

**METAS E  
INDICADORES PARA  
COMPOSIÇÃO DA  
PARTE II DO  
CONTRATO  
ORGANIZATIVO DE  
AÇÃO PÚBLICA**

**CADERNO**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
2012



**Ministro de Estado da Saúde**

Alexandre Padilha

**Secretaria Executiva**

Márcia Aparecida do Amaral

**Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

**Secretaria de Atenção a Saúde**

Helvécio Miranda Magalhães

**Secretaria de Vigilância a Saúde**

Jarbas Barbosa

**Secretaria de Ciência e Tecnologia**

Carlos Gadelha

**Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**

Mozart Sales

**Secretaria Especial de Saúde Indígena**

Antonio Alves

**Departamento de Articulação Interfederativa**

André Bonifácio de Carvalho

**Coordenação-Geral de Contratualização Interfederativa**

Mônica Sampaio

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

**Coordenação dos trabalhos:**

André Bonifácio de Carvalho

Dorian Chin Smarzaró

Lenir Santos

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Mônica Sampaio

Sandro Terabe

**Grupo Executivo do Contrato Organizativo de Ação Pública**

Adail Rollo – SE

Adelina Maria Melo Feijão – DENASUS/SGEP

Adriana Bacellar - SVS  
Ana Cristina Curvina – DAI/SGEP  
Ana Lucia Gurgel – DARAS/SAS  
Dorian Chim Smarzarro – DAI/SGEP  
Flávia de Castro Amaral – DENASUS/SGEP  
Giliana Bettini – DECIT/SCTIE  
João René Mattos Filho – DAI/SGEP  
José Amancio Carlos Filho - ANVISA  
Karen Sarmiento Costa – DAF/SCTIE  
Marcelina Ceolin – DAB/SAS  
Marcia Bueno Scatolin – DAI/SGEP  
Maria Celeste Rodrigues - SAS  
Maria Francisca Santos Abritta Moro – DOGES/SGEP  
Maria Luiza Levi – DESID/SE  
Monica Durães - SGTES  
Mônica Sampaio – DAI/SGEP  
Noemia Tavares – DAF/SCTIE  
Paula Kanikadan – DECIT/SCTIE  
Regina Brizolara - SGTES  
Roberto Guerrero Marques - SESAI  
Sandra de Jesus Dutra – DAI/SGEP  
Sandro Terabe – DAI/SGEP  
Vanessa Rocha – Conjur/GAB

**Apoio técnico e administrativo**

Livio Lima  
João René Mattos Filho  
Lucivânia Nogueira do Carmo  
Paloma Almeida  
Roberta Marinho da Silva  
Silvio Sobreira

**Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores  
Tripartite**

Adriana Oliveira  
André Bonifácio  
Christiane Santos  
Dorian Chin Smarzarro  
Isabel Senra  
Kátia Cristina de Oliveira  
Lourdes Lemos Almeida  
Marcos Franco

Mônica Sampaio  
Nilo Bretas  
Rita de Cássia Bertão Cataneli  
Rochelle Ferraz  
Sandro Terabe  
Sidney Costa Roriz

## Sumário

1.	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12	
2.	<b>DIRETRIZES</b> .....	12	
3.	<b>OBJETIVOS REGIONAIS</b> .....	12	
4.	<b>METAS REGIONAIS</b> .....	13	
5.	<b>INDICADORES</b> .....	13	
a.	Indicadores Universais .....	14	
b.	Indicadores Específicos.....	14	
c.	Indicadores Complementares.....	14	
6.	<b>RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS</b> .....	15	
7.	<b>FORMAS DE AVALIAÇÃO</b> .....	15	
8.	<b>PRAZO DE EXECUÇÃO</b> .....	16	
<b>ANEXO 1: PLANILHA SINTÉTICA DE INDICADORES E METAS POR DIRETRIZ 17</b>			
DIRETRIZES NACIONAIS .....			18
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. ....			18
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.....			19
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. ....			20
Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas. ....			21
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. ....			21
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. ....			22
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.....			22
Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. ....			24
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS. ....			24

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. .... 26

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS..... 26

## **ANEXO 2: FICHAS DE INDICADORES E METAS..... 27**

DIRETRIZ 1: TIPO INDICADOR: UNIVERSAL..... 27

1.1. INDICADOR: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica  
27

1.2. INDICADOR: Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB)..... 27

1.3. INDICADOR: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada..... 27

1.4. INDICADOR: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos ..... 28

1.5. INDICADOR: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF ..... 28

DIRETRIZ 1 - TIPO INDICADOR: ESPECÍFICO..... 28

1.1. INDICADOR: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal. 28

1.2. INDICADOR: Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM). 29

1.3. INDICADOR: Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente..... 29

1.4. INDICADOR: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados na população residente ..... 29

1.5. INDICADOR: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente ..... 30

1.6. INDICADOR: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante. .... 30

1.7. INDICADOR: Procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes..... 30

1.8. INDICADOR: Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes..... 31

1.9. INDICADOR: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população de não residentes..... 31

1.10. INDICADOR: Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes..... 32

1.11. INDICADOR: Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). .... 32

1.12. INDICADOR: Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado. 32

DIRETRIZ 1 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR ..... 33

1.1.	INDICADOR: Percentual de equipes da Atenção Básica apoiadas por NASF. ....	33
1.2.	INDICADOR: Percentual de equipes aderidas ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ.....	33
1.3.	INDICADOR: Percentual de Equipes de Atenção Básica contratualizadas no Programa de Saúde na Escola.....	34
1.4.	INDICADOR: Proporção de UBS com infraestrutura adequada.....	34
DIRETRIZ 2 - TIPO INDICADOR: UNIVERSAL .....		34
2.1.	INDICADOR: Proporção de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.....	34
DIRETRIZ 2 - TIPO INDICADOR: ESPECÍFICO .....		36
2.1.	INDICADOR: Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente. ....	36
2.2.	INDICADOR: Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). .....	36
2.3.	INDICADOR: Taxa de inspeções sanitárias em Prontos Socorros. ....	37
2.4.	INDICADOR: Proporção das internações da urgência emergência reguladas . ....	37
DIRETRIZ 2 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR .....		38
2.1.	INDICADOR: Taxa de inspeções sanitárias em Unidades de Pronto Atendimento (UPA). ....	38
2.2.	INDICADOR: Número de Núcleos de Acesso e Qualidade implantados em hospitais. .....	38
2.3.	INDICADOR: Proporção de serviços hospitalares da Região com contrato firmado com gestores. ....	39
DIRETRIZ 3 - TIPO INDICADOR: UNIVERSAL .....		39
3.1.	INDICADOR: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.....	39
3.2.	INDICADOR: Proporção de partos normais na região. ....	39
3.3.	INDICADOR: Proporção de gestantes com no mínimo sete consultas de pré-natal..	40
3.4.	INDICADOR: Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para a sífilis.....	40
3.5.	INDICADOR: Proporção de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto. ...	40
3.6.	INDICADOR: Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	41
3.7.	INDICADOR: Taxa de mortalidade infantil.....	41
3.8.	INDICADOR: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados. ....	41
3.9.	INDICADOR: Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados. ....	42
DIRETRIZ 3 - TIPO INDICADOR: ESPECÍFICO .....		43
3.1.	INDICADOR: Razão de exames de mamografias realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária. ....	43

3.2. INDICADOR: Taxa de incidência da sífilis congênita. ....	43
DIRETRIZ 3 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR .....	44
3.1. INDICADOR: Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero. ....	44
3.2. INDICADOR: Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto. ....	44
DIRETRIZ 4 - TIPO INDICADOR: ESPECÍFICO .....	45
4.1. INDICADOR: Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). ....	45
DIRETRIZ 4 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR .....	45
4.1. INDICADOR: Proporção de expansão de leitos de saúde mental em hospital geral. ....	45
4.2. INDICADOR: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/AD) – Alcool e Drogas Qualificados. ....	46
4.3. INDICADOR: Implantação Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil (Uaa, Uai).....	46
4.4. INDICADOR: Proporção de beneficiários atendidos pelo programa “De volta para casa” (PVC) .....	46
4.5. INDICADOR: Número de internações em Hospital Psiquiátrico .....	47
DIRETRIZ 5 - TIPO INDICADOR: UNIVERSAL .....	47
5.1. INDICADOR: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) .....	47
DIRETRIZ 5 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR .....	48
5.1. INDICADOR: Entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para o atendimento ao idoso e portadores de doenças crônicas.....	48
5.2. INDICADOR: Cobertura vacinal contra gripe. ....	48
5.3. INDICADOR: Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur. ....	48
DIRETRIZ 6 - INDICADOR ESPECÍFICO .....	49
6.1. INDICADOR: Coberturas vacinais de acordo com o calendário básico de vacinação da criança indígena. ....	49
6.2. INDICADOR: Percentual de óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI. ....	49
6.3. INDICADOR: Percentual de óbitos maternos em mulheres indígenas e de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.....	50
6.4. INDICADOR: Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI. ....	50
6.5. INDICADOR: Mortalidade de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. ....	51
DIRETRIZ 7 - INDICADOR UNIVERSAL.....	52



7.1. INDICADOR: Coberturas vacinais de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança. ....	52
7.2. INDICADOR: Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. ....	53
7.3. INDICADOR: Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.....	54
7.4. INDICADOR: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.....	55
7.5. INDICADOR: Proporção de amostras da qualidade da água examinados para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez. ....	55
7.6. INDICADOR: Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.....	57
7.7. INDICADOR: Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente na região.....	58
7.8. INDICADOR: x% de municípios da região de saúde que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios. ....	58
7.9. INDICADOR: Incidência de aids em menores de cinco anos.....	59
DIRETRIZ 7 - INDICADOR ESPECÍFICO .....	60
7.1. INDICADOR: Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 350cel/mm <sup>3</sup> registrado no SISCEL. ....	60
7.2. INDICADOR Número de testes sorológicos anti-HCV realizados na região.....	60
7.3. INDICADOR: Taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral. ....	61
7.4. INDICADOR: Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina. ....	61
7.5. INDICADOR: Proporção de polos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado.....	62
7.6. INDICADOR: Proporção da população tratada para o tracoma nas localidades/ comunidades/ municípios da região avaliada. ....	63
7.7. INDICADOR: Índice Parasitário Anual (IPA) da malária. ....	64
7.8. INDICADOR: Percentual da população de escolares do ensino fundamental da rede pública que receberam tratamento coletivo para tratamento da esquistossomose e/ou geohelmintíases.....	64
7.9. INDICADOR: Número absoluto de óbitos por dengue.....	65
7.10. INDICADOR: Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue. ....	66
DIRETRIZ 7 - INDICADOR COMPLEMENTAR.....	66
7.1. INDICADOR: Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. ....	66
7.2. INDICADOR: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados. ....	67

DIRETRIZ 8 - INDICADOR ESPECIFICO .....	68
8.1. INDICADOR: Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado. ....	68
8.2. INDICADOR: Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias das UBS e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados. ....	70
8.3. INDICADOR: Taxa de inspeções sanitárias em indústrias de medicamentos. ....	71
DIRETRIZ 11 - INDICADOR UNIVERSAL.....	72
11.1. INDICADOR: Ações de educação permanente implementadas para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.....	72
DIRETRIZ 11 - INDICADOR ESPECIFICO .....	73
11.1. INDICADOR: Número de municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde. ....	73
DIRETRIZ 11 - INDICADOR COMPLEMENTAR.....	74
11.1. INDICADOR: Número de estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, inseridos nos serviços de saúde dos municípios da região de saúde.....	74
11.2. INDICADOR: Proporção de residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região. ....	74
11.3. INDICADOR: Proporção de residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção. ....	75
11.4. INDICADOR Proporção de residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região. ....	75
11.5. INDICADOR: Proporção de pontos implantados do Telessaúde do Brasil Rede nos municípios da região. ....	76
11.6. INDICADOR: Proporção de acessos às ações do Telessaúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico, tele educação) dos profissionais da atenção primária. ....	76
11.7. INDICADOR: Proporção de vínculos protegidos entre os trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública. ....	77
11.8. INDICADOR: Número de Mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde. ....	78
11.9. INDICADOR: Número de Mesas espaços formais regionais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde. ....	78
11.10. INDICADOR: Número de Mesas ou espaços formais de negociação permanente do SUS, municipais e regional, implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.....	79
DIRETRIZ 12 - INDICADOR ESPECIFICO .....	80

12.1. INDICADOR: Atesto do Conselho de Saúde para divulgação dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde.....	80
12.2. INDICADOR: Proporção de municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade contempladas nos respectivos planos de saúde. ....	80
DIRETRIZ 12 - INDICADOR COMPLEMENTAR.....	81
12.1. INDICADOR: Proporção de unidades municipais próprias sob gestão municipal. ....	81
12.2. INDICADOR: Proporção das ações e serviços da atenção básica sob gestão municipal .....	81
DIRETRIZ 13 - INDICADOR UNIVERSAL.....	82
13.1. INDICADOR: Proporção de ouvidorias implantadas nos municípios .....	82
DIRETRIZ 13 - INDICADOR ESPECÍFICO .....	83
13.1. INDICADOR: Municípios da Região de Saúde com SNA estruturados.....	83
DIRETRIZ 13 - INDICADOR COMPLEMENTAR.....	83
13.1. INDICADOR: Proporção dos entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde. ....	83
13.2. INDICADOR: Proporção de unidades hospitalares na região com centros de custos definidos, de acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos. ....	84
<b>ANEXO 3: Modelo de ficha de qualificação dos indicadores .....</b>	<b>85</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

O Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP tem suas bases no Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, onde 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.

O objetivo deste documento é orientar os entes para a elaboração das metas e indicadores do Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP. É produto da discussão do Grupo Executivo do COAP que integra o Comitê Gestor do Decreto 7508/11 e do GT de Gestão da Câmara Técnica da CIT.

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

1. Diretrizes e objetivos do PNS e políticas prioritárias;
2. Objetivos plurianuais em consonância com os planos nacional, estadual e municipal;
3. Metas Regionais anuais;
4. Indicadores;
5. Formas de Avaliação;
6. Prazos de Execução.

## **2. DIRETRIZES**

As diretrizes nacionais, estaduais e municipais constantes nos planos de saúde serão orientadoras para definição dos objetivos, indicadores e metas regionais do COAP.

A Resolução Tripartite n ° 03/2012 de Normas e Fluxos do contrato define que as diretrizes nacionais do Plano Nacional de Saúde são norteadoras para elaboração do contrato.

## **3. OBJETIVOS REGIONAIS**

São objetivos definidos a partir das diretrizes nacionais observando o Plano Nacional de Saúde e a sua compatibilização com os planos estaduais e municipais.

#### **4. METAS REGIONAIS**

O contrato terá metas regionais anuais que expressam um compromisso para alcançar objetivos.

Ao estabelecer metas, alguns fatores devem ser considerados:

- ✓ desempenhos anteriores, incluindo o desempenho de cada região dos indicadores que compõem o IDSUS;
- ✓ compreensão do estágio de referência inicial, ou seja, da linha de base;
- ✓ factibilidade, levando-se em consideração a disponibilidade dos recursos necessários, das condicionantes políticas, econômicas e da capacidade organizacional.

As metas e indicadores do contrato têm como referência o plano nacional de saúde aprovado pelo Conselho de Saúde, o pacto pela vida e de gestão, as políticas prioritárias pactuadas na tripartite, o IDSUS e a agenda do milênio.

As pactuações das metas da região deverão ser definidas no planejamento regional integrado e na análise da situação de saúde da região - Mapa da Saúde.

#### **5. INDICADORES**

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

Toda meta está diretamente relacionada a um indicador que expressa a maneira como a meta será avaliada.

Os indicadores não são simplesmente números, são atribuições de valor a objetivos, acontecimentos ou situações, de acordo com os marcadores para se chegar ao resultado final pretendido.

Os indicadores servem para:

- embasar a análise crítica dos resultados obtidos e do processo de tomada de decisão;
- contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais;
- analisar comparativamente o desempenho.

Todo indicador terá um método de cálculo que descreve como mensurar, de forma precisa e prática, seguindo um padrão universal.

Todos os indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) estão dispostos no Contrato Organizativo de Ação Pública (Resolução Tripartite nº 03/2012).

Os indicadores integrantes deste caderno são divididos em 3 tipos:

- Indicadores Universais;
- Indicadores Específicos;
- Indicadores Complementares.

#### **a. Indicadores Universais**

São referências para pactuação das metas comuns e obrigatórias para todas as regiões de saúde. O IDSUS, os Indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão e as políticas prioritárias foram os critérios orientadores para a definição desses indicadores.

Os indicadores universais substituirão os indicadores do Pacto pela Saúde e serão obrigatórios para a pactuação das metas municipais até a assinatura do COAP, quando estes passarão a compor os conteúdos da parte II do respectivo contrato.

#### **b. Indicadores Específicos**

São referências para pactuação de metas obrigatórias para as regiões de saúde onde forem identificadas as necessidades específicas.

#### **c. Indicadores Complementares**

São referências para pactuação de metas não obrigatórias para as regiões, tendo em vista as prioridades de cada ente federativo, expressas nos seus planos de saúde.

Cada ente federativo poderá, por meio do consenso tripartite na região, complementar a lista desses indicadores de acordo com as necessidades da região de saúde.

## 6. 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 e estarão expressas no anexo II e III da parte II.

Quando o ente não for responsável por executar diretamente a ação ou serviço previsto em percentuais na meta regional, o mesmo 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.

## 7. FORMAS DE AVALIAÇÃO

Define como será realizado o acompanhamento do indicador para o cumprimento da meta pactuada.

Em algumas metas, as formas de avaliação já estarão definidas através do método de cálculo dos seus indicadores, apenas devendo explicitar as fontes de informação devidamente identificadas na ficha de qualificação dos indicadores/metras.

### **Exemplo 1:**

Meta regional: redução da mortalidade infantil em x%

Indicador: número de óbitos em crianças menores que 5 anos/ população total x 1000

Formas de avaliação: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM

Em outros casos, haverá necessidade de explicitar mais detalhadamente a forma de avaliação, conforme exemplo abaixo:

### **Exemplo 2:**

Meta regional: Implantar ouvidoria nos regiões de saúde

Indicador: ouvidorias implantadas nos municípios

Formas de avaliação: Relatórios, Atas das CIBs, CIR e dos conselhos, com o fluxo de informações devidamente definido na ficha de qualificação dos indicadores/metasp.

## **8. PRAZO DE EXECUÇÃO**

Toda meta deverá conter o seu prazo de execução que será pactuado entre os entes federativos.

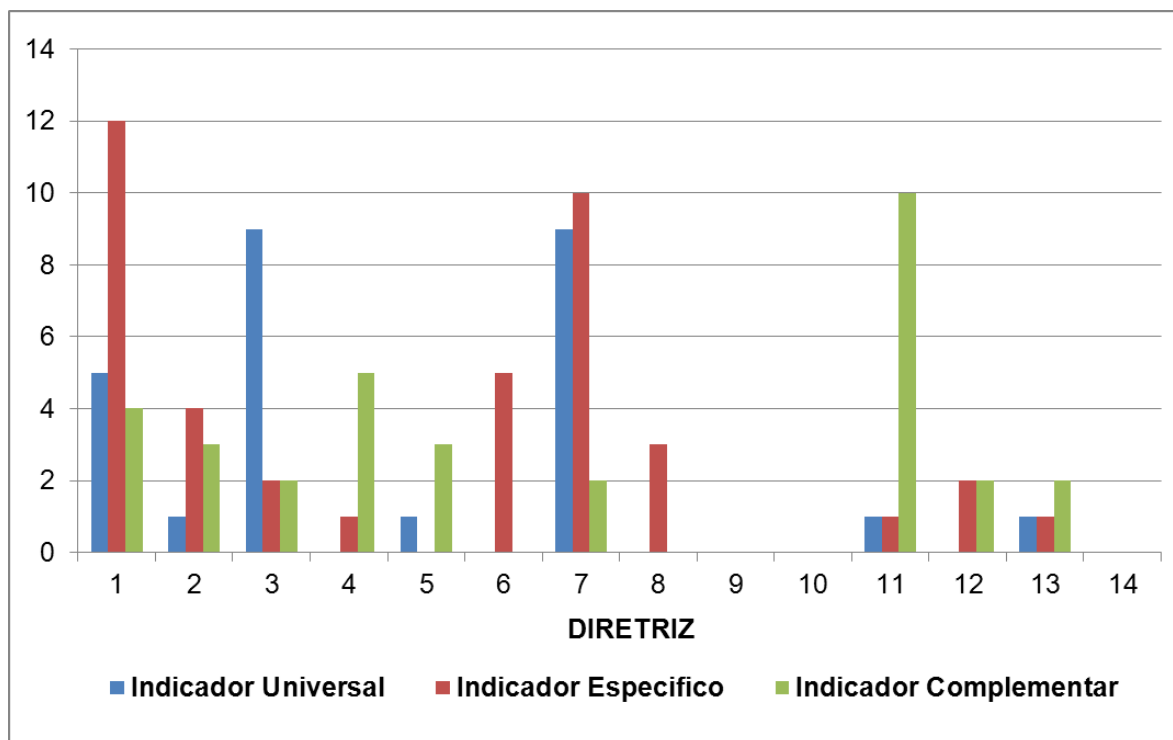
No início de cada ano, as regiões de saúde por meio das Comissões Intergestores Regionais – CIR, devem avaliar e repactuar as metas com o objetivo de firmar termo aditivo do contrato, sempre de acordo com os planos de saúde e as decisões das comissões intergestores, registrada em ata da CIB/CIR.



## ANEXO 1: PLANILHA SINTÉTICA DE INDICADORES E METAS POR DIRETRIZ

Diretriz	Indicador Universal	Indicador Especifico	Indicador Complementar	Total
1	5	12	4	21
2	1	4	3	8
3	9	2	2	13
4	0	1	5	6
5	1	0	3	4
6	0	5	0	5
7	9	10	2	21
8	0	3	0	3
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	1	1	10	12
12	0	2	2	4
13	1	1	2	4
14	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>33</b>	<b>101</b>

Gráfico dos quantitativos de indicadores por tipo x diretrizes nacionais



## DIRETRIZES NACIONAIS

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.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

### INDICADORES UNIVERSAIS

1.1	x % de Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	SAS
1.2	x % de internações por causas sensíveis à atenção básica.	Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica.	SAS
1.3	x% de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	SAS
1.4	x% de exodontia realizada em relação aos procedimentos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	SAS
1.5	X % de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF.	SAS

### INDICADORES ESPECÍFICOS

1.1	x% de equipes da Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	SAS
1.2	Redução em x% de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	SAS
1.3	x% de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente.	SAS
1.4	x % procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados na população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados na população residente.	SAS
1.5	x% de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	SAS
1.6	x% de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante.	SAS
1.7	x procedimentos de média complexidade para não residentes.	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes.	SAS
1.8	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.	Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.	SAS
1.9	x internações de média complexidade para não residentes realizadas.	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes.	SAS
1.10	x internações de alta complexidade para não residentes realizadas.	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes.	SAS

1.11	Redução em X% de óbitos em menores de 15 anos em UTI.	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva – UTIs.	SAS
1.12	X% de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	SAS

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

1.1	X % de Equipes de Atenção Básica apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (para os municípios com população acima de 10.350 habitantes).	Percentual de equipes da Atenção Básica apoiadas por NASF.	SAS
1.2	x% equipes aderidas ao PMAQ.	Percentual de equipes aderidas ao PMAQ.	SAS
1.3	x% Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE.	Percentual de Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE.	SAS
1.4	X % de UBS com infraestrutura adequada.	Proporção de UBS com infraestrutura adequada.	SAS

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.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES UNIVERSAIS

2.1	Ampliar em X% o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ ou outras formas de violências ao ano.	Proporção de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.	SVS
-----	--	--	-----

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

2.1	Reduzir em x% número de pessoas não assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.	SAS
2.2	x% de Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	SAS
2.3	100% de inspeções sanitárias em Prontos Socorros.	Taxa de inspeções sanitárias em Prontos Socorros.	ANVISA
2.4	x% de internação de urgência e emergência reguladas pelo Complexo Regulador.	Proporção das internações da urgência emergência reguladas.	SAS

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

2.1	100% de inspeções sanitárias nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	Taxa de inspeções sanitárias em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	ANVISA
2.2	X Núcleos de Acesso e Qualidade implantados em Hospitais.	Número de Núcleos de Acesso e Qualidade implantados em	SAS

		hospitais.	
2.3	x% de Contratos de gestão firmados nos serviços hospitalares da região.	Proporção de serviços hospitalares da Região com contrato de gestão firmado com gestores.	SAS

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.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES UNIVERSAIS

3.1	x% de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	SAS
3.2	x% de parto normal na região.	Proporção de partos normais na região.	SAS
3.3	x% das gestantes dos municípios realizando pelo menos 7 consultas de pré-natal.	Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	SAS
3.4	Aumentar em X% o acesso ao teste rápido de sífilis nas gestantes usuárias do SUS na região, segundo o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha".	Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para a sífilis.	SVS
3.5	x % de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto, durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com o desenho regional da Rede Cegonha.	Proporção de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto.	SAS
3.6	Redução da mortalidade materna em X números absolutos.	Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	SAS
3.7	Reduzir em X% a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.	SAS
3.8	Investigar X% dos óbitos infantil e fetal na região.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	SVS
3.9	Investigar X% dos óbitos maternos e os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna na região.	Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.	SVS

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

3.1	x% de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.	SAS
3.2	Redução de X% incidência da sífilis congênita.	Taxa de incidência de Sífilis Congênita.	SVS

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

3.1	X% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.	Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.	SAS
3.2	X% de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto .	Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para	SAS

	realização do parto.	
--	----------------------	--

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

N	Metas	Indicador	Área
<b>INDICADORES ESPECÍFICOS</b>			
4.1	x% Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	SAS

<b>INDICADORES COMPLEMENTARES</b>			
4.1	x% de leitos de saúde mental expandidos em hospital geral.	Proporção de expansão de leitos de saúde mental em hospital geral.	SAS
4.2	X% Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD) Qualificados.	Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD) Qualificados.	SAS
4.3	X unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil implantadas.	Implantação de Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil.	SAS
4.4	Incluir no PVC x % dos pacientes psiquiátricos com histórico de internação de longa permanência anterior a 2003 e que receberam alta	Proporção de beneficiários atendidos pelo programa “De volta para casa” (PVC)	SAS
4.5	Redução de x % das internações em hospitais psiquiátricos	Número de internações em Hospital Psiquiátrico	SAS

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.

N	Metas	Indicador	Área
<b>INDICADORES UNIVERSAIS</b>			
5.1	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT.	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	SVS

<b>INDICADORES COMPLEMENTARES</b>			
5.1	Percentual de entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para atendimento ao idoso e portadores de doenças crônicas.	Entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para o atendimento ao idoso e portadores de doenças crônicas.	SAS
5.2	Aumento de x% da Cobertura vacinal contra gripe.	Cobertura vacinal contra gripe.	SAS
5.3	Redução de x% ao ano a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.	SAS

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.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

6.1	X% de crianças aldeadas vacinadas de acordo com o calendário básico de vacinação da criança indígena.	Coberturas vacinais de acordo com o calendário básico de vacinação da criança indígena.	Sesai
6.2	X% de óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI.	Percentual de Óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI.	Sesai
6.3	X% de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.	Percentual de óbitos maternos em mulheres indígenas e de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.	Sesai
6.4	X% de internações de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Sesai
6.5	X% de mortalidade de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Mortalidade de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Sesai

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

N	Metas Regional	Indicador	Área
---	----------------	-----------	------

#### INDICADORES UNIVERSAIS

7.1	Alcançar as coberturas vacinais adequadas de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança em todos os municípios.	Coberturas vacinais de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança.	SVS
7.2	Aumentar em X% a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera na região.	Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	SVS
7.3	Aumentar em X% a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase na região.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	SVS
7.4	Aumentar em X% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida na região .	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	SVS
7.5	Ampliar em X% a proporção de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez.	Proporção de amostras da qualidade da água examinadas para parâmetros coliforme total, cloro residual e turbidez.	SVS

7.6	Encerrar oportunamente em X% as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.	Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	SVS
7.7	Ampliar em X% o número de municípios da região de saúde com notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente na região.	SVS
7.8	100% dos municípios da região de saúde executando ações de vigilância sanitária.	% de municípios da região de saúde que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.	ANVISA
7.9	Reduzir em X% a incidência de aids em menores de 5 anos na região.	Incidência de aids em menores de cinco anos.	SVS

### INDICADORES ESPECÍFICOS

7.1	Reduzir em X% o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV na região.	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 350cel/mm3 registrado no SISCEL.	SVS
7.2	Aumentar em X% a triagem sorológica da hepatite C na região.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados na região.	SVS
7.3	Reduzir em X% a taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral.	Taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral.	SVS
7.4	Garantir em X% a vacinação antirrábica dos cães na campanha.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	SVS
7.5	X% municípios da região de saúde com polos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado	Proporção de pólos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado	SVS
7.6	Garantir a realização do tratamento para o tracoma em X% da população nos municípios endêmicos da região.	Proporção da população tratada para o tracoma nas localidades/comunidades/ municípios da região avaliada.	SVS
7.7	Reduzir em X% Índice parasitário anual (IPA) da malária na Região Amazônica	Índice parasitário anual (IPA) da malária	SVS
7.8	Garantir a oferta de tratamento coletivo para X% dos escolares do ensino fundamental dos estados de AL, BA, MG, PE e SE, nas localidades com prevalência acima de 10% para esquistossomose e 20% para geohelmintíases, com Programa Saúde na Escola implantado.	Percentual da população de escolares do ensino fundamental que receberam tratamento coletivo para tratamento da esquistossomose e/ou geohelmintíases.	SVS
7.9	Reduzir em X% o número absoluto de óbitos por dengue na região.	Número absoluto de óbitos por dengue.	SVS
7.10	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue em domicílios da Região Meta: pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios da Região em cada ciclo.	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.	SVS

### INDICADORES COMPLEMENTAR

7.1	Garantir a realização de X% de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose na região.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	SVS
-----	--	---	-----

7.2	Garantir X% de exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase na região.	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	SVS
-----	--	--	-----

Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

8.1	Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em X municípios da região	Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado	SCTIE
8.2	x% dos municípios da extrema pobreza com farmácias das UBS e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias das UBS e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	SCTIE
8.3	100% de inspeções sanitárias em indústria de medicamentos realizadas na região.	Taxa de inspeções sanitárias em indústrias de medicamentos	Anvisa

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

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES UNIVERSAIS

11.1	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	Ações de educação permanente implementadas para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	SGTES
------	---	---	-------

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

11.1	X municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.	Número de municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.	SGTES
------	--	--	-------

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

11.1	Inserir X estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, nos serviços de saúde dos municípios da região.	Número de estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, inseridos nos serviços de saúde dos municípios da região de saúde	SGTES
------	--	--	-------



11.2	% dos residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetricia, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região.	Proporção de residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetricia, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região.	SGTES
11.3	100% dos residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção básica dos municípios da região	Proporção de residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção.	SGTES
11.4	100% dos residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.	Proporção de residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.	SGTES
11.5	Ampliar X% do número de pontos do Tele Saúde do Brasil Rede nos municípios da região.	Proporção de pontos implantados do Tele Saúde do Brasil Rede nos municípios da região.	SGTES
11.6	Ampliar em X% o número de acesso às ações do Tele Saúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico e tele educação) do profissionais da atenção primária.	Proporção de acesso às ações do Tele Saúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico e tele educação) do profissionais da atenção primária.	SGTES
11.7	Aumentar em x% os vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública, na região de saúde.	Proporção de vínculos protegidos entre os trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública.	SGTES
11.8	X Mesas (ou espaços formais) Municipais de Negociação do SUS implantados e em funcionamento.	Número de Mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.	SGTES
11.9	X Mesas (ou espaços formais) Regionais de Negociação Permanente do SUS implantados e em funcionamento .	Número de Mesas ou espaços formais regionais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.	SGTES
11.10	X Mesas (ou espaços formais) municipais e regionais de Negociação do SUS implantados e em funcionamento.	Número de Mesas ou espaços formais de negociação permanente do SUS municipais e regionais implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.	SGTES

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.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

12.1	100% dos municípios com divulgação da carta dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde.	Atesto do Conselho de Saúde para divulgação dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde.	DAI/ SGEP
12.2	100% dos municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade contempladas nos respectivos planos de saúde.	Proporção de municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade contempladas nos respectivos planos de saúde.	DAGEP/ SGEP

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

12.1	X% de Unidades municipais próprias sob gestão municipal.	Proporção de unidades municipais próprias sob gestão municipal.	DAI/ SGEP
12.2	100% de descentralização das ações e serviço de atenção básica sob gestão municipal.	Proporção das ações e serviços da atenção básica sob gestão municipal.	DAI/ SGEP

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

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES UNIVERSAIS

13.1	X% dos municípios com ouvidorias implantadas	Proporção de Ouvidorias implantadas nos municípios	SGEP
------	--	--	------

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

13.1	Estruturar o SNA em X municípios da região de Saúde.	Municípios da Região de saúde com SNA estruturados.	SGEP
------	--	---	------

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

13.1	x% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	Proporção dos entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	SE
13.2	X% de unidades hospitalares na região com centros de custos definidos, de acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).	Proporção de unidades hospitalares na região com centros de custos definidos, de acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).	SE

## ANEXO 2: FICHAS DE INDICADORES E METAS

### DIRETRIZ 1: TIPO INDICADOR: UNIVERSAL

#### 1.1. INDICADOR: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a atenção básica.
META REGIONAL	X% de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	População coberta pela Atenção Básica, tendo como referência 3.000 pessoas por equipe de atenção básica, conforme PNAB – Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2488/11).
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de habitantes cobertos pela Atenção Básica / Número total de habitantes x 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAB/SAS

#### 1.2. INDICADOR: Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB).

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.
META REGIONAL	x % de internações por causas sensíveis à atenção básica.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual das internações sensíveis à atenção básica de residentes dividido pelo total de internações clínico-cirúrgicas por residentes em um determinado município por período considerado.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de internações por causas sensíveis à atenção básica/Total de internações por todas as causas x 100.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIH/SUS
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	CGAA/DAB/SAS/MS

#### 1.3. INDICADOR: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.
META REGIONAL	x% de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Razão entre o número de procedimentos de ação coletiva de escovação dental supervisionada para residentes e a população residente em um determinado município e ano.
MÉTODO DE CÁLCULO	(Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local em 12 meses ÷ por 12 ÷ pela população no mesmo local e período) x 100.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIA/SUS e IBGE.

RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	CGSB/DAB/SAS/MS
--------------------------------	-----------------

#### 1.4. INDICADOR: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.
META REGIONAL	x% de exodontia realizada em relação aos procedimentos.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange maior N° de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.
MÉTODO DE CÁLCULO	$N^{\circ}$ total de extrações dentárias em determinado município e período ÷ pelo $n^{\circ}$ total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIA/SUS e IBGE
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	CGSB/DAB/SAS/MS

#### 1.5. INDICADOR: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.
META REGIONAL	x% de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF)
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de famílias com perfil saúde beneficiárias do PBF acompanhadas pela Atenção Básica}}{\text{Número Total de famílias com perfil saúde beneficiárias do PBF}} \times 100$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de acompanhamento das condicionalidades do PBF.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	CGAN/DAB/SAS

### DIRETRIZ 1 - TIPO INDICADOR: ESPECÍFICO

#### 1.1. INDICADOR: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.
META REGIONAL	X% de equipes de saúde bucal
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	População coberta pela saúde bucal
MÉTODO DE CÁLCULO	$(n + n \text{ ESB}) \times 3.000 / \text{População IBGE} \times 100$ $n = \text{Soma da carga horária do Cirurgião-Dentista (exceto da ESF)} / 40$ $n\text{ESB: Número total de Equipes de Saúde Bucal mod. I e II da}$

	Estratégia Saúde da Família implantadas
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAB/SAS

**1.2. INDICADOR: Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).**

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.
META REGIONAL	Redução em x% de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de óbitos ocorridos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) por residente acima de 20 anos de determinado município, no período considerado.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de óbitos de internados por Infarto Agudo do Miocárdio}}{\text{Total de internações por Infarto Agudo do Miocárdio}} \times 100$ .
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIH/SUS
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

**1.3. INDICADOR: Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente.**

OBJETIVO NACIONAL	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 especializada.
META REGIONAL	x% de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Nº de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, por 100 residentes, em determinado município, no ano considerado.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade}}{\text{População residente}}$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIA/SUS e IBGE
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DRAC-DAE/SAS.

**1.4. INDICADOR: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados na população residente**

OBJETIVO NACIONAL	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 especializada.
META REGIONAL	x % procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados na população residente.

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Nº de procedimentos ambulatoriais selecionados, de alta complexidade, por 100 residentes, em determinado município, no ano considerado.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade/ População residente
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIA/SUS e IBGE.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DRAC-DAE/SAS

**1.5. INDICADOR: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente**

OBJETIVO NACIONAL	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 especializada.
META REGIONAL	x% de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de internações hospitalares clínico-cirúrgicas de média complexidade, não psiquiátricas e não obstétricas, por 100 residentes, em determinado município, no período considerado.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade/ População residente
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIH/SUS e IBGE
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

**1.6. INDICADOR: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante.**

OBJETIVO NACIONAL	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 especializada.
META REGIONAL	x% de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, não psiquiátricas e não obstétricas, por residente em determinado município, no período considerado.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade/ População residente.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIH/SUS e IBGE
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

**1.7. INDICADOR: Procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes.**

OBJETIVO NACIONAL	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 especializada.
META REGIONAL	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Quantidade de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes, descontados os procedimentos realizados aos seus residentes em outros municípios em relação ao total Brasil de procedimentos realizados para não residentes.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIA/SUS e SISPPI ou outro que o substituir.  Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPAI – fonte utilizada pra registro de procedência.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS-MS

**1.8. INDICADOR: Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.**

OBJETIVO NACIONAL	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 especializada.
META REGIONAL	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Quantidade de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes, descontados os procedimentos realizados aos seus residentes em outros municípios em relação ao total Brasil de procedimentos realizados para não residentes.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIA/SUS, SISPPI ou outro que o substituir.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DRAC-DAE/SAS

**1.9. INDICADOR: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população de não residentes.**

OBJETIVO NACIONAL	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 especializada.
META REGIONAL	x procedimentos de média complexidade para não residentes.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Quantidade de internações de média complexidade realizadas para não residentes, descontadas as internações realizadas aos seus residentes em outros municípios em relação ao Total Brasil de internações realizadas para não residentes.
MÉTODO DE CÁLCULO	(Nº total de Internações de média complexidade realizadas pelo município menos número de internações hospitalares de média complexidade destinadas aos seus residentes realizadas no próprio município e em outros municípios) dividido pelo Total Brasil de internações hospitalares de média complexidade destinadas aos não residentes.

FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIH/SUS
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

**1.10. INDICADOR: Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes.**

OBJETIVO NACIONAL	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 especializada.
META REGIONAL	X internações de alta complexidade para não residentes realizadas.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Quantidade de internações de alta complexidade realizadas para não residentes, descontadas as internações realizadas para seus residentes em outros municípios em relação ao Total Brasil de internações realizadas para não residentes.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de internações de alta complexidade realizadas para não residentes/Total de internações de alta complexidade realizadas x 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIH/SUS.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

**1.11. INDICADOR: Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).**

OBJETIVO NACIONAL	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 REGIONAL	Redução em X% de óbitos em menores de 15 anos em UTI.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de óbitos das internações com uso de UTI de menores de 15 anos de idade.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva/Total de menores de 15 anos internados nas Unidades de Terapia Intensiva x 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIH/SUS.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

**1.12. INDICADOR: Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.**

OBJETIVO NACIONAL	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 REGIONAL	X% de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Contrato de metas firmado entre gestores e hospitais



MÉTODO DE CÁLCULO	Número de serviços hospitalares (próprios e não próprios) com contratos firmados / Número de serviços hospitalares x 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Parâmetro Nacional 50% para o primeiro ano, chegando a 80% em 3 anos.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DRAC/SAS

## DIRETRIZ 1 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR

### 1.1. INDICADOR: Percentual de equipes da Atenção Básica apoiadas por NASF.

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismo da ampliação do acesso e da melhoria da atenção básica.
META REGIONAL	X% de Equipes de Atenção Básica apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (para os municípios com população acima de 10.350 habitantes)
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Distribuição Percentual de Equipes de Atenção Básica apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (para os municípios com população acima de 10.350 habitantes). Parâmetro: 30%
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de equipes de atenção básica apoiadas por NASF/Número total de equipes de atenção básica x 100.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAB/SAS

### 1.2. INDICADOR: Percentual de equipes aderidas ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismo da ampliação do acesso e da melhoria da atenção básica.
META REGIONAL	X% equipes aderidas ao PMAQ
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Distribuição percentual de Equipes de Atenção Básica que participam do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de equipes aderidas/Nº total de equipes X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Gestão de Programas do DAB (SGDAB)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAB/SAS

**1.3. INDICADOR: Percentual de Equipes de Atenção Básica contratualizadas no Programa de Saúde na Escola**

OBJETIVO NACIONAL	Utilização de mecanismo da ampliação do acesso e da melhoria da atenção básica.
META REGIONAL	X% Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Distribuição percentual de Equipes de Atenção Básica contratualizadas, através do termo de compromisso, ao Programa Saúde na Escola nos municípios aptos
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de Equipes de Atenção Básica Contratualizadas}}{\text{Número Total de Equipes de Atenção Básica dos municípios aptos}} \times 100$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação do MEC (SIMEC)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAB/SAS

**1.4. INDICADOR: Proporção de UBS com infraestrutura adequada**

OBJETIVO NACIONAL	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.
META REGIONAL	X% de UBS com infraestrutura adequada
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	UBS com infraestrutura adequada ao padrão mínimo de acordo com as normas vigentes (Portaria 2488/11).
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de UBS adequadas}}{\text{Número Total de Unidades Básicas de Saúde}} \times 100$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema específico do DAB
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAB/SAS

**DIRETRIZ 2 - TIPO INDICADOR: UNIVERSAL**

**2.1. INDICADOR: Proporção de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada**

OBJETIVO NACIONAL	Implementação da Rede de Atenção às Urgências
META REGIONAL	Ampliar em x% o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ ou outras violências ao ano.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador contribui para a melhoria da vigilância, da prevenção e do controle das violências, com conseqüente redução da morbimortalidade por esses agravos, caracterizando e comparando o perfil de morbimortalidade por violências dos municípios selecionados, conforme as regiões geográficas. Contribui também para conhecer e comparar o perfil da clientela atendida nos diferentes serviços (urgências hospitalares e serviços de referência de violências); analisar e avaliar o

	perfil da clientela vítima de violência sexual, doméstica e/outras violências interpessoais que é atendida nos serviços de referência de violências (criança, adolescente, mulher e idoso); analisar e avaliar o perfil da clientela vítima de violências que é atendida nos serviços de saúde.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de Unidades de Saúde com notificação de violência Denominador: Total de Unidades de Saúde X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Fonte: CNES/DATASUS e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net Periodicidade da análise: anual. Período de referência para a análise: ano anterior.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	<p>Monitorar a ocorrência de violências notificadas em municípios do estado pressupõe o registro dos casos, processamento dos dados coletados, produção e análise de informações para subsidiar tomada de decisão. O Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo junto com as secretarias de saúde de estados, de municípios e do Distrito Federal ações de vigilância e prevenção e de promoção da saúde e cultura de paz. Essas ações seguem as Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Promoção da Saúde. Dentre essas ações, destacam-se as ações desenvolvidas pela Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, financiados pelo MS e implantados em estados e municípios. Esses Núcleos têm um papel fundamental na articulação e implementação de Redes de Atenção e Proteção Social às Pessoas em Situação de Violências e suas Famílias, ação esta feita junto com a assistência social, educação, conselhos de direitos, segurança pública, dentre outros. Destacam-se também ações de prevenção nas escolas implementadas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. O MS tem investido na formação de gestores e trabalhadores da saúde e de outros setores para capacitá-los em relação às ações de vigilância e prevenção de violências, de atenção às vítimas de violências e de promoção da saúde, sejam por meio de cursos (presenciais ou de educação à distância), oficinas, seminários, dentre outros. Outra importante ação é o desenvolvimento de protocolos e normas técnicas de atendimento às pessoas em situação de violências. Todas essas ações são desenvolvidas por meio de articulações intrasetoriais e com outros setores do governo, organizações não governamentais e setor privado, sejam por meio de educação permanente em saúde e campanhas que busquem a promoção de comportamentos e hábitos seguros e saudáveis.</p> <p>Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003) e Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011 que altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde.</p> <p>Destaca-se a publicação da Portaria MS/GM nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, que definiu as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 – RSI 2005, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabeleceu</p>

	<p>fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Nessa portaria constam todos os agravos e doenças de notificação compulsória no País, incluindo a notificação das violências doméstica, sexual e/ou autoprovocada em serviços sentinela e, no horizonte da universalização, foi publicada a Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que incluiu na relação de doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências.</p> <p>PARÂMETRO NACIONAL: Meta: Ampliar em 10% anualmente Pelo menos uma unidade de saúde do município da região de saúde com serviço de notificação de violências implantado.</p>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Análise da Situação de Saúde

## DIRETRIZ 2 - TIPO INDICADOR: ESPECÍFICO

### 2.1. INDICADOR: Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.

OBJETIVO NACIONAL	Implementação da Rede de Atenção às Urgências
META REGIONAL	Reduzir em x% número de pessoas não assistidas em hospitais quando acidentadas
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de acesso aos hospitais dos óbitos de determinado município, no período considerado.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\text{Número de óbitos hospitalares por acidente} / \text{Número de óbito por acidente} \times 100$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIM
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

### 2.2. INDICADOR: Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

OBJETIVO	Implementação da Rede de Atenção às Urgências
META REGIONAL	X% de cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual da população da região coberta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).
MÉTODO DE CÁLCULO	$\text{População coberta} / \text{População total} \times 100$ $\text{População coberta} = \text{número de ambulâncias} \times \text{número de habitantes coberto por uma ambulância}$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Portarias publicadas.
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	SAS

### 2.3. INDICADOR: Taxa de inspeções sanitárias em Prontos Socorros.

OBJETIVO	Promover a melhoria da qualidade e da segurança na prestação de serviço pelos Prontos Socorros e UPA.
META REGIONAL	100% de inspeções sanitárias em Prontos Socorros
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	A inspeção sanitária consiste na investigação no local da existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravos à saúde individual ou coletiva e/ou ao meio ambiente, incluindo a verificação de documentos.
MÉTODO DE CÁLCULO	(Número de inspeções sanitárias em Prontos Socorros realizadas pela Vigilância Sanitária/ número total de hospitais do país) X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIA/SUS (procedimento n.º 0102010145) e CNES/MS
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	A inspeção é uma atividade utilizada para avaliar a situação de funcionamento dos Prontos Socorros, mediante o potencial de risco que estes estabelecimentos oferecem à saúde da população. Quanto maior a taxa de inspeção em Prontos Socorros, maior a atuação da vigilância sanitária na eliminação, redução e prevenção de riscos à saúde decorrentes da prestação desses serviços. O indicador permite avaliar a produtividade da ação de inspeção, ao longo do tempo, e identificar indícios de que essa ação minimiza os riscos à saúde pela prestação desses serviços. O indicador proposto não demonstra a conformidade dos estabelecimentos inspecionados, e sim a quantidade de inspeções realizadas. A fonte de informação do indicador são os serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária.
DEPARTAMENTO/SECRETARIA RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	ANVISA - Gerencia Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde/ GGTES/ANVISA

### 2.4. INDICADOR: Proporção das internações da urgência emergência reguladas .

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.
META REGIONAL	X% de internação de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de internação de urgência e emergência reguladas pelo Complexo Regulador.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de internações de urgência e emergência reguladas / Número total de internações de urgência e emergência x 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Centrais de Regulação/SISREG ou outro sistema utilizado
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DRAC/SAS

## DIRETRIZ 2 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR

### 2.1. INDICADOR: Taxa de inspeções sanitárias em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

OBJETIVO NACIONAL	Promover a melhoria da qualidade e da segurança na prestação de serviços pelos Pronto Socorros e UPA
META REGIONAL	100% de inspeções sanitárias em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) realizadas
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	A inspeção sanitária consiste na investigação no local da existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravos à saúde individual ou coletiva e/ou ao meio ambiente, incluindo a verificação de documentos.
MÉTODO DE CÁLCULO	(Número de inspeções sanitárias em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) realizadas pelo Vigilância Sanitária/ número total de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da região) X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIA/SUS e CNES/MS
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	A inspeção é uma atividade utilizada para avaliar a situação de funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), mediante o potencial de risco que estes estabelecimentos oferecem à saúde da população. Quanto maior a taxa de inspeção em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), maior a atuação da vigilância sanitária na eliminação, redução e prevenção de riscos à saúde decorrentes da prestação desses serviços. O indicador permite avaliar a produtividade da ação de inspeção, ao longo do tempo, e identificar indícios de que essa ação minimiza os riscos à saúde pela prestação desses serviços. O indicador proposto não demonstra a conformidade dos estabelecimentos inspecionados, e sim a quantidade de inspeções realizadas. A fonte de informação do indicador são os serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária. As informações sobre as ações realizadas ainda não estão disponíveis em Sistema de Informação, dificultando a coleta de dados.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Gerencia Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde/ GGTES/Anvisa

### 2.2. INDICADOR: Número de Núcleos de Acesso e Qualidade implantados em hospitais.

OBJETIVO NACIONAL	Promover a melhoria da qualidade e da segurança na prestação de serviço pelos Prontos Socorros e UPA
META REGIONAL	X Núcleos de Acesso e qualidade implantados em Hospitais
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de Núcleos de Acesso e Qualidade implantados em Hospitais. Parâmetro: um Núcleo implantado em cada uma das 36 regiões
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de Núcleos de Acesso e Qualidade implantados
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatório Técnico de acompanhamento proposto pela área responsável.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAE/SAS

**2.3. INDICADOR: Proporção de serviços hospitalares da Região com contrato de gestão firmado com gestores.**

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.
META REGIONAL	X% de Contrato de gestão firmados nos serviços hospitalares da região.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de serviços hospitalares (próprios e não próprios) com contratos celebrados com gestores
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de serviços hospitalares (próprios e não próprios) com contratos firmados / Número de serviços hospitalares x 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DRAC/SAS

**DIRETRIZ 3 - TIPO INDICADOR: UNIVERSAL**

**3.1. INDICADOR: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.**

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero
META REGIONAL	X% de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Nº de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos em relação à população feminina na mesma faixa etária, em três anos, na região e municípios
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de exames citopatológicos realizados para detecção de lesão precursora do câncer do colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos / População feminina na faixa etária
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação Ambulatorial e IBGE (população feminina)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAE/SAS

**3.2. INDICADOR: Proporção de partos normais na região.**

OBJETIVO NACIONAL	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade
META REGIONAL	X% de parto normal na região
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de parto normal na região e municípios
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de nascidos vivos por parto normal/Nº total de nascidos vivos X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAPES/SAS

### 3.3. INDICADOR: Proporção de gestantes com no mínimo sete consultas de pré-natal.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero
META REGIONAL	x% das gestantes dos municípios realizando pelo menos 7 consultas de pré-natal.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com sete ou mais consultas de pré-natal, em determinado município e ano.
MÉTODO DE CÁLCULO	$(N^{\circ} \text{ de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal em determinado município e período} \div \text{ pelo } n^{\circ} \text{ de nascidos vivos, no mesmo município e período}) \times \text{ por } 100.$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sinasc
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

### 3.4. INDICADOR: Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para a sífilis.

OBJETIVO NACIONAL	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade
META REGIONAL	Aumentar em x% o acesso ao teste rápido de sífilis nas gestantes usuárias do SUS na região, segundo o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha"
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Expressa a cobertura do teste rápido para detecção de sífilis durante o pré-natal.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido de sífilis na região, segundo o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha". Denominador: Número total de gestantes usuárias do SUS no ano anterior x 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SISPRENATAL web Periodicidade de análise anual Período de referencia: ano anterior
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	É um indicador da qualidade do atendimento pré-natal e das ações realizadas para prevenção da sífilis congênita.  PARÂMETRO NACIONAL: Meta 2012: 50% das gestantes Meta 2013: 70% das gestantes
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

### 3.5. INDICADOR: Proporção de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto.

OBJETIVO NACIONAL	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade
META REGIONAL	X% de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto, durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com o desenho regional da rede cegonha
MÉTODO DE CÁLCULO	$\text{Número de gestantes acompanhadas no pré-natal e vinculadas} \div \text{número de gestantes acompanhadas no pré-natal} \times 100$



FORMAS DE AVALIAÇÃO	SISPRENATAL
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

### 3.6. INDICADOR: Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência.

OBJETIVO NACIONAL	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
META REGIONAL	Redução da mortalidade materna em X números absolutos
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de óbitos em mulheres em consequência da gravidez. Reflete a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) na região
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIM e Sistema de Investigação de óbitos maternos
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/DAE/SAS

### 3.7. INDICADOR: Taxa de mortalidade infantil.

OBJETIVO NACIONAL	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
META REGIONAL	Reduzir em x% a mortalidade infantil
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência.
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado ano e local de residência / Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano x 1.000.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIM/SINASC
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSC/DAPES/SAS

### 3.8. INDICADOR: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.

OBJETIVO NACIONAL	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
META REGIONAL	Investigar x% dos óbitos infantil e fetal na região
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O percentual de investigação de óbitos fetais e infantis mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais, e elucidação das circunstâncias em que ocorreram os óbitos, visando intervenções que possam evitar novos casos semelhantes.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Total de óbitos infantis e fetais investigados na região Denominador: Total de óbitos infantis e fetais ocorridos na região X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): o numerador será composto pelos casos investigados cadastrados no módulo de investigação, e o denominador será fornecido pelos casos notificados ao SIM, apresentados no módulo de investigação.

	<p>Periodicidade: serão feitas análise do monitoramento a cada quatro meses.</p> <p>Período de referência de análise: o percentual de investigação atingida no ano anterior.</p>
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	<p>A investigação de óbitos infantis e fetais é regulamentada pela Portaria MS Nº 72/2010. Nesta se estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). A vigilância dos óbitos infantis e fetais é atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e no âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.</p> <p>Meta 2012: 35%</p> <p>Meta 2013: 40%</p>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise da Situação de Saúde

### 3.9. INDICADOR: Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.

OBJETIVO NACIONAL	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade
META REGIONAL	<p>Investigar x% dos óbitos maternos e os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna na região.</p> <p>Meta 2012: 100% de óbitos maternos e <math>\geq 65\%</math> dos óbitos em MIF.</p> <p>Meta 2013: 100% de óbitos maternos e <math>\geq 70\%</math> dos óbitos em MIF</p>
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	<p>Morte Materna é 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. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.</p> <p>É considerada Morte Materna Presumível aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na Declaração de Óbito (DO) por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Desta forma, se oculta a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Total de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados na região</p> <p>Denominador: total de óbitos maternos e de MIF presumíveis de morte materna na região x 100</p>
FORMAS DE AVALIAÇÃO	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): o numerador será composto pelos casos investigados cadastrados no módulo de investigação, e o denominador será fornecido pelos casos notificados ao SIM, e apresentados no módulo de investigação.</p> <p>Periodicidade: serão feitas análise do monitoramento a cada quatro meses.</p> <p>Período de referência de análise: o percentual de investigação atingida no ano anterior.</p>
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	A investigação de óbitos maternos é regulamentada pela Portaria MS Nº 1119/2008. Considerando problemas de classificação dos óbitos maternos, relacionados a deficiências na qualidade do registro original na Declaração de Óbito, a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna representa estratégia que permitirá confirmar ou descartar os casos notificados, elucidar as circunstâncias em que ocorreram no caso

	dos maternos declarados, bem como reclassificar como maternos, parte dos casos não declarados ou registrados e notificados como presumíveis.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Análise da Situação de Saúde

### DIRETRIZ 3 - TIPO INDICADOR: ESPECÍFICO

#### 3.1. INDICADOR: Razão de exames de mamografias realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.
META REGIONAL	X% de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Nº de mamografias para rastreamento realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, na região e municípios
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de mamografias para rastreamento realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos / População feminina na faixa etária.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação Ambulatorial e IBGE (população feminina)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

#### 3.2. INDICADOR: Taxa de incidência da sífilis congênita.

OBJETIVO NACIONAL	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
DESCRIÇÃO 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	Numerador: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência Denominador: Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no ano considerado, multiplicado por 1.000
META REGIONAL	Redução em X% incidência da sífilis congênita.
FORMA DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC; Periodicidade da análise: anual (jan-dez); Período de referência para a análise: até o final do 1º trimestre do ano subsequente;
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIA	É um indicador da qualidade do atendimento pré-natal e das ações realizadas para prevenção da sífilis congênita.  Portaria/GM nº 104/2011: Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

	<p>Portaria/GM nº 3161/11 estabelece novas regras para aplicação de penicilina no SUS.</p> <p>Portaria/GM nº 3242/11 que estabelece o fluxograma laboratorial da sífilis.</p> <p>Portaria/GM nº 77/12 que dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.</p> <p>Parâmetro Nacional de redução: Meta: &lt;0,5/1.000 nascidos vivos</p>
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

### DIRETRIZ 3 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR

#### 3.1. INDICADOR: Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero
META REGIONAL	X% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III). Expressa a informação sobre o seguimento das mulheres que, se tratadas, não apresentarão câncer do colo do útero, reduzindo a incidência da doença. Avaliar o grau de informação sobre o seguimento de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau com seguimento informado, em determinado ano e local}}{\text{N}^\circ \text{ total de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau, em determinado ano e local}} \times 100$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	A informação sobre seguimento permite acompanhar a situação do acesso e a adequação da assistência secundária às mulheres com lesão de alto grau. Tão importante quanto notificar a realização do exame é informar corretamente o seguimento dos casos de LIAG, a fim de avaliar se as mulheres diagnosticadas com esse tipo de alteração estão ou não sendo adequadamente encaminhadas para confirmação diagnóstica e tratamento. Fonte: Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

#### 3.2. INDICADOR: Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto.

OBJETIVO NACIONAL	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
META REGIONAL	X% de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de gestantes com relato de acompanhante durante internação para realização do parto.

MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto/Nº total de gestantes internadas para realização do parto x 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAPES/SAS

#### DIRETRIZ 4 - TIPO INDICADOR: ESPECÍFICO

##### 4.1. INDICADOR: Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

OBJETIVO NACIONAL	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 REGIONAL	X% de Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	População coberta pelos Centros de Atenção Psicossocial
MÉTODO DE CÁLCULO	$(N^{\circ} \text{ CAPS I} \times 0,6) + (n^{\circ} \text{ CAPS II}) + (N^{\circ} \text{ CAPS III} \times 1,5) + (N^{\circ} \text{ CAPS ad}) / \text{População} \times 100.000$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Área Técnica de Saúde Mental e dados populacionais do IBGE
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SAS

#### DIRETRIZ 4 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR

##### 4.1. INDICADOR: Proporção de expansão de leitos de saúde mental em hospital geral.

OBJETIVO NACIONAL	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 REGIONAL	X% de leitos de saúde mental expandidos em hospital geral.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Nº de novos leitos em hospital geral para atenção às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas para a região
MÉTODO DE CÁLCULO	$N^{\circ} \text{ de novos leitos em hospital geral} / N^{\circ} \text{ planejado de novos leitos} \times 100$
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Coordenação Geral Hospitalar (novos leitos habilitados)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

**4.2. INDICADOR: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/AD) – Alcool e Drogas Qualificados.**

OBJETIVO NACIONAL	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 REGIONAL	X% Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/AD) – Álcool e Drogas Qualificados.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) qualificados na região
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de CAPS qualificados
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Área Técnica de Saúde Mental
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

**4.3. INDICADOR: Implantação Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil (Uaa, Uai)**

OBJETIVO NACIONAL	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 REGIONAL	X unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil implantadas
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil implantadas no município ou na região
MÉTODO DE CÁLCULO	UA adulto= N° implantados / N° planejado X 100 UA infante juvenil= N° implantados / N° planejado X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Habilitação publicada em portaria
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAPES/SAS

**4.4. INDICADOR: Proporção de beneficiários atendidos pelo programa “De volta para casa” (PVC)**

OBJETIVO NACIONAL	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 REGIONAL	Incluir no PVC x% dos pacientes psiquiátricos com histórico de internação de longa permanência anterior a 2003 e que receberam alta
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de novos beneficiários do PVC em relação ao número de pacientes psiquiátricos de longa permanência que receberam alta.
MÉTODO DE CÁLCULO	Números de novos beneficiários do PVC/N pacientes psiquiátricos de longa permanência que receberam alta
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Banco de dados do PVC e informações dos censos de moradores de hospitais psiquiátricos
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

#### 4.5. INDICADOR: Número de internações em Hospital Psiquiátrico

OBJETIVO NACIONAL	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 REGIONAL	Redução de x% das internações em hospitais psiquiátricos até 2015
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de internações em hospital psiquiátrico em relação ao ano de 2011 na região
MÉTODO DE CÁLCULO	$N$ de internações em hospital psiquiátrico no ano corrente/ $N$ de internações em hospital psiquiátrico no ano de 2011
FORMAS DE AVALIAÇÃO	AIH
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSM/DAPES/SAS

#### DIRETRIZ 5 - TIPO INDICADOR: UNIVERSAL

##### 5.1. INDICADOR: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

OBJETIVO NACIONAL	Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.
META REGIONAL	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador contribui para monitorar a implementação de políticas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco. PARÂMETRO NACIONAL: Meta: Redução de 2% ao ano Parâmetro de Referência: > 255 mortes por 100.000 hab. por ano em 2009
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Total de Óbitos por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas em < 70 anos Denominador: Número de habitantes < 70 anos X 100.000
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM Periodicidade da análise: anual Período de referência para a análise: 2009
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Nos últimos 20 anos, tem ocorrido a redução das taxas de mortalidade prematura na média de 1,4% ao ano. O indicador do PDCNT 2012_2022 é o indicador adotado pela OMS desde 2005 e deverá ser aprovado pela Assembléia Mundial de Saúde em maio de 2012.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Análise da Situação de Saúde

## DIRETRIZ 5 - TIPO INDICADOR: COMPLEMENTAR

### 5.1. INDICADOR: Entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para o atendimento ao idoso e portadores de doenças crônicas.

OBJETIVO NACIONAL	Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.
META REGIONAL	Percentual de entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para atendimento ao idoso e portadores de doenças crônicas.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para atendimento
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de prestadores qualificados/número de prestadores existentes X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Coordenação Geral da Saúde da Pessoa com Deficiência
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAPES/SAS

### 5.2. INDICADOR: Cobertura vacinal contra gripe.

OBJETIVO NACIONAL	Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção
META REGIONAL	Aumento de x% da Cobertura vacinal contra gripe
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Pessoas com mais de 60 anos vacinada contra gripe
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de maiores de 60 anos de idade vacinados contra gripe, dividido pelo nº de maiores de 60 anos, multiplicado por 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Cobertura vacinal da campanha de vacinação contra gripe realizada anualmente
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	ATSI/DAPES/SAS

### 5.3. INDICADOR: Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.

OBJETIVO NACIONAL	Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção
META REGIONAL	Redução de x% ao ano da taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur 2% ao ano
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Nº de internações de pessoas com 60 anos e mais, com diagnóstico de fratura de fêmur, nos estados.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de internações de pessoas idosas com fratura de fêmur, dividido pela população com 60 anos e mais, por local de residência X 10 mil.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIH-SUS e IBGE
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DAPES/SAS



## DIRETRIZ 6 - INDICADOR ESPECÍFICO

### 6.1. INDICADOR: Coberturas vacinais de acordo com o calendário básico de vacinação da criança indígena.

OBJETIVO	Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de coberturas vacinais de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança: BCG-ID, Febre Amarela, Tetravalente (DTP+Hib), Pentavalente (DTP+Hib+Hep B); Poliomielite Inativada (VIP); Poliomielite Oral (VOP); Tríplice Viral (SCR), Pneumocócica Conjugada 10v (Pn10v), Pneumocócica Polissacarídica 23v (Pn23v), Meningocócica Conjugada C (MnC), Hepatite B, Rotavírus Humano (VORH), Varicela e Influenza (INF).
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de crianças < 1 ano vacinadas com 1 ou 2 ou 3 dose(s) de acordo com o esquema vacinal cada uma das vacinas do calendário básico de vacinação da criança. Denominador: População total menor de 1 ano x 100  Numerador: Número de crianças de 1-4anos vacinadas com 1 ou 2 ou 3 dose(s) de acordo com o esquema vacinal de cada uma das vacinas do calendário básico de vacinação da criança. Denominador: População total de 1-4 anos x 100
META REGIONAL	X% de crianças aldeadas vacinadas de acordo com o calendário básico de vacinação da criança indígena.
FORMA DE ACOMPANHAMENTO	Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) – módulo de Imunizações e Planilhas de coberturas vacinais dos DSEI, e módulo Demográfico.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Reduzir a morbimortalidade de doenças imunopreveníveis: formas graves da tuberculose (BCG-ID); difteria, tétano e coqueluche, infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, e Hepatite B (Tetravalente/DTP+Hib, Pentavalente/DTP+Hib+Hep B e Hepatite B Recombinante); da paralisia flácida aguda/PFA (Poliomielite Oral/VOP e Vacina Inativada da Poliomielite/VIP); da diarreia por Rotavírus (Vacina Oral Rotavírus Humano/VORH); do sarampo, da coqueluche e rubéola (Tríplice Viral/SCR); da Febre Amarela (FA); das infecções pelo <i>Streptococcus pneumoniae</i> (Pneumocócica Conjugada 10v /Pn10v e Pneumocócica Polissacarídica 23v/Pn23v); das infecções pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C (Meningocócica C Conjugada/MnC); e da infecção pelo vírus da influenza (Influenza trivalente) a partir da obtenção de elevadas coberturas vacinais nas crianças menores de 5 anos de idade.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria Especial de Saúde Indígena/Departamento de Atenção à Saúde Indígena

### 6.2. INDICADOR: Percentual de óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI.

OBJETIVO	Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O percentual de investigação de óbitos fetais e infantis mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais, e elucidação das circunstâncias em que ocorreram os óbitos, visando intervenções que possam evitar novos casos semelhantes.

MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Total de óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI. Denominador: Total de óbitos infantis e fetais indígenas ocorridos no DSEI X 100.
META REGIONAL	X% de óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI.
FORMA DE ACOMPANHAMENTO	Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (SIASI)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria Especial de Saúde Indígena

**6.3. INDICADOR: Percentual de óbitos maternos em mulheres indígenas e de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.**

OBJETIVO	Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Morte Materna é 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. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. É considerada Morte Materna Presumível aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na Declaração de Óbito (DO) por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Desta forma, se oculta a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Total de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados na região Denominador: total de óbitos maternos e de MIF presumíveis de morte materna na região x 100.
META REGIONAL	X% de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.
FORMA DE ACOMPANHAMENTO/FONTE	Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (SIASI)
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	Secretaria Especial de Saúde Indígena

**6.4. INDICADOR: Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI.**

OBJETIVO	Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de internações de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos DSEI, dividido pelo número total de internações de indígenas X100.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de internações de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos DSEI, dividido pelo número total de internações de indígenas X100.

META REGIONAL	X% de internações de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI
FORMA DE ACOMPANHAMENTO/FONTE	Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (SIASI)
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	<p>1. A Portaria SAS/MS nº 221/08 apresenta a relação das internações e por condições sensíveis à atenção básica e poderá ser usada toda ou como escolher alguns agravos à saúde de maior prevalência em cada região, desta maneira o indicador se torna mais qualificado. Como sugestão podem ser os CID dos agravos dos seguintes grupos: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, Gastroenterites Infecciosas e complicações, Anemia, Deficiências Nutricionais, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Pneumonias bacterianas, Infecção da pele e tecido subcutâneo, Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos e Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto</p> <p>2. Os agravos acima citados, também podem ser utilizados, de acordo com a realidade epidemiológica de cada DSEI, para calcular o indicador de mortes por causas sensíveis à atenção básica.</p> <p>3. Esse x% deve ser arbitrado segundo a condição de cada região. Por exemplo, se em um DSEI 80% das suas internações são por tais causas, reduzir progressivamente 20% a cada ano pode ser um bom resultado, mas em outro DSEI onde essas condições forem bem menores, por exemplo 20%, a redução poderá ser de 90%.</p> <p>3. Para que o SIH seja fonte de informação para este indicador é fundamental que as variáveis raça cor e etnia sejam preenchidas no sistema. Por outro lado, depende de como o indicador será considerado, por DSEI ou por região. Se por DSEI, a fonte de dados poderá ser os registros do próprio DSEI quanto aos seus pacientes referenciados e as causas.</p>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria Especial de Saúde Indígena

**6.5. INDICADOR: Mortalidade de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.**

OBJETIVO	Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de mortes de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos DSEI, dividido pelo número total de mortes de indígenas X100.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de mortes de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos DSEI, dividido pelo número total de mortes de indígenas X100.
META REGIONAL	X% de mortalidade de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.
FORMA DE ACOMPANHAMENTO	Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (SIASI)
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	<p>1. A Portaria SAS/MS nº 221/08 apresenta a relação das internações e por condições sensíveis à atenção básica e poderá ser usada toda ou como escolher alguns agravos à saúde de maior prevalência em cada região, desta maneira o indicador se torna mais qualificado. Como sugestão podem ser os CID dos agravos dos seguintes grupos: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis,</p>

	<p>Gastroenterites Infecciosas e complicações, Anemia, Deficiências Nutricionais, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Pneumonias bacterianas, Infecção da pele e tecido subcutâneo, Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos e Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto</p> <p>2. Os agravos acima citados, também podem ser utilizados, de acordo com a realidade epidemiológica de cada DSEI, para calcular o indicador de mortes por causas sensíveis à atenção básica.</p> <p>3. Esse x% deve ser arbitrado segundo a condição de cada região. Por exemplo, se em um DSEI 80% das suas internações são por tais causas, reduzir progressivamente 20% a cada ano pode ser um bom resultado, mas em outro DSEI onde essas condições forem bem menores, por exemplo 20%, a redução poderá ser de 90%.</p> <p>3. Para que o SIH seja fonte de informação para este indicador é fundamental que as variáveis raça cor e etnia sejam preenchidas no sistema. Por outro lado, depende de como o indicador será considerado, por DSEI ou por região. Se por DSEI, a fonte de dados poderá ser os registros do próprio DSEI quanto aos seus pacientes referenciados e as causas.</p>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria Especial de Saúde Indígena

## DIRETRIZ 7 - INDICADOR UNIVERSAL

### 7.1. INDICADOR: Coberturas vacinais de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
META REGIONAL	<p>Alcançar as coberturas vacinais adequadas de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança em todos os municípios.</p> <p>Meta:</p> <p>≥ 95%: (Tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente (DTP+Hib+Hep B), Vacina Inativada da Poliomielite (VIP), Poliomielite Oral (VOP), Tríplice Viral (SCR), Pneumocócica Conjugada (Pn10v), Meningocócica Conjugada C (MnC), Hepatite B;</p> <p>≥ 90%: BCG-ID e Rotavírus Humano (VORH);</p> <p>≥ 80%: Influenza (INF);</p> <p>100%: Febre Amarela (para as áreas com recomendação da vacina)</p>
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Coberturas vacinais de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança: BCG-ID, Tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente (DTP+Hib+Hep B); Vacina Inativada da Poliomielite (VIP)/Poliomielite Oral (VOP); Tríplice Viral (SCR), Pneumocócica Conjugada 10v (Pn10v), Meningocócica Conjugada C (MnC), Hepatite B, Rotavírus Humano (VORH) e Influenza (INF) e Febre Amarela (quando recomendada)
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de crianças menores de 1 ano vacinadas (para cada uma das vacinas do calendário básico de vacinação da criança) Denominador: População de menores de 1 ano x 100.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	O acompanhamento terá uma periodicidade mensal, bem como análises parciais por trimestres. Contudo, formalmente a periodicidade para a análise será anual, tendo como período de referência o mês de abril do ano fiscal em curso, e será considerado o consolidado dos dados recebidos do ano anterior. Ou seja, inicia-se o envio dos dados para a

	<p>análise no mês de abril do ano fiscal antecedente até o mês de março do ano fiscal em vigor.</p> <p>A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações será a responsável pela análise, envio e divulgação das informações processadas.</p> <p>O Sistema logístico que irá sistematizar os dados será o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI e API) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) para compor a tabela da população alvo e IBGE para compor a tabela de municípios.</p>
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	<p>Reduzir a morbimortalidade da população alvo (menores de 1 ano) das formas graves da tuberculose (BCG-ID); da difteria, tétano, coqueluche e infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Tetravalente/DTP+Hib); da paralisia flácida aguda/PFA (Poliomielite Oral/VOP e Vacina Inativada da Poliomielite/VIP); da difteria, tétano, coqueluche e infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b e Hepatite B (Pentavalente/DTP+Hib+Hep B); poliomielite inativada; da diarreia por Rotavírus (Vacina Oral Rotavírus Humano/VORH); da Hepatite B (Hepatite B Recombinante); do sarampo, coqueluche e rubéola (Tríplice Viral - Sarampo, Coqueluche, Rubéola/SCR); da Febre Amarela (FA); das infecções pelo <i>Streptococcus pneumoniae</i> (Pneumocócica 10v Conjugada/Pn10v); das infecções pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C (Meningocócica C Conjugada/MnC; e da infecção pelo vírus da influenza (Influenza trivalente) a partir da obtenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais na população menor de 1 ano de idade.</p>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica

## 7.2. INDICADOR: Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
META REGIONAL	<p>Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera na região</p> <p>a) Meta: Ampliar para, pelo menos, 75% dos casos de tuberculose bacilífera curados quando a linha de base for menor que 75%;</p> <p>b) Meta: Ampliar para, pelo menos, 85% dos casos de tuberculose bacilífera curados quando a linha de base for de 75% a 84%;</p> <p>c) Meta: Manter o percentual dos casos de tuberculose bacilífera curados quando a linha de base for maior que 85%.</p>
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de casos novos nas coortes de tuberculose pulmonar bacilífera curados em determinado território no ano avaliado
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Total de casos novos da coorte de tuberculose pulmonar bacilífera curados na região</p> <p>Denominador: Total de casos novos da coorte de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados na região avaliado X 100</p>
FORMAS DE AVALIAÇÃO	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN</p> <p>Periodicidade da análise: Trimestral</p> <p>Período de referência para a análise: ano de diagnóstico dos casos novos de tuberculose anterior ao ano de realização da análise.</p> <p>Obs.: o encerramento de todos os casos novos diagnosticados no ano anterior deverá ocorrer até o final do ano de realização da análise, levando em consideração o tempo necessário para finalizar o tratamento.</p>

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	A Organização Mundial da Saúde recomenda que o país alcance 85% de taxa de cura para que comece a reverter a situação epidemiológica da doença na sua localidade. O valor representa o êxito no tratamento de tuberculose, a conseqüente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes, possibilitando o monitoramento indireto das ações do programa de controle da tuberculose nas três esferas de gestão do SUS.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica

### 7.3. INDICADOR: Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
META REGIONAL	Aumentar em x% a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase na região.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação Denominador: Total de casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes x 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	O indicador deverá ser acompanhado mensalmente pelos municípios e no mínimo trimestralmente para estados e união, com vistas à intervenção oportuna nos fatores que influenciam no resultado da cura. O período da análise deve ser o ano da avaliação, os dados serão obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (municipal, estadual e federal). Para a seleção de casos novos das coortes de hanseníase do ano de avaliação deverá proceder-se: · Casos paucibacilares – Casos novos residentes com data de diagnóstico no ano anterior à avaliação; · Casos multibacilares – Casos novos residentes com data de diagnóstico 2 anos antes do ano da avaliação. Os dados do numerador e denominador do indicador devem ser calculados separadamente para casos paucibacilares e multibacilares, e em seguida somados, conforme descrito no Roteiro para uso do SINAN para hanseníase. Responsável: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	O indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde para a hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas. A Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010 que aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase.  Referência Meta: a) Resultado de no mínimo 75% em 2011 = incremento de 10% ano para 2012 e 2013 b) Resultado de no mínimo 85% em 2011 = incremento de 5% ano para 2012 e 2013 e c) Resultado de no mínimo 90% em 2011 = manutenção do indicador para 2012 e 2013

RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica
--------------------------------	---

#### 7.4. INDICADOR: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
META REGIONAL	Aumentar em x% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida na região.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Mede a qualidade das informações sobre causa de mortalidade, a partir da aferição da participação dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Total de óbitos não fetais com causa básica definida na região Denominador: Total de óbitos não fetais na região X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Periodicidade: serão feitas análise do monitoramento a cada quatro meses. Período de referência de análise: o percentual de investigação atingida no ano anterior. Responsável: CGIAE/DASIS/SVS/MS.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	É parâmetro internacional que um sistema de informação sobre mortalidade deve ter pelo menos 90% dos óbitos com causa definida. Dentre dos critérios que avaliam a qualidade das informações, está o aumento das notificações, a partir das Declarações de Óbito, com causa básica definida. Com a melhora deste indicador, começam a aparecer causas passíveis de ser modificadas com intervenções em saúde pública. Desde 2004, o Ministério da Saúde desenvolve várias iniciativas na melhora deste indicador; foram desenvolvidos “Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida”, assim como instrumentos de coleta das investigações. <a href="http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1585">http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1585</a>  PARÂMETRO NACIONAL: 2012: Meta: ≥ 85% 2013: Meta: ≥ 90%
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise da Situação de Saúde

#### 7.5. INDICADOR: Proporção de amostras da qualidade da água examinados para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez.

OBJETIVO NACIONAL	Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.
META REGIONAL	Ampliar em x% a proporção de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador permite avaliar a qualidade da água utilizada para consumo humano e se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos e as partículas em suspensão na água de consumo humano. O número de amostras obrigatórias para cada parâmetro está definido na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano, elaborada em consonância com a Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011 (Portaria de Potabilidade da Água).
MÉTODO DE CÁLCULO	Cloro:  Numerador: Número de amostras de água examinadas para o

	<p>parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância</p> <p>Denominador: Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre X 100</p> <p>Coliforme total:</p> <p>Numerador: Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância</p> <p>Denominador: Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais X 100</p> <p>Turbidez:</p> <p>Numerador: Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância</p> <p>Denominador: Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez X 100</p>
FORMAS DE AVALIAÇÃO	<p>O acompanhamento do cumprimento da meta será realizado pela análise mensal do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). A análise é cumulativa, e é realizada na primeira semana do mês subsequente, sendo o cumprimento da meta verificado para o período anual.</p> <p>Parâmetro de Referência: Para avaliação do cumprimento da meta é analisado o quantitativo de amostras realizadas dos seguintes parâmetros de qualidade da água: cloro residual livre, coliformes totais e turbidez, gerando o percentual (anual) de amostras realizadas, relativo ao total (anual) de amostras obrigatórias. A avaliação não é referente à qualificação dos resultados: cloro residual livre (valor de referência entre 0,2 e 2 mg/L), coliformes totais (ausência em 100 mL) e turbidez (valor máximo permitido de 5 uT).</p>
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	<p>O indicador auxilia os municípios para a realização da vigilância da qualidade da água para consumo humano. O grupo “coliformes” inclui o grupo de bactérias de contaminação fecal. Assim, quando detectado presença de coliformes totais necessariamente realiza-se análise de presença de <i>Escherichia coli</i> na água de consumo humano. O cloro é o agente desinfetante utilizado para inativar essas bactérias. A turbidez é um indicador estético e sanitário. A sua remoção indica a retirada de partículas em suspensão, e principalmente, de cistos e oocistos de protozoários, responsáveis por várias doenças de transmissão hídrica, como, por exemplo, a toxoplasmose.</p> <p>REFERÊNCIA NACIONAL:</p> <p>Meta 2012: Ampliar 5% de amostras de água examinadas para cada parâmetro.</p> <p>Meta 2013: Ampliar 5% de amostras de água examinadas para cada parâmetro.</p>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.



**7.6. INDICADOR: Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.**

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
META REGIONAL	Encerrar oportunamente em x% as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN Parâmetro Nacional: Encerrar oportunamente $\geq 80\%$ das doenças/agravos registrados.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Percentual de casos de DNC notificados cuja investigação foi encerrada oportunamente, ou seja, notificações com o diagnóstico final e a data do encerramento preenchidos dentro do prazo estabelecido para cada doença/agravo. O encerramento da investigação dos casos notificados deverá ser efetuado dentro de um prazo de tempo estabelecido por normas técnicas, que varia de acordo com a doença/agravo notificado
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de casos de DNC encerrados oportunamente, residentes em determinado local e notificados no período da avaliação Denominador: Número de casos de DNC, residentes em determinado local e notificados no período da avaliação X 100.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	O Monitoramento do encerramento oportuno será realizado com periodicidade mínima mensal, a partir da atualização das bases de dados do SINAN. O período de referência para a análise das informações será de acordo com o perfil de cada doença/agravo de notificação compulsória. Para cada grupo de doenças/agravos haverá um ponto de corte para o estabelecimento dos padrões esperados, sendo os grupos: de notificação imediata, de notificação padrão, de doenças de tratamento prolongado e de agravos. Essa ação é de responsabilidade de todas as áreas de referência para a vigilância de cada doença/agravo, como acontece na rotina em cada esfera de gestão. No entanto, o responsável pela consolidação das informações serão as áreas de gestão do SINAN em cada esfera de gestão do SUS frente ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	O Brasil como signatário do Regulamento Sanitário Internacional 2005 comprometeu-se em notificar em até 24h, todos os eventos que após avaliação de risco cumprir os requisitos como possível Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Este tema está normatizado por meio da Portaria MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011 e regularmente atualizada. Os itens da Portaria que tratam dessa obrigação são: Art. 4º, §1º. As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II da Portaria MS 104/2011, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e às SMS que também deverão informar imediatamente à SVS/MS; e Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada. O Encerramento oportuno seguirá as diretrizes vigentes do SINAN publicadas e disponibilizadas no Site da SVS/MS ( <a href="http://www.saude.gov.br/svs">www.saude.gov.br/svs</a> ).
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica

**7.7. INDICADOR: Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente na região.**

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
META REGIONAL	Ampliar em x% o número de municípios da região de saúde com notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho.  Meta 2012: 75% dos Municípios da Região com pelo menos uma unidade de saúde com serviço de notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho implantado.  Meta 2013: 100% dos Municípios da Região com pelo menos uma unidade de saúde com serviço de notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho implantado.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Identifica, entre os municípios da região de saúde, a existência de notificação de pelo menos 1 dos 11 agravos relacionados ao trabalho constantes da Portaria nº 104/11 (Acidente com Exposição à Material Biológico relacionado ao trabalho; Acidente de Trabalho com Mutilações; Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes; Acidente de Trabalho Fatal; Câncer Relacionado ao Trabalho; Dermatoses Ocupacionais; Lesões por Esforços Repetitivos – LER /Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT; Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR relacionada ao trabalho; Pneumoconioses relacionadas ao trabalho; Transtornos Mentais relacionados ao trabalho; e Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) relacionados ao trabalho) de residente no município.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de municípios com notificação de doença/agravo relacionado ao trabalho Denominador: Número de municípios da região de saúde X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Periodicidade da análise: anual. Período de referência para a análise: ano anterior. Parâmetro de Referência: Notificação de pelo menos 1 dos 11 agravos relacionados ao trabalho constantes da Portaria n 104/11 de residente no município.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	O indicador proposto propiciará o aumento das notificações dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN, hoje subnotificados, e medirá a cobertura das ações e serviços de saúde do trabalhador para os municípios dos municípios constituintes da Região de Saúde.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

**7.8. INDICADOR: x% de municípios da região de saúde que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.**

OBJETIVO NACIONAL	Fomentar a adoção de modos de vida mais saudáveis pela população a partir do fortalecimento de ações locais para a promoção de práticas corporais, atividade física, alimentação saudável, práticas culturais e de lazer
META REGIONAL	100% dos municípios da Região de Saúde executando as ações de Vigilância Sanitária
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Com base no perfil epidemiológico e no elenco norteador das ações de VISA – anexo I da Portaria 1106/2010, foram destacadas as ações de Vigilância Sanitária que todos os municípios da região devem executar.

	As ações identificadas com necessárias para serem executadas em todos os municípios são: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) Instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) coleta de amostras para análise (v) atividades educativas para população (vi) atividades educativas para o setor regulado (vii) recebimento de denúncias (viii) atendimento de denúncias
MÉTODO DE CÁLCULO	(Número de municípios da Região de Saúde que executam todas as ações de Vigilância Sanitárias consideradas necessárias / número de municípios da Região de Saúde) X 100
FORMAS DE AVALIAÇÃO	SIA/SUS
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	O indicador proposto permite identificar quais os municípios da região de saúde realizam as ações consideradas necessárias, uma vez que são ações possíveis de serem executadas por todos os municípios. A execução dessas ações permite a redução dos riscos e agravos à saúde da população, fortalecendo a promoção da saúde
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	NADAV/ANVISA

#### 7.9. INDICADOR: Incidência de aids em menores de cinco anos.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
META REGIONAL	Reduzir em x% a taxa de incidência de aids em menores de 5 anos na região A meta municipal/regional será pactuada de acordo com a linha de base local. Podendo ser trabalhado em número absoluto ao invés de taxa.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador expressa o número de casos novos de aids por 100 mil habitantes, na população de menores de cinco anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado e mede o risco de ocorrência de casos novos de aids nessa população
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de casos novos de aids em menores de cinco anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência na região Denominador: População de menores de cinco anos de idade residente no mesmo local, no mesmo ano na região X 100.000
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Periodicidade da análise: anual (jan-dez). Período de referência para a análise: ano-calendário consolidado (fechado), analisado no ano subsequente. Casos de aids em menores de cinco anos: obtido a partir do relacionamento de banco de dados, a saber: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). População: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	A taxa de incidência de aids em menores de cinco anos é uma proxy da taxa de transmissão vertical do HIV, uma vez que 88% do total de casos identificados em crianças dessa faixa etária, entre 1984 e junho de 2010, foram atribuídos a essa categoria de exposição.  PARÂMETRO NACIONAL: Meta: Reduzir 10% a cada ano
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

## DIRETRIZ 7 - INDICADOR ESPECÍFICO

### 7.1. INDICADOR: Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 350cel/mm<sup>3</sup> registrado no SISCEL.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Este indicador expressa o poder de captação precoce dos casos de HIV positivo para tratamento a partir do nível de comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados ao serem testados para verificação de indicação de Terapia Anti Retroviral (TARV).
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de indivíduos residentes, na região, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antiretroviral, com contagem inicial de CD4 abaixo de 350 cel/mm <sup>3</sup> Denominador: Número de indivíduos residentes, na região, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antiretroviral, que realizaram a primeira contagem de CD4 X 100
META REGIONAL	Reduzir em X% o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV na região.
FORMA DE AVALIAÇÃO	Fonte: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL. Periodicidade da análise: anual (jan-dez). Período de referência para a análise: até final do 1º trimestre do ano subsequente.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Os resultados deste indicador podem apresentar viés, pois em seu cálculo estão incluídos apenas os pacientes registrados no SISCEL e é utilizado como <i>proxy</i> de exame de CD4 inicial o primeiro exame de CD4 registrado no sistema. Parâmetro nacional de redução: Reduzir em 10% ao ano
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	Secretaria de Vigilância em Saúde / Departamento de DST, AIDS e HV/SVS/MS.

### 7.2. INDICADOR Número de testes sorológicos anti-HCV realizados na região.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Expressa a quantidade de testes anti-HCV realizados para triagem sorológica da hepatite C, mensurando o esforço dispensado à triagem sorológica da hepatite C na população. A triagem sorológica para hepatite C (anti-HCV) é procedimento ofertado, realizado e pago pelo sistema (02.02.03.067-9 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV), SIA-SUS). O indicador estabelece o quantitativo absoluto apresentado pelos executores, estabelecendo meta de aumento anual.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número absoluto de testes sorológicos anti-HCV realizado no ano para diagnóstico da hepatite C na região.
META REGIONAL	Aumentar em X% a triagem sorológica da hepatite C na região
FORMA DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Periodicidade da análise: anual (jan-dez). Período de referência para a análise: até o final do 1º trimestre do ano subsequente.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Importância de ampliação da oferta de triagem sorológica para hepatite C na população em geral permitirá medir e acompanhar a melhoria de qualidade diagnóstica e de tratamento da hepatite C, uma vez que atualmente há uma baixa oferta e realização da triagem e consequente baixa detecção precoce dos casos, considerando as estimativas do número de portadores de hepatite C.

	Parâmetro nacional de ampliação: Ampliação da oferta de triagem sorológica em 10% ao ano
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, AIDS e HV/SVS/MS.

### 7.3. INDICADOR: Taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador mensura de forma indireta a qualidade da assistência ao paciente de leishmaniose visceral (acesso, oportunidade no diagnóstico e manejo do paciente) residente na localidade.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: número de óbitos por LV no ano por localidade de residência Denominador: número de casos confirmados de LV no ano por localidade de residência X 100
META REGIONAL	Reduzir em X% a taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral
FORMA DE AVALIAÇÃO	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Periodicidade da análise: anual. Período de referência para a análise: Reduzir em 15% em relação a 2011. Para verificar se houve redução da letalidade faz-se o seguinte cálculo: Taxa de letalidade por LV em 2013 – Taxa de letalidade por LV em 2011/ Taxa de letalidade por LV em 2011 X 100.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIAS	No Brasil, a LV é considerada um problema de saúde pública, tendo em vista sua elevada magnitude e ampla expansão geográfica (Werneck, 2010). Está distribuída em 21 Unidades Federadas com média de 3.634 casos/ano no período de 2006 a 2010.  A letalidade em 1994 por LV era de 3,6% passando para 8,5% em 2003, com um incremento de 150%. Em seguida a letalidade passa a reduzir chegando a 5,5% em 2007, quando aumenta gradativamente atingindo 6,2% em 2010.  PARÂMETRO NACIONAL: Meta: Reduzir 15% em 2 anos.
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica

### 7.4. INDICADOR: Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Dados censitários caninos ou população canina estimada, que pode variar entre 10 a 20% em relação à população humana de cada município.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de cães vacinados na região Denominador: Total da população canina da região X 100
META REGIONAL	Garantir em X% a vacinação antirrábica dos cães na campanha.

FORMA DE AVALIAÇÃO	<p>Fonte de dados: Planilhas padronizadas pela UVZ/CGDT/DEVI/SVS/MS, recebidas por esta Unidade em meio eletrônico ou Fax, dirigido ao GT-Raiva.</p> <p>Coleta de dados “in loco” para acompanhamento do indicador, quando necessário.</p> <p>Periodicidade da análise: anual para campanhas de vacinação antirrábica de cães.</p> <p>Período de referência para a análise: Janeiro a dezembro a 2012.</p>
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	<p>No Brasil, a raiva é endêmica, em grau diferenciado de acordo com a região geopolítica. O sucesso no controle da raiva canina depende de uma cobertura vacinal acima de 80% (desde que a estimativa canina seja confiável). A estratégia a ser adotada nas campanhas de vacinação em massa pode ser do tipo casa a casa, postos fixos ou mistos (casa a casa + postos fixos), a critério de cada município. Na vigilância da raiva, os dados epidemiológicos são essenciais tanto para os profissionais de saúde, para que seja tomada a decisão de profilaxia de pós-exposição em tempo oportuno, como para os veterinários, que devem adotar medidas de bloqueio de foco e controle animal. Assim, a integração entre assistência médica e a vigilância epidemiológica são imprescindíveis para o controle dessa zoonose.</p> <p>É importante informar à população sobre o ciclo de transmissão da doença, gravidade e esclarecer sobre o risco e as ações que envolvam a participação efetiva da comunidade.</p>
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica

#### 7.5. INDICADOR: Proporção de polos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância na saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Mede a o número de polos do programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Número de polos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado</p> <p>Denominador: Número de polos do Programa Academia da Saúde implantados x 100</p>
META REGIONAL	X% de municípios da região de saúde com polos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado
FORMA DE AVALIAÇÃO	<p>Será avaliado a partir das informações disponíveis no Sistema de cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</p> <p>Periodicidade da análise: semestral</p> <p>Período de referência para a análise: março e dezembro</p>
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIAS	<p>Em abril de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 719, que instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS. Como principal objetivo do Programa destaca-se a construção de estruturas físicas para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, como práticas corporais/atividade física, orientação nutricional, oficinas de artes cênicas, educação em saúde, em articulação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo produzir modos de vida saudáveis que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população. São objetivos específicos do Programa Academia da Saúde: Ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; Fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde;</p>

	<p>Potencializar as ações nos âmbitos da Atenção Primária em Saúde (APS), da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS); Promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações; Promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; Aumentar o nível de atividade física da população; Estimular hábitos alimentares saudáveis; Potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e Contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.</p> <p>Parâmetro nacional: Pelo menos um profissional de saúde vinculado ao Programa Academia da Saúde</p>
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	Secretaria de Vigilância em Saúde/ CGAN/DAB/SAS

**7.6. INDICADOR: Proporção da população tratada para o tracoma nas localidades/comunidades/ municípios da região avaliada.**

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador reflete a quantidade de tratamentos para o tracoma realizados na população elegível
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de pessoas tratadas para o tracoma nas localidades/comunidades/municípios Denominador: população das localidades/comunidades/município x 100
META REGIONAL	Garantir a realização do tratamento para o tracoma em X% da população nos municípios endêmicos da região.
FORMA DE AVALIAÇÃO	Fonte de dados: dados do Sinan e dados das SES e dos DSEIS; Periodicidade da análise: trimestral; Período de referência para a análise: semestral;
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIAS	Busca-se monitorar a cobertura de tratamentos realizados para atendimento das metas de eliminação do tracoma como causa de cegueira. Quando a prevalência de tracoma estiver acima de 10% na comunidade/localidade deve ser realizado tratamento coletivo de toda a comunidade/localidade e quando abaixo de 10% deve ser realizado tratamento domiciliar de todos os residentes no domicílio quando encontrado no mínimo 1 caso positivo de tracoma ativo na população. Essas recomendações estão de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde- OMS. Parâmetro nacional de cobertura de tratamento: Cobertura de tratamento de pelo menos 80% da população da comunidade/localidade/município
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SVS/MS, SESAI/MS, SES e SMS

### 7.7. INDICADOR: Índice Parasitário Anual (IPA) da malária.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.								
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de exames positivos de malária (código B50 a B54 da CID - 10), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. São excluídos os resultados de Lâmina de Verificação de Cura (LVC) por estarem relacionadas a recidivas (recrudescências e recaídas).								
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de exames positivos de malária por local de notificação, excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC) Denominador: população total residente X 1.000.								
META REGIONAL	Reduzir em X% o Índice Parasitário Anual (IPA) da malária na região Amazônica.								
FORMA DE AVALIAÇÃO	O IPA é calculado somente após a conclusão do ano para que possa ser feita a avaliação do risco de transmissão em baixo médio e alto risco. Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica-Malária – SIVEP-Malária e bases de dados demográficos do IBGE Responsável: CGPNM								
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIAS	<p>Estima o risco de ocorrência anual de casos de malária em áreas endêmicas com graus de riscos expressos em valores do IPA: baixo (&lt;10,0), médio (10,0 – 49,9) e alto (&gt; 50,0).</p> <p>Parâmetro Nacional: Reduzir o Índice parasitário anual (IPA) da malária na Região Amazônica em 30%, passando para 9,45 casos/1.000 hab. até 2015, sendo 11,0 casos/1.000 hab. em 2012.</p> <table border="1" data-bbox="742 1144 1426 1249"> <thead> <tr> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11,0</td> <td>10,5</td> <td>10,0</td> <td>9,5</td> </tr> </tbody> </table> <p>a) reduzir em 40% para AC, AP, AM, PA e RR b) reduzir em 30% para MT c) reduzir em 10% para MA e não elevar o IPA em TO.</p>	2012	2013	2014	2015	11,0	10,5	10,0	9,5
2012	2013	2014	2015						
11,0	10,5	10,0	9,5						
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica								

### 7.8. INDICADOR: Percentual da população de escolares do ensino fundamental da rede pública que receberam tratamento coletivo para tratamento da esquistossomose e/ou geohelmintíases.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador reflete a população de escolares do ensino fundamental da rede pública que receberam tratamento coletivo para tratamento da esquistossomose e geohelmintíases das áreas que apresentam prevalência acima de 10% para esquistossomose e 20% para geohelmintíases, com Programa Saúde na Escola implantado.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número total de escolares do ensino fundamental da rede pública tratados para esquistossomose e/ou geohelmintíases Denominador: Número total de escolares do ensino fundamental da rede pública x 100
META REGIONAL	Garantir a oferta de tratamento coletivo para X% dos escolares do ensino fundamental da rede pública dos estados de AL, BA, MG, PE e SE, nas localidades com prevalência acima de 10% para



	esquistossomose e 20% para geohelmintíases, com Programa Saúde na Escola implantado.
FORMA DE AVALIAÇÃO	A fonte das informações dos tratamentos coletivos será o município. Os dados serão enviados mensalmente, em planilha própria e via correio eletrônico às respectivas SES, que consolidarão e enviarão as informações a Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE/SVS/MS, coordenação responsável pela ação. O período de referência para análise será o ano da execução do tratamento coletivo.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIAS	O tratamento coletivo em escolares é uma das ações preconizadas pela OMS nas localidades que apresentam altas prevalências para esquistossomose e geohelmintíases, quando estas doenças constituem problemas de saúde pública. Objetiva-se com esta ação reduzir transmissão, magnitude, morbidade, mortalidade e a carga parasitária destas helmintíases. O Ministério da Saúde, por meio do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – PCE preconiza a seguinte estratégia de tratamento para esquistossomose: Prevalência até 10%: tratamento dos casos positivos; Prevalência entre 10 e 25%: tratamento dos casos positivos e de seus conviventes; Prevalência acima de 25%: tratamento coletivo na localidade uma vez ao ano. As ações de tratamento coletivo são fortalecidas quando executadas em conjunto com atividades de educação em saúde e com melhorias nas questões de fornecimento de água de qualidade e esgotamento sanitário. Parâmetro nacional de cobertura de tratamento: $\geq 80\%$ dos escolares do ensino fundamental da rede pública tratados
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica

### 7.9. INDICADOR: Número absoluto de óbitos por dengue.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador leva em consideração o número total de óbitos por dengue independente da classificação – febre hemorrágica da dengue/síndrome do choque da dengue (FHD/SCD) e dengue com complicações (DCC) na região.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número absoluto de óbitos por dengue no ano na região.
META REGIONAL	Reduzir em X% o número absoluto de óbitos por dengue na região.
FORMA DE AVALIAÇÃO	Serão analisadas as informações de óbitos mensalmente. Período de referência considerará a última atualização disponível do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN para cada mês avaliado.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIAS	A Organização Mundial de Saúde admite taxa de letalidade inferior a 1% dentre os casos graves de dengue. A taxa de letalidade reflete a qualidade da assistência ao paciente com dengue.  PARÂMETRO NACIONAL: Meta: Redução de 10% ao ano

RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/ CGPNCD.
--------------------------------	--

**7.10. INDICADOR: Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.**

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador leva em consideração os imóveis em áreas infestadas pelo vetor e o número de imóveis que realmente foram visitados pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde em cada ciclo.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de imóveis visitados na Região em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue na região Denominador: Número de imóveis de áreas urbanas da região X 100
META REGIONAL	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue em domicílios da Região.
FORMA DE AVALIAÇÃO	Fonte de dados: Sistema de informações vetoriais (SISFAD - Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue e SISPNCD - Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue) Periodicidade da análise: semestral Período de referência para a análise: Janeiro a Dezembro
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIA	Este indicador aporta informações sobre o desempenho das ações de visitas domiciliares no município, consideradas importantes para estimular a mudança de comportamento da população, em ações permanentes para eliminar os potenciais criadouros do vetor no ambiente doméstico. Meta: pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios da Região em cada ciclo.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica

**DIRETRIZ 7 - INDICADOR COMPLEMENTAR**

**7.1. INDICADOR: Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.**

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado (resultado positivo + negativo) na região
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado na região Denominador: Total de casos novos tuberculose diagnosticados na região no ano X 100
META REGIONAL	Garantir a realização x% de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose na região.
FORMA DE AVALIAÇÃO	Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN; Periodicidade da análise: trimestral; Período de referência para a análise: ano de diagnóstico dos casos novos de tuberculose anterior ao ano de realização da análise;

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIAS	<p>Considerando a magnitude da tuberculose e HIV/AIDS no país, assim como os casos de coinfeção terem maior probabilidade de ter um desfecho desfavorável (ex: abandono ou óbito) quando comparados aos casos HIV negativos, é necessário ampliar o acesso para os casos de tuberculose ao diagnóstico da infecção pelo HIV. O Ministério da Saúde recomenda que o exame para detecção do HIV seja realizado em 100% dos casos de tuberculose, no entanto, esse indicador apresenta resultado de apenas 70% no país atualmente.</p> <p>a) Meta: 70% dos casos novos de tuberculose testados para HIV quando a linha de base for menor que 70%;  b) Meta: 85% dos casos novos de tuberculose testados para HIV quando a linha de base de 71% a 84%;  c) Meta: Manter o percentual dos casos novos de tuberculose testados para HIV quando a linha de base for maior que 85%</p>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica

**7.2. INDICADOR: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.**

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Numerador: Número de contatos intradomiciliares examinados referente aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação</p> <p>Denominador: Total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação x 100</p>
META REGIONAL	Garantir x% de exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase na região.
FORMA DE AVALIAÇÃO	<p>O indicador deverá ser acompanhado mensalmente pelos municípios e no mínimo trimestralmente pelos estados e união. O período da análise deve ser o ano da avaliação, quando os contatos dos casos novos são registrados e examinados. Os dados serão obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (municipal, estadual e federal).  Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.  Parâmetro Nacional de exame de contatos: Para 2012 - 69% de contatos examinados. Para 2013 - 73% de contatos examinados.  A meta municipal/regional será pactuada de acordo com a linha de base local.</p>
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES/REFERÊNCIAS	<p>A investigação epidemiológica dos contatos intradomiciliares, principal grupo de risco, tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente/portador e suas possíveis fontes de infecção.  Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010 - Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase</p>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica

## DIRETRIZ 8 - INDICADOR ESPECIFICO

### 8.1. INDICADOR: Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado.

OBJETIVO	Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Mede a evolução da implantação do Sistema Hórus nos municípios, considerando município implantado: <ul style="list-style-type: none"><li>• Municípios que finaliza as cinco fases de adesão: 1ª FASE: Cadastro de Adesão - Questionário com o objetivo de identificar como os municípios estão estruturados (mobiliário, equipamentos, recursos humanos) e seu interesse em aderir o Sistema HÓRUS. 2ª FASE: Termo de Adesão - Oficializa a adesão e os compromissos do gestor federal, estadual e municipal com o Sistema HÓRUS. 3ª FASE: Capacitação – Objetiva preparar os profissionais para utilização do Sistema HÓRUS. 4ª FASE: Disponibilização e Implantação do Sistema HÓRUS – Liberação da senha para implantação do Sistema HÓRUS. 5ª FASE: Monitoramento e avaliação - Finalidade de acompanhar e avaliar as etapas de adesão e implantação do Sistema HÓRUS.<ul style="list-style-type: none"><li>• E estiver utilizando o Sistema HÓRUS para os processos de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (aquisição – armazenamento – distribuição – dispensação).</li></ul></li></ul>
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Número de municípios com Sistema HÓRUS implantado Denominador: Número total de municípios brasileiros
META REGIONAL	Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em X municípios da região.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO	O acompanhamento será feito através da Plataforma Integrada BI/HÓRUS- CGAFB/DAF/SCTIE/MS.					
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Proposta de distribuição da meta estadual e regional para implantação do Sistema Nacional de Assistência Farmacêutica – HORUS de acordo com a Meta Nacional.					
	Região Adesão	UF	Nº Total de Municípios	N Total de Regiões de Saúde e (RS) por estado.	Meta Estadual 2012	Sugestão de implantação nas RS**
	NORTE	RO	52	6	8	4(1) 2(2)
		AC	22	3	3	3(1)
		AM	62	9	9	9(1)
		AP	16	3	3	3(1)
		RR	15	2	2	2(1)
		PA	143	23	23	23(1)
		TO	139	15	21	9(1) 6(2)
		<b>Total</b>	<b>449</b>	<b>61</b>	<b>67</b>	
	NORDESTE	MA	217	19	33	14(2) 5(1)
		PI	224	11	34	10(3) 1(4)
		CE	184	22	28	16(1) 6(2)
		RN	167	8	25	7(3) 1(4)
		PB	223	25	33	17(1) 8(2)
		PE	185	11	28	6(3) 5(2)
		AL	102	10	15	5(2) 5(1)
		SE	75	7	11	4(2) 3(1)
		BA	417	28	63	21(2) 7(3)
	<b>Total</b>	<b>1.794</b>	<b>141</b>	<b>270</b>		
	SUDESTE	MG	853	76	128	52(2) 24(1)
		ES	78	8	12	4(2) 3(1)
		RJ	92	9	14	5(2) 4(1)
		SP	645	62	96	34(2) 28(1)
		<b>Total</b>	<b>1.668</b>	<b>155</b>	<b>250</b>	
	SUL	PR	399	22	60	16(3) 6(2)
		SC	293	16	44	12(3) 4(2)
RS		496	19	74	17(4) 2(3)	
<b>Total</b>		<b>1.188</b>	<b>57</b>	<b>178</b>		
CENTRO-OESTE	MS	78	3	12	3(4)	
	MT	141	14	21	7(2) 7(1)	
	GO	246	16	37	11(2) 5(3)	

			Tot al	466	33	70
	Total			5.565	447	835
	<p>*Meta Nacional (anual) de implantação em 15% dos municípios, e meta até 2015 de implantação em 60% dos municípios.  **Referência de distribuição da implantação: Número de regiões de Saúde (Número de municípios).</p>					
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SCTIE/DAF/CGAFB.					
REFERÊNCIA	Marcos Legais: Portaria nº 4217/2010 – Regulamenta a execução e financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão no 1459/2011 – DOU nº 106, 03 de junho de 2011 Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde / Tribunal de Contas da União; Ministro Relator: José Jorge de Vasconcelos Lima. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.87 p. – (Relatório de auditoria operacional) Auditoria operacional – Brasil. 2. Medicamento – distribuição – fiscalização – Brasil. I. Título. II. Série.					

## 8.2. INDICADOR: Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias das UBS e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados.

OBJETIVO	Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.										
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Mede o número de municípios com população em extrema pobreza com serviços de Assistência Farmacêutica estruturados, no que diz respeito a equipamentos e mobiliários, conforme as Diretrizes para Estruturação de Farmácias no âmbito do SUS estabelecido pelo Ministério da Saúde.										
MÉTODO DE CÁLCULO	<u>Numerador:</u> Número de municípios da extrema pobreza com serviços de Assistência Farmacêutica estruturados <u>Denominador:</u> Número total de municípios da extrema pobreza										
META REGIONAL	x% dos municípios da extrema pobreza com farmácias das UBS e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados.										
FORMA DE ACOMPANHAMENTO / FONTE	O acompanhamento será composto por diferentes mecanismos a saber: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acompanhamento <i>in loco</i> pelos apoiadores institucionais CGAFB/DAF/SCTIE;</li> <li>2. Avaliação externa no PMAQ (padrões de estruturação constantes no instrumento AMAQ e certificação);</li> <li>3. Utilização do Sistema HÓRUS;</li> <li>4. Monitoramento de todos os mecanismos pela da Plataforma Integrada BI/HÓRUS- CGAFB/DAF/SCTIE/MS.</li> </ol>										
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Fonte do Recurso PPA -2012-2015 Iniciativa: Estruturação da rede de assistência farmacêutica como parte integrante das redes de atenção à saúde, com o fortalecimento do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica Ação: 20AH Título Ação: Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS. Tabela: Proposta de distribuição da meta estadual para estruturação dos serviços farmacêuticos nos municípios da extrema pobreza conforme Meta Nacional (anual).										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Região</th> <th>UF Adesão</th> <th>Nº Total de Municípios</th> <th>Total de Municípios EX_POB</th> <th>Meta Estadual Total 2012*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Região	UF Adesão	Nº Total de Municípios	Total de Municípios EX_POB	Meta Estadual Total 2012*					
Região	UF Adesão	Nº Total de Municípios	Total de Municípios EX_POB	Meta Estadual Total 2012*							

	NORTE	RO	52	27	5
		AC	22	13	3
		AM	62	32	7
		AP	16	9	1
		RR	15	8	1
		PA	143	64	17
		TO	139	70	14
		<b>Total</b>	<b>449</b>	<b>223</b>	<b>48</b>
	NORDESTE	MA	217	113	23
		PI	224	169	34
		CE	184	139	32
		RN	167	149	30
		PB	223	197	40
		PE	185	118	26
		AL	102	57	12
		SE	75	50	10
		BA	417	289	62
		<b>Total</b>	<b>1.794</b>	<b>1.281</b>	<b>269</b>
	SUDESTE	MG	853	179	36
		ES	78	17	3
		RJ	92	12	3
		SP	645	102	23
		<b>Total</b>	<b>1.668</b>	<b>310</b>	<b>65</b>
	SUL	PR	399	80	16
		SC	293	59	12
		RS	496	98	20
		<b>Total</b>	<b>1.188</b>	<b>237</b>	<b>48</b>
	CENTRO-OESTE	MS	78	16	3
MT		141	41	8	
GO		246	50	10	
<b>Total</b>		<b>466</b>	<b>107</b>	<b>21</b>	
<b>Total</b>		<b>5.565</b>	<b>2.257</b>	<b>451</b>	
*Meta Nacional (anual) de implantação em 20% dos municípios da extrema pobreza e meta até 2015 de 80% dos municípios da extrema pobreza					
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SCTIE				

### 8.3. INDICADOR: Taxa de inspeções sanitárias em indústrias de medicamentos.

OBJETIVO	Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.
META REGIONAL	100% de inspeções sanitárias em indústria de medicamentos realizadas na região.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR (Definição conceitual)	A inspeção sanitária consiste na investigação no local da existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravos à saúde individual ou coletiva e/ou ao meio ambiente, incluindo a verificação de

	documentos.
MÉTODO DE CÁLCULO	(número de inspeções sanitárias em indústrias de medicamentos da região realizadas pela Vigilância Sanitária) / (número total de estabelecimentos fabricantes de medicamentos autorizados a funcionar na região ) x 100
FONTE	SIA/SUS (procedimento n.º 0102010315) e CNES/MS
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES (Padrões de referência e importância do indicador)	A inspeção é uma atividade utilizada para avaliar a situação de funcionamento das indústrias de medicamentos, mediante o potencial de risco que esses produtos oferecem à saúde da população. Quanto maior a taxa de inspeção em indústrias de medicamentos, maior a atuação da vigilância sanitária na eliminação, redução e prevenção de riscos à saúde decorrentes do consumo desses produtos. O indicador permite avaliar a produtividade da ação de inspeção, ao longo do tempo, e identificar indícios quanto à minimização de riscos no processo produtivo realizado pelas indústrias de medicamentos. O indicador proposto não demonstra a conformidade das indústrias inspecionadas, e sim a quantidade de inspeções realizadas. A fonte de informação do indicador são os serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	ANVISA

## DIRETRIZ 11 - INDICADOR UNIVERSAL

### 11.1. INDICADOR: Ações de educação permanente implementadas para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.

META REGIONAL	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	As ações de educação permanente devem ser definidas a partir das necessidades educativas identificadas nos serviços que integram as redes de atenção contemplando ações que fortaleçam a gestão, a atenção primária, atenção especializada e vigilância em saúde conforme diretrizes constantes na Portaria da Rede de Atenção à Saúde e nas Portarias das Redes Temáticas As diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente constam na Portaria GM/MS 1.996/2007 e os recursos para sua implementação são repassados anualmente de acordo com estabelecido em Portaria específica após pactuação na CIT.
MÉTODO DE CÁLCULO	Relatório das ações de educação permanente realizadas encaminhado anualmente ao DEGES/SGTES pelo Estado (CIES). O fluxo será revisto para que possamos receber as informações discriminadas por região de saúde.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatórios enviados anualmente ao DEGES/SGTES/MS.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde. <i>Diário Oficial da União</i> , Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. <i>Política Nacional de educação Permanente em Saúde</i> . Série Pactos pela



	Saúde 2006, v.9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	SGTES/DEGES

## DIRETRIZ 11 - INDICADOR ESPECIFICO

### 11.1. INDICADOR: Número de municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.

OBJETIVO NACIONAL	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS
META REGIONAL	X municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	<p>Número de trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde</p> <p>A educação profissional técnica contempla cursos de formação e qualificação de trabalhadores inseridos na rede de serviços do SUS. É uma prioridade expressa na Política Nacional de Educação Permanente (Portaria 1.996/2007) e no PROFAPS (Portaria nº 3.189/2009).</p> <p>O programa de formação de profissionais de nível médio para a saúde deve considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e de qualificação. Os trabalhadores de saúde de nível médio inseridos na rede de serviços do SUS prioritários para o PROFAPS são os que atuam nas áreas: enfermagem, vigilância em saúde, manutenção de equipamento, órtese e prótese, saúde bucal, radiologia, citopatologia, hemoterapia entre outros; e também qualificação dos agentes de combate a endemias, dos agentes comunitários de saúde, dos agentes de saúde indígena e outros identificados na região.</p> <p>A proposição das ações de formação profissional técnica de nível médio em áreas estratégicas para a saúde devem ser definidas pelos Colegiados Intergestores Regionais, com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e pactuada na CIB.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de trabalhadores em processo de educação profissional conforme relatório emitido anualmente pelas ETSUS
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatório anual enviado pelas ETSUS ao DEGES/SGTES/MS.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	<p>Referências:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde. <i>Diário Oficial da União</i>, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3189 de 18 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). <i>Diário Oficial da União</i>, Poder Executivo, Brasília, DF, 2009.</p>

RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SGTES
--------------------------------	-------

## DIRETRIZ 11 - INDICADOR COMPLEMENTAR

**11.1. INDICADOR: Número de estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, inseridos nos serviços de saúde dos municípios da região de saúde.**

OBJETIVO NACIONAL	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS
META REGIONAL	Inserir X estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, nos serviços de saúde dos municípios da região.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, inseridos nos serviços de saúde dos municípios da região de saúde. Por inserção dos estudantes nos serviços entende-se a participação em atividades de prevenção, promoção e/ou assistência à saúde.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde inseridos (realizando atividades de prevenção, promoção e/ou assistência à saúde) nos serviços de saúde dos municípios da região de saúde.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatório técnico dos projetos e Sistema de Gerenciamento do PET-Saúde (SIGPET).
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Pré-requisitos para a adesão – cursos reconhecidos pelo MEC (ou em reconhecimento nos casos das instituições federais).  O Pró- Saúde e o Pet-Saúde abrangem as graduações da área da saúde de acordo com a Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).  O censo do MEC informa os cursos de graduação na saúde existentes.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DEGES/SGTES/MS.

**11.2. INDICADOR: Proporção de residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região.**

OBJETIVO NACIONAL	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS
META REGIONAL	% dos residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços/ano.

MÉTODO DE CÁLCULO	Número de residentes atuando nos serviços/ano
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatório de gestão, relatórios do Sistema de Gerenciamento das Residências (SIG-RESIDENCIA)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SGTES/DEGES, Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

**11.3. INDICADOR: Proporção de residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção.**

OBJETIVO NACIONAL	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS
META REGIONAL	100% dos residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção básica dos municípios da região
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de residentes que estão atuando nos programas de residência de médica e multiprofissional/ano.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de residentes atuando nos serviços/ano
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatório de gestão, relatórios do Sistema de Gerenciamento das Residências (SIG-RESIDENCIA)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SGTES/DEGES, Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

**11.4. INDICADOR Proporção de residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.**

OBJETIVO NACIONAL	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS
META REGIONAL	100% dos residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços/ano.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de residentes atuando nos serviços/ano
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatório de gestão, relatórios do Sistema de Gerenciamento das Residências (SIG-RESIDENCIA)
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SGTES/DEGES, Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

**11.5. INDICADOR: Proporção de pontos implantados do Telessaúde do Brasil Rede nos municípios da região.**

OBJETIVO NACIONAL	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS
META REGIONAL	Ampliar em X% o número de pontos do Telessaúde Brasil Rede nos municípios da região.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de pontos de Telessaúde em funcionamento por região de saúde. Pontos de Telessaúde implantados são aqueles que dispõem de infraestrutura e conectividade para funcionamento.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de pontos implantados nos municípios da região de saúde/ano
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatórios dos núcleos técnico-científico de Telessaúde e CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Núcleo técnico-científico: instituições formadoras e/ou estabelecimentos de saúde responsáveis pela formulação e oferta de teleconsultorias, telediagnósticos e segunda opinião formativa.  Ponto de Telessaúde: ponto de conectividade nos estabelecimentos de saúde a partir dos quais os trabalhadores do SUS demandam teleconsultorias e/ou telediagnósticos.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DEGES/SGTES/MS

**11.6. INDICADOR: Proporção de acessos às ações do Telessaúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico, tele educação) dos profissionais da atenção primária.**

OBJETIVO NACIONAL	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS
META REGIONAL	Ampliar em X% o nº de acessos às ações do Telessaúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico, tele educação) dos profissionais da atenção primária.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de acessos dos municípios nas ações de tele consultoria, telediagnóstico, tele educação no ano.  Ponto de Telessaúde implantado é aquele que dispõe de infraestrutura e conectividade para funcionamento.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de ações de Teleconsultorias, Telediagnóstico demandadas pelos municípios com ponto de Telessaúde implantado e ações de tele educação nas quais o município tenha participado.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatórios dos núcleos técnico-científico de Telessaúde e CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	Núcleo técnico-científico: instituições formadoras e/ou estabelecimentos de saúde responsáveis pela formulação e oferta de teleconsultorias, telediagnósticos e segunda opinião formativa.  Ponto de Telessaúde: ponto de conectividade nos estabelecimentos de saúde a partir dos quais os trabalhadores do SUS demandam teleconsultorias e/ou telediagnósticos.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DEGES/SGTES/MS

**11.7. INDICADOR: Proporção de vínculos protegidos entre os trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública.**

OBJETIVO NACIONAL	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.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública.
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública, na região de saúde, cadastrados no CNES / Nº total de vínculos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública (vínculos protegidos mais desprotegidos), na região de saúde, cadastrados no CNES X 100
META REGIONAL	Aumentar em x% os vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública, na região de saúde.
FORMA DE AVALIAÇÃO	CNES através da comparação das proporções de vínculos protegidos do mês da assinatura do COAP com o do mês de avaliação do contrato.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES / REFERÊNCIAS	<p>O indicador se propõe a observar os vínculos de trabalho praticados nos serviços do SUS da Região de Saúde.</p> <p>Trabalhadores do SUS são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (Portaria nº 1.318, de 5 de junho de 2007).</p> <p>A classificação dos vínculos protegidos e desprotegidos baseia-se nos critérios de existência de proteção social e cobertura legal dos contratos de trabalho.</p> <p>Os vínculos de trabalho protegidos (não precários) incluem o regime estatutário (vínculo padrão dos servidores públicos na administração pública direta e indireta - cargos públicos); o regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (empregados públicos e contrato por tempo determinado ou indeterminado na esfera privada) e contratos com base em legislação especial (contratos temporários na esfera pública).</p> <p>Os vínculos de trabalho desprotegidos (precários) incluem a prestação de serviços de profissionais autônomos, prestação de serviços de profissionais como pessoa jurídica e demais vínculos sem proteção no âmbito do direito do trabalho (cooperativas).</p> <p>Segue abaixo a interpretação do conceito acima para os tipos de vínculos previstos no CNES 3.0.</p> <p>Na esfera pública, segundo o CNES versão 3.0, serão considerados vínculos empregatícios protegidos / não precários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vínculos diretos nas seguintes modalidades: estatutário - cargo público; emprego público – CLT; cargo comissionado; e contrato por prazo determinado;</li> <li>✓ Vínculos indiretos nas seguintes modalidades: contratos por prazo determinado ou indeterminado intermediados pela esfera privada.</li> </ul> <p>Ainda para a esfera pública, segundo o CNES versão 3.0, serão considerados vínculos empregatícios desprotegidos/precários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vínculos diretos nas seguintes modalidades: contrato tácito; pagamento de pessoa jurídica e pagamento de autônomo;</li> <li>✓ Vínculos indiretos nas seguintes modalidades: contrato tácito, pagamento de pessoa jurídica, e pagamento de autônomo;</li> <li>✓ E Vínculos indiretos de trabalhadores contratados por Cooperativa.</li> </ul> <p>Desconsiderar do cálculo os trabalhadores cadastrados no CNES versão</p>

	3.0 nas seguintes modalidades: estágio (Lei nº 11.788/08), residência, bolsa, e voluntário (Lei 9.608/98), pois elas não caracterizam vínculo empregatício (protegido ou desprotegido).
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	Degerts/SGTES

**11.8. INDICADOR: Número de Mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.**

OBJETIVO NACIONAL	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.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de Mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.
MÉTODO DE CÁLCULO	Soma do número de Mesas ou espaços formais municipais de Negociação Permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.
META REGIONAL	X Mesas (ou espaços formais) Municipais de Negociação do SUS, implantados e em funcionamento.
FORMA DE AVALIAÇÃO	Alimentar o site do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS.  A Secretaria Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) verificará a soma do número de Mesas (ou espaço formal) de Negociação Permanente do SUS municipais criadas e/ou mantidas em funcionamento, conforme meta pactuada na Região de Saúde.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES / REFERÊNCIAS	A comprovação da criação da Mesa (ou espaço formal) municipal se dará por consulta aos Regimentos Internos. O regimento aprovado em âmbito local deve ser encaminhado formalmente por ofício e meio eletrônico para a Secretaria Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). Para atestar o funcionamento da Mesa (ou espaço formal) municipal, será verificada a periodicidade de reuniões que deve ser no mínimo trimestral (4 reuniões/ano). As convocatórias, pautas, atas, resumos executivos, acordos ou outros produtos das reuniões devem ser encaminhados por meio eletrônico para a Secretaria Executiva da MNNP-SUS. A MNNP-SUS disponibiliza o e-mail <a href="mailto:mnnp.sus@saude.gov.br">mnnp.sus@saude.gov.br</a> para o recebimento dos documentos das Mesas ou espaço formal municipais. Os documentos encaminhados serão colocados no sítio do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) que pode ser consultado no site <a href="http://www.saude.gov.br/mesa">www.saude.gov.br/mesa</a> .
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	MNNP-SUS/Degerts/SGTES

**11.9. INDICADOR: Número de Mesas espaços formais regionais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.**

OBJETIVO NACIONAL	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS, estabelecendo espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.
-------------------	--

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Existência de Mesa (ou espaço formal) Regional de Negociação Permanente do SUS implantado e em funcionamento na Região de Saúde.
MÉTODO DE CÁLCULO	Não se aplica.
META REGIONAL	Mesa ou espaço formal regional de Negociação Permanente do SUS implantados e em funcionamento.
FORMA DE AVALIAÇÃO	Alimentar o site do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS.  A Secretaria Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) verificará a soma do número de Mesas (ou espaço formal) de Negociação Permanente do SUS regional implantado e/ou mantido em funcionamento, conforme meta pactuada na Região de Saúde.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES / REFERÊNCIAS	A comprovação da criação da Mesa (ou espaço formal) Regional se dará por consulta aos Regimentos Internos. O regimento aprovado em âmbito local deve ser encaminhado formalmente por ofício e meio eletrônico para a Secretaria Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). Para atestar o funcionamento da Mesa (ou espaço formal) Regional, será verificada a periodicidade de reuniões que deve ser no mínimo trimestral (4 reuniões/ano). As convocatórias, pautas, atas, resumos executivos, acordos ou outros produtos das reuniões devem ser encaminhados por meio eletrônico para a Secretaria Executiva da MNNP-SUS. A MNNP-SUS disponibiliza o e-mail <a href="mailto:mnnp.sus@saude.gov.br">mnnp.sus@saude.gov.br</a> para o recebimento dos documentos das Mesas ou espaço formal Regional. Os documentos encaminhados serão colocados no sítio do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SINNP-SUS) que pode ser consultado no site <a href="http://www.saude.gov.br/mesa">www.saude.gov.br/mesa</a> .
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	MNNP-SUS/Degerts/SGTES

**11.10. INDICADOR: Número de Mesas ou espaços formais de negociação permanente do SUS, municipais e regional, implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.**

OBJETIVO NACIONAL	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS, estabelecendo espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Número de Número de Mesas ou espaços formais de negociação permanente do SUS, municipais e regionais, implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde..
MÉTODO DE CÁLCULO	Soma do número de Número de Mesas ou espaços formais de negociação permanente do SUS, municipais e regional, implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.
META REGIONAL	X Mesas (ou espaços formais) municipais e regionais de Negociação do SUS, implantados e em funcionamento.
FORMA DE AVALIAÇÃO	Alimentar o site do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS.  A Secretaria Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) verificará a soma do número de Mesas (ou espaço formal) de Negociação Permanente do SUS municipais e regionais criadas e/ou mantidas em funcionamento, conforme meta pactuada na Região de Saúde.

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES / REFERÊNCIAS	<p>A comprovação da criação da Mesa (ou espaço formal) Municipal ou Regional se dará por consulta aos Regimentos Internos. O regimento aprovado em âmbito local deve ser encaminhado formalmente por ofício e meio eletrônico para a Secretaria Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).</p> <p>Para atestar o funcionamento da Mesa (ou espaço formal) Municipal ou Regional, será verificada a periodicidade de reuniões que deve ser no mínimo trimestral (4 reuniões/ano). As convocatórias, pautas, atas, resumos executivos, acordos ou outros produtos das reuniões devem ser encaminhados por meio eletrônico para a Secretaria Executiva da MNNP-SUS.</p> <p>A MNNP-SUS disponibiliza o e-mail <a href="mailto:mnnp.sus@saude.gov.br">mnnp.sus@saude.gov.br</a> para o recebimento dos documentos das Mesas ou espaço formal Municipais e Regionais. Os documentos encaminhados serão colocados no sítio do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) que pode ser consultado no site <a href="http://www.saude.gov.br/mesa">www.saude.gov.br/mesa</a>.</p>
RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	MNNP-SUS/Degerts/SGTES

## DIRETRIZ 12 - INDICADOR ESPECIFICO

### 12.1. INDICADOR: Atesto do Conselho de Saúde para divulgação dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.
META REGIONAL	100% do municípios com divulgação da carta dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Considera-se para fins desta meta as ações e políticas de promoção de equidade de acordo com as Portarias GM/MS nº 992/2009, nº 2836/2011 e nº 2866/2011.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de municípios da região com Atesto do Conselho de Saúde para divulgação dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde/ Número total de municípios da região X 100.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatório dos conselhos de saúde aprovado em CIR
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SGEP/DAGEP.

### 12.2. INDICADOR: Proporção de municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade contempladas nos respectivos planos de saúde.

OBJETIVO NACIONAL	Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.
META REGIONAL	100% dos municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade contempladas nos respectivos planos de saúde.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Considera-se para fins desta meta as Ações e políticas de promoção de equidade de acordo com as Portarias GM/MS nº 992/2009, nº 2836/2011 e nº 2866/2011
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade devidamente aprovados nos respectivos Planos de Saúde / Número total de municípios da região X 100



FORMAS DE AVALIAÇÃO	CIR e Conselhos de Saúde de acordo com os respectivos planos estaduais e municipais de saúde e relatório de gestão.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SGEP/DAGEP.

## DIRETRIZ 12 - INDICADOR COMPLEMENTAR

### 12.1. INDICADOR: **Proporção de unidades municipais próprias sob gestão municipal.**

OBJETIVO NACIONAL	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.
META REGIONAL	X% de unidades municipais próprias sob gestão municipal
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção de unidades municipais próprias sob gestão municipal.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES como de esfera administrativa municipal e gestão municipal, dividido pelo número de estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES como esfera administrativa municipal, multiplicado por 100.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonte: Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES;</li> <li>• Periodicidade da análise: anual</li> <li>• Período de referência para a análise: janeiro a dezembro</li> </ul>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DRAC/SAS

### 12.2. INDICADOR: **Proporção das ações e serviços da atenção básica sob gestão municipal**

OBJETIVO NACIONAL	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.
META REGIONAL	100% das ações e serviços de atenção básica sob gestão municipal.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Proporção das ações e serviços da atenção básica sob gestão municipal
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de serviços de saúde de atenção básica cadastrados no SCNES sob gestão municipal, dividido pelo Nº total de serviços de saúde de atenção básica cadastrado no SCNES x 100.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonte: Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES</li> <li>• Periodicidade da análise: anual</li> <li>• Período de referência para a análise: janeiro a dezembro</li> </ul>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	DRAC/SAS

## DIRETRIZ 13 - INDICADOR UNIVERSAL

### 13.1. INDICADOR: Proporção de ouvidorias implantadas nos municípios

OBJETIVO NACIONAL	Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS
META REGIONAL	X% dos municípios com ouvidorias implantadas
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	<p>Considera-se implantado um serviço de ouvidoria para atuar como um sistema de comunicação, entre o poder público e o cidadão, quando houver: espaço físico para o funcionamento da Ouvidoria, um ou mais canais de recebimento das manifestações (telefone, formulário web, atendimento presencial, outros), um ou mais canais de resposta (meio impresso, telefone, e-mail) ao cidadão e utilização de sistema para o tratamento das demandas de saúde oriundas da população.</p> <p>Obs.: O Ministério da Saúde/SGEP/DOGES disponibiliza o Sistema Informatizado OuvidorSUS para o serviço de ouvidoria.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de municípios da região XYZ com ouvidoria implantada no ano / total de municípios da Região
FORMAS DE AVALIAÇÃO	O DOGES/SGEP/MS tem o Sistema de Informação das Ouvidorias do SUS – SIOUVISUS, desenvolvido pelo DATASUS e DOGES, para cadastro de ouvidoria em todos os municípios
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	<p>A Ouvidoria é um componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – Portaria nº 3027, de 28 de novembro de 2007. A Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007 regulamenta o sistema informatizado OuvidorSUS como ferramenta para descentralização do SNO e o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, organiza o modelo de gestão do SUS e estabelece a apuração permanente das necessidades e interesses do usuário, bem como a sua avaliação das ações e serviços de saúde. Os serviços de ouvidoria deverão manter o Poder Público em permanente contato com o cidadão, sendo estes serviços facilitadores na intermediação para a resolução de problemas da população, na avaliação dos serviços de saúde, no acesso a informação e disseminação da informação em saúde e no disposto nos incisos I e II do art. 37 do Decreto nº 7508/2011. A ouvidoria, no âmbito do monitoramento e da avaliação, tem a finalidade de contribuir com a avaliação do sistema, através da visão do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o Poder Público, de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução de problemas.</p> <p>O Documento “Municípios por Estados e suas Regiões de Saúde, População e Existência de Ouvidorias do SUS” (Anexo I) contém resultados da pesquisa em 3.692 Secretarias Municipais de Saúde, restando 1.871 Secretarias para conclusão da pesquisa do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS em meados de março do corrente.</p>
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Será realizado pelo Setor de Monitoramento e Avaliação, da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Ouvidoria do DOGES/SGEP/MS.

## DIRETRIZ 13 - INDICADOR ESPECÍFICO

### 13.1. INDICADOR: Municípios da Região de Saúde com SNA estruturados.

OBJETIVO NACIONAL	Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
META REGIONAL	Estruturar o SNA em X municípios da região de saúde.
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Considera-se componente do SNA estruturado aquele que atenda todos os requisitos de responsabilidade do Ente e que esteja em condições estruturais e técnicas de realizar auditorias nas ações do COAP.
MÉTODO DE CÁLCULO	O método de calculo será definido de acordo com a meta da região.
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Sistema de Auditoria/SISAUD-SUS e DENASUS (em fase de elaboração dos fluxos de informações pelo DENASUS).
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	O atingimento da meta é conseqüência da conjugação de vontades dos entes envolvidos: o DENASUS, que prestará o apoio técnico, e o Estado/Município deverá ter interesse em estruturar o seu componente do SNA e preencher os requisitos necessários.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	SGEP/DENASUS

## DIRETRIZ 13 - INDICADOR COMPLEMENTAR

### 13.1. INDICADOR: Proporção dos entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.

OBJETIVO NACIONAL	Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
META REGIONAL	X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	O indicador acima mensura a adesão dos entes ao Banco de Preços em Saúde com pelo menos uma alimentação por ano das compras realizadas.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: número de entes da região com uma ou mais alimentações no ano no BPS Denominador: total de entes da região
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatório do Banco de Preços em Saúde
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	O Banco de Preços em Saúde é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza por meio da internet os preços de medicamentos e produtos para a saúde adquiridos por instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. No âmbito do setor público, a adesão ao BPS constitui uma forma de cumprir a Lei Complementar 131/2009, que estabelece a necessidade de disponibilização em tempo real de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios nos seguintes prazos: Maio de 2010: União, estados, DF e municípios com população acima de 100 mil habitantes

	<p>Maio de 2011: Municípios com população entre 50 mil e 100 mil habitantes</p> <p>Maio de 2013: Municípios com população até 50 mil habitantes</p> <p>A adesão ao BPS configura o cumprimento da LC 131 no que diz respeito a despesas com medicamentos e produtos/insumos para a saúde.</p>
SETOR RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Banco de Preços em Saúde/ Coordenação Geral de Economia da Saúde – DESID/Secretaria Executiva – Ministério da Saúde

**13.2. INDICADOR: Proporção de unidades hospitalares na região com centros de custos definidos, de acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos.**

OBJETIVO NACIONAL	Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
META REGIONAL	X% de unidades hospitalares na região com centros de custos definidos, de acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	A definição dos centros de custos no âmbito do PNGC envolve a identificação e o agrupamento das diversas atividades desenvolvidas nas unidades hospitalares sob uma lógica voltada à apuração de custos.
MÉTODO DE CÁLCULO	Numerador: Somatório de unidades hospitalares da região que alcançaram a etapa de definição dos centros de custos. Denominador: Total de unidades hospitalares da região
FORMAS DE AVALIAÇÃO	Relatórios padronizados de acompanhamento da implantação do PNGC.
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	As etapas de implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos estão descritas no Manual Técnico de Custos e suas atualizações. De acordo com o Programa, a definição dos centros de custos é precedida das seguintes etapas prévias: sensibilização dos níveis estratégico, tático e operacional, capacitação, formalização do processo de apuração de custos na unidade e diagnóstico situacional. A implantação do PNGC se conclui com o cumprimento da etapa de monitoramento e avaliação, posterior à definição dos centros de custos.
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Coordenação-Geral de Economia da Saúde / DESID/Secretaria Executiva – Ministério da Saúde.

### ANEXO 3: Modelo de ficha de qualificação dos indicadores

#### TIPO DE META/INDICADOR:

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADOR / META	
<b>DIRETRIZ X</b>	Descreve a diretriz do Plano Nacional de Saúde 2012/2015.
<b>OBJETIVOS</b>	Descreve o objetivo definido a partir do alinhamento com o plano nacional de saúde.
<b>META REGIONAL</b>	Descreve a meta a ser pactuada com todos os entes da região de saúde, vinculada ao objetivo e à diretriz.
<b>INDICADOR</b>	Descreve o marcador que irá servir de base para o monitoramento e avaliação da meta pactuada.
<b>DESCRIÇÃO DO INDICADOR</b>	Descreve o Indicador de forma completa, inclusive esclarecendo os conceitos de forma que estabeleça uma perfeita comunicação com todos os interlocutores.
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	Para porcentagem: Numerador: Denominador:  Para número absoluto X número de ...
<b>FORMAS DE AVALIAÇÃO</b>	Descreve como se dará o acompanhamento da meta, incluindo as fontes de informações.
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES</b>	Descreve outras informações complementares para o melhor entendimento da meta ou indicador.
<b>RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO</b>	Descreve qual Secretaria/Departamento, por parte do Ministério da Saúde, fará o monitoramento da meta. Cada ente deverá definir o setor responsável pelo monitoramento das metas e indicadores na pactuação regional.