

SÉRIE | ARTICULAÇÃO
INTERFEDERATIVA
VOLUME -1

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Doc. 063

CADERNO DE DIRETRIZES,

Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015



Brasília - DF
2013



SÉRIE | ARTICULAÇÃO
INTERFEDERATIVA
VOLUME – 1

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



CADERNO DE DIRETRIZES,

Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015

Brasília – DF
2013



© 2013 Ministério da Saúde.

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

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

Elaboração, distribuição e informações:

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

Organização:

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

Organização do Caderno:

Dorian Chim Smarzo
Gisela da Costa Mascarenhas
Núbia de Lima Freire
Renata Florêncio Santiago

Elaboração:

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

Capa:

Cleison Lima Moura – SGEP

Editora responsável:

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

Equipe editorial:

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

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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

ISBN 978-85-334-2031-1

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

CDU 614

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

Títulos para indexação:

Em inglês: Guidelines booklet, objectives, aims and indicators: 2013 – 2015.

Em espanhol: Cuaderno de directrices, objetivos, metas e indicadores: 2013 – 2015.

Lista de Figura

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

Lista de Quadros

Quadro 1 – Indicadores: relatório quadrimestral.....	17
Quadro 2 – Quadro de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Coap.....	19
Quadro 3 – Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015	21
Quadro 4 – Indicador 1: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	31
Quadro 5 – Indicador 2: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – Icsab...34	
Quadro 6 – Indicador 3: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	37
Quadro 7 – Indicador 4: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	38
Quadro 8 – Indicador 5: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.....	40
Quadro 9 – Indicador 6: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.....	41
Quadro 10 – Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.....	43
Quadro 11 – Indicador 8: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.....	44
Quadro 12 – Indicador 9: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.....	46
Quadro 13 – Indicador 10: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.....	48
Quadro 14 – Indicador 11: Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.....	50
Quadro 15 – Indicador 12: Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	51
Quadro 16 – Indicador 13: Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.....	52
Quadro 17 – Indicador 14: Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	53
Quadro 18 – Indicador 15: Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	54
Quadro 19 – Indicador 16: Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192) ...	56

Quadro 20 – Indicador 17: Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.....	57
Quadro 21 – Indicador 18: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	58
Quadro 22 – Indicador 19: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.....	59
Quadro 23 – Indicador 20: Proporção de parto normal.....	60
Quadro 24 – Indicador 21: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.....	61
Quadro 25 – Indicador 22: Número de testes de sífilis por gestante	62
Quadro 26 – Indicador 23: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	64
Quadro 27 – Indicador 24: Taxa de mortalidade infantil.....	66
Quadro 28 – Indicador 25: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	67
Quadro 29 – Indicador 26: Proporção de óbitos maternos investigados	69
Quadro 30 – Indicador 27: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.....	71
Quadro 31 – Indicador 28: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	73
Quadro 32 – Indicador 29: Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – Caps.....	74
Quadro 33 – Indicador 30a: Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas; e Indicador 30b - Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).....	75
Quadro 34 – Indicador 31: Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo	77
Quadro 35 – Indicador 32: Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados.....	79
Quadro 36 – Indicador 33: Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.....	80
Quadro 37 – Indicador 34: Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados	81
Quadro 38 – Indicador 35: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.....	82
Quadro 39 – Indicador 36: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera ...	85
Quadro 40 – Indicador 37: Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	88

Quadro 41 – Indicador 38: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	90
Quadro 42 – Indicador 39: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação*	91
Quadro 43 – Indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados.....	92
Quadro 44 – Indicador 41: Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	94
Quadro 45 – Indicador 42: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.....	96
Quadro 46 – Indicador 43: Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm ³	98
Quadro 47 – Indicador 44: Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.....	100
Quadro 48 – Indicador 45: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	101
Quadro 49 – Indicador 46: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.....	103
Quadro 50 – Indicador 47: Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.....	105
Quadro 51 – Indicador 48: Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	106
Quadro 52 – Indicador 49: Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.....	107
Quadro 53 – Indicador 50: Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.....	109
Quadro 54 – Indicador 51: Número absoluto de óbitos por dengue	110
Quadro 55 – Indicador 52: Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	111
Quadro 56 – Indicador 53: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	113
Quadro 57 – Indicador 54: Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado.....	116
Quadro 58 – Indicador 55: Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	118
Quadro 59 – Indicador 56: Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.....	120
Quadro 60 – Indicador 57: Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	121
Quadro 61 – Indicador 58: Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva.....	123

Quadro 62 – Indicador 59: Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental	124
Quadro 63 – Indicador 60: Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados	125
Quadro 64 – Indicador 61: Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.....	126
Quadro 65 – Indicador 62: Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento	128
Quadro 66 – Indicador 63: Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde.....	130
Quadro 67 – Indicador 64: Proporção conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs)	131
Quadro 68 – Indicador 65: Proporção de municípios com ouvidoria implantada.....	133
Quadro 69 – Indicador 66: Componente do SNA estruturado	135
Quadro 70 – Indicador 67: Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.....	137

Apresentação	11
1 Orientações para a Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os Anos de 2013 – 2015	13
1.1 Introdução	13
1.2 Planejamento em Saúde.....	13
1.3 Diretrizes e objetivos.....	15
1.4 Metas	15
1.5 Indicadores	15
1.5.1 Monitoramento e avaliação.....	16
1.6 Registro das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015, no aplicativo Sispecto	17
1.7 Formalização das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015, no Coap	18
1.7.1 Responsabilidades individuais	19
1.7.2 Temporalidade das metas do Coap.....	20
2 Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015	21
3 Fichas de Qualificação dos Indicadores da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os Anos de 2013 – 2015.....	31
Apêndice A – Procedimentos a serem considerados no cálculo dos indicadores	139
Anexo A – Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013	145

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

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

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

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

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

Com intuito de fortalecer a construção dos processos e práticas do Planejamento Integrado do SUS neste novo ciclo de gestão, o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS), inicia com este caderno, a série Articulação Interfederativa, que expressará elementos da gestão compartilhada para o atendimento dos dispositivos do Decreto nº 7.508/11.

1

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

1.1 Introdução

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

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

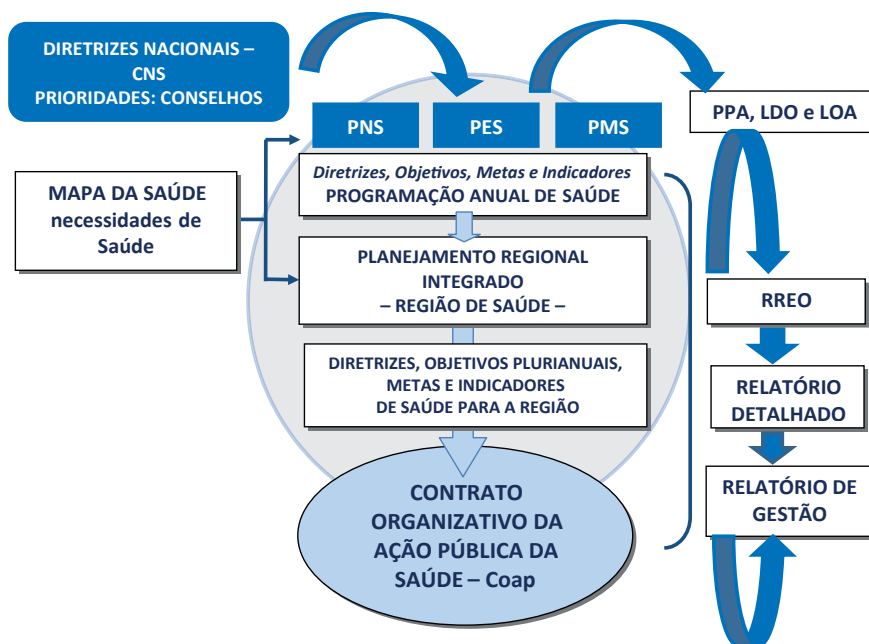
Sendo assim, o Ministério da Saúde disponibiliza o presente documento de orientações do processo de *Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 – 2015*, objetivando auxiliar os entes federados na definição de metas. Ressalta-se que o documento é produto da discussão conjunta dos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

1.2 Planejamento em Saúde

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

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

Figura 1 – Planejamento regional integrado



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

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

- I. Harmonizar o processo de construção dos instrumentos de planejamento e a pactuação de indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde;
- II. Manter vinculação com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS), onde houver aplicabilidade, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias, respeitado o § 4º do art. 30 da LC nº 141/12;
- III. Estabelecer rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos;
- IV. Compor-se por indicadores universais que expressem o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema;
- V. Compor-se por indicadores específicos que expressem as características epidemiológicas locais e de organização do sistema.
- VI. Buscar a redução do número de indicadores com base nas premissas dos itens iv e v;
- VII. Respeitar a autonomia do ente federado com relação à inclusão de outros indicadores observadas as especificidades locais e as diretrizes nacionais.

1.3 Diretrizes e objetivos

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

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

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

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

1.4 Metas

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

- I. desempenhos anteriores (série histórica);
- II. compreensão do estágio de referência inicial, ou seja, da linha de base;
- III. factibilidade, levando-se em consideração a disponibilidade dos recursos necessários, das condicionantes políticas, econômicas e da capacidade organizacional.

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

1.5 Indicadores

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

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

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

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

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



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

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

1.5.1 Monitoramento e avaliação

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

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

Quadro 1 – Indicadores: relatório quadrimestral

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

Fonte: Ministério da Saúde.

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

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

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

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

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

a) Pactuação municipal:



b) Pactuação estadual e do Distrito Federal:



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

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

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

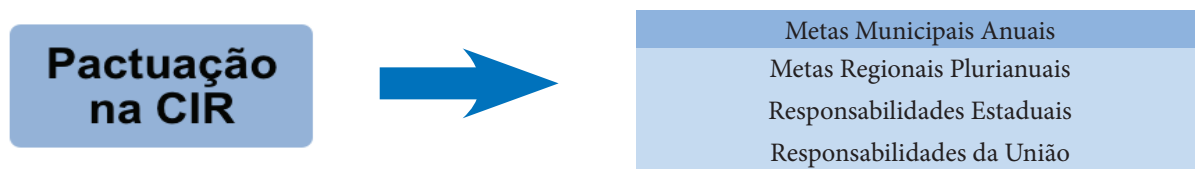
Segundo a Resolução Tripartite nº 03/2012 de Normas e Fluxos do contrato, a parte II do Coap, responsabilidades executivas, observará os seguintes conteúdos:

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

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

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

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



1.7.1 Responsabilidades individuais

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

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

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

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

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

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

	Código	Descrição		
Diretriz Nacional				
Diretriz Estadual				
Objetivo Regional				
Indicador			Linha de Base	
			Ano da Linha de Base	
Meta Regional			Período Anual [XXXX]	
			Período Plurianual [XXXX-XXXX]	
Responsabilidades Solidárias – [Período Anual]				
Município			Estado	União
Município A				
Município B				
Município C				
Município D				
Município E				
Município F				
Município G				
Município H				

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

1.7.2 Temporalidade das metas do Coap

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

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

2

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

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

<p>Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.</p>			
<p>Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.</p>			
N	Tipo	Meta	Indicador
1	U	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
2	U	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).
3	U	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
4	U	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.
5	U	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
6	E	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.
<p>Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.</p>			
N	Tipo	Meta	Indicador
7	U	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.
8	U	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.

continua

continuação

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

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

Objetivo 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

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

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

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

continua

continuação

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.			
Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.			
N	Tipo	Meta	Indicador
18	U	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
19	U	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.
Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.			
N	Tipo	Meta	Indicador
20	U	Aumentar o percentual de parto normal	Proporção de parto normal.
21	U	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.
22	U	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.	Número de testes de sífilis por gestante.
23	U	Reduzir o número de óbitos maternos	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
24	U	Reduzir a mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil.
25	U	Investigar os óbitos infantis e fetais	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
26	U	Investigar os óbitos maternos	Proporção de óbitos maternos investigados
27	U	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.
28	U	Reduzir a incidência de sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

continua

continuação

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de <i>crack</i> e outras drogas.			
Objetivo 4.1 – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.			
N	Tipo	Meta	Indicador
29	E	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.
Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.			
Objetivo 5.1 – Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.			
N	Tipo	Meta	Indicador
30	U	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	<u>Para município/região com menos de 100 mil habitantes:</u> Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). <u>Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF:</u> Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
Diretriz 6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.			
Objetivo 6.1 – Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.			
N	Tipo	Meta	Indicador
31	E	Alcançar, no mínimo, 75% de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo.	Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo.
32	E	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas.	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados.

continua

continuação

33	E	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas.	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.
34	E	Investigar os óbitos de mulher indígena em idade fértil (MIF).	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados.
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.			
Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde.			
N	Tipo	Meta	Indicador
35	U	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.
36	U	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
37	U	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
38	U	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
39	U	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação.
40	U	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados.
41	U	<u>Meta regional, estadual e DF:</u> 100% dos municípios ou regiões administrativas, no caso do DF, executando todas ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias. <u>Meta municipal:</u> realizar 100% das ações de vigilância sanitária no município.	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.
42	U	Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
43	E	Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm ³ .
44	E	Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.
45	E	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

continua

continuação

46	E	Garantir exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase.	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.
47	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.
48	E	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.
49	E	Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região.	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.
50	E	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica.	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.
51	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue.	Número absoluto de óbitos por dengue.
52	E	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.
Objetivo 7.2 – Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.			
N	Tipo	Meta	Indicador
53	U	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.			
Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.			
N	Tipo	Meta	Indicador
54	E	<u>Meta regional e estadual:</u> Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos municípios. <u>Meta municipal e DF:</u> Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica.	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado.

continua

continuação

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

continua

continuação

Objetivo 11.2 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de Saúde.			
N	Tipo	Meta	Indicador
61	U	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos.	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.
Objetivo 11.3 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da Saúde na região de Saúde.			
N	Tipo	Meta	Indicador
62	E	X mesas (ou espaços formais) municipais ou estaduais de negociação do SUS, implantados e em funcionamento.	Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.
Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.			
Objetivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.			
N	Tipo	Meta	Indicador
63	U	X% de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde.	Proporção de plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde.
64	U	Ampliar o percentual dos conselhos de Saúde cadastrados no Siacs.	Proporção dos conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs).

continua

conclusão

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

Fonte: Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013.

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

3

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

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

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimorando a política de Atenção Básica e a atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.
Meta	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
Indicador	Indicador 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
Relevância do Indicador	Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

continua

Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ de ESF} + \text{N}^\circ \text{ de ESF equivalente}) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$ <p>O cálculo da população coberta pela Atenção Básica tem como referência 3.000 pessoas por equipe de Atenção Básica, conforme Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), (Portaria nº 2.488/11).</p> <p>I – Como calcular a equivalência de carga horária do profissional médico para equipe de Atenção Básica (tradicional) em relação à equipe da Estratégia de Saúde da Família</p> <p>Passo 1 – Instalar o Tabwin (http://cnes.datasus.gov.br/ > Serviços > Recebimento de arquivo > Tabwin CNES).</p> <p>Passo 2 – Clicar em Arquivos Auxiliares e Manuais e realizar <i>download</i> dos arquivos tab36.zip e tabcnes_DEF-CNV_201107.zip.</p> <p>Passo 3 – Instalar o Tabwin e descompactar os arquivos de definição (tabcnes_DEF-CNV_201107.zip).</p> <p>Obs.: Em caso de dúvida na instalação do Tabwin, consultar o manual (Roteiro_Obtensão-Instalação.doc), também disponível no <i>site</i> do CNES em Arquivos Auxiliares e Manuais.</p> <p>Passo 4 – Em seguida, realizar <i>download</i> do(s) arquivo(s) do CNES para tabulação no Tabwin.</p> <p>Passo 5 – Selecionar o município do estado desejado, o arquivo de extensão < PF + CÔD. UF + AAMM.dbc > da competência que será analisada.</p> <p>AAMM: Ano e mês da competência em análise.</p> <p>Passo 6 – Abrir o Tabwin e selecionar o arquivo de definição PROFISSIONAL para executar a tabulação.</p> <p>[Opções] DEF=C:\Users\Documents\Tabwin\CNES\Profissional.def PATH=PROFISS\PF*.DB? Linha=Municipios-UF Incremento=Horas Ambulator. Suprime_Linhas_Zeradas=true Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Ocupação-Único: 225124 MEDICO PEDIATRA 225125 MEDICO CLINICO 225250 MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA Tipo de Estabelec.: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE POSTO DE SAUDE UNIDADE MOVEL FLUVIAL UNIDADE MOVEL TERRESTRE Esfera Administrativa: FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL [Arquivos]</p>
--------------------------	--

conclusão

Método de Cálculo	<p>PFUFAAMM.DBC</p> <p>Obs.: Para fazer o cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador.</p> <p>Passo 7 – Após obter a tabulação descrita acima, deve-se dividir a carga horária total encontrada por 60 (que corresponde a 60 horas ambulatoriais). O resultado será equivalente ao número de equipe(s) da Estratégia Saúde da Família (ESF).</p> <p>Atenção! Para cada 60 horas acumuladas pelos profissionais médicos citados tem-se o equivalente a UMA Equipe de Saúde da Família (ESF).</p> <p>II – Como identificar o número de equipes Estratégia Saúde da Família e a população</p> <p>O levantamento do número de equipes da ESF implantadas no município/estado e os dados da população para o cálculo poderá ser acessado no portal do DAB: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.</p> <p>Obs.: Em caso de dúvida, consultar a Nota Técnica disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf>.</p> <p>Passo 1 – Escolher uma das Opções de Consulta.</p> <p>Obs.: No exemplo a seguir foi utilizada a opção Unidades Geográficas por Competência.</p> <p>Passo 2 – Selecionar Unidades Geográficas por Competência, depois a competência por mês e ano a ser calculada, e a unidade geográfica, que pode ser o estado ou o município desejado.</p> <p>Passo 3 – Para realizar o levantamento dos dados da população e do número de equipes ESF implantadas, selecionar em Campos a serem exibidos no relatório: População e N° de ESF implantadas, conforme ilustrado a seguir.</p> <p>Passo 4 – No Resultado da Consulta escolher Visualização em tela ou Exportar para o tipo de arquivo a ser utilizado</p> <p>Atenção! O indicador de cobertura não deve passar de 100%, caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador o “Número total de habitantes residentes”.</p>
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Departamento de Atenção Básica (DAB) < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php >.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento – quadrimestral Avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Promover aumento progressivo do financiamento da Atenção Básica, ofertar ações de apoio institucional às gestões estaduais e municipais para a ampliação da cobertura de Atenção Básica.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> avaliacao.dab@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br

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

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

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Básica.
Meta	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.
Indicador	Indicador 2 – Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab)
Relevância do Indicador	Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período.}}{\text{Total de internações clínicas, em determinado local e período.}} \times 100$

continua

continuação

Fonte	<p>Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Tabulação dos dados por município de residência do usuário Tipo de AIH = Normal; Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhante do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, conforme lista a seguir:</p>																																	
	<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="548 662 768 687">Condições Sensíveis</th> <th data-bbox="913 662 1052 687">Lista CID-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="548 701 840 760">1. Doenças preveníveis por imunização e outras DIP</td> <td data-bbox="913 701 1276 819">A15-A199; A33-A379; A50-A539; A95-A959; B05-B069; B16-B169; B26-B269; B50-B549; B77-B779; G000; I00-I029.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 829 878 887">2. Gastroenterites Infecciosas e complicações</td> <td data-bbox="913 829 1146 854">A00-A099; E86-E869.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 897 662 923">3. Anemia</td> <td data-bbox="913 897 1034 923">D50-D509.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 932 840 958">4. Deficiências nutricionais</td> <td data-bbox="913 932 1140 958">E40-E469; E50-E649.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 968 870 1027">5. Infecções de ouvido, nariz e garganta</td> <td data-bbox="913 968 1321 1027">H66-H669; J00-J009; J01-J019; J02-J029; J03-J039; J06-J069; J31-J319.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1036 837 1062">6. Pneumonias bacterianas</td> <td data-bbox="913 1036 1230 1095">J13-J139; J14-J149; J153-J154; J158-J159; J181.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1105 641 1130">7. Asma</td> <td data-bbox="913 1105 1010 1130">J45-j459.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1140 692 1166">8. Bronquites</td> <td data-bbox="913 1140 1115 1166">J20-J229; J40-J429.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1176 707 1201">9. Hipertensão</td> <td data-bbox="913 1176 1115 1201">I10-I109; I11-I119.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1211 671 1236">10. Angina</td> <td data-bbox="913 1211 1010 1236">I20-I209.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1246 822 1272">11. Insuficiência cardíaca</td> <td data-bbox="913 1246 1010 1272">I50-I509.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1281 772 1307">12. Diabetes <i>mellitus</i></td> <td data-bbox="913 1281 1025 1307">E10-E149.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1317 697 1342">13. Epilepsias</td> <td data-bbox="913 1317 1034 1342">G40-G409.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1352 833 1411">14. Infecção no rim e trato urinário</td> <td data-bbox="913 1352 1230 1377">N30-N309; N34-N349; N390.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1421 848 1479">15. Infecção da pele e tecido subcutâneo</td> <td data-bbox="913 1421 1261 1479">A46-A469; L01-L019; L02-L029; L03-L039; L04-L049; L08-L089.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1489 886 1548">16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos</td> <td data-bbox="913 1489 1291 1548">N70-N709; N71-N719; N72-N729; N73-N739; N75-N759; N76-N769.</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="548 1595 1351 1713">Observação: o rol de causas das internações sensíveis à Atenção Básica desse indicador embora baseado, não é idêntico a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.</p>	Condições Sensíveis	Lista CID-10	1. Doenças preveníveis por imunização e outras DIP	A15-A199; A33-A379; A50-A539; A95-A959; B05-B069; B16-B169; B26-B269; B50-B549; B77-B779; G000; I00-I029.	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	A00-A099; E86-E869.	3. Anemia	D50-D509.	4. Deficiências nutricionais	E40-E469; E50-E649.	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66-H669; J00-J009; J01-J019; J02-J029; J03-J039; J06-J069; J31-J319.	6. Pneumonias bacterianas	J13-J139; J14-J149; J153-J154; J158-J159; J181.	7. Asma	J45-j459.	8. Bronquites	J20-J229; J40-J429.	9. Hipertensão	I10-I109; I11-I119.	10. Angina	I20-I209.	11. Insuficiência cardíaca	I50-I509.	12. Diabetes <i>mellitus</i>	E10-E149.	13. Epilepsias	G40-G409.	14. Infecção no rim e trato urinário	N30-N309; N34-N349; N390.	15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46-A469; L01-L019; L02-L029; L03-L039; L04-L049; L08-L089.	16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
Condições Sensíveis	Lista CID-10																																	
1. Doenças preveníveis por imunização e outras DIP	A15-A199; A33-A379; A50-A539; A95-A959; B05-B069; B16-B169; B26-B269; B50-B549; B77-B779; G000; I00-I029.																																	
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	A00-A099; E86-E869.																																	
3. Anemia	D50-D509.																																	
4. Deficiências nutricionais	E40-E469; E50-E649.																																	
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66-H669; J00-J009; J01-J019; J02-J029; J03-J039; J06-J069; J31-J319.																																	
6. Pneumonias bacterianas	J13-J139; J14-J149; J153-J154; J158-J159; J181.																																	
7. Asma	J45-j459.																																	
8. Bronquites	J20-J229; J40-J429.																																	
9. Hipertensão	I10-I109; I11-I119.																																	
10. Angina	I20-I209.																																	
11. Insuficiência cardíaca	I50-I509.																																	
12. Diabetes <i>mellitus</i>	E10-E149.																																	
13. Epilepsias	G40-G409.																																	
14. Infecção no rim e trato urinário	N30-N309; N34-N349; N390.																																	
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46-A469; L01-L019; L02-L029; L03-L039; L04-L049; L08-L089.																																	
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70-N709; N71-N719; N72-N729; N73-N739; N75-N759; N76-N769.																																	

continua

conclusão

<p>Fonte</p>	<p>Códigos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH das internações clínicas 1– Códigos de procedimentos usados para selecionar as internações clínicas usadas como denominador da proporção média de internações sensíveis à Atenção Básica, de residentes dos municípios de referência Procedimentos obstétricos clínicos: 0303100010, 0303100028, 0303100036, 0303100044, 0303100052 Tratamentos clínicos: 0303010010, 0303010029, 0303010037, 0303010045, 0303010053, 0303010061, 0303010070, 0303010088, 0303010096, 0303010100, 0303010118, 0303010126, 0303010134, 0303010142, 0303010150, 0303010169, 0303010177, 0303010185, 0303010193, 0303010207, 0303010215, 0303020032, 0303020040, 0303020059, 0303020067, 0303020075, 0303020083, 0303030011, 0303030020, 0303030038, 0303030046, 0303030054, 0303030062, 0303040017, 0303040025, 0303040033, 0303040041, 0303040050, 0303040068, 0303040076, 0303040084, 0303040092, 0303040106, 0303040114, 0303040122, 0303040130, 0303040149, 0303040157, 0303040165, 0303040173, 0303040181, 0303040190, 0303040203, 0303040211, 0303040220, 0303040238, 0303040246, 0303040254, 0303040262, 0303040270, 0303040289, 0303040297, 0303050136, 0303050144, 0303060018, 0303060026, 0303060034, 0303060042, 0303060050, 0303060069, 0303060077, 0303060085, 0303060093, 0303060107, 0303060115, 0303060123, 0303060131, 0303060140, 0303060158, 0303060166, 0303060174, 0303060182, 0303060190, 0303060204, 0303060212, 0303060220, 0303060239, 0303060247, 0303060255, 0303060263, 0303060271, 0303060280, 0303060298, 0303060301, 0303070064, 0303070072, 0303070080, 0303070089, 0303070102, 0303070110, 0303070129, 0303080043, 0303080051, 0303080060, 0303080078, 0303080086, 0303080094, 0303090138, 0303090197, 0303090200, 0303090235, 0303090243, 0303090286, 0303090294, 0303090316, 0303110015, 0303110023, 0303110031, 0303110040, 0303110058, 0303110066, 0303110074, 0303110082, 0303110090, 0303110104, 0303110112, 0303120010, 0303130016, 0303130024, 0303130032, 0303130040, 0303130059, 0303130067, 0303130075, 0303130083, 0303140020, 0303140038, 0303140046, 0303140054, 0303140062, 0303140070, 0303140089, 0303140097, 0303140100, 0303140119, 0303140127, 0303140135, 0303140143, 0303140151, 0303150017, 0303150025, 0303150033, 0303150041, 0303150050, 0303150068, 0303160012, 0303160020, 0303160039, 0303160047, 0303160055, 0303160063, 0303160071, 0303180013, 0303180030, 0303180048, 0303180056, 0303180064, 0303180072, 0303190019, 0304010049, 0304010057, 0304010065, 0304010111, 0304010162, 0304080020, 0304080039, 0304080047, 0304080063, 0304090018, 0304090026, 0304090034, 0304090042, 0304100013, 0304100021, 0305010174, 0305020013, 0305020021, 0305020030, 0305020048, 0305020056, 0308010019, 0308010027, 0308010035, 0308010043, 0308020022, 0308020030, 0308030010, 0308030028, 0308030036, 0308040015, 0308040023 Diagnosticos e/ou Atendimentos de Urgência: 0301060010, 0301060070, 0301060088</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Anual</p>
<p>Responsabilidade da União para o alcance da meta</p>	<p>Monitorar as internações por causas sensíveis à Atenção Básica e apoiar ações para melhoria da resolutividade da Atenção Básica de modo a prevenir essas hospitalizações</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</p>	<p>Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail:idsus@saude.gov.br Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)</p>

Fonte: Secretaria-Executiva (SE/MS).

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

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da Atenção Básica.
Meta	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
Indicador	Indicador 3 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família
Relevância do Indicador	O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano}}{\text{Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano}} \times 100$
Fonte	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Semestral Observação: considerar como o resultado do ano o percentual de acompanhamento da segunda vigência.
Recomendações, observações e informações adicionais	O Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde possibilita o registro do acompanhamento das condicionalidades de Saúde das famílias beneficiárias com perfil saúde. A cada vigência do Programa os municípios devem registrar no sistema as informações sobre vacinação, peso e altura de crianças menores de 7 anos, além da realização do pré-natal de gestantes. A primeira vigência compreende o período entre 1º de janeiro a 30 de junho e a segunda, de 1º de agosto a 31 de dezembro de cada ano. Meta Brasil: cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família $\geq 73\%$
Responsabilidade da União para o alcance da meta	No que se refere às responsabilidades da União devem ser observadas as competências dispostas na Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: bfasaude@saude.gov.br

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

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

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da Atenção Básica.
Meta	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.
Indicador	Indicador 4 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal
Relevância do Indicador	Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</p> $\frac{(\text{Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas}/40) * 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Observação: A soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas será equivalente ao nº de equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica e na Saúde da Família.</p> <p>I – Como calcular a carga horária ambulatorial do profissional Cirurgião Dentista na Atenção Básica</p> <p>Passo 1 – Instalar o Tabwin (http://cnes.datasus.gov.br/ > Serviços > Recebimento de arquivo > Tabwin CNES).</p> <p>Passo 2 – Clicar em Arquivos Auxiliares e Manuais e realizar <i>download</i> dos arquivos tab36.zip e tabcnes_DEF-CNV_201107.zip.</p> <p>Passo 3 – Instalar o Tabwin e descompactar os arquivos de definição (tabcnes_DEF-CNV_201107.zip).</p> <p>Obs.: Em caso de dúvida na instalação do Tabwin, consultar o manual (Roteiro_Obtenção-Instalação.doc), também disponível no <i>site</i> do CNES em Arquivos Auxiliares e Manuais.</p> <p>Passo 4 – Em seguida, realizar <i>download</i> do(s) arquivo(s) do CNES para tabulação no Tabwin.</p> <p>Passo 5 – Selecionar o estado desejado e o arquivo de extensão < PF + CÓD. UF + AAMM.dbc > da competência que será analisada. AAMM: Ano e mês da competência em análise</p> <p>Passo 6 – Abrir o Tabwin e selecionar o arquivo de definição PROFISSIONAL para executar a tabulação.</p> <p>[Opções] DEF=C:\Users\Documents\Tabwin\CNES\Profissional.def PATH=PROFISS\PF*.DB? Linha=Municipios-UF Incremento=Horas Ambulator. Suprime_Linhas_Zeradas=true Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Ocupação-Único: 223208 CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA 223293 CIRURGIAO DENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA 223272- CIRURGIAO DENTISTA DE SAUDE COLETIVA DENTISTA DE SAUDE COLETIVA</p>

conclusão

<p>Método de Cálculo</p>	<p>Tipo de Estabelec.: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE POSTO DE SAUDE UNIDADE MOVEL FLUVIAL UNIDADE MOVEL TERRESTRE CONSULTORIO Esfera Administrativa: FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL [Arquivos] PFUFAAMM.DBC</p> <p>Obs.: Para fazer o Cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador.</p> <p>Passo 7 – Após obter a tabulação descrita acima, deve-se dividir a carga horária total encontrada por 40 (que corresponde a 40 horas ambulatoriais). O resultado será equivalente ao número de equipe(s) Saúde Bucal na Atenção Básica e Saúde da Família.</p> <p>II – Como identificar os dados da população O levantamento dos dados da população para o cálculo poderá ser acessado no portal do DAB <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.</p> <p>Obs.: Em caso de dúvida, consultar a Nota Técnica disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf>.</p> <p>Passo 1 – Escolher uma das Opções de Consulta. Obs.: No exemplo a seguir foi utilizada a opção Unidades Geográficas por Competência.</p> <p>Passo 2 – Selecionar Unidades Geográficas por Competência, depois a competência por mês e ano a ser calculada, e a unidade geográfica, que pode ser o estado ou o município desejado.</p> <p>Passo 3 – Para realizar o levantamento dos dados da população, selecionar em Campos a serem exibidos no relatório: População.</p> <p>Passo 4 – No Resultado da Consulta escolher Visualização em tela ou Exportar para o tipo de arquivo a ser utilizado.</p>
<p>Fonte</p>	<p>Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de equipes da Saúde Bucal, de profissionais, especialidade, carga horária Departamento de Atenção Básica (DAB) <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual</p>
<p>Responsabilidade da União para o alcance da meta</p>	<p>Promover aumento progressivo do financiamento da Atenção Básica e das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, ofertar ações de apoio institucional às gestões estaduais e municipais para a ampliação da cobertura da saúde bucal.</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</p>	<p>Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> avaliacao.dab@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br</p>

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

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

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.
Meta	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
Indicador	Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
Relevância do Indicador	Reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses} / 12}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Qtde. Apresentada). IBGE – População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código:01.01.02.003-1).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação. Garantir incentivos financeiros para o custeio das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica e compra dos insumos necessários para desenvolvimento da ação.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> avaliacao.dab@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br

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

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

Tipo de indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.
Meta	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.
Indicador	Indicador 6 – Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
Relevância do Indicador	Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela Odontologia do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Número total de extrações dentárias em determinado local e período}}{\text{Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$

continua

conclusão

Fonte	<p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Qtde. Apresentada). Critério de Seleção: Numerador – Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE e 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE). Denominador – Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 31 códigos de procedimento) e Período.</p> <p>0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria; 0307010015 Capeamento pulpar; 0307010031 Restauração de dente permanente anterior; 0307010040 Restauração de dente permanente posterior; 0307020010 Acesso à polpa dentária e medicação (por dente); 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico; 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020070 Pulpotomia dentária; 0307020088 Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; 0307020118 Selamento de perfuraçãoo radicular; 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem coronorradicular (por sextante); 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada; 0414020073 Curetagem periapical; 0414020138 Exodontia de dente permanente; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020219 Odontossecação/Radilectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação. Induzir a inclusão de procedimentos preventivos e referência a procedimentos especializados em Odontologia para evitar a extração dentária. Garantir incentivos financeiros para o custeio das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> avaliacao.dab@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br

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

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

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.
Meta	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.
Indicador	Indicador 7 – Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente
Relevância do Indicador	Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsídios processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador: 0201010151, 0201010160, 0201010585, 0201010607, 0201010666, 0202030059, 0202030237, 0202031080, 0203010043, 0203020014, 0205010032, 0405030045, 0405050097, 0405050100, 0405050119, 0405050151, 0405050372, 0409040240, 0409050083, 0506010023, 0506010031, 0506010040
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar a ampliação do acesso à média complexidade, a implantação de mecanismos de regulação e o monitoramento e avaliação.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> altacomplexidade@saude.gov.br

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

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

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.
Meta	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.
Indicador	Indicador 8 – Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
Relevância do Indicador	<p>Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico-cirúrgica de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida.</p> <p>Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS.</p>
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de média complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	<p>Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Complexidade do procedimento = Média complexidade. Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhamento do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do conceito, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Para consultar os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, ver Apêndice.</p>

continua

conclusão

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

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

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

Tipo de indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.
Meta	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente.
Indicador	Indicador 9 – Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente
Relevância do Indicador	Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsídios processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de alta complexidade de responsabilidade do SUS.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 100$

continua

conclusão

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

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

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

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.
Meta	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.
Indicador	Indicador 10 – Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente
Relevância do Indicador	Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico-cirúrgica de alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsídia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de alta complexidade de responsabilidade do SUS.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de alta complexidade}}{\text{População residente mesmo local e período}} \times 1.000$
Fonte	Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Tipo de AIH = Normal. Complexidade do procedimento = Alta complexidade; Motivo Saída/Permanência= Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhamento do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Para consultar os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, ver Apêndice.

continua

conclusão

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

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

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

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.
Meta	Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
Indicador	Indicador 11 – Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado
Relevância do Indicador	Permite monitorar a qualidade da assistência hospitalar prestada à população por meio de mecanismos de gestão e acompanhamento de metas pactuadas.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Número de hospitais SUS acima de 50 leitos (públicos e privados) com contratos firmados em determinado local e período}}{\text{Número de hospitais SUS acima de 50 leitos (públicos e privados) no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Meta Nacional: 40% dos hospitais acima de 50 leitos com contrato de metas firmado.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Rever instrumentos de contratualização, solução jurídica para contratualização de prestadores sem documentação em dia (certidão negativa etc.). Induzir celebração de contrato.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral Hospitalar (CGHOSP) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Departamento de Regulação e Controle e Avaliação (DRAC) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> cghosp@saude.gov.br

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

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

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.
Objetivo Nacional	Objetivo 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.
Indicador	Indicador 12 – Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado
Relevância do Indicador	Possibilita o acompanhamento da ampliação da cobertura da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências para atender à legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública, que são as violências doméstica, sexual e outras violências.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> Número absoluto de unidades de Saúde com notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: janeiro Periodicidade para monitoramento: quadrimestral Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Ampliar em 20%, anualmente, o número de unidade de Saúde notificando. Quando não existir unidade de Saúde notificando, implantar, pelo menos, uma.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a prevenção de violências e de promoção da saúde. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de prevenção das violências. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de prevenção das violências. Financiar, com estados e municípios, ações de prevenção das violências. Realizar estudos sobre a ocorrência de violências na região. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a ocorrência de violências no País. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGVDANTPS) Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVANTPS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) <i>E-mail:</i> cgdant@saude.gov.br ; dasis@saude.gov.br

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

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

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.
Objetivo Nacional	Objetivo 2.1 – Implementar a Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.
Indicador	Indicador 13 – Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
Relevância do Indicador	Mede a suficiência e eficiência da atenção prestada à vítima antes e após chegada ao hospital auxiliando na avaliação, planejamento e adequada estruturação da rede de atenção à urgência e emergência.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Número de óbitos hospitalares por acidente}}{\text{Número total de óbito por acidente em determinado local e período}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Seleção: causa do óbito com CID, segundo a CID-10, de V01 a X59, cujo local de ocorrência do óbito marcado na declaração de óbito tenha sido o hospital.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Articular, estimular, apoiar, acompanhar com vistas a habilitação e qualificação do serviço de atendimento móvel de urgência (Samu). Apoiar a ampliação do acesso à rede de atenção à urgência e emergência hospitalar e na estruturação de sistema de referenciamento.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> cgue@saude.gov.br

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

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

Tipo de indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.
Objetivo Nacional	Objetivo 2.1 – Implementar a Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
Indicador	Indicador 14 – Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
Relevância do Indicador	Avalia o acompanhamento das condições associadas ao IAM pela Atenção Básica, como a hipertensão arterial e a disseminação e utilização da linha de cuidado do IAM pelos serviços de Saúde.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Número de óbitos das internações por IAM}}{\text{Número total das internações por IAM, em determinado local e período}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Critérios: Óbitos de pacientes acima de 20 anos internados por IAM. Internações de pacientes acima de 20 anos por IAM.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Monitorar as internações por IAM, apoiar e qualificar as ações para implementação da Linha de Cuidado Cardiovascular, além de elaborar e/ou apoiar a implementação de Programas de Educação Permanente.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) <i>E-mail:</i> idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> avaliacao.dab@saude.gov.br

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

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

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.
Objetivo Nacional	Objetivo 2.1 – Implementar a Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva.
Indicador	Indicador 15 – Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)
Relevância do Indicador	Analisa variações geográficas e temporais da mortalidade das internações de menores de 15 anos de idade, com uso de UTI, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Aponta a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil. Subsidiaria processos de planejamento, gestão e avaliação da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Número de óbitos em menores de 15 anos internados com uso de unidades de terapia intensiva}}{\text{Total de menores de 15 anos internados com uso de unidades de terapia intensiva}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) Critérios de seleção: Tabulação dos dados por município de residência do usuário. Tipo de AIH = Normal Tipo de UTI: UTI Infantil I; UTI Infantil II; UTI Infantil III; UTI Neonatal I; UTI Neonatal II; UTI Neonatal III Campo SIH Óbito = Com óbito ou Motivo de Saída (campo de dados do SIH selecionados) Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Óbito da gestante e do concepto.

continua

conclusão

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

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

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

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.
Objetivo Nacional	Objetivo 2.1 – Implementar a Rede de Atenção às Urgências.
Meta	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).
Indicador	Indicador 16 – Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192)
Relevância do Indicador	Monitorar o acesso da população aos primeiros atendimentos nos casos de urgência e emergências, aprimorando os esforços no sentido de reduzir as complicações decorrentes de eventos e favorecendo a regulação da assistência nos pontos de atenção.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{População residente em municípios com acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192) em determinado local e período}}{\text{População total residente no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) e publicação de portarias de habilitação.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Meta Nacional: aumentar 4% da cobertura do ano anterior.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Articular, estimular, apoiar, acompanhar com vistas a habilitação e a qualificação do serviço de atendimento móvel de urgência.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail:</i> cgue@saude.gov.br

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

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

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.
Objetivo Nacional	Objetivo 2.2 – Fortalecer mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.
Meta	Aumentar o percentual de internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador.
Indicador	Indicador 17 – Proporção das internações de urgência e emergência reguladas
Relevância do Indicador	Permite monitorar o acesso da população as internações nos casos de urgência e emergências e favorecer a regulação da assistência nos pontos de atenção.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Número de internações de urgência e emergência reguladas}}{\text{Número total de internações de urgência e emergência}} \times 100$
Fonte	Centrais de Regulação/Sisreg.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: semestral Avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Disponibilizar o Sistema de Regulação (Sisreg) para os gestores e monitorar as informações sobre as solicitações de vagas para internação de urgência, com base no sistema.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail: cgue@saude.gov.br</i>

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 23 – Indicador 20: Proporção de parto normal

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

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

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

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

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

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

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.
Indicador	Indicador 22 – Número de testes de sífilis por gestante
Relevância do Indicador	Como indicador de concentração, expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> <p>(Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e local/ Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local).</p> <p>Observação:</p> <p>1. Para o numerador considerar os seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE. 0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE.</p> <p>2. Para o denominador considerar o total de internações pelo SUS dos seguintes procedimentos: 0310010039 PARTO NORMAL. 0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO. 0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO. 0411010034 PARTO CESARIANO. 0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.</p>
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: março Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Realizar, pelo menos, dois testes de sífilis, conforme preconizado em normativa específica. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita).

continua

conclusão

<p>Responsabilidade da União para o alcance da meta</p>	<p>Propor políticas públicas voltadas para a saúde das gestantes e da criança. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para as gestantes e crianças. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de saúde voltadas para as gestantes e crianças. Financiar, com estados e municípios, ações de Vigilância em Saúde voltadas para as gestantes e crianças. Realizar estudos sobre a saúde das gestantes e crianças. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a saúde das gestantes e crianças. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</p>	<p>Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) <i>E-mail:</i> cm&a@aids.gov.br</p>

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

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

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

continua

conclusão

Fonte	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).</p> <p><u>Conceito de óbito materno</u> – A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. As mortes maternas são causadas por afecções do capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério (com exceção das mortes fora do período do puerpério de 42 dias – códigos O96 e O97) e por afecções classificadas em outros capítulos da CID, especificamente: (i) Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez (campo 44 da Declaração de Óbito DO assinalado “sim”) ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte (campo 44 da DO em branco ou assinalado “ignorado”). (ii) Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte. Para isso devem ser considerados os casos em que o campo 43 da DO (morte durante gravidez, parto e aborto) esteja marcado “sim” ou o campo 44 (morte durante o puerpério) assinalado “sim, até 42 dias”. (iii) São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério. Entretanto, essas mortes, para efeito do cálculo da Razão de Mortalidade Materna, não serão incluídas, tanto pela baixa frequência de ocorrência, quanto pela dificuldade da sua identificação na base de dados de mortalidade. A CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Esses casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010.</p> <p>Periodicidade para monitoramento: quadrimestral</p> <p>Periodicidade para avaliação: anual</p>
Responsabilidade da União para o alcance da meta	<p>Apoiar técnica e financeiramente os estados e municípios na adesão à Rede Cegonha incluindo a formação dos profissionais para boas práticas e segurança na atenção à gravidez, parto e nascimento. Monitorar a vigilância dos óbitos maternos e padronizar instrumentos de investigação nos estados e municípios.</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Departamento de Análise e Situação de Saúde (DASIS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) <i>E-mail:</i> saude.mulher@saude.gov.br</p>

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

Quadro 27 – Indicador 24: Taxa de mortalidade infantil

Tipo Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Reduzir a mortalidade infantil.
Indicador	Indicador 24 – Taxa de mortalidade infantil
Relevância do Indicador	Avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de Saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u></p> $\frac{\text{Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano}}{\text{Número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano}} \times 1.000$ <p>Para municípios com população menor que 100 mil habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano.</p>
Fonte	Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM). Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar técnica e financeiramente os estados e municípios na adesão à Rede Cegonha com boas práticas e segurança na atenção à gravidez, parto e nascimento e atenção à saúde de crianças menores de 1 ano com qualidade e resolutividade. Monitorar a vigilância dos óbitos infantis e padronizar instrumentos de investigação nos estados e municípios.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Área Técnica da Saúde da Criança (ATSC) Departamento de Ações Programáticas em Saúde (DAPES) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: crianca@saude.gov.br

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

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

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Investigar os óbitos infantis e fetais.
Indicador	Indicador 25 – Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
Relevância do Indicador	O percentual de investigação de óbitos infantis e fetais mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, levando à reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais e à identificação de determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Total de óbitos infantis e fetais investigados}}{\text{Total de óbitos infantis e fetais ocorridos}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. <u>Observação:</u> O numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo Módulo.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. <i>Site</i> para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e fetal < http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw >. Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 2013 = 40

continua

conclusão

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

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

Quadro 29 – Indicador 26: Proporção de óbitos maternos investigados

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Investigar os óbitos maternos.
Indicador	Indicador 26 – Proporção de óbitos maternos investigados
Relevância do Indicador	Permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Total de óbitos maternos investigados}}{\text{Total de óbitos maternos}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. <u>Observação:</u> o numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo módulo.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. <i>Site</i> para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna < http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw >. Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 100%.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Propor políticas públicas voltadas para a redução de óbitos maternos. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das investigações de óbitos maternos. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de investigação de óbitos maternos. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a investigação de óbitos maternos. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os formulários necessários ao registro das informações da investigação de óbitos maternos. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.

continua

conclusão

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

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

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

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).
Indicador	Indicador 27 – Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
Relevância do Indicador	Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Permite, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Total de óbitos de MIF investigados}}{\text{Total de óbitos de MIF}} \times 100$
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. Observação: o numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo módulo.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparado com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. <i>Site</i> para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna < http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw >. Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: 2013 \geq 70% dos óbitos em MIF.

continua

conclusão

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

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

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

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

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

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

Tipo Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 4 – Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.
Objetivo Nacional	Objetivo 4.1 – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
Meta	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).
Indicador	Indicador 29 – Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (Caps).
Relevância do Indicador	Permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ Caps I X } 0,5) + (\text{n}^\circ \text{ Caps II}) + (\text{N}^\circ \text{ Caps III X } 1,5) + (\text{N}^\circ \text{ de Caps i}) + (\text{N}^\circ \text{ Caps ad}) + (\text{N}^\circ \text{ de Caps ad III X } 1,5) \text{ em determinado local e período}}{\text{População residente no mesmo local e período}} \times 100.000$
Fonte	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES). População (IBGE).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Meta Nacional: 0,77 Este indicador deverá ser pactuado pelos municípios com população igual ou superior a 15 mil habitantes.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Incentivar a implantação e cofinanciar, normatizar o funcionamento; oferecer suporte técnico, monitorar, avaliar e gerar informação.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Área Técnica de Saúde Mental (ATSM) Departamento de Ações Programáticas em Saúde (Dapes) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) <i>E-mail</i> : saudemental@saude.gov.br

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