscar o referenciamento para a realização da leitura das lâminas coletadas (exame citopatológico).
3. Para os anos de 2010 a 2012, os estados que possuem razão igual ou acima da meta estimada para a região, mas com valores abaixo de 0,3 poderão pactuar o aumento de 15%.
4. Os estados que já possuem razão $>$ 0,28 em 2009 poderão pactuar uma razão maior ou igual a 0,3 em todos os anos.
5. Para os estados que se encaixam nas situações 3 e 4 deve-se acompanhar o percentual de exames com citologia repetida no intervalo menor que 1 ano.

¹ A recomendação quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1988 é de um exame a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos.

Indicador 2: Razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: O indicador expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolaou) na população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 59 anos) e possibilita avaliar a oferta de exames para a cobertura da mesma.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano}}{\text{População feminina, nesta faixa etária, em determinado local e ano}}$$

Este indicador deverá ser desagregado por local de residência da mulher (Estado e Município).

Registro no SISPACTO: razão com duas casas decimais.

Fonte: Ministério da Saúde / DATASUS e INCA - Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e IBGE - população feminina na faixa etária.

Recomendações, observações e informações adicionais:

A razão entre exames citopatológicos nas mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nesta faixa etária tem se mantido relativamente estável após os valores mais altos em 2002, referentes à intensificação nacional da oferta realizada nesse ano. A razão média no país em 2008 foi de 0,17 exames/mulher/ano, pouco mais da metade do parâmetro mínimo de 0,3 (tabela 1).

Tabela 1. Série histórica do indicador razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, por estado e Brasil, 2002 a 2008.

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Região Norte	0,18	0,12	0,12	0,13	0,13	0,16	0,15
.. Rondônia	0,21	0,15	0,14	0,16	0,19	0,18	0,21
.. Acre	0,24	0,17	0,22	0,19	0,22	0,23	0,27
.. Amazonas	0,21	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15
.. Roraima	0,16	0,19	0,24	0,26	0,29	0,32	0,26
.. Pará	0,11	0,07	0,07	0,08	0,08	0,14	0,11
.. Amapá	0,22	0,16	0,13	0,09	0,10	0,13	0,08
.. Tocantins	0,34	0,21	0,22	0,22	0,24	0,24	0,25
Região Nordeste	0,25	0,19	0,20	0,19	0,21	0,19	0,17
.. Maranhão	0,27	0,16	0,17	0,10	0,10	0,18	0,15
.. Piauí	0,44	0,35	0,33	0,30	0,35	0,32	0,31
.. Ceará	0,28	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,22
.. Rio Grande do	0,34	0,26	0,25	0,28	0,29	0,25	0,21

Norte							
.. Paraíba	0,26	0,20	0,22	0,27	0,26	0,27	0,24
.. Pernambuco	0,22	0,15	0,17	0,21	0,22	0,22	0,20
.. Alagoas	0,29	0,22	0,24	0,16	0,15	0,02	0,14
.. Sergipe	0,29	0,22	0,22	0,19	0,23	0,06	0,10
.. Bahia	0,15	0,13	0,15	0,14	0,17	0,12	0,10
Região Sudeste	0,17	0,15	0,16	0,18	0,17	0,16	0,17
.. Minas Gerais	0,23	0,18	0,16	0,21	0,20	0,21	0,20
.. Espírito Santo	0,25	0,20	0,22	0,26	0,27	0,24	0,24
.. Rio de Janeiro	0,12	0,11	0,12	0,12	0,12	0,11	0,12
.. São Paulo	0,17	0,14	0,17	0,18	0,17	0,14	0,17
Região Sul	0,21	0,14	0,17	0,19	0,19	0,16	0,15
.. Paraná	0,20	0,13	0,14	0,18	0,20	0,20	0,18
.. Santa Catarina	0,25	0,23	0,22	0,26	0,19	0,12	0,19
.. Rio Grande do Sul	0,20	0,11	0,18	0,17	0,18	0,14	0,09
Região Centro-Oeste	0,18	0,13	0,14	0,16	0,14	0,17	0,17
.. Mato Grosso do Sul	0,31	0,23	0,23	0,16	0,25	0,23	0,23
.. Mato Grosso	0,18	0,12	0,15	0,16	0,14	0,21	0,20
.. Goiás	0,16	0,11	0,11	0,17	0,10	0,15	0,17
.. Distrito Federal	0,10	0,10	0,11	0,15	0,13	0,12	0,10
Brasil	0,20	0,15	0,17	0,18	0,18	0,17	0,17

Fonte: SISCOLO/DATASUS – INCA/MS e IBGE
 Dados atualizados até agosto de 2009

Este dado revela a capacidade da rede assistencial de ofertar exames. É preciso, porém, que ele seja analisado em conjunto com as variáveis citologia anterior e tempo da citologia anterior para verificação da periodicidade da oferta e o melhor dimensionamento do alcance da população alvo. Para isso é também necessário combinar a análise com a avaliação da cobertura da população pela Saúde Suplementar em cada território.

Mudança na estimativa da população 2007 tendeu a reduzir os valores desse indicador a partir deste ano e pode ter interferido na avaliação da tendência temporal, no sentido de manter a estabilidade dos dados.

O indicador deve ser calculado em nível estadual e municipal, a fim de melhor expressar as diferenças entre municípios e a situação do estado.

O indicador não retrata a real cobertura da população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero, pois avalia a oferta de exame citopatológico com base no número de exames e não de mulheres examinadas, pois o dado não está disponível ainda no SISCOLO pela ausência de um identificador único (possibilidade futura com a implantação do cartão SUS).

Como um indicador “proxy” de cobertura, alguns cuidados devem ser observados na análise, pois uma razão elevada de exames citopatológicos na população alvo não significa necessariamente boa cobertura, mas a capacidade da rede de ofertar o exame. É preciso considerar:

1) Periodicidade de realização do exame: se houver um padrão de repetição de exames inferior à diretriz recomendada pode significar que parte da população alvo não esteja tendo acesso ao exame de Papanicolaou e que outra parte está repetindo exames desnecessariamente. O SISCOLO apresenta os campos citologia anterior (se a mulher já realizou o exame preventivo) e tempo da citologia anterior (há quanto tempo). Esta informação permite ao gestor avaliar o padrão de

periodicidade de exames, bem como a captação de mulheres, ou seja, aquelas que estão realizando o exame pela primeira vez.

2) Cobertura da saúde suplementar: em localidades que apresentam uma cobertura alta de planos privados de saúde, a razão poderá apresentar resultados mais baixos em relação às localidades com maior utilização da rede SUS, uma vez que o cálculo deste indicador considera a população feminina total.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica

Coordenação Geral de Ações Estratégicas

Instituto Nacional de Câncer.

e-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

Prioridade II- CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA (cont.)

Objetivo II: Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular a estruturação de Unidade secundárias de assistência para o diagnóstico e tratamento das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau do colo do útero.
- Promover capacitação de técnicos locais para gerenciamento da informação sobre o seguimento da mulher, no módulo de coordenação do SISCOLO.
- Estimular a qualificação de médicos ginecologistas para a realização de procedimentos de colposcopia, biópsia e exereses da zona de transformação (EZT).

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero	100% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	100% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	Considerar o ano de diagnóstico anterior ao da pactuação. Ex: Para a pactuação 2010, considerar os dados referentes às mulheres diagnosticadas em 2009.

Indicador 3: Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III). Expressa a informação sobre o seguimento das mulheres que, se tratadas, não apresentarão câncer do colo do útero, reduzindo a incidência da doença. Avaliar o grau de informação sobre o seguimento de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau com seguimento informado, em determinado ano e local}^1}{\text{Nº total de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau, em determinado ano e local}} \times 100$$

¹ No numerador é preciso excluir o número de mulheres sem informação de seguimento.

Utilizar o relatório “consolidado de dados” do Módulo de Coordenação do SISCOLO para obter os dados (vide figura). Para a pactuação 2010, considerar os dados referentes às mulheres diagnosticadas em 2009.

Município da Residência	Sem Seguimento				Em Seguimento		Seguimento Concluído						Recusa/Abandono		Total	
	Não Localizada		Sem Informação				Alta/Cura		Transferência		Óbito					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
S	5	5,81	17	19,77	48	55,81	15	17,44	1	1,16	0	0,00	0	0,00	86	100,00
Geral	5	5,81	17	19,77	48	55,81	15	17,44	1	1,16	0	0,00	0	0,00	86	100,00

Exemplo: $(86-17) / 86 * 100 = 80,23\%$ de seguimento informado.

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Ministério da Saúde / DATASUS e INCA - Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) Módulo Seguimento.

Recomendações, observações e informações adicionais:

As informações sobre a investigação diagnóstica e tratamento das mulheres com exames alterados devem ser inseridas no Módulo de Coordenação / Seguimento do SISCOLO, o qual permite consolidar estas informações pelo município e estado de residência da mulher (relatório consolidado de dados).

Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero. Brasil e UF. 2002 a 2007

Sigla UF	2004	2005	2006	2007
AC	91,00	77,86	81,58	75,84
AL	0,00	-	3,58	0,00
AM	46,26	45,10	69,38	60,90
AP	11,59	0,00	0,00	0,00
BA	7,44	10,96	3,35	3,40
CE	75,51	85,31	53,21	40,29
DF	-	0,44	5,43	26,11
ES	62,78	50,83	46,83	29,78
GO	0,74	1,60	1,46	0,06
MA	0,00	0,00	3,50	7,02
MG	21,01	16,54	7,70	2,92
MS	11,09	13,67	9,95	8,14
MT	24,46	27,13	19,21	22,16
PA	6,68	6,76	6,75	6,54
PB	52,82	47,63	27,40	23,86
PE	60,76	58,71	39,76	25,48
PI	24,68	79,49	23,27	22,55
PR	0,00	-	29,78	16,64
RJ	14,67	5,34	10,41	19,79
RN	33,70	19,30	7,56	3,99
RO	69,23	57,14	45,92	55,90
RR	30,61	13,88	13,78	45,00
RS	17,67	10,89	12,65	15,20
SC	21,10	16,40	6,44	2,44
SE	59,25	62,87	46,66	39,79
SP	10,94	10,84	10,10	8,10
TO	91,60	89,11	76,62	72,36
Brasil	21,76	19,73	14,72	13,48

Fonte: SISCOLO/INCA – MS

Dados atualizados até agosto de 2009.

Ao longo do período observa-se que o percentual de informação tem diminuído em todos os estados. Vale ressaltar que mulheres diagnosticadas em anos anteriores têm maior possibilidade de se obter informação quanto ao seu seguimento. Entretanto, espera-se que em 1 ano a mulher com diagnóstico de lesão de alto grau tenha sua confirmação diagnóstica e seja encaminhada para tratamento, isto é, tenha seu seguimento informado. A tabela demonstra importantes variações entre os estados, reflexo da organização do fluxo da informação ou da centralização da mesma.

É importante que as equipes municipais e estaduais acompanhem regularmente as mulheres, de sua área de abrangência, que apresentam exames alterados, em especial àquelas com diagnóstico de alto grau (NIC II e NIC III), pois se tratadas oportunamente não evoluem para o câncer invasivo, o que contribuirá para a diminuição da incidência do câncer do colo do útero.

Não permite avaliar a qualidade do seguimento informado. Esta informação deve ser aprofundada pela análise em níveis locais. O indicador pode não ser passível de cálculo em municípios de pequeno porte que não apresentem casos de lesão intraepitelial de alto grau do colo do útero, diagnosticados naquele ano.

Os municípios de pequeno porte que não desejam ou não possam implantar o módulo de coordenação do SISCOLO, devem enviar suas informações à coordenação regional ou estadual para que este as insira no SISCOLO.

As informações do SISCOLO disponíveis na secretaria estadual podem ser descentralizadas para regionais e municípios que não possuem laboratório credenciado ao SUS, neste caso o município tem a informação de suas munições para o acompanhamento das mesmas.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica

Coordenação Geral de Ações Estratégicas

Instituto Nacional de Câncer.

e-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

Prioridade II- CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA (cont.)

Objetivo III: Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Ressarcimento dos custos e incorporação no teto financeiro da média complexidade (MAC) das mamografias de rastreamento realizadas, conforme portaria nº 1183/GM de 03 de junho de 2009.
- Promover a ampliação do Programa de Qualidade de Mamografia;
- Qualificação da oferta com foco na população alvo de 50 a 69 anos, recomendada pelo programa de rastreamento.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano $\geq 0,12$.	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano $\geq 0,16$.	Estima-se um aumento na razão em 2010 de 20% em relação à 2009 e de 30% em 2011 em relação a 2010.

Observações:

1. Os estados que possuem razão igual ou acima da meta estimada para a região poderão pactuar o aumento de percentual previsto para cada ano.
2. O aumento percentual está considerando o investimento para alcançar a meta de 4,4 milhões de mamografias em 2011, com o incentivo financeiro da Portaria 1183/09 e de qualificação da oferta para a população alvo.

Indicador 4: Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: É a relação entre a produção de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, considerando ser este o subgrupo alvo de mulheres para o rastreamento mamográfico do câncer de mama.

Objetivo ao qual o indicador está diretamente relacionado: Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.

Método de cálculo:

Número de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado local⁽¹⁾ e ano⁽²⁾.

População feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.

Registro no SISPACTO: razão com duas casas decimais.

Nota:

- (2) Este indicador deverá ser desagregado por local de residência da mulher (Estado e Município).
- (3) Para o numerador deverão ser considerados os procedimentos de mamografia bilateral para rastreamento (02.04.03.018-8) e mamografia unilateral (02.04.03.003-0), conforme definido no SIA. Como o SISMAMA é um subsistema do SIA/SUS, os dados poderão ser obtidos diretamente no SIA.

Fonte: Ministério da Saúde / Sistema de Informações Ambulatoriais–SIA / SUS / Sistema de Informação do Câncer de Mama - SISMAMA e IBGE - população feminina na faixa etária.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Em 2008, com a implantação da Nova Tabela de Procedimentos, foi disponibilizada a análise da produção de mamografias por faixa etária. Neste ano, o país produziu 2.651.734 mamografias, das quais 47,1% foram realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos.

Tabela 1. Produção de mamografias em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, e estimativa da razão, por região de residência. Brasil, 2008.

Região	Total Mamografias ¹	Mamografia na faixa de 50 a 69 anos ¹	% mamografia na fx etária	População Feminina 50 a 69 anos 2008 ²	Razão mamografias /pop.feminina fx etária
Região Norte	71.936	30.654	42,6%	743.966	0,04
Região Nordeste	606.175	267.717	44,2%	3.543.690	0,08
Região Sudeste	1.354.198	654.299	48,3%	6.858.651	0,10
Região Sul	499.557	242.393	48,5%	2.377.157	0,10
Região Centro-Oeste	115.054	51.106	44,4%	909.228	0,06
Brasil	2.646.920	1.246.169	47,1%	14.432.692	0,09

Fonte: ¹ SIA – DATASUS mamografias apresentadas.e ² IBGE estimativa populacional

Com o SISMAMA é possível identificar a indicação do exame e verificar a oferta de rastreamento mamográfico no país, bem como os resultados encontrados padronizados pela categoria BI-RADS®. Os dados do SISMAMA estarão disponíveis a partir do início do 2º semestre de 2009 para acompanhamento e avaliação.

Vale ressaltar ainda, que a utilização do SISMAMA, subsistema do SIA-SUS, fornece o perfil das lesões malignas e benignas diagnosticadas, permite o acompanhamento das mulheres com exames alterados e a construção de indicadores de avaliação das ações de controle do câncer de mama.

Uma limitação deste indicador é que informa a quantidade de mamografias realizadas na população alvo, mas não traduz a cobertura, pois está baseado no número de exames e não de mulheres examinadas, pela ausência de um identificador único (possibilidade futura com a implantação do cartão SUS). Caso seja respeitada a periodicidade recomendada do exame (um exame a cada dois anos), poderá representar uma aproximação da cobertura do rastreamento na população de 50 a 69 anos, se analisado considerando dois anos consecutivos.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica

Coordenação Geral de Ações Estratégicas

Instituto Nacional de Câncer.

e-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

Objetivo I: Reduzir a mortalidade infantil.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- a melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao RN,
- adesão à Rede Norte- Nordeste de Saúde Perinatal (para os estados do N e NE);
- ações de promoção do Aleitamento Materno, tais como: Rede Amamenta Brasil, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Bancos de Leite Humano; Vigilância dos óbitos infantis.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Taxa de Mortalidade Infantil	Reduzir a mortalidade infantil em 2,4%.	Reduzir a mortalidade infantil em 2,4%.	Os referencias para os percentuais de redução são as taxas de MI, MN e MPN do ano anterior. O componente pós-neonatal é de mais fácil redução, utilizando procedimentos tecnológicos mais simples
Taxa de Mortalidade Neonatal	Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%.	Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%.	
Taxa de Mortalidade Pós-neonatal	Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%.	Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%.	

Observação: Para o cálculo da meta-alvo a ser atingida nos anos 2010, 2011, 2012 e 2013, adotou-se a projeção para o ano de 2009 (resultados estimados), a qual foi baseada na série histórica 1990 a 2007 (resultados de 2007 ainda preliminares) SIM/SINASC-SVS.

Indicador 5: Taxa de Mortalidade Infantil com seus componentes:

- Mortalidade Neonatal,
- Mortalidade Pós-neonatal.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: Para calcular a redução percentual das taxas de mortalidade, é necessário calcular essas taxas de acordo com as definições abaixo:

Taxa de Mortalidade Infantil: Número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.

Taxa de Mortalidade Neonatal: Número de óbitos de menores de 28 dias por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.

Taxa de Mortalidade Pós-neonatal: Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.

Método de cálculo:

5 - Taxa de Mortalidade Infantil:

Método Direto - para os estados RS, SC, PR, RJ, SP, ES, MS e DF.

Método Indireto - Para os demais estados: Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo (IBGE/DPE/COPIS), a proporção de óbitos de menores de 1 ano informado pelo SIM.

Para municípios com mais de 80.000 habitantes

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças residentes com menos de um ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Para municípios com menos de 80.000 habitantes

Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de um ano de idade

5.a) Taxa de Mortalidade Neonatal:

Método Direto - para os estados RS, SC, PR, RJ, SP, ES, MS e DF.

Método Indireto - Para os demais estados: Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo (IBGE/DPE/COPIS), a proporção de óbitos de menores de 28 dias informado pelo SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de 1 ano, excluídos os de idade ignorada).

Para municípios com população acima de 80.000 habitantes:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de óbitos de menores de 28 dias}}{\text{N}^{\circ} \text{ de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

Para municípios com menos de 80.000 habitantes

Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias de idade

5.b) Taxa de Mortalidade Pós-neonatal:

Método Direto - para os estados RS, SC, PR, RJ, SP, ES, MS e DF

Método Indireto - para os demais estados - Estimativas (IBGE/DPE/COPIS) por técnicas demográficas especiais. Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo (IBGE/DPE/COPIS), a proporção de óbitos de 28 dias a 364 dias de vida completos, informados pelo SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de 1 ano), excluídos os de idade ignorada.

Para municípios com mais de 80.000 habitantes

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes 28 a 364 dias de vida completos}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Para municípios com menos de 80.000 habitantes

Número absoluto de óbitos de crianças residentes entre 28 e 364 dias de idade completos

Registro no SISPACTO:

Municípios com mais de 80.000 habitantes: taxa com duas casas decimais (XX,XX/1.000)

Municípios com menos de 80.000 habitantes: número absoluto.

Fonte: SIM, SINASC/SVS, IBGE/DPE/COPIS

Recomendações, observações e informações adicionais:

No período de 1990 a 2007, a taxa de mortalidade infantil reduziu 59%, correspondendo a uma queda porcentual anual de -4,8%. Esta queda se observa em todas as regiões do Brasil, destacando o Nordeste (64%), seguido do Sudeste (58%). No entanto, essas taxas são bastante elevadas, especialmente no Norte

(21,7 óbitos por 1000 NV) e no Nordeste (27,1), desviando a média nacional para 19,3. Esta queda se deve especificamente à queda do componente pós-neonatal. Os dados de 2007 ainda são preliminares. A partir de 2008 e até 2011 as estimativas dessas taxas calculadas pela SVS são apresentadas abaixo.

1-A análise desses indicadores nos relatórios de 2010 e 2011 do Pacto de Saúde será realizada com base nas TMN e TMPN do ano anterior (2009/2010 respectivamente), no percentual de redução pactuado e atingido pelos estados nos respectivos anos (2010 e 2011).

TMI, TM Neonatal e TM pós-neonatal, 1990 - 2007 e projeções para 2008-2011. Brasil																								
											PROJEÇÕES													
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
NEONATAL	23,1	23,5	21,4	20,1	20,0	20,2	19,9	19,8	18,2	18,0	17,1	16,7	16,0	15,3	15,6	14,1	13,6	13,2	13,0	12,5	12,1	11,8	11,4	11,11
PÓS-NEONATAL	24,0	21,1	20,9	20,1	18,2	15,5	13,8	12,1	12,3	10,4	9,6	9,0	8,3	8,2	7,9	7,0	6,6	6,2	5,9	5,4	5,2	5,1	4,9	4,8
TMI	47,1	44,6	42,3	40,2	38,2	35,7	33,7	31,9	30,4	28,4	26,8	25,6	24,3	23,6	23,6	21,2	20,2	19,3	18,89	17,92	17,38	16,86	16,36	15,86
Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS																								

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS
e-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Prioridade III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA (cont.)

Objetivo II: Reduzir a mortalidade materna.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

Ampliação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e materno, buscando a redução da sub-notificação;

- Qualificação da causa de óbito;
- Identificação dos problemas que levaram ao óbito;
- Aprimoramento e monitoramento da qualidade e efetividade da atenção pré-natal:
 - 1) Atualização dos manuais:
 - a) Pré-natal e e Puerpério;
 - b) Manual de atenção à gestação de alto risco
 - 2) Apoio a estados e municípios na capacitação sobre atenção pré-natal.
- as ações de vigilância devem ser implementadas, da seguinte forma: identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos; criar uma equipe de vigilância do óbitos; estabelecer fluxo e regulamentar as portarias 1172/04 e 1119/08.

A Portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004 (Anexo IX) preconiza que a atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios” (BRASIL, 2004b). Portanto, as secretarias de saúde devem designar uma equipe de vigilância de óbitos de referência do município e do estado. Em 2008 a vigilância epidemiológica da morte materna foi regulamentada pela Portaria GM nº 1119 de 05 de junho de 2008 (Anexo D) que estabelece fluxos e prazos para agilizar a disponibilidade de informações pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		
	Linha de base (banco de 2008*)	2010 (banco de 2009)	2011 (banco de 2010)
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados	37	Investigar no mínimo 50% de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos.	Investigar no mínimo 60% de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos.

* dados preliminares

Indicador 6: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e óbitos maternos fora da faixa etária de 10 a 49 anos investigados e notificados no módulo do SIM, por 100, no total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e óbitos maternos*

fora da faixa etária de 10 a 49 anos residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

*– 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 de 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 seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Estes casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e óbitos maternos fora da faixa etária de 10 a 49 anos notificados no módulo de investigação de óbitos do SIM}}{\text{total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e óbitos maternos fora da faixa etária de 10 a 49 anos residentes}} \times 100$$

Obs.: tabular primeiro os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e depois os óbitos maternos declarados que estão fora dessa faixa etária

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Recomendações, observações e informações adicionais:

De acordo com a Portaria nº 1119, de 05/06/2008, óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Ou seja, detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos destas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Além disso, levantar fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de eventos semelhantes. Trata-se, portanto, de um indicador direto da qualidade da vigilância epidemiológica do óbito materno nas estruturas responsáveis por esta ação, além de ser um indicador indireto da qualidade dos dados de mortalidade materna.

A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle.

Para incorporar o uso da informação na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da assistência, as ações de vigilância (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos) devem ser implementadas.

Acesse a página da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde sobre a Vigilância de Óbito no seguinte endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1585 e encontrem os manuais, fichas, fluxogramas e portarias que são os instrumentos necessários para a execução das ações de vigilância de óbitos recomendados pelo Ministério da Saúde, particularmente o **“Guia de Vigilância Epidemiológica do óbito Materno” e os seus instrumentos de coleta de dados e fluxos de investigação.**

Análise descritiva

É possível verificar a investigação do óbito materno e de mulheres em idade fértil desde o ano de 2006. Nesses três anos a informação do dado melhorou, mas ainda preciso ser melhor preenchido e qualificado. Em 2006, no país o dado sobre investigação era preenchido em cerca de 55% desses óbitos, em 2008 aumentou para 63%. As regiões Sul e Sudeste apresentam melhor preenchimento do dado. Unidades como o DF, RR, CE, ES e RJ apresentaram mais de 90% do dado preenchido, outras UF apresentaram situação bem crítica, como o AP, MS e BA.

Observa-se que durante o período de 2006 a 2008, vêm aumentando tanto a informação do dado, como a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e maternos. A região Sul apresenta maior proporção desses óbitos investigados e a região Norte a menor proporção. Roraima apresenta maior proporção desses óbitos investigados e o Amapá a menor proporção (ver tabela).

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados ou não informados, segundo UF e região, Brasil, 2006 a 2008

	2006		2007		2008*	
	investigado	não informado	investigado	não informado	investigado	não informado
BRASIL	27,0	44,7	37,1	39,8	37,3	36,6
NORTE	17,7	53,0	17,6	53,5	21,6	52,8
Rondonia	33,3	24,5	16,9	50,2	27,5	50,4
Acre	22,3	9,6	42,7	21,8	54,0	19,3
Amazonas	9,6	49,0	2,4	36,7	16,0	21,6
Roraima	62,1	9,7	75,0	12,1	82,0	2,9
Para	11,8	67,3	8,7	71,1	9,2	75,1
Amapa	1,0	86,9	2,4	93,4	0,0	96,1
Tocantins	40,3	39,2	74,1	16,6	71,3	19,4
NORDESTE	27,5	51,7	36,5	46,1	32,9	45,0
Maranhao	33,1	52,3	37,0	47,9	33,0	49,4
Piaui	15,1	76,1	59,1	28,8	51,4	33,3
Ceara	33,0	28,7	49,7	25,1	68,5	9,9
R G do Norte	28,0	52,6	28,5	55,8	36,1	62,2
Paraiba	20,2	14,9	47,1	13,7	45,8	15,3
Pernambuco	59,7	13,0	64,3	14,5	38,1	23,6
Alagoas	21,5	72,4	22,9	70,7	21,7	72,6
Sergipe	25,4	64,9	33,7	26,4	23,1	25,3
Bahia	6,5	86,6	9,8	82,6	6,9	80,8
SUDESTE	26,1	40,4	37,3	36,5	35,2	31,9
Minas Gerais	23,6	47,4	41,5	45,9	36,0	41,3
Espirito Santo	29,6	2,0	35,7	1,6	21,5	2,0
Rio de Janeiro	42,7	18,5	48,7	7,8	49,7	4,0
Sao Paulo	18,8	51,4	29,7	49,5	28,6	45,1
SUL	23,5	49,4	45,3	33,1	56,1	24,3
Parana	45,6	20,0	77,3	12,4	71,2	14,1
Santa Catarina	27,9	5,7	28,4	19,1	42,4	14,8
R G do Sul	0,1	99,6	23,7	60,1	48,2	39,5
CENTRO-OESTE	47,3	30,2	40,6	37,2	41,5	45,2
M Grosso do Sul	2,2	96,9	34,1	60,5	1,2	96,1
Mato Grosso	67,8	11,8	63,1	20,6	66,2	20,7
Goias	66,1	20,8	37,8	49,0	38,0	52,5
Distrito Federal	24,6	1,7	24,1	2,8	64,1	1,6

* dados preliminares

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Coordenação geral de Informações e Análises Epidemiológicas

Departamento de Análise da Situação de Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA (cont.)

Objetivo III: Reduzir a mortalidade materna.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Qualificar profissionais para a melhora da qualidade da atenção prenatal.
- Qualificar profissionais para incluir os parceiros na atenção ao prenatal, diagnosticá-los e tratá-los.
- Facilitar as condições de acesso das gestantes aos exames.
- Sensibilizar e qualificar profissionais da atenção hospitalar ao parto para a redução da transmissão vertical.

Meta Brasil:

O Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, do Programa Nacional de DST/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde, estima a incidência por regiões, a partir do Estudo Sentinela em Parturientes de 2004. Esse Plano propõe a meta de redução de 30% na taxa de incidência a cada biênio, a partir de 2007, até 2011. Destarte, está sendo adotada a meta de redução de 15% no número de casos a cada ano, estendendo o período de aplicação dos objetivos desse Plano até 2013.

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Nº de casos de sífilis congênita	Reduzir em 15% o número de casos de sífilis congênita .	Reduzir em 15% o número de casos de sífilis congênita .	—

Indicador 7: Incidência de sífilis congênita.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador:

Sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* durante o parto, se houver lesões genitais maternas, e durante a amamentação, se houver lesão mamária por sífilis. Sífilis também pode ocasionar aborto espontâneo, natimortalidade ou morte perinatal.

O indicador Número de casos de Sífilis Congênita 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:

- no início da gestação, por ocasião da solicitação inicial de exame de VDRL;
- por volta da 30ª semana, quando da segunda solicitação de exame de VDRL;
- por ocasião do parto, solicitação regulamentada pela portaria 766/2005;

Para que o tratamento seja considerado adequado, é necessário que o parceiro atual da gestante também seja tratado.

Método de cálculo:

Número de casos de Sífilis congênita residentes em determinado local e diagnosticados no ano.

Registro no SISPACTO: número absoluto.

Fonte: SINAN (É de notificação obrigatória), com abrangência nacional, estadual e municipal.

Limitações:

Como a sífilis congênita pode ser inaparente ao nascimento e o diagnóstico pode ser feito posteriormente, o número de casos confirmados pode sofrer variações ao longo dos anos, com a notificação de anos posteriores retificando o número de casos.

Há possibilidade de sub-notificação, portanto, de subestimação da situação epidemiológica real.

Ao avaliar os resultados em termos de alcance das metas de alguns estados, se o número de casos for pequeno, isso pode estar refletindo a baixa captação de gestantes para o pré-natal ou a sub-notificação de gestantes com resultados positivos. Destarte, é possível que, com a melhora da qualidade da notificação de casos de sífilis congênita, haja incremento no indicador, refletindo ou se aproximando da situação epidemiológica real.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Observação: para estimar o número de casos, foi aplicada a taxa de incidência estimada no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, do Programa Nacional de DST/AIDS para 2007, à população de nascidos vivos de 2006 (dados preliminares), último ano com dados disponíveis de NV. Esse cálculo originou o número de casos estimados para 2006, ao qual foi aplicado o percentual de redução estimado para cada ano, para estipular a previsão do número de casos até 2013.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS

e-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS

Objetivo I: Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Implantar classificação de risco baseada na gravidade da doença (conforme estabelecido nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue);
- Realizar manejo clínico conforme preconizado no Manual de Manejo Clínico da Dengue – Adulto e Criança (3ª Edição);
- Treinar profissionais médicos e enfermeiros;
- Atualizar o plano de contingência, definindo os locais de referência para atendimento dos casos;
- Investigar todos os óbitos suspeitos de dengue, utilizando o protocolo de investigação de óbitos (conforme estabelecido nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue) e reorganizar os serviços, com base nos fatores de risco identificados após a investigação;
- Implantar preparação e resposta coordenada no monitoramento da dengue, visando acompanhar de forma oportuna as alterações no número de casos de dengue e as ações do programa de dengue no nível local (conforme estabelecido nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue).

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue - SCD /Dengue Com Complicações - DCC)	Taxa de letalidade das formas graves da dengue ≤ 2 %.	Manutenção da taxa de letalidade das formas graves da dengue ≤ 2 %.	

OBS: A meta pactuada para o período de 2010 a 2013 teve como base a letalidade pelos casos graves de dengue ocorrida em 2008, desta forma, as UF com letalidade <2%, manter abaixo de 2%; UF com letalidade maior ou igual a 2% e menor que 10%, reduzir em 25 %, UF com letalidade maior ou igual a 10% e menor que 20%, reduzir em 40%, UF com letalidade maior ou igual a 20%, reduzir em 50% em relação ao ano anterior.

Indicador 8 - taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue - SCD /Dengue Com Complicações - DCC)

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: taxa de letalidade das formas graves de dengue é um indicador que reflete a qualidade da atenção a saúde prestada aos casos graves de dengue e como os serviços de saúde se organizam para atender estes casos.

Método de cálculo:

Numerador: número de óbitos confirmados de FHD/SCD + DCC

Denominador: número de casos confirmados de FHD/SCD + DCC

Fator multiplicador: 100

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.**Fonte:** SINAN**Recomendações, observações e informações adicionais:****Letalidade pelas formas graves de dengue (FHD/SCD + DCC) 2008**

UF	2008
Rondônia	27,3
Acre	0
Amazonas	3,4
Roraima	0,9
Pará	7,9
Amapá	0
Tocantins	2,8
Maranhão	60
Piauí	0
Ceará	3,6
Rio Grande do Norte	1,6
Paraíba	4,5
Pernambuco	4,5
Alagoas	7,2
Sergipe	4,1
Bahia	6,3
Minas Gerais	5,3
Espírito Santo	3,5
Rio de Janeiro	1,6
São Paulo	8,7
Paraná	0
Santa Catarina	0
Rio Grande do Sul	0
Mato Grosso do Sul	0
Mato Grosso	18,8
Goiás	2,5
Distrito Federal	0
Brasil	2,2

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS(cont.)

Objetivo II: Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

1. Monitoramento sistemático do banco de dados, incluindo comparação entre a base de dados nacional e estadual, verificação da atualização do tipo de saída do paciente e retroalimentação das informações para estados;
2. Assessoria técnica a estados e municípios;
3. Realização de oficinas de operacionalização do SINAN;
4. Divulgação e capacitação da rede para uso do aplicativo SISPACTO para a construção do indicador;
5. Ampliar o debate sobre a importância e a apropriação da ação inserida na PAVS em diferentes espaços de discussão do Programa de Controle da Hanseníase;
6. Aporte de medicamentos de forma que o tratamento do paciente seja realizado de forma oportuna;
7. Fomentar a ampliação da cobertura das ações do Programa de Controle da Hanseníase com descentralização e prioridade à sua inclusão na atenção básica e na estratégia de Saúde da Família.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Cura de no mínimo 89% dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Cura de no mínimo 90% dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	

Indicador 9: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: Medir o percentual de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de Pauci e Multibacilar em 31 de dezembro do ano de avaliação.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação.}}{\text{Total de casos novos de hanseníase residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes.}} \times 100$$

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: SINAN alimentado pelas SMS e SES

Recomendações, observações e informações adicionais:

1. Para o cálculo desse indicador pressupõe-se que a base de dados esteja atualizada, ou seja, que todos os dados de acompanhamento dos casos já tenham sido digitados, e que a análise de duplicidade com execução dos procedimentos indicados já tenha sido realizada;
2. Os dados do numerador e do denominador do indicador devem ser calculados separadamente para casos paucibacilares e multibacilares, e em seguida somados, conforme descrito no Roteiro;
3. Período para seleção de casos novos das Coortes de Hanseníase:
 - Paucibacilar – Casos novos residentes com data de diagnóstico no ano anterior à avaliação.
 - Multibacilar – Casos novos residentes com data de diagnóstico 2 anos antes do ano da avaliação
4. O monitoramento deste indicador deverá ser efetuado pelo menos 1 vez por trimestre, possibilitando o acompanhamento periódico dos resultados para cumprimento das metas pactuadas.
5. A tabulação do indicador encontra-se descrita no “Roteiro para Uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET HANSENÍASE”

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Coordenação-geral do programa nacional de hanseníase - CGPNH

Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

Maria Aparecida de Faria Grossi - 3213.8188;

Margarida Cristiana Napoleão Rocha - 3213.8199;

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS(cont.)

Objetivo III: Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Realizar a baciloscopia de diagnóstico em 100% dos casos sintomáticos respiratórios;
- Notificar os casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados;
- Realizar o tratamento de 100% dos casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados;
- Fazer a baciloscopia de controle no decorrer do tratamento;
- Registrar o encerramento dos casos no SINAN oportunamente por meio do recurso Boletim de Acompanhamento - SINAN;
- Executar a rotina de verificação e correção das duplicidades existente no SINAN.

Meta Brasil: Curar $\geq 85\%$ de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Cura de no mínimo 85% dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados nos anos das coortes.	Cura de no mínimo 85% dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados nos anos das coortes.	-

OBS: A meta de cura para a UF deverá ser no ano 2010:

$\geq 75\%$ para as UF com menos de 65% na linha de base no ano de avaliação 2009 (casos diagnosticados em 2007)*;

$\geq 85\%$ para as UF com percentual entre 76 e 84.

A partir de 2011 todas as UF deverão apresentar $\geq 85\%$ de cura.

* Para a avaliação será necessário utilizar o ano de diagnóstico anterior, proporcionando assim o tempo para o encerramento dos casos. Exemplo: CN diagnosticado em dez/2008 deverá ser encerrado até dez/2009. Logo, em janeiro de 2010 será possível avaliar o ano de 2009.

Indicador 10: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: Percentual de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados no ano avaliado. O valor representa o êxito no tratamento de tuberculose, a conseqüente diminuição da transmissão da doença além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes, possibilitando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas esferas: Municipal, Estadual, Distrito Federal e Federal.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos novos (CNP+) curados de tuberculose no período avaliado}}{\text{Número de casos novos pulmonares positivos (CNP+) de tuberculose no período avaliado}} \times 100$$

EXEMPLO:

$$\frac{85 \text{ (CNP+) curados, por local de residência, no ano diagnóstico 2008}}{100 \text{ (CNP+), por local de residência, ano diagnóstico 2008}} \times 100$$

Resultado = 85% dos casos novos pulmonares positivos curados de tuberculose, por local de residência, no ano diagnóstico 2008.

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na versão mais atual, com informação da data de atualização da base de dados e instituição.

EXEMPLO:

FONTE: MS/SVS/PNCT – SINAN – base atual – 30/09/09

Recomendações, observações e informações adicionais:

Série Histórica da Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, por UF de Residência, 2004 a 2007.

UF Residência	2005 ano avaliado (2004 ano diag)	2006 ano avaliado (2005 ano diag)	2007 ano avaliado (2006 ano diag)	2008 ano avaliado (2007 ano diag)
Rondonia	72,2	70,2	71,4	67,8
Acre	82,3	84,0	83,7	83,8
Amazonas	76,0	72,6	72,2	68,2
Roraima	90,3	84,1	68,1	68,9
Para	77,0	74,6	74,0	69,4
Amapá	68,0	58,9	43,5	40,7
Tocantins	74,5	76,7	75,7	69,2
Maranhão	74,5	76,9	73,9	74,0
Piauí	72,1	71,6	73,9	69,6
Ceara	73,6	77,3	78,4	75,7
Rio G. do Norte	72,1	70,5	72,1	68,9
Paraíba	68,1	69,1	79,5	59,4
Pernambuco	71,3	70,3	71,4	71,5
Alagoas	78,1	80,6	81,2	78,0
Sergipe	79,3	74,5	75,5	71,3
Bahia	71,6	73,3	67,5	59,5
Minas Gerais	72,4	74,8	74,8	75,2
Espírito Santo	83,1	85,9	81,5	82,0
Rio de Janeiro	59,5	69,0	70,1	60,6
São Paulo	80,3	79,0	79,1	77,7
Paraná	70,1	75,7	73,8	74,2
Santa Catarina	80,1	79,5	77,6	75,1
Rio G. do Sul	74,1	72,0	70,9	67,1
Rio G. do Sul	74,1	72,0	70,9	67,1
Mato G. do Sul	75,3	79,8	81,6	74,1
Mato Grosso	78,0	78,7	76,9	69,9
Goiás	64,0	66,4	63,9	66,9
Distrito Federal	86,4	81,2	78,5	84,1
Brasil	72,9	74,5	74,1	70,3

3.3 Análise da Série Histórica

Observa-se a grande diferença entre as Unidades Federadas com relação ao percentual de cura dos pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera. Nenhum dos Estados nos anos avaliados alcançou o percentual de cura recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose que é de 85% de cura. O fato de não terem sido alcançados melhores percentuais de cura faz com que as metas de redução dos casos de tuberculose estejam abaixo do esperado. O baixo percentual

de cura de pacientes pulmonares bacilíferos leva à permanência da transmissão, bem como na possibilidade dos casos tornarem-se formas mais graves da doença.

3.4 Seleções para tabulação:

[opções]

DEF=C:\base SINAN\SINANNET\TubercuINET.def

Linha=UF Residência

Coluna=Situação de Encerramento

Incremento=Frequência

[Seleções_ativas]

UF Residência: Exceto ignorada

Tipo de entrada: CASO NOVO,NÃO SABE

Situação Encerra.: Todos, exceto mudança de diagnóstico

Forma: PULMONAR,PULMONAR + EXTRAPULMONAR

1ª Baciloscopia de Escarro: Positivo *

Ano Diagnóstico: 2004,2005,2006,2007

Obs. 1 : Os casos com diagnóstico de baciloscopia de escarro 1ª e 2ª amostra deverão ser somados, devido a configuração da ficha de notificação/investigação do SINANNet atual. Portanto, a tabulação do indicador deverá ser realizada em 2 (dois) momentos:

1ª Serão selecionados os casos com baciloscopia de escarro positivo na 1ª amostra;
2ª Serão selecionados os casos com baciloscopia de escarro positivo na 2ª amostra, excluindo da seleção os casos com resultado positivo na 1ª amostra;

Exemplo:

1ª Tabulação – 1ª amostra positivo *	2ª Tabulação – 2ª amostra positivo
1ª Bacilosc. Escar: Positivo	1ª Bacilosc. Escar: Ign/Branco,Negativo,Não realizado 2ª Bacilosc. Escar: : Positivo

3º As duas tabelas deverão ser somadas de acordo com a correspondência das colunas.

Obs. 2: Deverão ser excluídos da tabulação apenas os casos com **mudança de diagnóstico** na situação de encerramento.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT

Departamento de Vigilância Epidemiológica - DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS(cont.)

Objetivo IV: Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia Legal².

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- 1-Fortalecer a inserção das ações de controle da malária na atenção básica de saúde;
- 2-Fortalecer a capacidade de acompanhamento e assessoramento aos estados e municípios;
- 3-Realizar avaliações nacionais e estaduais do PNCM;
- 4-Promover a mobilização política nos estados para priorizar ações de controle da malária.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Índice Parasitário Anual (IPA) de malária.	Índice parasitário anual de malária $\leq 12,9$ por 1000 habitantes.	Índice parasitário anual de malária $\leq 12,3$ por 1000 habitantes.	-

Indicador 11: Índice Parasitário Anual (IPA) de malária.

Esfera de pactuação: Federal, Estados e Municípios da Amazônia Legal.

Descrição do indicador: Número de lâminas positivas, numa determinada área, por mil habitantes, por ano. Estima o risco de ocorrência anual de casos de malária, em áreas endêmicas, com graus de risco expressos em valores do IPA: baixo ($<10,0$), médio ($10,0-49,9$) e alto ($>50,0$). É o risco de adoecer por malária.

Método de cálculo: Número de exames positivos de malária registrados em uma área X 1.000 dividido pela população residente na área. Este indicador é anual, não pode ser calculado para outros períodos.

Registro no SISPACTO: índice com duas casas decimais (XX,XX / 1.000).

Fonte: SIVEP-Malária (Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Malária)

Recomendações, observações e informações adicionais:

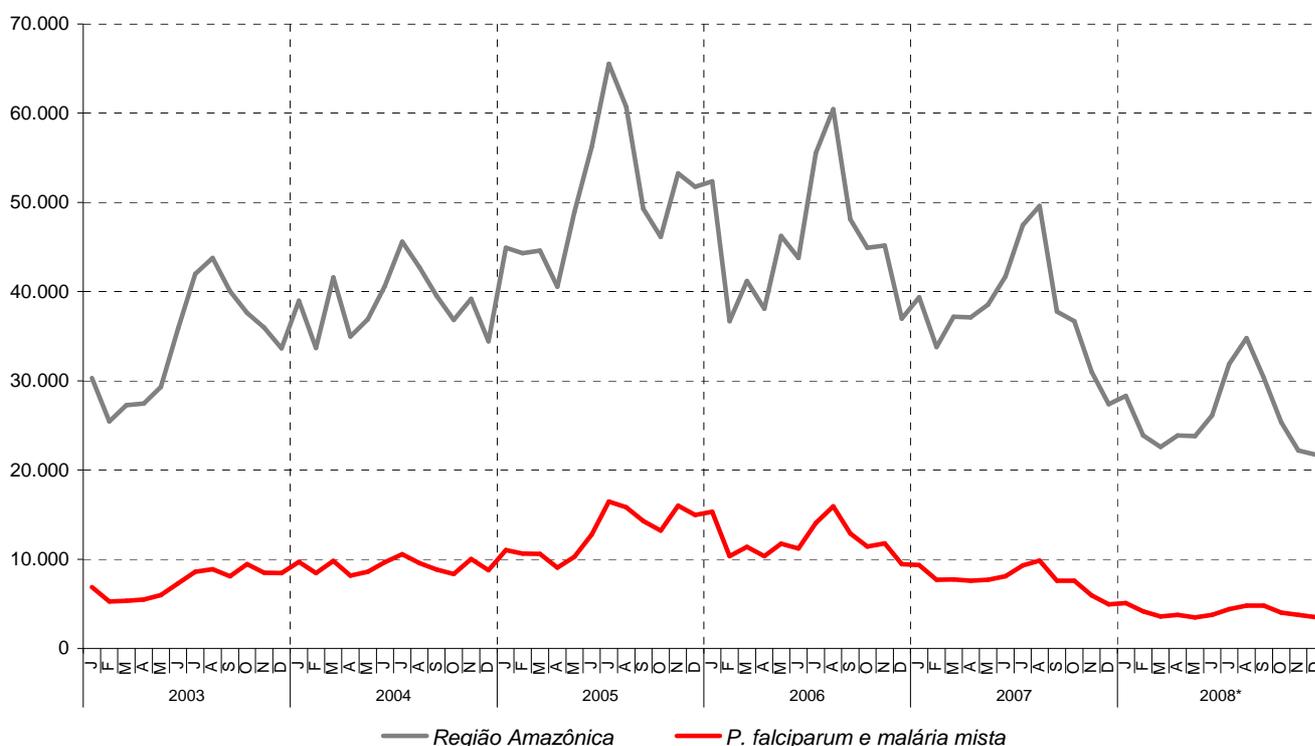
No ano de 2008 o Brasil diagnosticou cerca de 300 mil casos de malária na Região Amazônica (RAM), região endêmica do país. No período de 1999 a 2002 foi

² Amazônia Legal – refere-se a todos os municípios dos estados da região Norte (AM,AP,AC,TO,RO,RR,PA) e dos estados de MT e MA.

registrado um decréscimo na notificação de casos, o que não se repetiu no período de 2003 a 2005 onde foram registrados, 408.767 e 606.080 casos da doença, respectivamente. Após esse período, o cenário foi de redução do número de casos, com 9,3% de redução em 2006, 16,7% em 2007 e 48,1% em 2008, quando comparados a 2005 (figura 1).

Vários fatores podem ser atribuídos a esses resultados, mas deve-se ressaltar o comprometimento dos três níveis de governo, além do extensivo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Supervisores que estão no campo, lidando diretamente com a diversidade de problemas locais. Há ainda como destaque, a mudança no esquema para tratamento da malária por *Plasmodium falciparum*, o aprimoramento do trabalho intersetorial e interinstitucional; a capacitação dos profissionais de saúde em análise de dados para a focalização do problema e tomada de decisão, e algumas ações de mobilização do setor político.

Figura 1. Registro mensal de casos de malária. Região Amazônica, 2003 a 2008



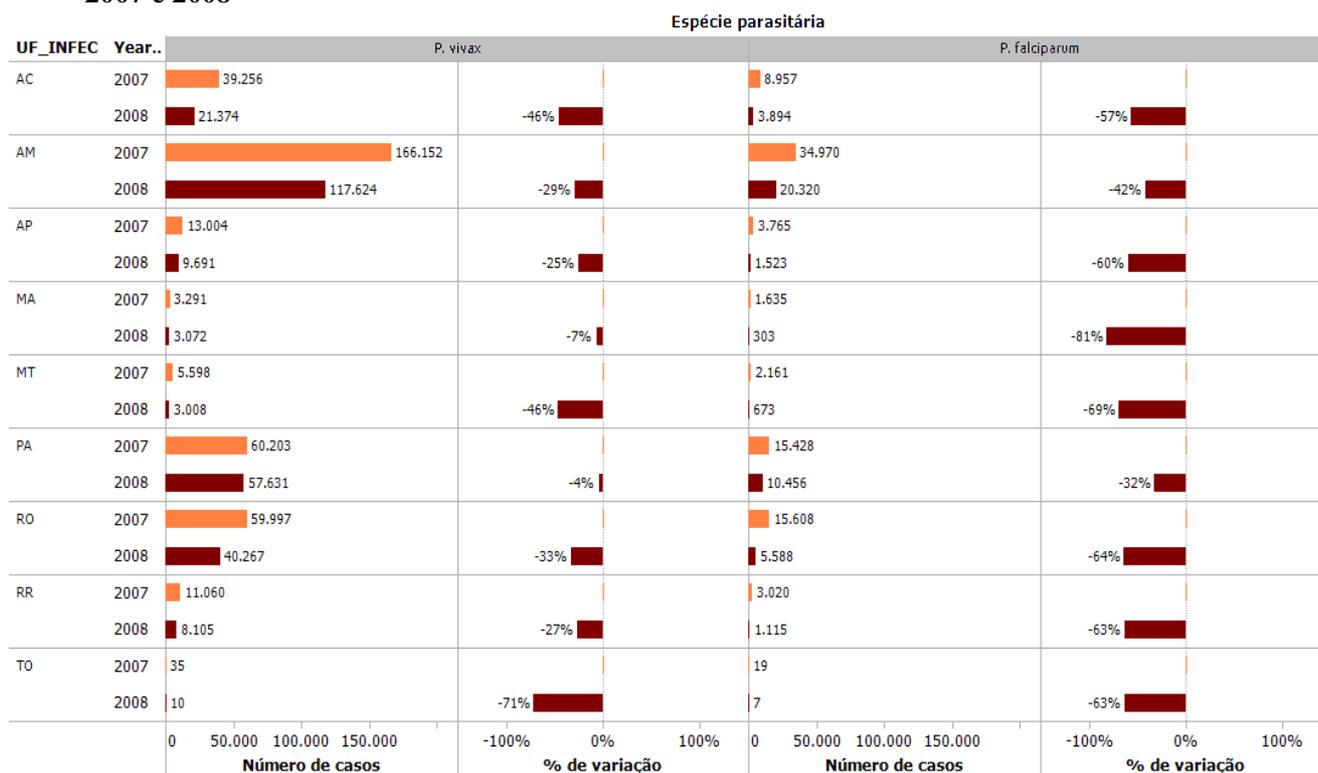
Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS. *Dados sujeitos a atualizações.

Todos os estados da região Amazônica apresentaram redução, na ocorrência de casos em relação ao ano anterior, tanto nas infecções por *P. falciparum* como para *P. vivax* (figura 2). É relevante destacar que para as infecções por *P. falciparum*, forma mais grave da doença, todos os estados da região apresentaram expressivo porcentual de redução em 2008, com destaque para os estado do Maranhão e Mato Grosso com redução de 81% e 69% respectivamente, em seus Estados.

Apesar de no Brasil ocorrer a transmissão de três espécies de malária, *Plasmodium vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*, as infecções causadas por *P. vivax*

predominam com 84,4% das infecções maláricas com 260.782 casos, seguida das infecções por *P. falciparum* com aproximadamente 14,6% e 43.879 notificações positivas em 2008. A infecção mista (*P. vivax* e *P. falciparum*) representa 0,9% dos registros, e *P. malariae* com menos de 0,1%. Na área Amazônica o percentual de infecções por *P. falciparum* passou de 19% em 2007 para 14,5% em 2008 (figura 3). Atribui-se a essa redução à mudança no tratamento de primeira escolha da malária por *P. falciparum*, passando do esquema terapêutico com quinina e doxiciclina para combinações com derivados da artemisinina.

Figura 2. Número de casos de malária e variação, por UF de notificação. Região Amazônica, 2007 e 2008*



Fonte: Sivep-Malária/SVS/MS. *Dados sujeitos a atualizações.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária - CGPNM

Departamento de Vigilância Epidemiológica - DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS(cont.)

Objetivo V: Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Avaliar em conjunto com as UF os critérios para escolha das Unidades Sentinelas e desempenho das mesmas.
- Avaliar a necessidade de mudança de unidade sentinela ou de ações de fortalecimento das unidades existentes que apresentam desempenho abaixo do esperado.
- Realizar reuniões periódicas (a cada **02 meses**) para avaliação dos resultados.
- Incentivar as UF a realizar monitoramento mensal dos dados registrados pelas US e Lacen no SIVEP_ GRIPE.

Meta Brasil: A meta para os Estados é de 80% das unidades sentinelas coletando amostras para influenza.

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado	Coleta de no mínimo 80% de amostras clínicas do vírus influenza em relação ao preconizado.	Coleta de no mínimo 80% de amostras clínicas do vírus influenza em relação ao preconizado.	

Indicador 12: Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: Este indicador considera o número de amostras preconizadas para coleta semanal (cinco) em cada unidade sentinela, sendo que a meta representa 80% do número de amostras preconizadas (quatro amostras semanais).

Método de cálculo: (Soma do número de amostras coletadas para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinela da UF/ Soma do número preconizado de amostras para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinela da UF) x 100

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: SIVEP- GRIPE

Recomendações, observações e informações adicionais:

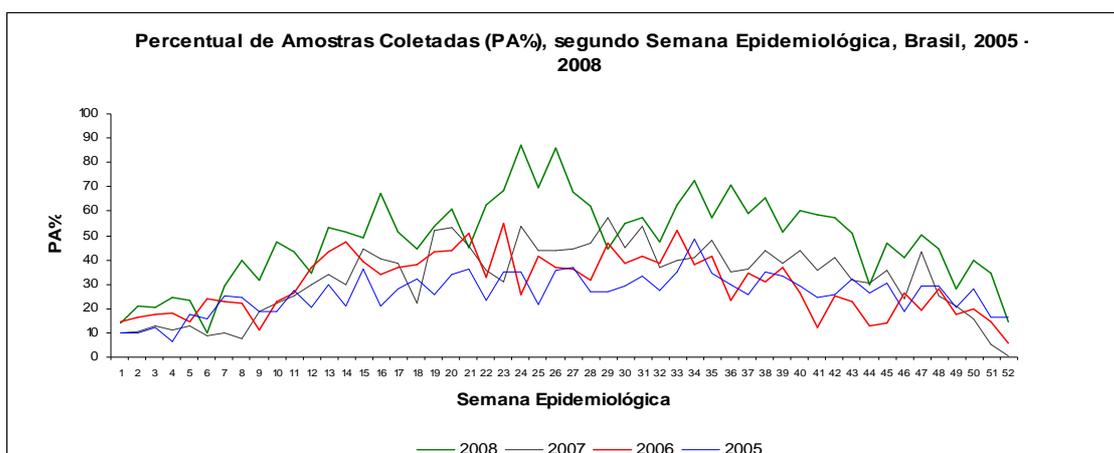
Análise Brasil, Regiões e estados

Em 2008 houve o maior número de coleta de amostras, quando comparado a anos anteriores (6.324 amostras coletadas). Neste mesmo ano, novas unidades-sentinelas foram implantadas na rede influenza. Na tabela abaixo, podem ser observados os desempenhos dos estados para este indicador, sendo que apenas 3 UF apresentaram um percentual de coletas acima da meta de 80%.

No gráfico abaixo, observam-se as curvas para este indicador (PA) por Semana Epidemiológica - SE, para os anos 2005 a 2008, onde podemos observar o desempenho deste indicador no período e seu melhor desempenho em 2008. Vale destacar o alcance da meta de 80% em duas SE (24 e 26), fato não observado nos anos anteriores.

Em 2007 nenhum estado do Brasil conseguiu atingir a meta de 80%. Na região Norte das 07 Unidades Federadas, 03 não haviam coletado sequer uma amostra. Já em 2008 esse número foi reduzido para 01 embora nenhuma UF tenha atingido a meta. Das 09 UF da região Nordeste, 05 não realizaram coletas no ano de 2007, houve uma melhora no ano de 2008 e todas tiveram amostras coletadas, apenas o Estado de Pernambuco conseguiu mais de 80% de amostras. No Sudeste 50% não tinham registro de coleta no SIVEP_GRIPE em 2007. Em 2008 o Espírito Santo que não apresentou amostra em 2007 conseguiu atingir meta, São Paulo avanço bastante de um ano para outro e conseguiu também cumprir a meta pactuada. Na região Sul apenas o Rio Grande do Sul tinha amostra em 2007, já em 2008 todos apresentaram coleta, mas nenhuma conseguiu o programado. Para a região Centro Oeste o estado de Mato Grosso continua sem apresentar amostras e o Estado de Mato Grosso do Sul atingiu a meta de 80% de coleta de amostras no ano de 2008.

Série Histórica



Recomendações, observações e informações adicionais.

Considerando a avaliação deste indicador nos últimos anos e a irregularidade do desempenho observado entre as UF, recomenda-se monitorar e identificar possíveis entraves para um melhor desempenho das unidades sentinelas no que se refere a coleta de amostra para identificação viral entre casos de síndrome gripal. Este diagnóstico deverá subsidiar a área técnica nas decisões sobre priorização de ações de supervisão e aprimoramento da vigilância da influenza sazonal.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

COVER/INFLUENZA

Departamento de Vigilância Epidemiológica - DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS(cont.)

Objetivo VI: Fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B, e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

Monitoramento dos casos de hepatite B notificados no SINAN quanto à realização do exame sorológico para confirmação do caso, por critério laboratorial, informando às Unidades Federadas periodicamente os resultados percentuais;

- Realização e apoio às capacitações em vigilância epidemiológica das hepatites virais no âmbito estadual;
- Articulação com os LACEN para melhoria dos fluxos dos resultados de exames laboratoriais.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia	Confirmação por sorologia de no mínimo 90% dos casos de hepatite B.	Confirmação por sorologia de no mínimo 93% dos casos de hepatite B.	

Indicador 13: Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia. Para a vigilância epidemiológica os casos de hepatite B devem ser confirmados por meio de exames sorológicos para detecção do HBsAg e/ou anti-HBc IgM. Contudo, ocorrem casos no SINAN que são confirmados ainda que sem a realização desses exames representando inconsistência e baixa qualidade da informação.

Método de cálculo: Número de casos confirmados de hepatite B (HBsAg reagente e HBsAg não reagente/inconclusivo + anti-Hbc IgM reagente) em determinado período dividido pelo número de casos de hepatite B com classificação final "confirmação laboratorial" em determinado período de tempo X 100.

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: SINAN NET

Recomendações, observações e informações adicionais:

Para ampliar a proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia é fundamental notificar os casos suspeitos de hepatites virais no SINAN e garantir a

realização do exame sorológico mediante o estabelecimento de fluxos desde a coleta até o recebimento oportuno do resultado tendo em vista o prazo de encerramento da ficha de investigação epidemiológica (FIE) de 180 dias.

Monitorar os casos notificados para identificação imediata daqueles nos quais não foram coletadas amostras sorológicas para realização de busca ativa observando o prazo de encerramento da FIE de 180 dias.

Série Histórica

Distribuição percentual dos casos de hepatite B segundo a confirmação sorológica, por Unidade Federada, Brasil, 2003 a 2008.

UF Residência	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Roraima	100,00	86,00	95,24	87,84	92,06	100,0
Acre	98,31	94,94	89,85	94,75	92,21	98,3
Parana	95,95	95,05	96,51	91,92	92,46	95,4
Santa Catarina	93,52	92,84	93,73	93,35	96,71	95,0
Espirito Santo	79,53	86,00	75,93	80,20	93,01	93,3
Rondonia	85,87	84,08	89,76	89,62	94,13	93,2
Amapa	83,33	27,66	49,23	71,88	97,44	92,9
Sergipe	71,43	79,25	85,87	75,91	96,43	92,5
Mato Grosso	74,24	48,88	53,65	64,65	87,95	91,2
Distrito Federal	56,16	67,67	73,60	78,77	89,26	88,5
Rio Grande do Sul	77,51	82,07	76,14	72,96	85,16	87,8
Goiás	72,17	70,35	80,65	80,10	81,71	87,3
Maranhao	52,08	41,23	49,38	50,32	74,44	87,2
Mato Grosso do Sul	76,17	81,44	87,10	83,71	85,78	87,0
Total	67,22	66,60	68,84	71,78	84,94	85,0
Sao Paulo	75,61	73,87	73,25	76,65	87,82	84,9
Alagoas	56,41	51,16	42,01	54,68	70,99	81,7
Tocantins	32,92	36,94	32,09	57,99	83,81	80,7
Bahia	25,35	36,78	32,30	56,87	76,04	80,1
Amazonas	68,88	68,56	46,40	55,20	73,60	79,8
Ceara	61,21	58,65	51,45	68,58	83,64	73,5
Minas Gerais	68,72	68,33	54,51	53,06	63,38	71,0
Pernambuco	40,76	42,61	42,48	44,12	62,91	67,5
Rio Grande do Norte	25,00	43,75	39,39	60,00	74,07	65,9
Piaui	0,00	41,67	58,62	44,12	82,35	64,7
Para	64,00	71,88	45,56	42,70	58,62	61,6
Rio de Janeiro	23,05	25,85	30,49	33,31	72,10	61,5
Paraiba	15,49	23,24	44,28	48,31	28,38	29,8

Fonte: Sinan/SVS/MS

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais

Departamento de Vigilância Epidemiológica - DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS(cont.)

Objetivo VII: Reduzir a transmissão vertical do HIV.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Implantação/Implementação do Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis;
- Capacitação de pessoal de estados e município em vigilância epidemiológica.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade ≤ 3,2.	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade ≤ 3,0.	-

Indicador 14: Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios.

Descrição do indicador: Estima o risco de ocorrência de casos novos de AIDS, por exposição ao HIV na população de menores de 5 anos de idade. A concentração de casos em determinada área geográfica ou grupo populacional indica a existência de condições favoráveis à transmissão da doença por transmissão vertical.

Método de cálculo: No de casos de AIDS diagnosticados em menores de 5 anos em um determinado ano e local de residência, dividido pela população total residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano, multiplicado X 100.000

Registro no SISPACTO: taxa com duas casas decimais (XX,XX/100.000).

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel)/ Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (Sim)

Recomendações, observações e informações adicionais:

A meta visa a redução de casos de AIDS em menores de 5 anos em todos os estados e no país. A redução dos casos de AIDS nessa faixa etária significa que as medidas de melhoria da qualificação do pré-natal estão surtindo o efeito desejado.

Taxa de incidência de aids em menores de cinco anos (por 100000 hab.) segundo Grande Região. Brasil, 1996-2007

Ano de Diagnóstico	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
1996	0,9	0,9	8,8	10,9	4,0	5,5
1997	0,9	1,1	9,3	10,9	4,4	5,8
1998	1,4	1,1	8,5	12,4	4,7	5,8
1999	1,3	1,4	7,9	10,3	3,4	5,3
2000	1,8	1,4	7,7	9,4	4,3	5,1
2001	1,7	1,7	6,7	11,4	4,3	5,1
2002	2,8	2,6	7,8	12,7	5,4	6,2
2003	2,8	2,7	6,1	9,3	3,9	5,0
2004	2,6	2,0	4,6	6,4	5,0	3,9
2005	2,6	3,0	4,3	6,1	2,8	3,8
2006	2,9	2,0	3,3	5,7	2,3	3,1
2007	2,3	2,2	2,5	5,1	1,8	2,6

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL.

(2) SINAN e SISCEL até 30/06/2008 e SIM de 2000 a 2007.

Dados preliminares para os últimos 5 anos.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 05/11/2008.

Comentários

Do ano de 1996 a 2007 houve significativa redução na taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos no Brasil e nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Este indicador é um proxy da taxa de transmissão vertical no país.

A análise dos dados de AIDS foi elaborada a partir dos casos notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), acrescidos dos dados registrados no Sistema de Informações de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). A validação das informações contidas no SISCEL, quando do relacionamento deste com o SIM, é realizada por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). A base de dados resultante da interação SISCEL com o SIM é posteriormente relacionada com o SINAN, para composição do banco final.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento Nacional de DST/AIDS

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade V - PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivo I: Reduzir os níveis de sedentarismo na população.

Observação: todos os municípios não capitais devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Levantamento das prevalências de atividade física coletadas pelo VIGITEL;
- Análise de dados do VIGITEL;
- Divulgação dos resultados para população;
- Ações educativas;
- Implantação de ações de promoção à saúde;
- Articulação com a atenção básica das ações de redução do sedentarismo, e aumento da atividade física.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos	15,2% dos adultos com atividade física suficiente no tempo livre.	15,3% dos adultos com atividade física suficiente no tempo livre.	-

Indicador 15 - Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Capitais.

Descrição do indicador:

Este indicador mede a prevalência de atividade física suficiente no tempo livre na população adulta (≥ 18 anos de idade), isto é indivíduos que praticam atividade física no tempo livre nos últimos três meses de intensidade moderada ou leve (≥ 30 minutos em ≥ 5 dias por semana) ou de intensidade vigorosa (≥ 20 minutos em ≥ 3 dias por semana). A atividade física é uma das maiores preocupações da saúde neste século e um dos principais fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que respondem atualmente pelas altas taxas de morbimortalidade no Brasil. Assim, o monitoramento de fatores de proteção para DCNT é relevante para a gestão do sistema de saúde e a avaliação de efetividade das ações de Promoção da Saúde.. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em março de 2006, definiu como uma de suas prioridades o estímulo às iniciativas de práticas corporais (atividade física) e, desde 2005, o Ministério da Saúde tem financiado projetos locais nesse campo. Desta forma, observar os níveis de atividade física na população implica, direta e indiretamente, em mensurar a implementação de políticas públicas nos âmbito da saúde, esporte, cultura, infraestrutura, segurança pública, ação social, meio ambientes e afins, pois o desafio da redução deste fator de risco requer ações intersetoriais que tornem a cidade

convidativa à prática da atividade física no tempo livre, atrelada à construção e/ou ampliação da percepção da população sobre os benefícios da atividade física para a saúde. As ações prioritárias são: o levantamento das prevalências de atividade física coletadas pelo VIGITEL, análise de dados do VIGITEL, divulgação dos resultados para população, ações educativas, implantação ações de promoção à saúde, articular com atenção básica ações para promoção e aumento da atividade física.

Método de cálculo:

número de adultos (≥ 18 anos) com atividade física suficiente / número de adultos (≥ 18 anos) residentes na respectiva cidade X 100

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. O indicador é produzido para as capitais de estados brasileiros e para o Distrito Federal, não cabendo desagregação territorial e nem representando a situação dos respectivos estados. No entanto, o indicador pode ser desagregado por sexo, faixa etária e nível de escolaridade.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Em publicação anual, o Ministério da Saúde, disponibiliza as informações e a análise de dados para os indicadores do VIGITEL com série histórica desde 2006 por cidade avaliada - disponível em http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521

UF	Série histórica por cidade		
	2006	2007	2008
Aracaju	16.3	19.9	14.4
Belém	16.6	18.6	19.8
Belo Horizonte	15.9	14.2	16.1
Boa Vista	17.3	17.3	20.5
Campo Grande	16.4	16.7	18.1
Cuiabá	16.9	15.0	15.7
Curitiba	16.5	14.1	14.4
Florianópolis	16.3	18.4	18.8
Fortaleza	18.0	17.4	15.1
Goiânia	15.6	17.6	15.7
João Pessoa	15.8	16.4	14.7
Macapá	18.2	17.4	19.7
Maceió	16.6	15.8	15.6
Manaus	14.9	12.7	15.3
Natal	16.4	19.0	18.8
Palmas	16.1	18.1	20.6
Porto Alegre	17.9	15.2	15.3
Porto Velho	15.5	17.0	15.7
Recife	14.7	16.0	17.0
Rio Branco	14.7	17.9	14.6
Rio de Janeiro	16.4	17.2	15.6
Salvador	14.6	17.0	14.5
São Luís	13.6	15.8	15.2
São Paulo	10.5	11.3	11.5
Teresina	12.6	15.5	15.4
Vitória	17.6	20.5	19.7
Distrito Federal	21.5	17.2	19.0
Total	14.9	15.5	15.0

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:
Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS
e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade V - PROMOÇÃO DA SAÚDE (cont)

Objetivo II: Reduzir a prevalência do tabagismo no país.

Observação: todos os municípios não capitais devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

Levantamento das prevalências do tabagismo coletadas pelo VIGITEL;

- Análise de dados do VIGITEL;
- Divulgação dos resultados para população;
- Ações educativas;
- Implantação ações de promoção à saúde;
- Articulação de ações de redução do tabagismo com atenção básica;
- Ações de ambientes livre do tabagismo;
- Ações junto à escolas;
- Campanhas educativas;
- Programa do tabagismo do INCA;
- Cessaçao do tabagismo - articulado com assistência.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Prevalência de tabagismo em adultos.	Taxa de prevalência de tabagismo ≤ 15,8% por ano.	Taxa de prevalência de tabagismo ≤ 15,5% por ano.	-

Indicador 16 - Prevalência de tabagismo em adultos.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Capitais.

Descrição do indicador:

Este indicador mede a prevalência de fumantes na população adulta (≥ 18 anos de idade), independente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar.

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que respondem atualmente pelas altas taxas de morbimortalidade. Assim, o monitoramento de fatores de risco para DCNT é relevante para a gestão do sistema de saúde e para a avaliação de efetividade das ações de Promoção da Saúde.. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em março de 2006, determinou como uma de suas prioridades o controle do tabagismo e o Ministério da Saúde tem financiado projetos de ambientes livres de tabaco, bem como apoiado o trabalho da CONIC na implementação da Lei nº9296/96. Desta forma, observar os níveis de tabagismo na população implica, direta e indiretamente, em mensurar a implementação de políticas públicas nos âmbito da saúde, incluindo meio ambientes e afins, pois o desafio da redução deste

fator de risco requer ações intersetoriais para seu êxito. O objetivo desse indicador é reduzir a prevalência do tabagismo em adultos, através da implementação de ações que visam à promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada a esse fator de risco. As ações prioritárias para alcançar este indicador são: levantamento das prevalências do tabagismo coletadas pelo VIGITEL, análise de dados do VIGITEL, divulgação dos resultados para população, ações educativas, implantação ações de promoção à saúde, articular com atenção básica ações de redução do tabagismo, ações de ambientes livre do tabagismo, ações junto à escolas, campanhas educativas, programa do tabagismo do INCA, cessação do tabagismo - articulado com assistência.

Método de cálculo: número de adultos (≥ 18 anos) fumantes por cidade/ número de adultos (≥ 18 anos) residentes na respectiva cidade X 100

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Os dados são produzidos pelo Ministério da Saúde. O indicador é produzido para as capitais de estados brasileiros e para o Distrito Federal, não cabendo desagregação territorial e nem representando a situação dos respectivos estados. No entanto, o indicador pode ser desagregado por sexo, faixa etária e nível de escolaridade.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Em publicação anual, o Ministério da Saúde, disponibiliza as informações e a análise de dados para os indicadores do VIGITEL com série histórica desde 2006 por cidade avaliada - disponível em http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521

UF	série histórica por cidade e total		
	2006	2007	2008
Aracaju	12.3	12.3	12.0
Belém	14.4	14.3	13.5
Belo Horizonte	16.2	15.6	19.2
Boa Vista	16.8	17.0	17.3
Campo Grande	15.0	16.4	18.8
Cuiabá	17.1	14.1	13.7
Curitiba	18.8	17.9	18.2
Florianópolis	18.7	20.2	17.5
Fortaleza	16.3	14.5	11.7
Goiânia	14.0	13.4	14.0
João Pessoa	15.9	14.9	11.5
Macapá	19.1	17.5	16.0
Maceió	13.9	12.1	9.7
Manaus	14.5	16.3	13.5
Natal	13.5	13.2	12.7
Palmas	13.8	13.5	13.1
Porto Alegre	21.2	21.7	19.4
Porto Velho	19.2	16.1	17.9
Recife	14.7	15.9	10.4
Rio Branco	21.2	20.1	18.0
Rio de Janeiro	14.5	15.8	16.6
Salvador	9.5	11.5	10.0
São Luís	12.1	13.4	10.3
São Paulo	18.8	20.0	20.9
Teresina	18.3	14.8	12.8
Vitória	15.9	14.8	13.0
Distrito Federal	17.2	16.4	15.8
Total	16.2	16.4	16.1

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:
Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS
e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Objetivo I: Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Convencimento do gestor municipal sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de atenção básica pela Estratégia Saúde da Família–ESF, nos municípios com ausência ou baixa cobertura dessa estratégia.
- Apoio aos estados e municípios na elaboração e implantação do plano de expansão da estratégia saúde da família.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelos municípios na base de dados nacional, com vistas ao assessoramento à gestão e acompanhamento de informações atualizadas de famílias cadastradas pelas equipes de Saúde da Família.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		
	2010	2011	Observação
Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	Cobertura de no mínimo 54,5% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	Cobertura de no mínimo 57% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	Acréscimo de 4,6%, aproximadamente 1.500 equipes

Indicador 17 – Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Percentual de pessoas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família em determinado local e período. Baseia-se no cadastro da população da área de abrangência de atuação das Equipes de Saúde da Família no Sistema de Informação vigente da Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{População cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica* em determinado local e período}}{\text{Base demográfica do IBGE}} \times 100$$

* População cadastrada pela Estratégia Saúde da Família nos tipos de equipe: ESF, ESF com Saúde Bucal Modalidade I e ESF com Saúde Bucal Modalidade II, no Sistema de Informação vigente da Atenção Básica.

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte:

Numerador: Sistema de Informação da Atenção Básica -SIAB ou sistema vigente

Denominador: Base demográfica do IBGE

Limitações: A não atualização mensal do cadastro no sistema de informação vigente da atenção básica pode interferir na interpretação dos resultados, uma vez que a cobertura real pode sofrer alterações no intervalo de um mês para outro.

Tabela 1: Proporção da população cadastrada na Estratégia Saúde da Família, por Unidade da Federação, Brasil, 2003-2008

Unidade da Federação	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Acre	38,2	38,8	47,9	51,5	50,8	59,4
Alagoas	66,2	67,3	69,0	69,7	68,6	69,9
Amapá	23,6	22,9	38,4	40,9	57,6	64,6
Amazonas	37,6	36,9	42,4	41,1	41,0	53,3
Bahia	22,4	29,7	37,6	44,6	49,5	50,5
Ceará	61,4	63,4	65,0	64,9	67,8	68,3
Distrito Federal	8,0	6,2	6,4	6,9	8,9	8,5
Espírito Santo	29,5	35,6	42,3	46,5	46,9	50,2
Goiás	44,5	46,9	47,4	50,7	52,9	54,3
Maranhão	37,7	46,6	57,2	66,5	75,6	76,0
Mato Grosso	47,6	53,8	56,7	60,2	61,5	61,2
Mato Grosso do Sul	32,8	40,5	43,3	45,3	50,3	52,3
Minas Gerais	48,7	49,4	54,8	59,2	58,9	55,2
Pará	17,2	20,3	21,6	27,0	33,3	34,5
Paraíba	60,9	77,2	80,8	83,5	90,8	88,7
Paraná	42,0	40,8	45,3	48,2	49,3	50,9
Pernambuco	48,6	54,2	57,7	62,2	68,7	71,1
Piauí	70,8	76,3	83,6	86,3	91,8	91,6
Rio de Janeiro	14,5	16,3	18,6	21,1	23,8	24,6
Rio Grande do Norte	38,1	51,5	62,5	69,5	76,5	76,7
Rio Grande do Sul	13,4	19,6	22,4	27,0	29,7	32,1
Rondônia	20,4	22,7	25,3	30,6	36,0	39,0
Roraima	55,8	61,8	61,9	70,1	69,0	70,1
Santa Catarina	50,6	58,0	59,6	62,3	68,1	70,3
São Paulo	16,9	19,2	21,1	24,3	26,0	27,2
Sergipe	74,6	84,3	89,7	89,8	91,3	93,8
Tocantins	61,7	70,4	73,7	78,5	76,5	82,0
BRASIL	32,8	36,6	40,3	44,0	46,9	48,0

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

Esse indicador pode ser utilizado para avaliar se a Saúde da Família constitui-se como estratégia prioritária e orientadora da atenção básica nos municípios, para analisar a situação da atualização dos cadastros sistema de informação vigente da atenção básica da população adscrita e contribuir para o planejamento da implantação de novas equipes. Permite ainda, acompanhar e avaliar variações geográficas existentes na cobertura das equipes de saúde da família no país.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Atenção Básica- DAB

Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.

e-mail: avaliacao.dab@saude.gov.br

Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont)

Objetivo II: Ampliar o acesso à consulta prenatal.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular a programação de metas da cobertura de consulta pré-natal com médicos e enfermeiros da Equipe de Atenção Básica.
- Disponibilizar o caderno de atenção básica - prenatal (CAB-Prenatal) e estimular sua implantação.
- Estimular e apoiar a implantação da ferramenta de programação da atenção básica – Prograb.
- Estimular e apoiar a implantação do projeto de avaliação para melhoria da qualidade – AMQ.
- Estimular que os núcleos estaduais de monitoramento e avaliação realizem a supervisão das Equipes de Saúde da Família e a discussão periódica dos resultados alcançados.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		
	2010	2011	Observação
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal.	Mínimo de 62,91% dos nascidos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Mínimo de 65,28% dos nascidos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	

Indicador 18 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com 7 ou mais consultas de prenatal. O objetivo do indicador é analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência prenatal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$$

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte:

Numerador: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos -SINASC

Denominador:Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos -SINASC

Limitações:

Não abranger o universo das gestantes, excluindo aquelas que tiveram aborto ou como produto da gestação um nascido morto.

Impossibilidade de efetuar comparações com o padrão mínimo de seis consultas de prenatal estabelecido pelo Ministério da Saúde, em função do agrupamento do número de consultas no formulário de Declaração de Nascido Vivo.

Há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas realizadas.

A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres.

A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos, resultante da implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios.

Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.

Disponibilidade de dados do Sinasc com, pelo menos, 1 ano de atraso.

O Sinasc não mede os resultados apenas do SUS, mas também da Saúde Suplementar, onde é possível que, por terem maior acesso à educação e maior afluência econômica, sejam realizadas mais consultas, estando elevado artificialmente, principalmente nos estados com maior cobertura de Saúde Suplementar, como os da região sudeste.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Tabela 1: Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Prenatal, por estado, Brasil 2003-2007

Estados	2003	2004	2005	2006	2007
Acre	22,6	23,6	29,4	29,7	34,3
Alagoas	44,2	42,9	43,9	44,1	42,4
Amapá	22,3	22,4	23,1	23,6	26,0
Amazonas	22,6	25,2	26,6	28,1	31,1
Bahia	31,8	31,5	31,1	34,0	35,1
Ceará	38,0	40,0	37,5	42,6	47,1
Distrito Federal	51,8	51,9	54,3	54,6	61,1
Espírito Santo	57,1	56,8	57,7	61,1	63,6
Goiás	57,4	59,3	61,1	60,6	61,9
Maranhão	22,8	24,0	23,1	25,1	25,3
Mato Grosso	58,0	57,7	56,5	58,4	60,3
Mato Grosso do Sul	58,8	58,4	61,8	62,6	63,0
Minas Gerais	51,8	55,4	56,8	59,4	61,4
Pará	29,4	27,6	26,9	28,9	29,0
Paraíba	42,3	42,1	42,4	47,6	48,0
Paraná	68,6	70,6	73,3	74,8	75,9
Pernambuco	40,8	40,8	39,2	42,5	44,4
Piauí	27,6	30,6	35,1	43,1	44,4
Rio de Janeiro	61,5	62,4	63,3	62,1	62,7
Rio Grande do Norte	35,8	36,7	37,9	43,1	45,6
Rio Grande do Sul	59,5	62,5	65,0	68,7	70,5
Rondônia	33,3	34,3	31,8	31,9	32,4
Roraima	29,9	33,1	43,6	35,1	35,8
Santa Catarina	56,3	60,3	63,1	65,3	66,4
São Paulo	67,1	71,4	73,4	74,0	74,5
Sergipe	48,6	50,4	46,5	45,7	47,3
Tocantins	34,9	38,4	38,1	39,1	41,0
BRASIL	49,9	52,0	52,8	54,5	55,5

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Atenção Básica

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

e-mail: : avaliacao.dab@saude.gov.br

Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont)

Objetivo III: Reduzir a internação hospitalar por diabetes mellitus no âmbito do SUS.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular a adesão e utilização dos protocolos de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, conforme caderno de atenção básica CAB nº16 - Diabetes Mellitus.
- Apoiar a capacitação de quatro mil profissionais, médicos e enfermeiros da rede básica, para as ações de controle de hipertensão e diabetes mellitus, nas cidades com população entre 50 a 100 mil habitantes, por meio de convenio com a Funcor.
- Melhorar o acesso regular a medicamentos definidos nos protocolos de controle de hipertensão e diabetes, conforme Portaria GM nº 3.237/2007.
- Capacitar mil e cem tutores nos estados brasileiros que servirão de multiplicadores para formar uma rede para o autocuidado em Diabetes (capacitação presencial e a distância) por meio de convênio com Universidades, SES/BA e o Telessaúde.
- Monitorar o cadastramento no Sis-Hiperdia, de todos os portadores de Hipertensão e Diabetes como forma de garantir a melhoria da informação.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		
	2010	2011	Observação
Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações ≤ 6,0 por 10.000 habitantes.	Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações ≤ 5,7 por 10.000 habitantes.	Varição de 5%

Indicador 19 - Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Este indicador mede a ocorrência de internações hospitalares por diabetes mellitus e suas complicações, na população de 30 a 59 anos de idade no âmbito do SUS. Avalia o impacto das ações de saúde relacionadas ao diabetes mellitus, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações por diabetes mellitus* e suas complicações na população de 30 a 59 anos, em determinado local e período}}{\text{População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período}} \times 10.000$$

*Código SIH/SUS: 03.03.03.003-8

Registro no SISPACTO: taxa com duas casas decimais (XX,XX/ 10.000)

Fonte:

Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

Limitações:

O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado.

Freqüentemente o diabetes mellitus não é a causa principal da internação, mas sim uma das suas complicações.

O numerador só abrange o universo das internações hospitalares na rede SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de pessoas beneficiárias de seguros privados de saúde.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Na faixa etária de 30 a 59 anos o Diabetes Mellitus se configura como agravo de aparecimento precoce e suas complicações podem ser prevenidas por intervenções da Atenção Básica/Saúde da Família.

Entre as ações realizadas estão: a política de medicamentos, de promoção da saúde e de atenção ao portador de hipertensão e diabetes, e a educação para o auto-cuidado.

Tabela 1: Taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações, por Unidade da Federação, Brasil, 2003-2008

Unidade da Federação	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Acre	10,2	10	9,7	7,9	6	8,7
Alagoas	7,7	7,7	8,4	8,3	7,3	7,3
Amapá	6,3	7,6	6,3	8,5	6,2	7
Amazonas	3,5	4	4	3,6	3,1	4,6
Bahia	8,6	7,9	6,8	7,3	7,7	7,2
Ceará	5,2	5,3	5,6	5,3	5,4	4,8
Distrito Federal	11,1	12,5	12,1	11,1	9,7	7,9
Espírito Santo	6,6	6,7	6,7	6,5	5,5	5,3
Goiás	13,6	14,2	15,5	14,9	13,8	13,1
Maranhão	6,3	6	5,9	5,8	5,9	6,4
Mato Grosso	8,7	8,9	10	10,1	9,1	9
Mato Grosso do Sul	8,5	8,4	9,4	8,9	7,7	6
Minas Gerais	10,2	9,6	9,6	9,1	8,1	7,7
Pará	7,6	7,5	7,2	6,9	6,9	7,3
Paraíba	5,9	5,7	5,9	5,9	6,2	6,8
Paraná	8,3	7,9	8,4	7,8	7,5	8
Pernambuco	8	8	8,7	8,6	7,4	6,4
Piauí	6,5	6,8	7,9	8	8,5	8,9
Rio de Janeiro	8,9	8,6	8,5	8,1	7,7	5,9
Rio Grande do Norte	4,1	4,3	4,1	4	4,2	3,7
Rio Grande do Sul	10,6	10,6	10,5	10,8	10,1	9,5
Rondônia	8,5	8,6	8,8	9,6	9,9	14
Roraima	5,8	7,9	11,7	13,8	9,3	8,3
Santa Catarina	8,7	7,9	7,8	7,5	6,7	6,2
São Paulo	7,3	7,1	6,6	6,1	5,2	4,2
Sergipe	8,6	7,1	5,5	4,4	3,9	3,4
Tocantins	6,9	7,4	8,6	9	8,1	9,3
Brasil	8,3	8,1	8	7,7	7,1	6,6

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS; Base Demográfica do IBGE

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Atenção Básica

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

e-mail: : avaliacao.dab@saude.gov.br

Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont)

Objetivo IV: Reduzir a internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do SUS.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular a adesão e utilização dos protocolos de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, conforme cadernos de atenção básica nº 14 e 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Capacitação de quatro mil profissionais, médicos e enfermeiros da rede básica, para as ações de controle de hipertensão e diabetes mellitus, nas cidades com população entre 50 a 100 mil habitantes, por meio de convenio com a Funcor.
- Melhorar o acesso regular a medicamentos definidos nos protocolos de controle de hipertensão e diabetes, conforme Portaria GM nº 3.237/2007.
- Monitorar o cadastramento no Sis-Hiperdia, de todos os portadores de Hipertensão como forma de garantir a melhoria da informação.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		
	2010	2011	Observação
Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral-AVC.	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) ≤ 5,2 por 10.000 habitantes.	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) ≤ 4,7 por 10.000 habitantes.	Varição de 9,6%

Indicador 20 - Taxa de Internações por acidente vascular cerebral (AVC).

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Mede a ocorrência de internações hospitalares por acidente vascular cerebral - AVC na população de 30 a 59 anos. Avalia o impacto das ações de saúde relacionadas às doenças cardiovasculares, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 30 a 59 anos, em determinado local e período}}{\text{População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período}} \times 10.000$$

* Código do SIH/SUS: 03.03.04.014-9

Registro no SISPACTO: taxa com duas casas decimais (XX,XX / 10.000)

Fonte:

Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

Limitações:

O numerador só abrange o universo das internações hospitalares na rede SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de pessoas beneficiárias de seguros privados de saúde.

O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistência na classificação da causa de morbidade informada.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Este indicador apresentou uma tendência constante de diminuição na faixa etária de 30 a 59 anos, no período de 2003 a 2008, como mostra a tabela abaixo. Nessa faixa etária, o AVC se configura como agravo de aparecimento precoce e pode ser sensível à intervenções preventivas pela Atenção Básica/Saúde da Família, como a política de medicamentos, de promoção da saúde e de atenção ao portador de hipertensão e diabetes.

Tabela 1: Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral, por Unidade da Federação, Brasil, 2003-2008

Unidades da Federação	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Acre	8,6	6,9	7	6,8	5,2	3,6
Alagoas	10,8	10,4	10,7	9,8	8,7	4,9
Amapá	4,9	6,5	7	6,4	4,3	4,7
Amazonas	3,1	3,4	3,8	3,4	3	4,3
Bahia	10,5	9	8,3	7,5	6,9	5,5
Ceará	5,2	5,1	5,2	5,4	4,9	4,5
Distrito Federal	6,2	7,7	7,7	7	5,7	6,7
Espírito Santo	8,3	8,7	8,5	7,4	7,4	5,6
Goiás	9,9	9,3	8,8	8,1	6,2	6,4
Maranhão	9,8	8,4	8	7,6	6,6	5,8
Mato Grosso	11,4	12	10,4	9,2	8,5	6
Mato Grosso do Sul	9,5	8,2	6,9	6,5	5,5	5,7
Minas Gerais	11,3	10,4	10	9,6	8,6	8,1
Pará	7,9	7,2	7,9	8,2	6	5,8
Paraíba	8,2	8,3	7,8	8,3	7,3	6,3
Paraná	10,9	9,9	9,2	8,5	7,7	7,5
Pernambuco	6,2	6,2	6	5,9	5,4	4,5
Piauí	9,8	9,4	9,6	8,3	7,8	6,3
Rio de Janeiro	8,3	8	7,6	6,7	6,4	4,6
Rio Grande do Norte	6,5	6,7	4,9	4,7	4,1	3,9
Rio Grande do Sul	10,3	10,2	8,8	8,7	7,7	9,3
Rondônia	5,5	5,1	5,9	5,8	5,5	5,2
Roraima	2,8	6,8	4,7	6,4	4,9	4,4
Santa Catarina	10,4	10,2	9,6	8,6	7,9	8,7
São Paulo	7,2	7	7	6,4	6	5,8
Sergipe	5,8	4,1	3,6	3,3	3,2	2
Tocantins	9,5	8,7	9	8,9	7,7	8,1
BRASIL	8,7	8,2	7,9	7,4	6,6	6,2

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS; Base Demográfica do IBGE

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Atenção Básica
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.
 e-mail: : avaliacao.dab@saude.gov.br

Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont)

Objetivo V: Reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular que o grupo de risco nutricional seja priorizado para realizar o acompanhamento periódico do crescimento e desenvolvimento, com atenção especial ao público mais vulnerável, como os beneficiários do Programa Bolsa Família e outras populações em situação de vulnerabilidade econômica, social e de saúde.
- Estimular a implantação do Protocolo de Atenção à Criança Desnutrida e de Atenção à Saúde da Criança caderno de atenção básica - prenatal (CAB-Prenatal).
- Monitoramento de faltosos às consultas de acompanhamento e priorização das visitas dos agentes comunitários de saúde a esse grupo de risco, de modo a promover maior adesão às recomendações para recuperação do estado nutricional.
- Supervisão das equipes de Saúde da Família e discussão periódica dos resultados alcançados
- Estimular e apoiar a implantação da Estratégia de Alimentação Complementar.
- Fortalecer a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.
- Apoiar ações de estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade
- Monitorar a alimentação e utilização do sistema informatizado de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan-Web) para o diagnóstico nutricional individual e coletivo.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		
	2010	2011	Observação
Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade $\leq 4,4\%$.	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade $\leq 4,0\%$.	No período entre 2008 a 2011, estimou-se uma redução de 0,7 pontos percentuais, que representa aproximadamente 15% na prevalência de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade no país.

Indicador 21 - Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: O indicador expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, principalmente para caracterização do baixo peso. Essa avaliação é adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global do indivíduo.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de crianças menores de cinco anos com peso para idade abaixo do percentil 3}}{\text{Número total de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN}} \times 100$$

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte:

Numerador e Denominador: Sistema informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN Web, disponível em www.nutricao.saude.gov.br.

Limitações:

Não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos progressos ou crônicos.

Recomendações, observações e informações adicionais:

O peso da criança é aferido segundo métodos preconizados e registrado em quilos. A idade da criança é calculada em meses. Esses valores são identificados no gráfico de crescimento infantil, segundo o sexo. Este gráfico corresponde a curvas que refletem o crescimento de uma população de referência, isto é, aquela que inclui dados de indivíduos saudáveis, vivendo em condições socioeconômicas, culturais e ambientais satisfatórias.

Na caderneta de saúde da criança, que é distribuída em maternidades e em estabelecimentos assistenciais de saúde, constam os percentis de peso para idade. O percentil é obtido a partir da análise do gráfico existente na caderneta de saúde da criança, fazendo a intersecção da medida de peso da criança e da sua idade. Isso possibilita a identificação da faixa de percentil de peso por idade em que a criança se encontra, devendo ser observados os pontos de corte para sua interpretação. Esses pontos correspondem aos percentis 0,1, 3, 85, 97 e 99,9, classificando o estado nutricional infantil em:

PERCENTIL	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	Adequado ou eutrófico
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	Sobrepeso
> Percentil 99,9	Obesidade

Fonte: World Health Organization. *WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development.* WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

O quadro a seguir apresenta a distribuição percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade segundo Unidades Federativas do Brasil, entre os anos de 2003 e 2008, a partir dos dados do SISVAN.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
BRASIL	12,5%	9,2%	6,9%	6,3%	6,2%	4,7%
AC	12,5%	6,5%	6,9%	12,4%	23,1%	5,9%
AL	17,1%	4,7%	7,4%	8,0%	8,3%	5,1%
AP	-	-	-	15,5%	24,1%	8,1%
AM	17,3%	15,8%	13,7%	14,5%	14,5%	8,8%
BA	11,1%	8,8%	7,7%	7,4%	7,5%	5,0%
CE	10,1%	8,0%	8,3%	8,2%	8,7%	4,9%
DF	-	-	-	-	-	4,8%
ES	13,3%	8,9%	5,3%	5,7%	5,8%	3,0%
GO	1,7%	5,0%	4,4%	5,1%	5,4%	3,7%
MA	24,4%	17,5%	8,7%	14,8%	15,2%	10,1%
MT	17,4%	15,9%	6,9%	7,0%	7,8%	4,1%
MS	3,6%	3,7%	5,4%	5,1%	6,6%	3,4%
MG	13,5%	9,4%	6,4%	7,9%	8,4%	4,3%
PA	11,9%	9,6%	13,7%	15,8%	11,9%	8,5%
PB	9,4%	7,1%	6,1%	6,9%	5,5%	3,3%
PR	8,3%	5,9%	5,1%	5,6%	4,9%	2,9%
PE	8,6%	6,8%	7,1%	6,9%	6,1%	3,9%
PI	18,3%	12,5%	12,6%	9,3%	7,5%	6,6%
RJ	16,9%	10,6%	6,8%	5,5%	5,8%	3,3%
RN	15,1%	10,7%	8,7%	7,6%	6,4%	4,2%
RS	8,3%	6,7%	5,0%	4,9%	5,4%	2,8%
RO	13,8%	10,6%	9,2%	5,7%	5,3%	3,7%
RR	-	10,0%	9,3%	12,4%	17,3%	5,5%
SC	9,8%	8,3%	6,9%	6,9%	5,8%	4,6%
SP	11,8%	17,8%	5,0%	5,2%	5,0%	2,7%
SE	20,6%	0,0%	11,3%	7,3%	5,4%	4,8%
TO	1,9%	-	7,0%	8,1%	9,7%	5,5%

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Atenção Básica
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.
 e-mail: : avaliacao.dab@saude.gov.br

Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont)

Objetivo V: Reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos (cont)

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimulo ao monitoramento de famílias em situação de descumprimento das condicionalidades e articulação com outros setores sociais (assistência social e educação) para intervir individual e conjuntamente sobre as vulnerabilidades das famílias.
- Estimular as coordenações municipais do programa bolsa família a informarem sobre situações de mudança de endereço, famílias não localizadas e outros problemas cadastrais das famílias beneficiárias com perfil saúde.
- Supervisão das equipes de Saúde da Família e discussão periódica dos resultados alcançados.
- Estimular que as coordenações Municipal/Estadual do Programa Bolsa Família a realizem supervisão e discussão periódica dos resultados alcançados.
- Estimular a implantação do Protocolo de Atenção à saúde da Criança e o caderno de atenção básica - prenatal (CAB-Prenatal)
- Expandir o curso de educação a distância - EAD em gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.
- Articular com o Ministério da Educação e o Ministério do Desenvolvimento Social para o aprimoramento das ações intersetoriais do Programa Bolsa Família.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		
	2010	2011	Observação
Percentual de famílias com perfil saúde do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica	Percentual de famílias acompanhadas pela atenção básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família $\geq 70\%$	Percentual de famílias acompanhadas pela atenção básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família $\geq 73\%$	-

Indicador 22 – Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador:

O indicador expressa o percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN possibilita o registro individual das condicionalidades da saúde dos beneficiários. Estas devem ser registradas a cada vigência do programa, sendo que a primeira vigência refere-se ao período entre 01 de janeiro a 30 de julho e a segunda, de 01 de agosto a 31 de dezembro de cada ano. O setor saúde é responsável pelo acompanhamento das gestantes e crianças menores de 7 anos. Os compromissos dos beneficiários são: a realização do pré-natal, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como do cumprimento do calendário vacinal. Destaca-se que o programa bolsa família é uma das prioridades do atual governo. Objetiva-se, portanto, aumentar a cobertura do acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família. É o índice utilizado para a avaliação do desempenho do setor saúde no acompanhamento dos beneficiários com perfil saúde.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência consolidada}}{\text{Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência consolidada}} \times 100$$

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte:

Numerador e Denominador: SISVAN → Módulo de gestão das condicionalidades da saúde do programa bolsa família

Módulo de gestão das condicionalidades da saúde do programa bolsa família.

Recomendações, observações e informações adicionais:

O indicador constitui responsabilidade dos gestores de saúde com relação a um dos principais programas sociais do Governo Federal, o Programa Bolsa Família. O maior percentual de acompanhamento desses beneficiários também significa uma maior vinculação das famílias mais vulneráveis das comunidades com os serviços de saúde e a possibilidade de trazer outras ações, além das próprias condicionalidades, para seus membros. Outro ponto importante são as implicações financeiras do acompanhamento, tanto com relação à manutenção dos benefícios pelas famílias, quanto no nível da gestão das áreas sociais no município (assistência social, saúde e educação), por meio do Incentivo à Gestão Descentralizada (IGD).

O quadro a seguir apresenta a evolução do acompanhamento de famílias com perfil saúde de 2006 a 2009, a partir dos dados do SISVAN.

	1º sem/2006	2º sem/2006	1º sem/2007	2º sem/2007	1º sem/2008	2º sem/2008	1º sem/2009
BRASIL	38,3%	33,4%	41,8%	46,4%	57,6%	58,2%	63,1%
AC	19,07%	28,08%	22,53%	48,41%	43,61 %	48,64 %	55,98%
AL	25,89%	20,10%	30,98%	40,86%	52,21 %	56,69 %	58,38%
AP	9,58%	4,91%	16,63%	14,60%	24,72 %	24,29 %	39,17%
AM	26,43%	37,29%	39,78%	52,94%	61,64 %	59,47 %	63,75%
BA	35,32%	30,66%	36,12%	46,12%	61,27 %	62,59 %	67,86%
CE	50,01%	41,19%	52,37%	54,86%	67,25 %	69,52 %	76,93%
DF	6,47%	4,85%	7,70%	3,17%	35,28 %	25,49 %	37,47%
ES	28,95%	31,01%	38,21%	43,73%	51,34 %	53,4 %	53,54%
GO	29,17%	22,65%	30,60%	29,09%	50,86 %	53,93 %	57,22%
MA	45,75%	30,04%	44,48%	47,90%	60,71 %	59,11 %	67,81%
MT	16,06%	14,15%	23,52%	33,90%	51,48 %	46,44 %	55,86%
MS	45,47%	40,42%	46,87%	51,42%	58,96 %	58,76 %	59,41%
MG	34,42%	37,89%	45,66%	49,69%	63,22 %	65,83 %	68,87%
PA	25,28%	21,97%	39,39%	42,96%	53,66 %	57,42 %	63,37%
PB	51,57%	43,55%	49,13%	50,12%	65 %	64,15 %	67,77%
PR	49,19%	44,96%	49,04%	52,70%	62,46 %	64,03 %	68,79%
PE	45,57%	38,36%	56,85%	56,98%	61,91 %	59,24 %	68,31%
PI	47,04%	39,36%	48,38%	59,84%	71,51 %	71,03 %	77,52%
RJ	26,78%	26,72%	31,64%	35,05%	38,94 %	35,56 %	41,51%
RN	69,23%	57,99%	70,41%	71,45%	72,96 %	73,08 %	77,69%
RS	37,00%	32,64%	37,77%	40,82%	49,54 %	50,92 %	51,50%
RO	32,28%	22,98%	29,58%	38,11%	46,03 %	48,9 %	51,78%
RR	23,58%	13,71%	23,78%	58,68%	67,39 %	67,95 %	74,69%
SC	39,60%	42,74%	45,59%	46,52%	58,66 %	55,98 %	61,81%
SP	27,36%	22,88%	25,76%	29,41%	42,45 %	43,29 %	43,14%
SE	38,72%	38,36%	47,60%	48,77%	53,65 %	57,02 %	65,27%
TO	44,00%	45,25%	51,12%	54,69%	63,69 %	62,22 %	68,13%

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Atenção Básica

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

e-mail: : avaliacao.dab@saude.gov.br

Prioridade VII - SAÚDE DO TRABALHADOR

Objetivo: Aumentar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Pactuação dos Estados com os Municípios, na CIB, para a organização loco-regional da rede de serviços sentinela em saúde do trabalhador;
- Capacitação da rede de serviços sentinela e, a partir dela, de todas as unidades de saúde, em saúde do trabalhador;
- Construção e consolidação dos fluxos de notificação, incluindo a elaboração e a aplicação de protocolos e instruções normativas para cada um dos agravos de notificação compulsória;
- Acompanhamento e assessoria técnica a esse processo por parte do MS;
- Disponibilização de recursos federais, estaduais e municipais para estruturação, consolidação e ampliação da rede.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS N°. 777 de 28 de abril de 2004	Aumento de 15% em relação ao nº de notificações em 2008	Aumento de 30% em relação ao nº de notificações em 2008	-

Indicador 23 - Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS N°. 777/04.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador:

Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS N°. 777 de 28 de abril de 2004.

Método de cálculo:

Número absoluto de notificações realizadas relativas aos 11 (onze) agravos constantes da Portaria GM/MS N°. 777 de 28 de abril de 2004.

Registro no SISPACTO: número absoluto.

Fonte: Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador/Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/Secretaria de Vigilância em Saúde – SINAN NET – DATASUS.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Os agravos de notificação compulsória são citados na portaria GM/MS Nº. 777 de 28 de abril de 2004 são:

- I - Acidente de Trabalho Fatal;
- II - Acidentes de Trabalho com Mutilações;
- III - Acidente com Exposição a Material Biológico;
- IV - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;
- V - Dermatoses Ocupacionais;
- VI - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- VII - Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);
- VIII - Pneumoconioses;
- IX - Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR;
- X - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
- XI - Câncer Relacionado ao Trabalho.

Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador de 2007 e 2008, por UF.

UF Notificação	2007	2008
Acre	2	1
Alagoas	132	743
Amapá	41	605
Amazonas	176	165
Bahia	2.368	1.582
Ceara	298	595
Distrito Federal	75	1.523
Espírito Santo	286	489
Goiás	284	660
Maranhão	15	267
Mato Grosso	513	649
Mato Grosso do Sul	297	430
Minas Gerais	2.476	5.648
Para	34	92
Paraíba	161	333
Paraná	3.107	4.031
Pernambuco	122	218
Piauí	27	23
Rio de Janeiro	1.490	1.040
Rio Grande do Norte	344	511
Rio Grande do Sul	340	449
Rondônia	39	53
Roraima	94	193
Santa Catarina	631	1.270
São Paulo	26.151	32.972
Sergipe	95	176
Tocantins	379	553
Total	39.977	55.271

FONTE: SINAN NET 2008, 21/07/09.

Cálculo do incremento do número de notificações, por UF – Percentual sobre o total das notificações realizadas relativas aos 11 (onze) agravos à saúde do trabalhador constantes da Portaria GM/MS nº 777/04, em relação ao ano de referência de 2008:

{[Número de notificações em 2010 – Número de notificações em 2008 (ano de referência)] / Número de notificações em 2008 (ano de referência)} * 100 = incremento do número de notificações alcançado por cada UF, em %

Em relação ao ano de 2008 aumentou-se em 38,2 o número de notificações. O aumento deveu-se à capacitação dos protocolos em saúde do trabalhador das equipes dos Cerest e de profissionais de saúde da rede do SUS, iniciativa da CGSAT em parceria com os Cerest – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, à época em número de 150 (31.12.2007). O incremento mais acentuado das notificações verificou-se na região Sudeste, que tem uma concentração maior de Cerest, seguida pela região Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte do país. Deve-se também à implantação de novas Unidades Sentinelas, com 858 unidades em 2007 e 1022 unidades em 2008.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador - CGST

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - DVSAST

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

Contato - Carlos Augusto Vaz de Souza – (61)3213.8489

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Prioridade VIII - SAÚDE MENTAL

Objetivo: Ampliar o acesso ao tratamento ambulatorial em saúde mental.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Repasse de incentivo financeiro antecipado para implantação do serviço;
- apoio técnico aos estados para o planejamento da expansão;
- Implementação do Plano Emergencial de Álcool e Drogas visando a expansão da rede de CAPS infanto-juvenil, álcool e drogas e caps III

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes	Taxa de Cobertura CAPS \geq 0,62 por 100.000 habitantes (corresponde a 107 novos CAPS)	Taxa de Cobertura CAPS \geq 0,66 por 100.000 habitantes. (corresponde a 86 novos CAPS)	-

Indicador 24 - Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental destinados ao atendimento de crianças, jovens e adultos com transtornos mentais e decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

Este indicador já está consolidado como um instrumento de monitoramento da expansão da rede extra-hospitalar no Brasil, assim como indica o aumento da acessibilidade às ações comunitárias de saúde mental no SUS.

Para o efeito do cálculo, consideramos que:

- 1) CAPS I é referência para um território de até 50.000 habitantes;
- 2) CAPS II é referência para um território de 100.000 habitantes;
- 3) CAPS III (24 horas) é referência para um território de 150.000 habitantes;
- 4) CAPS infanto-juvenil (CAPSi) é referência para 100.000 habitantes;
- 5) CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) é referência para 100.000 habitantes

A taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes pretende refletir o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo. Ela pode ser calculada para o Brasil, assim como para estados e municípios. Considera-se

como parâmetro, isto é, como conformação ideal da rede, a proporção de 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para cada 100.000 habitantes. Para o cálculo da taxa de cobertura, considera-se também que um CAPS I dá cobertura para 50.000 habitantes, que um CAPS III cobre 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad cobrem, cada um, uma população de 100.000 habitantes.

Método de cálculo:

$$\frac{[(n^{\circ}\text{CAPS I} \times 0,5) + (n^{\circ}\text{CAPS II}) + (n^{\circ}\text{CAPS III} \times 1,5) + (n^{\circ}\text{CAPSi}) + (n^{\circ}\text{CAPSad})] \times 100.000}{\text{população}}$$

Esta taxa pode ser expressa de duas formas, como no exemplo a seguir: 0,70 CAPS/100.000 habitantes ou 70% da população coberta, considerando o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes.

Registro no SISPACTO: taxa com duas casas decimais (XX,XX/ 100.000)

Fonte: IBGE (estimativas populacionais) e CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Esta taxa deve orientar os gestores no planejamento da expansão de suas redes. A manutenção de série histórica desta taxa permite o monitoramento da expansão dos CAPS no país.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS

e-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Prioridade IX - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Objetivo: Ampliar as Redes estaduais de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Assessoria aos estados;
- Apoio financeiro para equipar Serviços e capacitar profissionais;
- Recursos FAEC para procedimentos novos de reabilitação;
- Recursos MAC para incremento do teto dos estados/municípios quando as unidades forem habilitadas;
- Pessoas com deficiência visual serão priorizadas como parte do cumprimento das ações da Agenda Social _ eixo Pessoas com Deficiência da Presidência da República à qual todos os estados aderiram.

Meta Brasil:

Habilitar pelo menos 27 Serviços de Reabilitação Visual nas Unidades Federativas com o objetivo de alcançar 36% de implantação da Rede de Reabilitação Visual em 2010, conforme parâmetros estabelecidos pela portaria MS/GM nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Em 2011, habilitar pelo menos mais 15 serviços (alcançando 56% da meta total, que é de 75 serviços).

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde.	Habilitação de pelo menos 27 serviços de reabilitação visual nas unidades federativas.	Habilitação de pelo menos 15 serviços de reabilitação visual nas unidades federativas.	alcançando 56% do total

Indicador 25 - Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual e DF.

Descrição do indicador: Fortalecer a implantação e implementação das Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação para o atendimento das pessoas com deficiência visual.

Método de cálculo: Nº absoluto (total) de serviços de reabilitação visual habilitados por UF.

Registro no SISPACTO: número absoluto.

Fonte: CNES

Situações que fundamentam a prioridade:

De acordo com o Censo/2000 (IBGE) 24,5 milhões de pessoas (14,5% da população brasileira) apresentam algum tipo e grau de deficiência, sendo que o maior percentual delas é de pessoas com deficiência visual – 48% .

Mas, apesar desse expressivo número de pessoas com deficiência no país, o SUS não está devidamente organizado para atender às suas demandas e necessidades, havendo mesmo o desconhecimento, por parte de alguns gestores estaduais e municipais, da existência de uma Política de saúde nacional para pessoas com deficiência (Port. MS/GM nº 1.060/02).

Constata-se que em alguns estados não existe rede de serviços de reabilitação visual, e a normatização pelo MS foi realizada recentemente através da publicação da Portaria de normatização dos Serviços de Reabilitação Visual - Portaria MS/GM nº 3.128, de 24/12/08.

Ainda há predomínio da visão assistencialista e não de direito à saúde das pessoas com deficiência, o que leva a dificuldades no acesso dessa parcela da população brasileira a serviços de atenção básica e de reabilitação.

O desenvolvimento e monitoramento de ações do MS e, solidariamente, dos estados e municípios, quanto à atenção às pessoas com deficiência, estarão dando respostas positivas à Agenda Social, da Presidência da República - Eixo Direitos Humanos - Pessoas com Deficiência/Programa Nacional de Órteses e Próteses, bem como ao Programa PAC da Saúde/Mais Saúde - Medida 2.19 - Reduzir a espera por órteses e próteses (incluindo recursos ópticos).

Destaca-se ainda, aqui, as responsabilidades assumidas pelo governo brasileiro quando da assinatura da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006), em 2007, bem como seu Protocolo Facultativo, às quais dever-se-á começar a responder, por meio de relatórios periódicos, a partir de 2010 (dois anos após a ratificação, que, no Brasil, foi em 2008).

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS

e-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Prioridade X - ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA

Objetivo I: Ampliar a rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios.

Observação: todos os municípios não prioritários devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

A Rede tem os seguintes objetivos:

- Promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais;
- Implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais;
- Fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;
- Intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e
- Acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão.

As ações prioritárias para os municípios e estados são: Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção de violências, acidente e promoção da saúde; monitoramento da ocorrência de acidentes e violências notificadas; Ampliação do atendimento pré-hospitalar; Assistência às vítimas; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; Capacitação de recursos humanos e Elaborar o Plano Municipal de prevenção a violência e promoção de saúde

As ações prioritárias do Ministério da Saúde: Publicação de portaria para seleção de projetos de estruturação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde com incentivo financeiro; sensibilização do gestor local para a estruturação deste Núcleo; visitas técnicas nos estados; cursos de capacitações e de formação de RH; apoio técnico e financeiro, dentre outros.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas	70% de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados.	80% de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados.	Ver Anexo I

Indicador 26 - Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios Prioritários.

Descrição do indicador: Esta ação acompanha indicadores que estão diretamente vinculados a uma Prioridade no Pacto pela Saúde - dimensão PACTO pela VIDA: Promoção da Saúde. O conceito de violência adotado pelo Ministério da Saúde/MS segue a definição da Organização Mundial de Saúde/OMS, que considera violência como sendo o "uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (OMS, 2002). A "Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências" (Portaria MS/GM N.º 737, de 16 de maio de 2001), assume como violência "o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros" (Brasil, 2005; pág. 7) e acidente como "o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer". Esta Política tem como principal objetivo estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais onde se contemplem e valorizem medidas inerentes de vigilância, prevenção e promoção da saúde referentes a agravos externos.

Método de cálculo: Número de Municípios prioritários da UF com Rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados / Número total de municípios prioritários da UF X100

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Portarias de incentivo financeiro para Promoção da Saúde para estruturação de Rede de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, financiada por meio dos Editais n.º.3, de 11 de setembro de 2006 e n.º. 1, de 14 de setembro de 2007, bem como as Portarias n.º. 1.356 de 23 de junho de 2006, n.º. 1.384 de 12 de junho de 2007, referentes ao financiamento aos entes Federados participantes da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), n.º 79, de 23 de setembro de 2008 e n.º 139, de 11 de agosto de 2009, o Questionário Linha de Base. - online/FormSUS, no endereço eletrônico <http://formsus.datasus.gov.br>. Todos os estados e municípios tem acesso, dependendo de senha fornecida quando da avaliação e monitoramento dos NPVPS e as informações da BIPARTITE.

Recomendações, observações e informações adicionais:

No ano de 2001, reconhecendo a importância do tema, o Ministério da Saúde reuniu especialistas de diferentes segmentos envolvidos com o tema e foi construído um documento que estabelece diretrizes e atividades para o setor saúde mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais para construção de políticas intersetoriais.

Este documento foi aprovado e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM N.º737, de 16 de maio de 2001). Nele se trabalha o conceito: *Violência é o evento representado por ações*

realizadas por indivíduos, grupos classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (Brasil, 2005; pág. 7).

Acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão (Brasil, 2005, pág. 8). A violência é apresentada em suas várias formas de expressão: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

As diretrizes e responsabilidades institucionais previstas na referida Portaria, visando a reduzir mortes, internações e seqüelas decorrentes dos acidentes e violências, nas quais estão contempladas e valorizadas as medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, são instrumentos orientadores da atuação do setor Saúde nesse contexto, devido ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde – Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, não apenas reforça esta concepção, mas também aquelas relativas à participação da comunidade que suscitem articulações intersetoriais para promover, proteger e recuperar a saúde.

O documento define ainda as seguintes diretrizes:

- Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação de recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Após a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do SUS, diversas intervenções e atividades foram desenvolvidas a partir destas diretrizes, das quais se ressalta a estruturação da **Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde**.

Em 18 de maio de 2004, com o objetivo de implementar a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no que se refere à promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, foi assinada Portaria Ministerial Nº. 936/2004 que define a estruturação da **Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde** e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios voltada para a articulação das ações das três esferas de gestão, instituições acadêmicas e organizações não governamentais para o trabalho da prevenção da violência.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

Anexo I

RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO OU VULNERABILIDADE PARA VIOLÊNCIAS PARA 2010 (os que estão em negrito são novos municípios)

	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS-1	SVS-2	SVS-3	IDOSO	FINAL
AC	Rio Branco					X		X	1.
AL	Arapiraca				X	X			2.
	Maceió	X	X		X	X		X	3.
AM	Manaus		X	X	X	X		X	4.
AP	Macapá		X		X	X		X	5.
BA	Feira de Santana		X	X		X			6.
	Itabuna			X	X				7.
	Juazeiro			X	X				8.
	Salvador	X	X	X	X	X		X	9.
	Vitória da Conquista		X	X	X				10.
CE	Caucaia			X	X				11.
	Fortaleza		X	X	X	X		X	12.
	Sobral			X		X			13.
	Juazeiro do Norte						X		14.
	Maranguape						X		15.
DF	Brasília	X	X		X		X	16.	
ES	Cariacica	X	X		X	X			17.
	Serra	X	X		X	X			18.
	Vila Velha	X	X		X	X			19.
	Vitória	X	X		X	X		X	20.
	São Mateus						X		21.
	Linhares						X		22.
GO	Aparecida de Goiânia		X		X				23.
	Goiânia		X		X	X		X	24.
	Luziânia	X			X				25.
	Anápolis						X		26.
	Rio Verde						X		27.
MA	Imperatriz		X	X		X			28.
	São Luís		X	X	X	X		X	29.
	Açailândia						X		30.
MG	Belo Horizonte	X	X	X	X	X		X	31.
	Betim	X	X		X				32.
	Contagem	X	X		X	X			33.
	Governador Valadares		X		X				34.
	Ibirité	X			X				35.
	Montes Claros		X			X			36.
	Ribeirão das Neves	X	X		X	X			37.
	Santa Luzia	X	X		X				38.
	Uberaba		X	X		X			39.
	Uberlândia		X		X				40.
	Juiz de Fora						X		41.
Teófilo Otoni						X		42.	
MS	Campo Grande		X	X	X	X		X	43.
	Corumbá			X		X			44.
	Dourados						X		45.
MT	Cuiabá		X		X	X	X	46.	

	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS-1	SVS-2	SVS-3	IDOSO	FINAL
	Rondonópolis								47.
	Sinop								48.
	Várzea Grande						X		49.
PA	Ananindeua	X			X				50.
	Belém	X	X		X	X		X	51.
	Santarém								52.
	Marabá						X		53.
	Marituba						X		54.
PB	Campina Grande		X	X		X			55.
	João Pessoa		X	X	X	X		X	56.
PE	Cabo de Santo Agostinho	X			X	X			57.
	Caruaru		X		X				58.
	Jaboatão dos Guararapes	X	X		X	X			59.
	Olinda	X	X		X	X			60.
	Paulista	X			X				61.
	Recife	X	X	X	X	X		X	62.
PI	Teresina		X		X	X		X	63.
PR	Cascavel		X		X				64.
	Colombo	X			X				65.
	Curitiba	X	X		X	X		X	66.
	Foz do Iguaçu		X		X	X			67.
	Londrina		X		X	X			68.
	Maringá		X			X			69.
	São José dos Pinhais	X	X		X				70.
	Ponta Grossa						X		71.
	Arapongas						X		72.
	Toledo						X		73.
	Apucarana						X		74.
	Campo Largo						X		75.
	RJ	Belford Roxo	X	X		X	X		
Campos dos Goytacazes			X		X				77.
Duque de Caxias		X	X		X	X			78.
Itaboraí			X		X				79.
Macaé			X		X				80.
Nilópolis		X	X		X				81.
Niterói			X		X	X			82.
Nova Iguaçu		X	X		X	X			83.
Petrópolis			X			X			84.
Queimados		X			X				85.
Rio de Janeiro		X	X		X	X		X	86.
São Gonçalo		X	X		X				87.
São João de Meriti			X		X				88.
Araruama						X		89.	
RN	Natal		X	X	X	X		X	90.
	Mossoró						X		91.
RO	Porto Velho		X		X	X	X	92.	

	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS-1	SVS-2	SVS-3	IDOSO	FINAL
RR	Ji-Paraná						X		93.
	Boa Vista		X	X		X		X	94.
	Pacaraima			X		X			95.
RS	Alvorada				X	X			96.
	Caxias do Sul		X			X			97.
	Novo Hamburgo	X							98.
	Porto Alegre	X	X		X	X		X	99.
	São Leopoldo	X	X		X				100.
	Canoas						X		101.
	Pelotas						X		102.
	Erexim						X		103.
SC	Criciúma		X			X			104.
	Florianópolis		X		X	X		X	105.
	Joinville						X		106.
	Blumenau						X		107.
	Itajaí						X		108.
	Palhoça						X		109.
	Jaraguá do Sul						X		110.
	Chapecó						X		111.
	São José						X		112.
SE	Aracaju		X		X	X			113.
SP	Campinas		X		X	X			114.
	Carapicuíba	X	X			X			115.
	Diadema	X	X		X	X			116.
	Embu		X		X	X			117.
	Embu-Guaçu	X				X			118.
	Guarulhos	X	X		X	X			119.
	Hortolândia				X	X			120.
	Itapecerica da Serra		X		X				121.
	Itaquaquecetuba	X	X		X	X			122.
	Jundiaí		X			X			123.
	Mauá	X	X		X				124.
	Osasco	X	X		X	X			125.
	Praia Grande		X			X			126.
	Ribeirão Preto		X			X			127.
	Santo André	X	X		X	X			128.
	Santos		X			X			129.
	São Bernardo do Campo	X	X		X				130.
	São José do Rio Preto		X			X			131.
	São José dos Campos		X		X	X			132.
	São Paulo	X	X		X	X		X	133.
	Sorocaba		X		X	X			134.
	Sumaré		X		X	X			135.
	Taboão da Serra	X			X				136.
	Guarujá						X		137.
	Suzano						X		138.
	Mogi das Cruzes						X		139.
	Piracicaba						X		140.
	Bauru						X		141.
	Franca						X		142.

	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS-1	SVS-2	SVS - 3	IDOSO	FINAL
	Barretos						X		143.
	Cubatão						X		144.
	Atibaia						X		145.
	São Vicente						X		146.
TO	Palmas					X		X	147.
	Araguaína						X		148.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO OU VULNERABILIDADE PARA VIOLÊNCIAS 2010

Para definição da relação de municípios prioritários, foram selecionados todos constantes na Agenda Social da Presidência da República, sendo a relação complementada e a cada será atualizada o número de municípios que atendem no mínimo dois dos critérios relacionados abaixo.

Coluna	Critério	Comentário
Agenda Social	Inclusão na Agenda Social da Presidência da República	Em negrito e amarelo, critério suficiente
Mulher	Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas na População Feminina Coeficiente de Internação no SUS por Agressão na População Feminina Município com ao menos um caso de AIDS em Mulher Município com Exploração Sexual em Criança ou Adolescente Município pertencente a faixa de fronteira	Sugeridos pela Área Técnica de Saúde da Mulher, este critérios foram adotados para organizar um ranqueamento, do qual foram selecionados os cem municípios com maiores índices.
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Território Nacional	Programa da SEDH/PR
SVS1	Mortalidade por acidentes de trânsito Mortalidade por homicídios Mortalidade por suicídios Mortalidade por homicídios por armas de fogo $N = 0,4N_H + 0,4N_I + 0,3 N_S + 0,3 N_T$	Ranking calculado segundo a fórmula abaixo, em que N_H = homicídios, N_I = homicídio por arma de fogo não intencional, N_S = suicídios e N_T = acidentes de trânsito.
SVS2	Projetos selecionados pelo Edital N°3, em 2006 (resultados publicados pelo Edital N° 5/2006) Projetos selecionados pelo Edital N°1, em 2007 (resultados publicados pelo Edital N° 5/2007) Adesão ao projeto de "Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela - VIVA" Núcleos integrantes da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (conforme Portaria N° 936/2004)	Para inclusão, basta estar inserido em um desses programas da SVS

SVS3	Mortalidade por acidentes de trânsito – ano de 2006 para população de 100 mil e mais habitantes
	Mortalidade por homicídios – ano de 2006 para população de 100 mil e mais habitantes
IDOSO	Integrar a relação de municípios prioritários da Área Técnica de Saúde da Pessoa idosa

Prioridade X - ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA (cont)

Objetivo II: Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.

Observação: todos os municípios não prioritários devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Realização de reuniões técnicas de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA - SINAN NET em todos os estados do País e com a participação dos municípios prioritários e outros que já desenvolvem ações de prevenção de violências e acidentes;
- Realização de quatro cursos macro regionais;
- Apoio financeiro e técnico e outras.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências, implantadas	20% de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas.	30% de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas.	Ver anexo I

OBS: os municípios prioritários serão atualizados todos os anos de acordo com os critérios colocados no anexo I.

Indicador 27: Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios Prioritários.

Descrição do indicador: Essa vigilância tem como objetivo neste componente: descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas SMS em articulação com as SES, caracterizando o perfil das vítimas, o tipo e local das violências, o perfil do provável autor(a) de agressão, dentre outros. Este componente também tem como objetivo articular e integrar com a “Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências e os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde ”,

garantindo-se assim a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia de direitos humanos.

Vigilância contínua: implantada através do uso da “Ficha de Notificação/Investigação de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”. Esta notificação é compulsória nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos conforme determinado pela Lei nº 8.069 de 1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), a Lei nº 10.741 de 2003 (Estatuto do Idoso) e a Lei nº 10.778 de 2003 (Notificação de Violência contra Mulher). Esta vigilância será incorporada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, em módulo específico sobre violências (em processo de construção). A vigilância de violências foi normatizada pelo MS por meio dos seguintes documentos: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; Portaria MS/GM nº 936 de 19/05/2004, que institui a Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (PVPS) e criação dos Núcleos de PVPS; Portaria MS nº 1.968/2001, trata da Notificação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes; Portaria MS/GM nº 2.406 de 05/11/2004, contempla a Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher; Portaria MS nº 777, de 28/04/2004, trata da Notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador; Portaria MS/GM nº 687 de 30/06/ 2006, institui a Política Nacional de Promoção da Saúde; Portaria MS/GM nº 1.876 de 14/08/2006, institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio. As ações prioritárias são: Realização de reuniões técnicas de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA - SINAN NET em todos os estados do País e com a participação dos municípios prioritários e outros que já desenvolvem ações de prevenção de violências e acidentes; Realização de quatro cursos macro regionais, apoio financeiro e técnico e outras.

Método de cálculo: No. de municípios prioritários com Notificação Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e ou outras Violências implantada x 100 / nº de municípios prioritários.

Para os municípios com a notificação implantada serão monitoradas as ações de implementações, como reuniões sistemáticas do núcleo com as áreas a fins, (mulher, criança, adolescente, idoso, atenção básica), análise dos dados e articulação com outros setores, como também análise de consistências dos dados, devolução dos dados, etc..

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: SINAN-NET

Recomendações, observações e informações adicionais:

Acompanhamento da implantação deste módulo no SINAN NET de acordo com o termos em anexo, teremos várias ações, como a análise dos dados, reuniões anuais com estados e municípios, cursos de capacitações para os profissionais de saúde; apoiar técnica e financeira os municípios, estados. Este indicador tem os dados analisados desde 1997 e já tem artigos publicados e os dados já foram publicados. Dados em anexo III.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:
Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS

Anexo I

RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO OU VULNERABILIDADE PARA VIOLÊNCIAS PARA 2010 (os que estão em negrito são novos municípios)

	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS-1	SVS-2	SVS-3	IDOSO	FINAL
AC	Rio Branco					X		X	1.
AL	Arapiraca				X	X			2.
	Maceió	X	X		X	X		X	3.
AM	Manaus		X	X	X	X		X	4.
AP	Macapá		X		X	X		X	5.
BA	Feira de Santana		X	X		X			6.
	Itabuna			X	X				7.
	Juazeiro			X	X				8.
	Salvador	X	X	X	X	X		X	9.
	Vitória da Conquista		X	X	X				10.
CE	Caucaia			X	X				11.
	Fortaleza		X	X	X	X		X	12.
	Sobral			X		X			13.
	Juazeiro do Norte						X		14.
	Maranguape						X		15.
DF	Brasília	X	X		X			X	16.
ES	Cariacica	X	X		X	X			17.
	Serra	X	X		X	X			18.
	Vila Velha	X	X		X	X			19.
	Vitória	X	X		X	X		X	20.
	São Mateus						X		21.
	Linhares						X		22.
GO	Aparecida de Goiânia		X		X				23.
	Goiânia		X		X	X		X	24.
	Luziânia	X			X				25.
	Anápolis						X		26.
	Rio Verde						X		27.
MA	Imperatriz		X	X		X			28.
	São Luís		X	X	X	X		X	29.
	Açailândia						X		30.
MG	Belo Horizonte	X	X	X	X	X		X	31.
	Betim	X	X		X				32.
	Contagem	X	X		X	X			33.
	Governador Valadares		X		X				34.
	Ibirité	X			X				35.
	Montes Claros		X			X			36.
	Ribeirão das Neves	X	X		X	X			37.
	Santa Luzia	X	X		X				38.
	Uberaba		X	X		X			39.
	Uberlândia		X		X				40.
	Juíz de Fora						X		41.

	Teófilo Otoni						X		42.
MS	Campo Grande		X	X	X	X		X	43.
	Corumbá			X		X			44.
	Dourados						X		45.
MT	Cuiabá		X		X	X		X	46.
	Rondonópolis								47.
	Sinop								48.
	Várzea Grande						X		49.
PA	Ananindeua	X			X				50.
	Belém	X	X		X	X		X	51.
	Santarém								52.
	Marabá						X		53.
	Marituba						X		54.
PB	Campina Grande		X	X		X			55.
	João Pessoa		X	X	X	X		X	56.
PE	Cabo de Santo Agostinho	X			X	X			57.
	Caruaru		X		X				58.
	Jaboatão dos Guararapes	X	X		X	X			59.
	Olinda	X	X		X	X			60.
	Paulista	X			X				61.
	Recife	X	X	X	X	X		X	62.
PI	Teresina		X		X	X		X	63.
PR	Cascavel		X		X				64.
	Colombo	X			X				65.
	Curitiba	X	X		X	X		X	66.
	Foz do Iguaçu		X		X	X			67.
	Londrina		X		X	X			68.
	Maringá		X			X			69.
	São José dos Pinhais	X	X		X				70.
	Ponta Grossa						X		71.
	Arapongas						X		72.
	Toledo						X		73.
	Apucarana						X		74.
	Campo Largo						X		75.
	RJ	Belford Roxo	X	X		X	X		
Campos dos Goytacazes			X		X				77.
Duque de Caxias		X	X		X	X			78.
Itaboraí			X		X				79.
Macaé			X		X				80.
Nilópolis		X	X		X				81.
Niterói			X		X	X			82.
Nova Iguaçu		X	X		X	X			83.
Petrópolis			X			X			84.
Queimados		X			X				85.
Rio de Janeiro		X	X		X	X		X	86.
São Gonçalo		X	X		X				87.
São João de Meriti			X		X				88.
Araruama						X		89.	
RN	Natal		X	X	X	X		X	90.
	Moossoró						X		91.

RO	Porto Velho		X		X	X		X	92.
	Ji-Paraná						X		93.
RR	Boa Vista		X	X		X		X	94.
	Pacaraima			X		X			95.
RS	Alvorada				X	X			96.
	Caxias do Sul		X			X			97.
	Novo Hamburgo	X							98.
	Porto Alegre	X	X		X	X		X	99.
	São Leopoldo	X	X		X				100.
	Canoas						X		101.
	Pelotas						X		102.
	Erexim						X		103.
SC	Criciúma		X			X			104.
	Florianópolis		X		X	X		X	105.
	Joinville						X		106.
	Blumenau						X		107.
	Itajaí						X		108.
	Palhoça						X		109.
	Jaraguá do Sul						X		110.
	Chapecó						X		111.
	São José						X		112.
SE	Aracaju		X		X	X			113.
SP	Campinas		X		X	X			114.
	Carapicuíba	X	X			X			115.
	Diadema	X	X		X	X			116.
	Embu		X		X	X			117.
	Embu-Guaçu	X				X			118.
	Guarulhos	X	X		X	X			119.
	Hortolândia				X	X			120.
	Itapecerica da Serra		X		X				121.
	Itaquaquecetuba	X	X		X	X			122.
	Jundiaí		X			X			123.
	Mauá	X	X		X				124.
	Osasco	X	X		X	X			125.
	Praia Grande		X			X			126.
	Ribeirão Preto		X			X			127.
	Santo André	X	X		X	X			128.
	Santos		X			X			129.
	São Bernardo do Campo	X	X		X				130.
	São José do Rio Preto		X			X			131.
	São José dos Campos		X		X	X			132.
	São Paulo	X	X		X	X		X	133.
	Sorocaba		X		X	X			134.
	Sumaré		X		X	X			135.
	Taboão da Serra	X			X				136.
	Guarujá						X		137.
	Suzano						X		138.
	Mogi das Cruzes						X		139.
	Piracicaba						X		140.
Bauru						X		141.	
Franca						X		142.	
Barretos						X		143.	

	Cubatão						X		144.
	Atibaia						X		145.
	São Vicente						X		146.
TO	Palmas					X		X	147.
	Araguaína						X		148.

**CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA
ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO OU VULNERABILIDADE PARA
VIOLÊNCIAS 2010**

Para definição da relação de municípios prioritários, foram selecionados todos constantes na Agenda Social da Presidência da República, sendo a relação complementada e a cada será atualizada o número de municípios que atendem no mínimo dois dos critérios relacionados abaixo.

Coluna	Critério	Comentário
Agenda Social	Inclusão na Agenda Social da Presidência da República	Em negrito e amarelo, critério suficiente
Mulher	Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas na População Feminina Coeficiente de Internação no SUS por Agressão na População Feminina Município com ao menos um caso de AIDS em Mulher Município com Exploração Sexual em Criança ou Adolescente Município pertencente a faixa de fronteira	Sugeridos pela Área Técnica de Saúde da Mulher, este critérios foram adotados para organizar um ranqueamento, do qual foram selecionados os cem municípios com maiores índices.
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Território Nacional	Programa da SEDH/PR
SVS1	Mortalidade por acidentes de trânsito Mortalidade por homicídios Mortalidade por suicídios Mortalidade por homicídios por armas de fogo $N = 0,4N_H + 0,4N_I + 0,3 N_S + 0,3 N_T$	Ranking calculado segundo a fórmula abaixo, em que N_H = homicídios, N_I = homicídio por arma de fogo não intencional, N_S = suicídios e N_T = acidentes de trânsito.
SVS2	Projetos selecionados pelo Edital N°3, em 2006 (resultados publicados pelo Edital N° 5/2006) Projetos selecionados pelo Edital N°1, em 2007 (resultados publicados pelo Edital N° 5/2007) Adesão ao projeto de “Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela - VIVA” Núcleos integrantes da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (conforme Portaria N° 936/2004)	Para inclusão, basta estar inserido em um desses programas da SVS

SVS3	Mortalidade por acidentes de trânsito – ano de 2006 para população de 100 mil e mais habitantes Mortalidade por homicídios – ano de 2006 para população de 100 mil e mais habitantes
IDOSO	Integrar a relação de municípios prioritários da Área Técnica de Saúde da Pessoa idosa

Anexo II –

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Departamento de Análise de Situação de Saúde
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede,

Assunto: Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Notificação e o SINAN NET.

A implantação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA):

1. Buscando conhecer melhor a magnitude das violências e dos acidentes no país, que atualmente representam um grave problema de saúde pública, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) do Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), implantou a **Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)** em Serviços Sentinelas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 01 de agosto de 2006. Essa iniciativa envolveu as três esferas de governo, tendo como objetivo final o desenvolvimento de ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz.
2. A VIVA possibilita conhecer melhor a dimensão dos acidentes em geral, seja de trânsito, de trabalho, doméstico, quedas, queimaduras, afogamentos, intoxicações, como também possibilita identificar a violência doméstica e sexual, que ainda permanece “oculta” na esfera do privado, principalmente os maus tratos contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.
3. O objetivo geral da implantação da VIVA é a redução da morbimortalidade por violências e acidentes a partir da implementação de políticas públicas intersetoriais e integradas, na perspectiva de construção de redes de atenção integral e de proteção social às vítimas de violências e da promoção da saúde e de cultura de paz.
4. A Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da CGDANT, coordenadora deste projeto em nível nacional, foi responsável pela condução de todo o processo, desde o desenvolvimento das fichas de notificação, realização de pré-teste da ficha, construção do aplicativo de entrada de dados em *Epi Info*, impressão das fichas (2006), realização de

capacitações, além de todo apoio técnico necessário à estruturação desta ação junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS).

Aspectos Legais:

5. Salienta-se também que a VIVA atende aos atos normativos e legais existentes, que tratam da obrigatoriedade da notificação de violência contra criança, adolescente, mulher e pessoa idosa, quais sejam: Lei nº 8.069 de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Lei nº 10.778 de 2003, institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; Lei nº 10.741 de 2003 – Estatuto do Idoso.
6. A vigilância de violências foi normatizada pelo MS por meio dos seguintes documentos: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; Portaria MS/GM nº 936 de 19/05/2004, que institui a Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (PVPS) e criação dos Núcleos de PVPS; Portaria MS nº 1.968/2001, trata da Notificação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes; Portaria MS/GM nº 2.406 de 05/11/2004, contempla a Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher; Portaria MS nº 777, de 28/04/2004, trata da Notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador; Portaria MS/GM nº 687 de 30/06/ 2006, institui a Política Nacional de Promoção da Saúde; Portaria MS/GM nº 1.876 de 14/08/2006, institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio.

Componentes da VIVA:

Vigilância Pontual: Inquérito de Acidentes e Violências

7. O inquérito foi realizado em serviços de urgência e emergência (pronto-socorros, pronto-atendimentos, dentre outros) definidos pelas SES e SMS durante 30 dias referentes ao mês de setembro ou outubro nos anos de 2006 e 2007. A coleta foi por amostragem, em turnos alternados, com a utilização da **Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Serviços de Urgência e Emergência**. Para a entrada dos dados utilizou-se o *software Epi Info Windows (VIVA Epi Info)* por meio um questionário específico desenvolvido pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes. Esse componente não será implantado no SINAN Net.

8. Essa vigilância tem como objetivos específicos: descrever o perfil das violências (interpessoais ou auto provocadas) e acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros) atendidos em unidades de urgência e emergência indicadas pelas SMS em articulação com as SES. Outro objetivo é a análise da tendência das violências e acidentes.
9. Após análise dos resultados e avaliação da implantação do projeto VIVA, chegou-se à conclusão que este componente será realizado bi-anualmente. Portanto, a realização do próximo inquérito está prevista para 2009.

Vigilância Contínua: Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências

10. Essa modalidade de vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros) a partir de 01 de agosto de 2006. O instrumento de coleta utilizado é a **Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências**. Essa ficha deve ser utilizada para a notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra homens e mulheres, independente de faixa etária, em conformidade com o Manual Instrutivo da ficha. A entrada de dados foi por meio de *software Epi Info Windows (VIVA Epi Info)* a partir de um questionário específico desenvolvido pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes.
11. Essa vigilância tem como objetivo neste componente: descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas SMS em articulação com as SES, caracterizando o perfil das vítimas, o tipo e local das violências, o perfil do provável autor(a) de agressão, dentre outros. Este componente também tem como objetivo articular e integrar com a “*Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências*”, garantindo-se assim a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia de direitos humanos.

CrITÉRIOS de Seleção de MunicÍpios:

12. Na primeira fase de implantação de ambos os componentes da VIVA no País, os municípios foram selecionados considerando-se os seguintes critérios:

- Perfil epidemiológico: representado pela posição do município no *ranking* das violências com base nos dados nacionais do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- Matriz do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil (PAIR) da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República;
- Municípios e Estados prioritários para a prevenção de violência sexual, doméstica, exploração sexual comercial e outras formas de violências definidos pelas áreas técnicas do MS;
- Municípios e Estados que possuem Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde ou que vêm desenvolvendo ações e atividades nesse sentido;
- Adesão ao projeto VIVA, incluindo capacidade técnica e de gestão.

13. Ressalta-se que todas as capitais foram convidadas a participar da 1ª fase de implantação deste projeto. Entretanto a participação das mesmas, assim como dos municípios priorizados (conforme critérios expostos acima), foi por adesão. O processo de implantação da VIVA foi pactuado com as SES, SMS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e na Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

VIVA – Componente de Vigilância Contínua e SINAN Net:

14. Após a validação do sistema e avaliação de todo o processo de implantação da VIVA realizado durante o “*Seminário de Avaliação do Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA*” (27 e 28 de novembro de 2006), discutiu-se sobre a possibilidade de implantação de “Módulo de Violência” no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net), como alternativa para a vigilância contínua, realizada por meio da **Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências** (versão de 10/07/2008). Essa alternativa justifica-se pela cobertura nacional e consolidação do SINAN no SUS, o que facilitaria a expansão da VIVA e garantiria a sustentabilidade da notificação de violências.

15. Esse processo está sendo conduzido pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, Gerência Técnica do SINAN e DATASUS no MS.

Processo de Implantação do Uso do SINAN Net para Notificação de Violências:

16. O processo de implantação do Módulo Violências_VIVA no SINAN Net (VIVA SINAN Net) será gradual e realizado em parceria com as SES e SMS, considerando-se a estruturação da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) em cada secretaria de saúde, como também prioridades já definidas no processo de implantação da VIVA. O uso do VIVA SINAN Net será implantado em Estados e Municípios onde a VIVA encontra-se estruturado e implantado com clara definição de serviços e gestores, e em articulação com a Gerência Técnica do SINAN.
17. A previsão do início dessa implantação será no **segundo semestre de 2008**, iniciando-se nos Estados e Municípios que já fazem notificação contínua de violências e têm a vigilância de DANT estruturada em relação às causas externas. Portanto, iniciaremos em 27 municípios de 20 estados (Anexo I) selecionados a partir das Portarias nº 1.356/2007 e nº 1.384/2007³, que implantaram o componente de vigilância contínua da VIVA e que aderirem ao uso do VIVA SINAN Net, permitindo a validação do mesmo. Caso esses municípios optem por não implantar o uso do SINAN Net para notificação de violências em 2008, e já utilizem o sistema VIVA *Epi Info*, deverão continuar a digitar as fichas de violências nesse sistema até dezembro de 2008, objetivando fornecer dados oportunos para o desenvolvimento de ações de prevenção, de atenção e de proteção social às vítimas de violências. Isso evitará o acúmulo de fichas, além de contribuir para a consolidação de uma rotina de vigilância de causas externas. Para tanto, será disponibilizado o VIVA *Epi Info* (versão 3.4.3), que contém o questionário específico referente à **Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências** no padrão do SINAN Net. Ressalta-se que **não** haverá migração das fichas digitadas no VIVA *Epi Info* para o VIVA SINAN Net.

³ A relação dos 39 Entes Federados, que constam das Portarias nº 1.356 de 23/06/2006 e nº 1.384 de 12/06/2007, foi definida de acordo com critérios prioritários definidos pelo MS e pactuados com CONASS e CONASSEMS.

18. Os quatorze municípios (Anexo II) que implantaram somente o componente de vigilância pontual (inquérito) da VIVA iniciarão a digitação no VIVA SINAN Net em 2009, também por adesão.
19. Os municípios participantes da **Rede Nacional de NPVP⁴** e que não se encontram entre os 39 entes federados que aderiram ao projeto VIVA, implantarão a VIVA e iniciarão a digitação no VIVA SINAN Net em 2009, de acordo com cronograma a ser definido junto com as SES em articulação com o MS.
20. Dessa forma, a partir de 2009, todos os municípios que implantarem a VIVA deverão utilizar o VIVA SINAN Net.

Fluxo da Notificação pelo SINAN Net:

21. A ficha de notificação/investigação deverá ser preenchida em duas vias. A primeira via deverá ser enviada pela unidade de saúde para o local no qual será feita a digitação e análise dos dados, conforme o fluxo do SINAN estabelecido no Estado. A segunda via deverá ser arquivada na própria unidade de saúde.
22. Nos casos de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deverá ser feita em três vias, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Nessa situação, a terceira via deverá ser encaminhada obrigatoriamente para o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente da localidade e/ou autoridades competentes.
23. O fluxo da **Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências** deve seguir a rotina já definida e padronizada em relação ao SINAN⁵, conforme normas operacionais adequadas pelas SES e SMS.
24. A coordenação estadual de DANT deve articular-se com a gerência estadual do SINAN para estabelecer claramente o fluxo das fichas, local de digitação e outros aspectos operacionais do uso do SINAN Net para notificação de violências. As SMS responsáveis pela vigilância de violências devem

⁴ As SES e SMS previstas para implantação do Módulo de Violência_VIVA no SINAN NET em 2009 pertencem à Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde conforme Editais nº 03 de 11/09/2006 e nº 01 de 14/09//2007, além dos Núcleos conveniados com MS.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN: normas e rotinas. 2ª Edição. Brasília/DF, 2007.

- participar desse processo. O processo de digitação deve respeitar as regras de ética profissional e confidencialidade dos dados.
25. As gerências municipal e estadual do SINAN disponibilizarão os dados da notificação de violências para as coordenações responsáveis pela vigilância de violências nas respectivas SMS e SES.
 26. As SMS e SES que realizam a vigilância de violências são responsáveis pela qualidade dos dados e realização das análises epidemiológicas. As análises, tanto epidemiológica como gerencial, devem verificar inconsistências e produzir informações e relatórios periódicos. Ressalta-se que a análise dos dados deve ser feita em articulação e integração com o NPVP.
 27. Portanto, o fluxo de dados segue as normas operacionais do SINAN. Ressalta-se que deve haver um *feedback* de informações entre as diversas esferas de governo participantes dessa vigilância.

Responsabilidades e atribuições:

28. O MS, representado pela Gerência Técnica do SINAN e a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, é o responsável pela coordenação em nível nacional do processo de implantação/implementação da vigilância e notificação de violências no SINAN Net em parceria com as SES e SMS selecionadas.
29. A SES, por meio das coordenações da vigilância de DANT, Núcleos de PVPS e SINAN, é a responsável pela coordenação do processo de implantação/implementação da vigilância e notificação de violências no estado em parceria com as SMS participantes.
30. A SMS, por meio das coordenações da vigilância de DANT, Núcleo de PVPS e SINAN, é a responsável pela coordenação e execução do processo de implantação/implementação da vigilância e notificação de violências no município.
31. A impressão, distribuição e controle da ficha de notificação pré-numerada para os municípios são de responsabilidade da SES, podendo ser delegados para o município, conforme normas operacionais do SINAN.
32. A distribuição e o controle da ficha de notificação pré-numerada para as unidades de saúde e outras fontes notificadoras participantes da vigilância de

violências são de responsabilidade da SMS, conforme normas operacionais do SINAN.

Marta Maria Alves da Silva
Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes
(GDANT/DASIS/SVS/MS)

Ruth Glatt
Gerente Técnica do
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (GT-
SINAN/CGDT/DEVEP/SVS/MS)

<hr/> <p>Carla Magda Allan Domingues Coordenadora Geral Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT/DEVEP/SVS/MS)</p>	<hr/> <p>Deborah Carvalho Malta Coordenadora Geral Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GDANT/DASIS/SVS/MS)</p>
---	---

Encaminhe-se ao GAB/SVS, para providências.

<hr/> <p>Otaliba Libânio de Moraes Neto Diretor Departamento de Análise de Situação em Saúde (DASIS/SVS/MS)</p>	<hr/> <p>Eduardo Carlos Hage Diretor Departamento de Vigilância Epidemiológica (CGDT/DEVEP/SVS/MS)</p>
---	--

De acordo.
Em, ____/____/____

Gerson Penna
Secretário

ANEXO

**Relação de SES e SMS participantes do projeto de
“Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA” em seu componente de
vigilância contínua nos anos de 2006 e 2007.
Implantação VIVA SINAN NET 2º Semestre 2008.**

REGIÃO E UNIDADE FEDERADA	Nº	MUNICÍPIO
NORTE		
AMAZONAS	1	MANAUS
ACRE	2	RIO BRANCO
RONDÔNIA	3	PORTO VELHO
TOCANTINS	4	PALMAS
NORDESTE		
CEARÁ	5	FORTALEZA
	6	SOBRAL
BAHIA	7	SALVADOR
MARANHÃO	8	SÃO LUÍS
PARAIBA	9	JOÃO PESSOA
PERNAMBUCO	10	RECIFE
SERGIPE	11	ARACAJU
CENTRO OESTE		
GOIÁS	12	GOIÂNIA
MATO GROSSO	13	CUIABÁ
MATO GROSSO DO SUL	14	CAMPO GRANDE
SUDESTE		
ESPÍRITO SANTO	15	VITÓRIA
	16	SERRA
MINAS GERAIS	17	BELO HORIZONTE
RIO DE JANEIRO	18	RIO DE JANEIRO
SÃO PAULO	19	GUARULHOS

20	RIBEIRÃO PRETO
21	JUNDIAÍ
22	SANTO ANDRE
23	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
24	DIADEMA
SUL	
PARANÁ	25 CURITIBA
SANTA CATARINA	26 FLORIANÓPOLIS
RIO GRANDE DO SUL	27 PORTO ALEGRE

Relação de SES e SMS participantes do projeto de “Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA” em seu componente de vigilância pontual (inquérito 2007)*.

Implantação VIVA SINAN NET a partir de 2009.

REGIÃO E UNIDADE FEDERADA	Nº	MUNICÍPIO
NORTE		
AMAPÁ	1	MACAPÁ
PARÁ	2	BELÉM
RORAIMA	3	BOA VISTA
NORDESTE		
ALAGOAS	4	MACEIÓ
RIO GRANDE DO NORTE	5	NATAL
PERNAMBUCO	6	OLINDA
PERNAMBUCO	7	JABOATÃO DOS GUARARAPES
PIAUI	8	TERESINA
SUDESTE		
SÃO PAULO	9	CAMPINAS

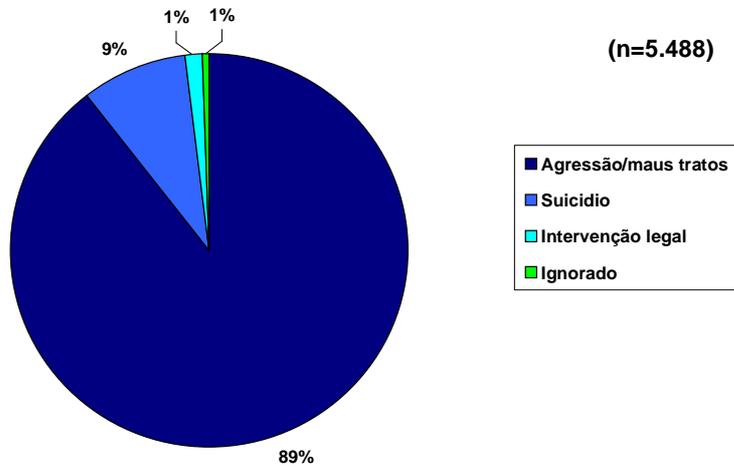
SÃO PAULO	10	SÃO PAULO
SÃO PAULO	11	SOROCABA
CENTRO OESTE		
DISTRITO FEDERAL	12	BRASÍLIA
MATO GROSSO	13	VÁRZEA GRANDE
MATO GROSSO	14	CÁCERES

(*) As SMS de São Paulo, Belém e Natal, apesar não terem realizado o inquérito de 2007, estão relacionadas como prioridades no processo de implantação do VIVA SINAN NET em 2009. Estas secretarias de saúde estão contempladas nas Portarias nº 1.356 de 23/06/2006 e nº 1.384 de 12/06/2007, que tratam da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Anexo III – DADOS

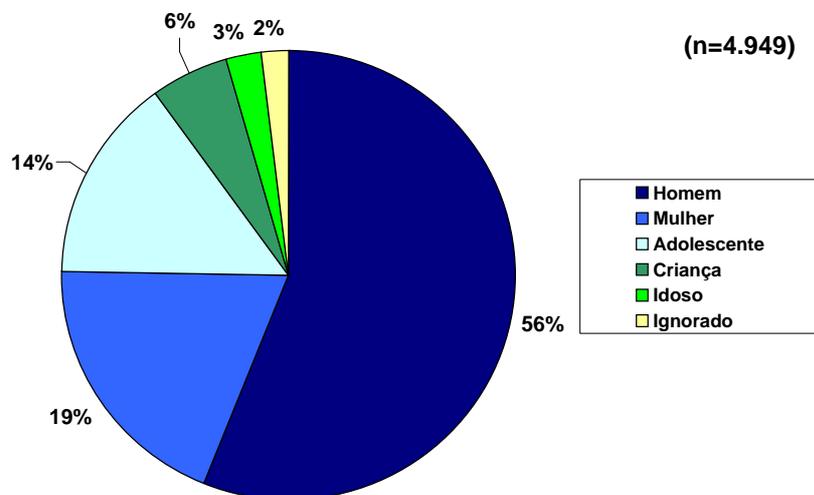
Resultados

Tipos de Violência, VIVA 2007



Resultados

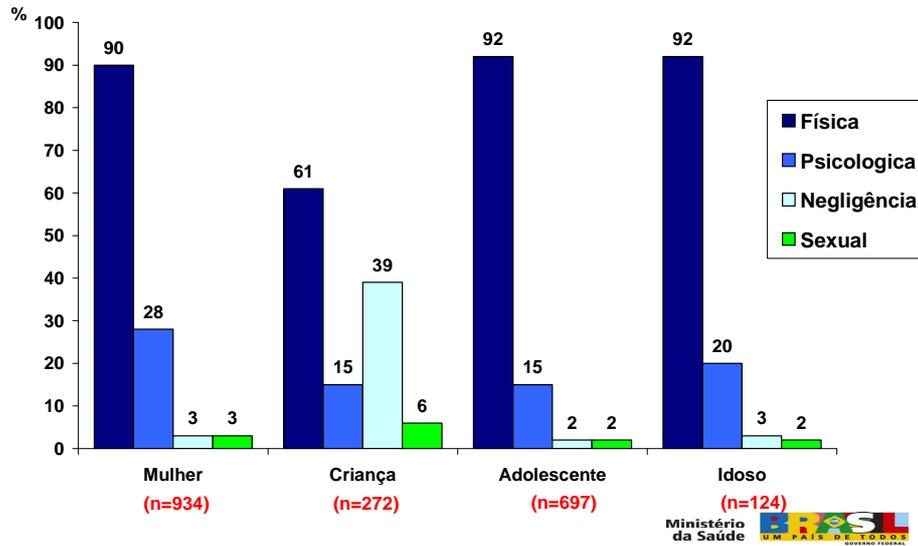
Vítimas de Agressões/Maus tratos segundo grupo populacional, VIVA 2007



Obs: homem e mulher = acima de 18 anos

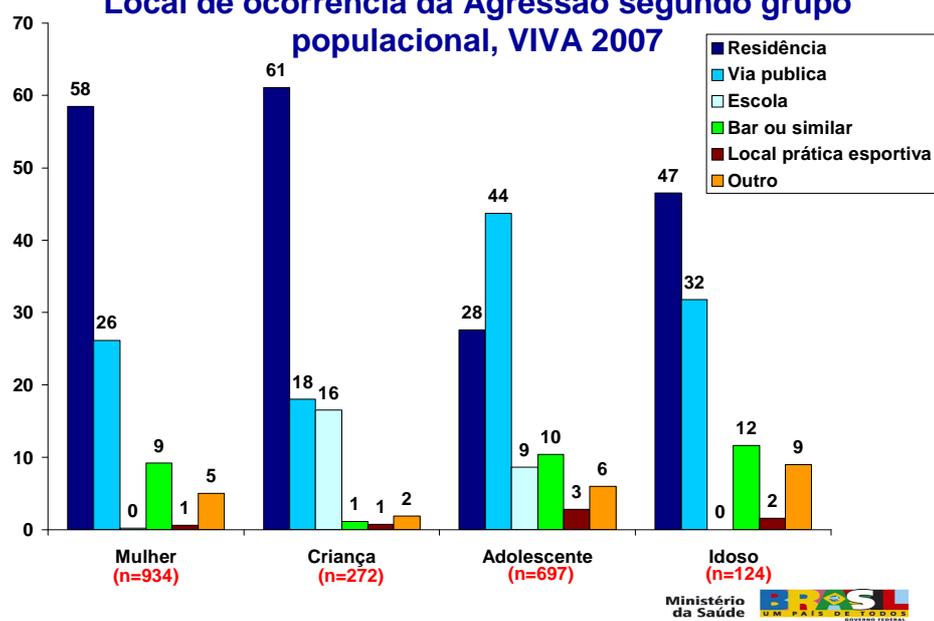
Resultados

Tipo de Agressão sofrida segundo grupo populacional, VIVA 2007



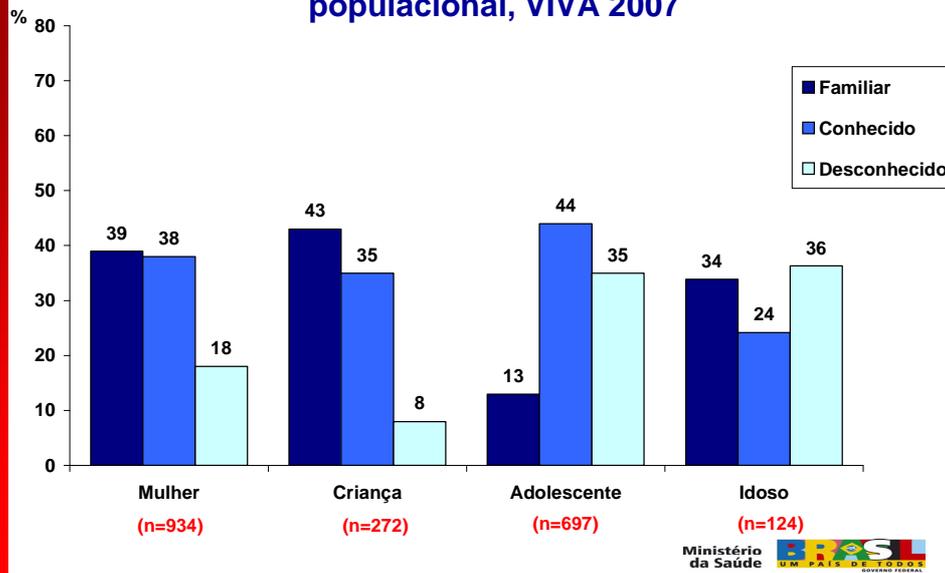
Resultados

Local de ocorrência da Agressão segundo grupo populacional, VIVA 2007



Resultados

Relação do Agressor com a Vítima segundo grupo populacional, VIVA 2007



Prioridade XI – SAÚDE DO HOMEM

Objetivo I: Inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.

Observação: todos os municípios não selecionados devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Pactuação dos Estados com os Municípios, na CIB, para a organização loco-regional de serviços estratégicos voltados para a saúde do homem;
- capacitação de gestores estaduais e municipais de cada UF na implementação de ações e estratégias de saúde voltadas para a população masculina, inserindo-as em seus respectivos Planos de Saúde;
- acompanhamento e assessoria técnica a esse processo por parte do MS;
- disponibilização de recursos federais para a implantação e consolidação do processo.

Meta Brasil: Implantar a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem nos 26 Estados e Distrito Federal, e 26 municípios selecionados. (27 Estados e 26 municípios).

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais	Implantar a política de atenção integral à saúde do homem nos 26 estados, Distrito Federal e 26 municípios selecionados.	-	A proposta de 2011 será formulada durante o ano de 2010 devido à necessidade de avaliação do processo para inclusão de nova meta.

Indicador 28: Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios selecionados.

Descrição do indicador: Número total de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais com pactuação pela CIB.

Método de cálculo: Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais

Registro no SISPACTO: número absoluto.

Fonte: Comissão Intergestora Bipartite (CIB)

Recomendações, observações e informações adicionais:

Obs1. Para a seleção das Secretarias de Saúde dos Municípios foram considerados preferencialmente, entre outros, os seguintes critérios: Adesão ao Pacto pela Saúde; Cobertura da Estratégia da Saúde da Família - ESF de no mínimo 50%; Disponibilidade de serviços de média e alta complexidade com atendimentos e procedimentos voltados para a população masculina; Cumprir ações estratégicas dos eixos temáticos determinados no Plano de Ação Nacional (2009-2011) a serem posteriormente definidos. Municípios acima de 100 mil/habitantes segundo estimativa de dados IBGE/2008.

Obs2. Tendo em vista os critérios de seleção descritos, a maioria dos municípios selecionados foram capitais estaduais, exceto para os estados: Santa Catarina (Joinville), São Paulo (Campinas), Pernambuco (Petrolina), Ceará (Juazeiro do Norte), Paraíba (Campina Grande).

Obs3. A proposta de 2011 será formulada durante o ano de 2010 devido à necessidade de avaliação do processo para inclusão de nova meta.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS

e-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Prioridade XI – SAÚDE DO HOMEM (cont.)

Objetivo II: Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Recomposição na Tabela de Procedimentos, Medicamentos,
- Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, os valores do procedimento 04.09.03.002-3 - Prostatectomia Suprapúbica por meio da PORTARIA No- 1.945, DE 27 DE AGOSTO DE 2009(*); Estabelecimento de recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, e determinação para que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde por meio da PORTARIA No- 1.946, DE 27 DE AGOSTO DE 2009.

Meta Brasil: Ampliar em 10% o número cirurgias de Prostatectomia Suprapubica

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapubica em relação ao Número de cirurgias do ano anterior.	Ampliar em 10% o número Prostatectomia Suprapubica, em relação ao ano anterior.	Ampliar em 10% o número Prostatectomia Suprapubica, em relação ao ano anterior.	O número total de cirurgias realizadas no ano de 2009 não está disponível até 18/09/2009

Indicador 29 – Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Expressa o aumento no número de cirurgias de Prostatectomia Suprapubica realizados na população residente em relação ao Número de cirurgias do ano anterior.

Método de cálculo: Número absoluto de cirurgias de Prostatectomia Suprapubica por residência. Código SIH/SUS: Procedimento: 0409030023.

Registro no SISPACTO: número absoluto.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Recomendações, observações e informações adicionais:

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de residência
AIH pagas segundo Região/UF
2007 Procedimento:

31005110 PROSTECTOMIA SUPRA PUBICA		
2008 Procedimento: 0409030023 PROSTATECTOMIA SUPRAPUBLICA		
	TOTAL	
	2007	2008
Brasil	10.227	10.485
Região Norte	1.198	974
.. Rondônia	26	45
.. Acre	30	30
.. Amazonas	233	172
.. Roraima	39	27
.. Pará	716	537
.. Amapá	38	46
.. Tocantins	116	117
Região Nordeste	4.023	4.299
.. Maranhão	363	498
.. Piauí	648	794
.. Ceará	437	504
.. Rio Grande do Norte	256	256
.. Paraíba	290	259
.. Pernambuco	683	591
.. Alagoas	79	46
.. Sergipe	123	127
.. Bahia	1.144	1204
Região Sudeste	2.966	3098
.. Minas Gerais	893	950
.. Espírito Santo	106	108
.. Rio de Janeiro	727	788
.. São Paulo	1.240	1247
Região Sul	1.430	1475
.. Paraná	549	485
.. Santa Catarina	290	370
.. Rio Grande do Sul	591	620
Região Centro-Oeste	610	644
.. Mato Grosso do Sul	181	179
.. Mato Grosso	96	101
.. Goiás	219	226
.. Distrito Federal	114	138
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)		

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS
e-mail: dapes.sas@saude.gov.br

RESPONSABILIDADES DO PACTO DE GESTÃO

I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

Objetivo I : Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

notificar a suspeita de cada caso de agravo de notificação compulsória no país; digitar e transferir a notificação pelo SINAN; iniciar e concluir a investigação dos casos; digitar e transferir dados da investigação pelo SINAN; monitorar o resultado do indicador ao longo do ano para detecção de valores baixos e identificação da causa a tempo de intervir.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	76% ou mais de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	78% ou mais de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	-

Para as metas estaduais considera-se oportunidade aceitável, se pelo menos 80% dos casos notificados são encerrados no intervalo de tempo esperado, no entanto essas metas são pactuadas e variam de estado para estado. Consideram-se inaceitáveis valores abaixo de 60%.

Indicador 30 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Percentual de casos de DNC notificados cuja investigação foi encerrada oportunamente, ou seja, notificações com o diagnóstico final e a data do encerramento preenchidos dentro do prazo estabelecido para cada agravo. O encerramento da investigação dos casos notificados deverá ser efetuado dentro de um prazo de tempo estabelecido por normas técnicas, que varia de acordo com o agravo notificado (ver quadro 1 no item d) Recomendações, observações e informações adicionais) e a respectiva classificação final do caso e a data de encerramento devem ser digitados no SINAN.

Método de cálculo: N° de casos de DNC encerrados oportunamente, residentes em determinado local e notificados em determinado ano / N° de casos de DNC, residentes em determinado local e notificados em determinado ano x 100

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

Recomendações, observações e informações adicionais:

Quadro I - Prazo para encerramento dos casos notificados como suspeitos ou confirmados no SINAN NET

Agravos		Prazo
<ul style="list-style-type: none">• Botulismo• Cólera• Coqueluche• Dengue (FHD), Dengue com complicações (DCC) e Síndrome do Choque da Dengue (SCD)• Difteria• Doença de Chagas (casos agudos)• Febre Amarela• Febre Maculosa• Febre do Nilo• Febre Tifóide• Hantavírus	<ul style="list-style-type: none">• Leptospirose• Leishmaniose Visceral• Malária (extra amazônia)• Meningites• Peste• Poliomielite• Paralisia Flácida Aguda• Sarampo• Raiva Humana• Rubéola• Tétano Neonatal• Tétano Acidental	Até 60 dias após a data notificação
<ul style="list-style-type: none">• Leishmaniose Tegumentar Americana• Hepatites Virais		Até 180 dias após a data notificação
<ul style="list-style-type: none">• Síndrome da Rubéola Congênita		Até 180 dias após a data nascimento da criança

O resultado parcial do indicador referente ao ano em curso é monitorado em abril, junho, agosto, outubro e dezembro do mesmo ano e em fevereiro do ano seguinte. A partir de abril do ano seguinte é possível obter resultado total referente ao ano anterior, porém ainda sujeito à revisão. O resultado final somente pode ser fornecido em outubro do ano seguinte. Para cálculo do indicador no nível nacional deve se levar em conta o de tempo necessário para o recebimento dos dados das SMS/SES pelo MS.

O indicador não inclui os casos de dengue clássico, pois essa forma do dengue não é de investigação obrigatória durante as epidemias. Em determinadas situações epidêmicas, quando o volume de notificações é grande, nem sempre é possível investigar todos os casos. Portanto, se fosse incluído o dengue clássico no cálculo do indicador, haveria prejuízo ou subestimação na avaliação do encerramento oportuno do conjunto das doenças de notificação compulsória.

Série histórica do indicador e análise

Tabela 1- Proporção de notificações encerradas oportunamente por ano de notificação, segundo unidade federada e região de residência, Brasil, 2003 a 2008.

UF/Região de residência	Proporção de encerramento oportuno					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
RO	67,5	62,7	70,4	71,0	63,4	62,8
AC	81,9	85,0	86,4	92,7	80,2	77,9
AM	41,9	61,0	75,5	65,3	61,7	73,7
RR	87,4	82,9	89,8	71,3	72,3	71,9
PA	63,8	70,2	67,0	66,7	69,4	64,4
AP	74,6	60,1	67,9	76,5	75,3	64,7
TO	81,8	81,2	84,5	87,7	75,6	79,6
REGIÃO NORTE	71,3	71,9	77,4	75,9	69,9	68,9
MA	75,8	69,2	63,5	74,0	65,7	73,1
PI	69,6	70,7	72,1	80,1	63,9	80,8
CE	52,5	56,8	61,9	66,6	73,6	77,3
RN	39,8	57,1	54,5	56,2	52,0	50,0
PB	49,2	59,2	58,9	63,3	57,5	62,1
PE	72,8	73,2	74,3	81,0	74,0	69,8
AL	65,6	74,7	79,3	79,7	72,3	67,0
SE	76,7	81,3	84,5	89,4	83,3	89,2
BA	49,4	48,3	52,2	58,8	59,3	58,4
REGIÃO NORDESTE	61,3	65,6	66,8	72,1	66,9	68,6
MS	84,6	83,9	81,5	81,5	68,8	81,0
MT	75,2	70,2	68,4	72,4	53,9	69,0
GO	70,8	72,9	80,5	75,8	74,8	75,2
DF	68,3	70,7	87,9	84,6	76,5	76,5
REGIÃO CENTRO-OESTE	74,7	74,4	79,6	78,6	67,9	74,0
PR	79,1	79,9	81,1	87,6	84,4	85,0
SC	79,9	79,8	81,8	83,7	78,5	80,3
RS	80,0	83,9	84,3	80,5	80,7	80,5
REGIÃO SUL	79,7	81,2	82,4	83,9	81,4	81,8
MG	70,7	76,4	79,3	82,0	81,9	80,7
ES	76,0	75,8	87,1	79,6	80,8	81,1
RJ	49,6	64,3	66,5	62,3	53,0	67,8
SP	69,8	74,3	72,2	78,3	77,0	83,1
REGIÃO SUDESTE	66,5	72,7	76,3	75,5	74,3	78,7
Brasil	67,6	71,7	73,3	75,7	72,5	75,1

Fonte: Sinan/SVS/MS (dados atualizados em 10/10/2009)

Dados de 2008 sujeito à revisão.

A análise da série histórica evidencia pequena variação dos valores do indicador nas regiões, no entanto sem resultados abaixo da meta mínima estabelecida de 60%. A

região Sul destaca-se pelos bons resultados apresentados (cerca de 80%) e a região Nordeste pelo aumento de encerramento oportuno neste período analisado.

Observa-se uma redução nos resultados do indicador na maioria das Unidades Federadas no ano de 2007 podendo ser decorrente da mudança da plataforma do Sinan Windows para o Sinan NET.

De um modo geral, em 2008 houve melhora nos resultados do indicador, no entanto, oito apresentaram valores inferiores ao ano anterior, sendo quatro da região nordeste, três da região norte e um da região sudeste. A análise comparativa entre resultados do indicador nacional obtidos em 2007 (72,5%) e 2008 (75,1%) evidenciou um aumento de cerca de 3% na proporção de notificações encerradas oportunamente.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Gerência técnica do SINAN/CIEVS

Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS

Telefone: (61) 3315 36 61/3662

e-mail: dagvs@saude.gov.br

I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS (cont.)

Objetivo II: Ampliar a classificação da causa básica de óbito não fetal.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

▪ identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos. Durante a investigação da causa do óbito, os dois formulários – Ficha de Investigação de Óbitos com Causa Mal Definida e Formulário AV – devem ser utilizados e as informações obtidas nas diversas fontes serão de grande valia não só para determinar a causa de cada um dos óbitos, mas também para melhorar a qualidade do SIM e contribuir para o entendimento das mudanças dos padrões de mortalidade e o impacto que essas mudanças acarretaram aos diferentes grupos da população.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida	93% de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida.	94% de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida.	-

Indicador 31 - Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Número de óbitos não fetais com causa básica definida notificados ao SIM, por 100, no total de óbitos não fetais residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A causa básica é considerada definida quando é classificada como integrante de qualquer capítulo da CID-10, excetuando os códigos R00 a R99, do Cap XVIII (sinais, sintomas e achados anormais ao exame clínico e laboratorial).

Método de cálculo:
$$\frac{\text{Número de óbitos não fetais com causa básica definida}}{\text{Total de óbitos não fetais residentes}} \times 100.$$

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Recomendações, observações e informações adicionais:

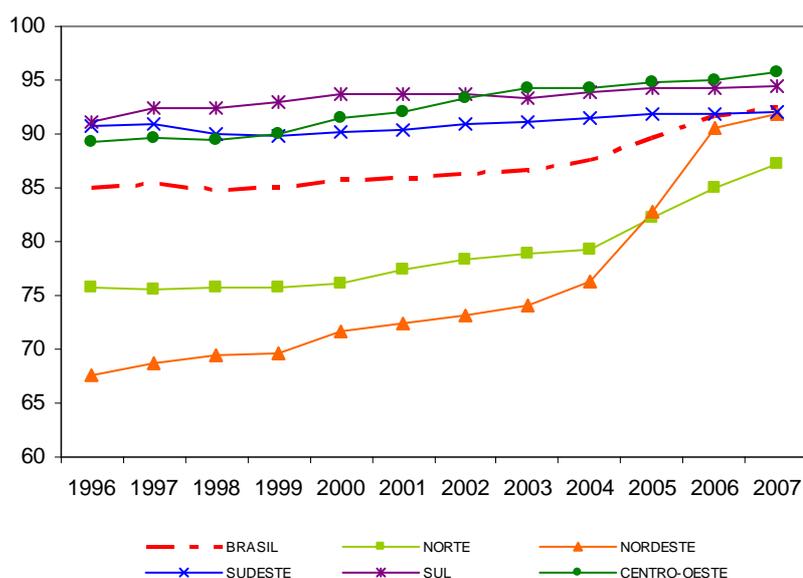
A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle.

Para incorporar o uso da informação na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da assistência, as ações de vigilância (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos) devem ser implementadas. Acesse a página da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde sobre a Vigilância de Óbito no seguinte endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1585 e encontrem os manuais, fichas, fluxogramas e portarias que são os instrumentos necessários para a execução das ações de vigilância de óbitos recomendados pelo Ministério da Saúde, particularmente o **“Manual para a Investigação do óbito com Causa Mal Definida” e os seus instrumentos de coleta de dados e fluxos de investigação.**

Análise descritiva

Entre 2000 e 2007, o Brasil aumentou a causa básica definida do óbito em cerca de 8%. De 2006 a 2007, a variação foi de 0,7%. O Norte é a única região com menos de 90% dos óbitos com causas definidas (ver Figura). Os estados do Amazonas, Para, Amapá, Bahia e Minas Gerais são os únicos estados com menos de 90% (ver tabela).

Evolução da proporção de óbitos com causa básica definida, segundo região, Brasil, 1996 a 2007



Evolução da proporção de óbitos com causa básica definida, segundo UF e região, Brasil, 2002 a 2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% variação 2006/07
BRASIL	86,3	86,7	87,6	89,6	91,7	92,3	0,7
NORTE	78,4	78,8	79,2	82,3	85,0	87,2	2,6
Rondonia	88,9	87,6	88,8	90,6	92,2	92,4	0,2
Acre	76,5	75,1	70,7	92,3	91,7	92,6	1,0
Amazonas	74,8	74,6	77,4	78,7	79,4	82,4	3,8
Roraima	95,6	93,3	92,0	93,8	94,4	94,9	0,6
Para	73,7	74,6	74,3	77,6	82,3	85,6	4,0
Amapa	87,6	84,6	85,4	85,7	84,6	83,4	-1,4
Tocantins	88,2	93,4	95,0	94,5	97,0	96,4	-0,6
NORDESTE	73,2	74,1	76,3	82,8	90,5	91,9	1,6
Maranhao	59,7	62,6	63,4	83,4	89,7	91,8	2,4
Piaui	74,1	73,8	75,7	77,9	93,5	95,7	2,4
Ceara	74,5	73,9	75,2	80,9	93,8	94,9	1,1
R G do Norte	73,0	75,1	80,0	91,5	95,0	96,4	1,4
Paraiba	59,5	65,1	70,3	84,4	88,8	91,8	3,4
Pernambuco	81,0	82,3	83,8	90,0	94,1	94,7	0,7
Alagoas	71,8	72,8	74,8	86,5	89,6	93,0	3,7
Sergipe	76,5	76,2	89,4	90,5	91,8	92,8	1,0
Bahia	74,6	74,3	75,2	74,7	85,1	85,9	0,9
SUDESTE	90,9	91,1	91,5	91,9	91,8	92,0	0,2
Minas Gerais	86,9	87,0	87,6	88,5	88,3	88,8	0,5
Espirito Santo	88,2	93,6	95,4	95,6	96,5	97,0	0,5
Rio de Janeiro	89,2	89,2	90,3	90,7	91,0	90,9	-0,1
Sao Paulo	93,5	93,6	93,6	93,7	93,5	93,6	0,1
SUL	93,7	93,3	93,8	94,2	94,2	94,5	0,3
Parana	95,4	95,0	94,9	95,2	95,1	95,3	0,3
Santa Catarina	88,7	89,6	90,7	91,3	90,9	91,4	0,5
R G do Sul	94,3	93,5	94,3	94,6	94,9	95,1	0,1
CENTRO-OESTE	93,4	94,3	94,2	94,8	95,1	95,7	0,7
M Grosso do Sul	96,8	97,6	98,4	98,2	98,4	98,3	-0,1
Mato Grosso	91,8	94,1	91,7	93,6	94,1	96,5	2,6
Goias	92,0	92,4	92,7	92,8	93,0	93,4	0,4
Distrito Federal	95,4	95,7	96,5	97,7	97,8	97,6	-0,2

Das **iniciativas da Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas**_ CGIAE/DASIS/SVS no sentido da qualificação da causa básica dos óbitos nas regiões Norte e Nordeste. Em 2006 fora implantado o Grupo de Trabalho do SIM (GT-SIM) com a contratação de consultores para os estados do RN, PB, AL, PE, AC, PA e MA. Nos dois últimos estados citados o trabalho dos consultores não prosperou e não houve continuidade do trabalho. Em 2007, o GT-SIM foi ampliado aos estados do CE e BA. Nesse último foram contratados dois consultores. Em 2008, a coordenação contratou consultores para o PA e AM, dois consultores para o primeiro estado.

Ainda como estratégia de qualificação das causas básicas dos óbitos foi implantado o Projeto “Autopsia Verbal”, em 2008. Nesse ano foram validados os instrumentos de investigação (manuais e formulários). O piloto do projeto foi realizado em municípios de 15 estados (AM, PA, RO, TO, MA, PI, CE, RN, PB, PE, BA, AL, SE, RJ e MG). Em 2009, a implantação do formulário “Autopsia Verbal”, entre outras estratégias, ocorre em todos os estados da região Nordeste e Amazônia Legal. Nesse ano foram contratados consultores para os estados do MA, PI, MA, SE, TO, AM, PA e MT. A coordenação estuda a possibilidade de contratação de um consultor para os estados de menor porte da região Norte, AC, RR, RO e AP.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Coordenação geral de Informações e Análises Epidemiológicas

Departamento de Análise da Situação de Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS (cont.)

Objetivo III: Manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Aquisição e distribuição do imunobiológico disponibilizando para Secretarias Estaduais e destas para as secretarias Municipais de Saúde;
- Instrumentalizar técnicos para monitorar e avaliar coberturas vacinais capacitando-os na metodologia desenvolvida para a implantação da vigilância das coberturas;
- Constante articulação com Atenção Básica, áreas técnicas de informação e vigilância nas três esferas de governo,
- Avaliação sistemática dos indicadores de Cobertura Vacinal.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano	95% de cobertura vacinal por tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.	95% de cobertura vacinal por tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.	População de referência Sinasc do banco de dados mais atualizado em cada ano

Indicador 32 - Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: coberturas vacinais da vacina DTP+Hib (tetravalente) em menores de um ano de idade.

Método de cálculo: Nº de crianças menores de um ano de idade vacinadas com terceiras doses da vacina DTP+Hib/ população < 1 ano de idade* multiplicado por 100 (*dados <1 ano de idade obtidos dos registros do Sinasc a partir da base nacional mais atualizada).

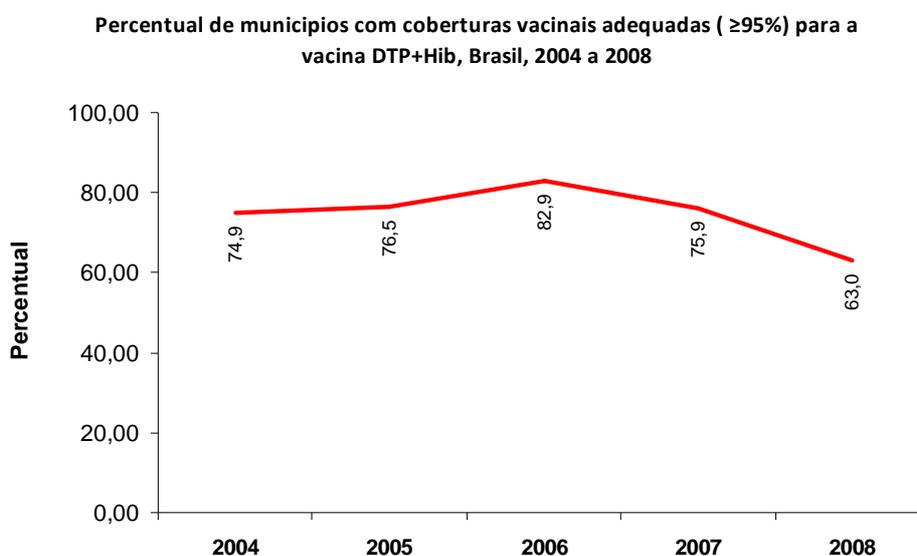
Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (SI-API) e Departamento de Análise de Situação de Saúde (SINASC)

Recomendações, observações e informações adicionais:

As Coberturas Vacinais da tetravalente (DTP+Hib) atingem médias nacionais dentro dos parâmetros estabelecidos ($\geq 95\%$), entretanto ainda se apresentam heterogêneas no contexto das unidades federadas e dos municípios. Considerando

a homogeneidade no período de 2004 a 2008 (percentual de municípios com CV adequada ($\geq 95\%$) verifica-se que variou entre 82% (2006) e 63% (2008). O pacto estabelecido é de no mínimo 70% dos municípios com esse nível de alcance de coberturas, o que requer monitoramento que orientem a intervenção onde se fizer necessária. O pacto estabelecido é de no mínimo 70% dos municípios com essa cobertura vacinal ($\geq 95\%$). Este indicador apresenta limitações para expressar o cálculo devido a erros que podem alterar os componentes para o cálculo. Em relação ao numerador pode haver erros de registros, além daqueles decorrentes da coleta, uma vez que registra-se doses aplicadas por ocorrência do vacinado e não por procedência (não identifica o vacinado) e em relação ao denominador, uma vez que este é composto pelos nascidos vivos registrados no Sinasc que pode estar sub-registrado ou superestimado.



Fonte:SIAPI/CGPNI/SVS

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS
e-mail: dagvs@saude.gov.br

I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS (cont.)

Objetivo IV: Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estruturação dos laboratórios de baixa complexidade, nos níveis regionais e municipais para realização das análises de qualidade da água;
- Capacitação de técnicos em cursos afetos ao VIGIAGUA: Curso de coleta de água; Curso Básico de Procedimentos do VIGIAGUA; Curso para operacionalização do SISAGUA.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	25% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	30% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	-

Indicador 33 - Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Percentual de cumprimento do monitoramento de água, realizado pela Vigilância para o parâmetro coliforme total, de acordo com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano, no ano de referência.

Método de cálculo: (Número de amostras de coliformes totais realizadas pela vigilância/total de amostras de coliformes totais obrigatórias) x 100

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua – CGVAM/SVS/MS – DATASUS.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Série Histórica:

Média de percentuais de cumprimento de amostras de coliformes totais, de acordo com a Diretriz Nacional do VIGIAGUA, alcançados por UF, no ano de 2008 e 2009 até setembro.

UF	Percentual de cumprimento 2008	Percentual de cumprimento até Set/2009
AC	19%	19%
AL	27%	13%
AM	7%	5%
AP	13%	7%
BA	10%	9%
CE	26%	33%
DF	100%	49%
ES	30%	20%
GO	12%	8%
MA	1%	1%
MG	4%	3%
MS	21%	18%
MT	7%	9%
PA	6%	3%
PB	3%	2%
PE	4%	2%
PI	11%	11%
PR	25%	23%
RJ	7%	8%
RN	2%	3%
RO	1%	1%
RR	1%	2%
RS	43%	25%
SC	21%	21%
SE	21%	10%
SP	13%	7%
TO	20%	16%
Brasil	15%	11%

Fonte: Sisagua – Set/2009

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Daniela Buosi Rohlfs - (61) 3213.8081
e-mail: daqvs@saude.gov.br

I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS (cont.)

Objetivo V: Consolidar e ampliar a descentralização das ações de vigilância sanitária.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:
Capacitação técnica da VISA estadual para realização de oficinas de apoio à elaboração dos planos de ação municipais.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	70% de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	80% de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	

Indicador 34 - Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: As ações estratégicas correspondem ao segmento de gerenciamento do risco sanitário no elenco norteador das ações pactuadas nos planos de ação em vigilância sanitária e incluem, segundo o Anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.998/2007, as seguintes áreas de intervenção: produtos, serviços e ambientes de interesse para a saúde; educação e comunicação em saúde para a sociedade; ações integrais de saúde; ações intersetoriais; e ações laboratoriais. O desenvolvimento dessas ações pela esfera municipal se dá mediante pactuação em CIB e traz como benefício a aproximação com a realidade local, além de ser uma iniciativa voltada à lógica do Pacto pela Saúde e integrada aos instrumentos e à dinâmica do PlanejaSUS.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de municípios que pactuaram ações estratégicas}}{\text{Nº total de municípios}} \times 100$$

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Resoluções das Comissões Intergestores Bipartite, com as homologações dos Planos de Ação em Visa pactuados. Estas informações são enviadas ao Fundo Nacional de Saúde para o repasse dos recursos, documentos os quais o Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (Nadav) da Anvisa tem acesso garantido.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Série histórica, com análise sintética e comentários sobre o indicador.

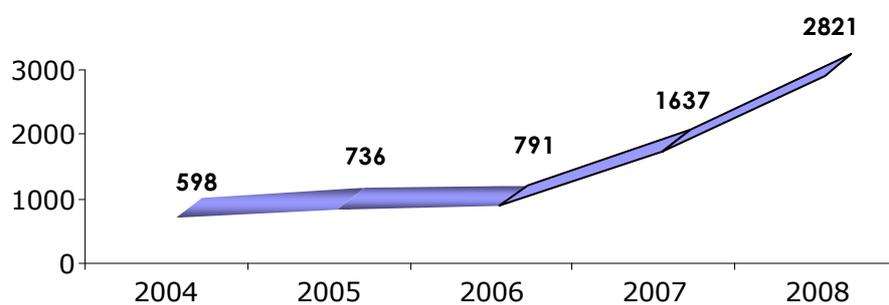
Ano	Nº municípios pactuados no país	% de pactuação no país	Instrumento de pactuação
2004	598	10,76%	Termo de Ajuste e Metas ⁶
2005	736	13,23%	Termo de Ajuste e Metas
2006	791	14,22%	Termo de Ajuste e Metas
2007	1637	29,44%	Plano de Ação em VISA
2008	2821	50,74%	Plano de Ação em VISA

A tabela acima traz uma síntese da tendência nacional de ampliação da pactuação municipal de ações estratégicas em vigilância sanitária nos últimos cinco anos. Percebe-se claramente que o advento da utilização dos Planos de Ação em Visa, em 2007, como estratégia de planejamento e pactuação em esfera bipartite, trouxe um incremento importante a este percentual. Trata-se, portanto, de um indicador com perfil quadrienal - período no qual se espera a consecução de patamares próximos a 90% de municípios com planos de ação pactuados no país, com um grau homogêneo de pactuação entre as regiões e entre os estados brasileiros.



⁶ O Termo de Ajuste e Metas (TAM) era um instrumento de parceria celebrado entre a Anvisa, os estados e alguns dos grandes e médios municípios brasileiros, no qual se pactuavam metas fixas referentes a atividades de vigilância sanitária, muito mais segundo a lógica da complexidade da ação do que propriamente pela lógica da responsabilidade sanitária pelo risco local. Teve um mérito indiscutível com relação à estruturação dos serviços de Visa para os entes que aderiram, porém, devido ao seu caráter de pactuação das ações mais complexas, dificilmente se expandiria para todos os municípios brasileiros (ao contrário do que se pretende com os atuais Planos de Ação em Visa, os quais se coadunam com a lógica do Pacto pela Saúde).

Nº de municípios com ações de Visa pactuadas em esfera bipartite



Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Núcleo de Assessoramento na Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária da Anvisa (Nadav/Anvisa)

E-mail: nadav@anvisa.gov.br

Fone: (61) 3462-6921

II – RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

Objetivo: Constituir Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Percentual de Colegiados de Gestão Regional constituídos em cada estado e informados à CIT	91% de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada estado e informados à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	100% de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada estado e informados à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	-

Indicador 35 - Percentual de Colegiados de Gestão Regional constituídos em cada estado e informados à CIT.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual e DF.

Descrição do indicador: O indicador avalia o quantitativo de Colegiados de Gestão Regional (CGR) implantados por estado, possibilitando observar o processo de identificação, reconhecimento e planejamento das regiões de saúde. E também possibilita ao MS o acompanhamento do processo de atualização da regionalização nos Estados.

A constituição dos Colegiados de Gestão Regional objetiva auxiliar os Estados e Municípios no fortalecimento do planejamento e pactuação entre os gestores, refletido no aprimoramento da aplicação dos princípios do SUS.

A Regionalização, diretriz do Sistema Único de Saúde e eixo estruturante do Pacto de Gestão, deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de planejamento e pactuação entre os gestores. Objetiva garantir acesso resolutivo, integral e com qualidade às ações e serviços de saúde.

O Pacto pela Saúde define o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como um dos principais instrumentos de planejamento da Regionalização, e institui os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como espaços de planejamento, pactuação e cogestão regional da saúde.

O indicador *Percentual de Colegiados de Gestão Regional constituídos em cada estado e informados à CIT* mantém correlação com o processo de regionalização existente ou iniciado nos estados, e expressa a capacidade de articulação e de efetivação de acordos entre os gestores municipais e estadual.

Método de cálculo: Número de Colegiado de Gestão Regional intraestadual constituído, dividido pelo número de regiões de saúde existente no estado de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, multiplicado por 100 (1º passo). Este resultado é a meta proposta.

$$\frac{\text{Número de Colegiados de Gestão Regional a ser constituído}}{\text{Total de regiões de saúde constantes no PDR}} \times 100$$

Número de Colegiado de Gestão Regional intraestadual constituído e informado à CIT, dividido pelo número de regiões de saúde existente no estado de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, multiplicado por 100 (2º passo). Este resultado é a meta alcançada.

$$\frac{\text{Número de Colegiados de Gestão Regional constituído}}{\text{Total de regiões de saúde constantes no PDR}} \times 100$$

Para a análise do cumprimento da pactuação, compara-se a meta proposta com a meta alcançada (3º passo).

Comparar meta proposta com meta alcançada

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: DAGD/SE/MS, a partir de informe da CIB à CIT.

Informações adicionais:

- A constituição dos CGR deve ocorrer no bojo do processo da proposta de regionalização estadual por meio da utilização dos instrumentos de planejamento regional: PDR, PDI e PPI.
- As metas da proporção de CGR constituídos para 2010 devem ser estabelecidas a partir do cumprimento das metas anteriores 2009.
- As metas da proporção de CGR constituídos para 2011 devem ser estabelecidas a partir do cumprimento das metas de 2010.
- A constituição dos CGR ocorre mediante homologação na CIB e informação à CIT.
- As Secretarias de Estado, baseadas no PDR e nas orientações contidas nas publicações da Série Pactos pela Saúde, Volumes 10 e 3, devem definir qual a abrangência territorial correspondente à Região de Saúde.
- O repasse de incentivo financeiro para apoiar as ações de regionalização no SUS será feito de acordo com a Portaria GM/MS nº. 2.691, de 19/10/2007, mediante informações do reconhecimento dos CGR pela CIB à CIT.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:
Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada/(DAGD)
Secretaria Executiva - SE/MS
e-mail: descentralizacao@saude.gov.br

III – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

Objetivo: Assegurar que 100% de estados e municípios tenham o Relatório Anual de Gestão (RAG) apreciados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão apreciados nos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.	100% de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.	100% de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.	

Indicador 36 – Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão apreciados nos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual e DF.

Descrição do indicador: Este indicador mede quantitativamente, o percentual de aprovação nos Conselhos de Saúde, dos relatórios de gestão estadual e municipal. A informação de aprovação do Relatório de Gestão, no Conselho Municipal de Saúde, deve ser encaminhada a Comissão Intergestores Bipartite e está deve encaminhá-la à Comissão Intergestores Tripartite, até **30 de junho de cada ano**, de acordo com a Portaria GM Nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008, juntamente com a informação da aprovação do Relatório de Gestão Estadual no Conselho Estadual de Saúde, atendendo à Lei 8.142/90.

Método de cálculo:

UNIÃO:

$$\frac{\text{Número de Estados com Relatórios de Gestão Estadual aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde}}{27} \times 100$$

ESTADOS:

$$\frac{\text{Número de Municípios do Estado com Relatórios de Gestão Municipal aprovados nos Conselhos Municipais de Saúde}}{\text{Número de municípios do Estado}} \times 100$$

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas decimais.

Fonte: Comissão Intergestores Tripartite/IBGE

Recomendações, observações e informações adicionais:

Série Histórica

UF	Nº DE MUNICÍPIOS	ESTADOS COM RELATÓRIOS APRECIADOS E APROVADOS NO CES		ESTADO EM ANÁLISE PELO CES		MUNICÍPIOS INFORMADOS		MUNICÍPIOS EM ANÁLISE PELO CMS		PERCENTUAL INFORMADO	
		2007 04.07.08	2008	2007 04.07.08	2008	2007 04.07.08	2008	2007 04.07.087	2008	2007 04.07.08	2008
AC	22	0		1		0		-		0	
AM	62	0		1		15		-		24%	
AP	16	0				0		-		0	
PA	143	0				0		-		0	
RO	52	0		1		0		-		0	
RR	15	0				0		-		0	
TO	139	1				115		-		83%	
AL	102	0				0		-		0	
BA	417	1				146		-		35%	
CE	184	0				161		23		87,50%	
MA	217	0				80		1		37%	
PB	223	0		1		26				12%	
PE	184*	0				0		-		0	
PI	224**	0				0		-		0	
RN	167	0				0		-		0	
SE	75	0				0		-		0	
ES	78	0				0		-		0	
MG	853	0				0		-		0	
RJ	92	0				53		11		58%	
SP	645	1				359		-		56%	
DF	0***	0				0		-		0	
GO	246	0				0		-		0	
MS	78	0		1		43		5		55%	
MT	141	1				51		-		36%	
PR	399	0				343		61		86%	
RS	496	0				403		22		81%	
SC	293	0				0		-		0	
TOTAL	5563	5		6		1795		123		32%	

*184 sem considerar o distrito de Fernando de Noronha

**Incluindo o município de Nazária, reconhecido em 1º de janeiro de 2009

***Não apresenta municípios.

Observação: no ano de 2007 a portaria que regulamentava o fluxo dos relatórios de gestão era a Portaria GM/MS nº. 1.229/GM, de 24 de maio de 2007, a qual no ART 4º estabelecia o prazo até 30 de maio para as Secretarias Estaduais de Saúde informar a CIT a situação de aprovação dos relatórios municipais de saúde de seu estado, nos respectivos conselhos de saúde. A União, estados e o Distrito Federal deveriam informar a CIT a situação de aprovação dos relatórios de gestão, nos respectivos conselhos de saúde, até 30 de abril de cada ano.

A partir de 2008 entrou em vigor a Portaria GM Nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008, que estabeleceu o prazo de 30 de junho, para as CIB informarem a situação de aprovação dos Relatórios de Gestão da União, dos estados, municípios e do Distrito Federal.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Coordenação Geral do Sistema de Monitoramento e Avaliação

Departamento de M&A da Gestão do SUS- DEMAGS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS

e-mail: demags@saude.gov.br

IV – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Objetivo: Fortalecer o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) com dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade da informação.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Criar site com monitoramento de bases de dados do CNES onde tanto o gestor estadual, municipal e o federal poderá acompanhar se esta ocorrendo a alimentação de base de dados e até ver qual o percentual mensalmente;
- Realizar oficinas regionais integralizadas com todos os assuntos pertinente ao DRAC;
- Realizar treinamento sequencial e planejado com as demais áreas técnicas do MS para reforçar os municípios sobre gestão geral (pacto de gestão, CNES, PPI, regulação, todos os sistemas de informação, etc) proporcionando aos mesmos uma visão/conhecimento geral de todas os assuntos de uma forma organizada e sequencialmente lógica.
- Criar normas e incentivo para implementação da área/equipe de CNES nos municípios e estados, nos moldes do processo de implementação do complexo regulatório;
- Definir a necessidade de implementação da área de cadastro nos municípios /estados, com a definição dos profissionais que comporão a equipe, que deverá ser de profissionais de diversas áreas, tais como: do controle e avaliação, da vigilância sanitária, da atenção básica, área administrativa, informática, etc,
- Criar o monitoramento do CNES criando indicadores de atualização que seriam monitorados dentro de período estabelecido;
- Implementar prêmios (não precisa ser financeiro) para os municípios com melhor desempenho no ranking do monitoramento, com efetiva divulgação dos profissionais da equipe do cadastro que fizeram o trabalho e conseguiram manter alcançar o objeto/meta estabelecido.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).	100% de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).	100% de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).	-

Indicador 37 – Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Fortalecer o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade da informação. O objetivo é incentivar o gestor a manter atualizada e fidedigna as informações cadastrais proporcionando conhecimento da rede de saúde pública e privada do país, qual é a instalação física de serviços, equipamentos, profissionais, etc disponível para assistência, bem como, garantir um processamento correto das produções ambulatoriais e hospitalares, além de subsidiar outras informações e indicadores de saúde, nacional e internacional.

Método de cálculo: n° de bases CNES enviadas/12 meses do ano x 100%

As “bases CNES enviadas” são as alimentações feitas mensalmente por cada município/estado à base Nacional. Essas bases se referem às inclusões/alterações/exclusões dos estabelecimentos de saúde pertencentes ao seu município.

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: CNES

Informações adicionais:

Atualmente o gestor pode obter a informação das bases enviadas através do site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>) no menu serviços/sumario de cargas.

Um site (portal) que irá conter as informações sobre envio de bases do CNES, SIA e SIH está em desenvolvimento e também servirá para a obtenção dessas informações.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Coordenação-Geral de Sistemas de Informação – CGSI
Departamento de Regulação Avaliação e Controle – DRAC
Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS
Email: cgsi@saude.gov.br

V – RESPONSABILIDADES DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Objetivo: Ampliar o percentual de CIES em funcionamento, para que essas possam contribuir para o planejamento regional de ações educativas de acordo com as necessidades e realidades locais.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Primeira Etapa: Diagnóstico das CIES constituídas, a partir da análise dos Planos Estaduais de Educação Permanente.
- Segunda Etapa: Monitoramento in loco por meio de Reuniões Técnicas.
- Terceira Etapa: Cooperação técnica a partir da análise das informações coletadas na reunião técnica.

Meta Brasil: Ampliar o percentual de CIES em funcionamento, para que essas possam contribuir para o planejamento regional de ações educativas de acordo com as necessidades e realidades locais.

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Percentual de Comissões de Integração Ensino – Serviço (CIES) em funcionamento por Estado.	70% das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento.	100% das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento.	Número de CIES constituídas (2008): 106

Indicador 38 – Percentual de Comissões de Integração Ensino – Serviço (CIES) em funcionamento por estado.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual e DF.

Descrição do indicador:

As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente de Saúde (PNEPS).

Essas comissões são compostas pelos gestores estaduais e municipais e, ainda, de acordo com as especificidades de cada região, por gerentes de serviços de saúde, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social do SUS.

São espaços onde esses atores se encontram e articulam, de forma coordenada, as estratégias de intervenção no campo da formação e do desenvolvimento de recursos humanos.

Quanto maior for o número de CIES em funcionamento por estado, em relação ao número de CIES planejado e pactuado, maior será a participação dos gestores do SUS e demais atores na execução da PNEPS, contribuindo, portanto, para o planejamento regional de ações educativas de acordo com as necessidades e a realidade local.

Método de cálculo: $\frac{\text{Número de CIES em funcionamento}}{\text{Número de CIES constituídos}} \times 100 (\%)$

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Resoluções das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) pactuando o Plano de Educação Permanente em Saúde;
Relatório de gestão.

Recomendações, observações e informações adicionais:

O indicador é novo. As portarias que dispõem sobre o PNEPS são: Portaria GM/MS no. 1996/2007 e Portaria GM/MS no. 2.813/2008.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS.
e-mail: peps@saude.gov.br

VI – RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Objetivo I: Implantar ouvidoria em estados e municípios com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais.	35 ouvidorias do SUS implantadas.	18 ouvidorias do SUS implantadas.	As metas propostas para 2010 e 2011 tiveram como base o grau de implantação das Ouvidorias em 2009, de acordo com os critérios pontuados na descrição do indicador.

Indicador 39 - Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual e DF.

Descrição do indicador: Índice que afere o grau de implantação de Ouvidorias do SUS nos estados, DF e capitais, conforme os seguintes critérios:

- Instrumento normativo de criação/regulamentação da Ouvidoria.
- Previsão da Ouvidoria no organograma da instituição a que pertence.
- Espaço físico próprio para o funcionamento da Ouvidoria.
- Equipe técnica específica para o serviço de Ouvidoria, com responsável legalmente designado.
- Processos de trabalho estruturados.
- Utilização de sistema informatizado para o tratamento das demandas de saúde oriundas da população.

Método de cálculo: Não se aplica ao indicador, pois a informação sobre a implantação da ouvidoria é absoluta, vale dizer, “sim” ou “não”, conforme os critérios acima pontuados.

Registro no SISPACTO: Número absoluto.

Fonte: Secretarias de Saúde dos estados, DF e capitais.

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGE/MS.

e-mail: demags@saude.gov.br

VI – RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL (cont.)

Objetivo II: Fortalecer o controle social no SUS.

Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, Portaria GM 2.344, publicada no D.O.U. em 07/10/2009.	100% de conselheiros estaduais e 100% de conselheiros municipais dos municípios prioritários capacitados.	–	As metas são explicitadas nos Plano de Saúde estaduais e municipais pactuados nas respectivas CIBs e aprovados pelos Conselhos de Saúde.

Indicador 40 – Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009.

Esferas de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municípios prioritários definidos em 2009.

Descrição do indicador: A capacitação de conselheiros de saúde, demanda sempre apresentada nas conferencias nacionais de saúde, e em outros fóruns, além de pauta permanente de discussão por parte dos conselheiros, torna-se responsabilidade da gestão a partir do Pacto pela Saúde, regulamentado em 2006, na dimensão do Pacto de Gestão.

A capacitação de conselheiros de saúde encontra-se alinhada aos processos de qualificação da participação social e ampliação da democracia no país, considerando ainda, outras metodologias, como por exemplo: participação em oficinas, seminários, conferências. Estas atividades compõem também a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social na Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

Este indicador permite avaliar os processos de capacitação realizados por estados e municípios, utilizando metodologias e tecnologias pedagógicas participativas e inclusivas. Possibilita a avaliação do cumprimento de metas relativas à responsabilidade referente ao fortalecimento do controle social no SUS e o grau de aprimoramento da democracia participativa nas políticas de saúde.

Método de cálculo:

Estados:

$$\frac{\text{Número de conselheiros estaduais capacitados por ano}}{\text{Total de conselheiros estaduais}} \times 100$$

Municípios Prioritários:

$$\frac{\text{Número de conselheiros municipais capacitados por ano}}{\text{Total de conselheiros municipais}} \times 100$$

Registro no SISPACTO: percentual (%) com duas casas decimais.

Fonte: Sistema de Informações sobre Conselhos de Saúde – ParticipanetSUS – SGEP/MS

Recomendações, observações e informações adicionais:

Considera-se como linha de base o ano de 2009, marco zero da série histórica a ser construída, acompanhada e monitorada, tendo como ferramenta de aferição o ParticipanetSUS.

Municípios Prioritários conforme Portaria GM/MS Nº 2.433/2009

UF	MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS
REGIÃO NORTE	
ACRE	CRUZEIRO DO SUL
	RIO BRANCO
AMAZONAS	MANAUS
	PARINTINS
AMAPÁ	LARANJAL DO JARÍ
	MACAPÁ
PARÁ	ANANINDEUA
	BELÉM
	CAPANEMA
	MARABÁ
RONDÔNIA	JI-PARANÁ
	PARAUPEBAS
	PORTO VELHO
	SANTARÉM
RORAIMA	BOA VISTA
	CANTÁ
TOCANTINS	ARAGUAÍNA
	PALMAS
REGIÃO NORDESTE	
ALAGOAS	ARAPIRACA
	MACEIÓ
	TAQUARANA
BAHIA	ALAGOINHAS
	BARREIRAS
	FEIRA DE SANTANA
	ITABUNA
	JUAZEIRO

UF	MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS
	LAURO DE FREITAS
	MATA DE SÃO JOÃO
	SALVADOR
	SANTO ANTÔNIO DE JESUS
	TEIXEIRA DE FREITAS
	VITÓRIA DA CONQUISTA
	ALAGOINHAS
CEARÁ	BARBALHA
	CAUCAIA
	FORTALEZA
	MARACANAÚ
	PEDRA BRANCA
	SOBRAL
	JUAZEIRO DO NORTE
MARANHÃO	IMPERATRIZ
	SÃO LUÍS
PARAÍBA	CAMPINA GRANDE
	JOÃO PESSOA
PERNAMBUCO	CARUARU
	JABOATÃO DOS GUARARAPES
	OLINDA
	PAULISTA
	PETROLINA
	RECIFE
PIAUI	PARNAÍBA
	PIRIPIRI
	TERESINA
RIO GRANDE DO NORTE	CAICÓ
	MOSSORÓ
	NATAL
SERGIPE	SERGIPE
	ARACAJU
	NOSSA SENHORA DO SOCORRO
DISTRITO FEDERAL	
REGIÃO CENTRO-OESTE	
GOIÁS	ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS
	ANÁPOLIS
	APARECIDA DE GOIÂNIA
	GOIÂNIA
	LUZIÂNIA
	RIO VERDE
MATO GROSSO	CUIABÁ
	PRIMAVERA DO LESTE
	RONDONÓPOLIS
	VÁRZEA GRANDE
MATO GROSSO DO SUL	CAMPO GRANDE
	CORUMBÁ
	DOURADOS

UF	MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS
REGIÃO SUDESTE	
ESPÍRITO SANTO	CARIACICA
	SERRA
	VELHA
	VITÓRIA
MINAS GERAIS	BELO HORIZONTE
	BARBACENA
	BETIM
	CONTAGEM
	DIVINÓPOLIS
	GOVERNADOR VALADARES
	ITABIRA
	JUIZ DE FORA
	MONTES CLAROS
	PASSOS
	PATOS DE MINAS
	POÇOS DE CALDAS
	RIBEIRÃO DAS NEVES
	TEÓFILO OTONI
UBERABA	
UBERLÂNDIA	
RIO DE JANEIRO	ANGRA DOS REIS
	BELFORD ROXO
	CABO FRIO
	CAMPOS DOS GOYTACAZES
	DUQUE DE CAXIAS
	NITERÓI
	NOVA IGUAÇU
	PETRÓPOLIS
	RIO DE JANEIRO
	SÃO GONÇALO
SÃO JOÃO DE MERITI	
VOLTA REDONDA	
SÃO PAULO	AMERICANA
	ARAÇATUBA
	ARARAQUARA
	BARRETOS
	BARUERI
	BAURU
	CAMPINAS
	CARAPICUÍBA
	DIADEMA
	EMBU
	FRANCA
	FRANCO DA ROCHA
	GUARUJÁ
	GUARULHOS
INDAIATUBA	
ITAQUAQUECETUBA	

UF	MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS
	JANDIRA
	JUNDIAÍ
	LIMEIRA
	MARÍLIA
	MAUÁ
	MOGI DAS CRUZES
	MOGI GUAÇU
	OSASCO
	OURINHOS
	PIRACICABA
	PRAIA GRANDE
	PRESIDENTE PRUDENTE
	SANTO ANDRÉ
	SANTOS
	SÃO BERNARDO DO CAMPO
	SÃO CAETANO DO SUL
	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
	SÃO PAULO
	SÃO VICENTE
	SOROCABA
SUZANO	
TAUBATÉ	
REGIÃO SUL	
PARANÁ	APUCARANA
	CASCÁVEL
	CURITIBA
	FOZ DO IGUAÇU
	GUARAPUAVA
	LONDRINA
	MARINGÁ
	PARANAGUÁ
	PONTA GROSSA
SANTA CATARINA	BLUMENAU
	CHAPECÓ
	FLORIANÓPOLIS
	ITAJAÍ
	JOINVILLE
RIO GRANDE DO SUL	BAGÉ
	CAXIAS DO SUL
	GRAVATAÍ
	NOVO HAMBURGO
	PELOTAS
	PORTO ALEGRE
	SANTA MARIA
	VIAMÃO
BAGÉ	

Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGE/MS

E-mail: dagep@saude.gov.br