

Prefeitura do Município de Lages – SC  
Secretaria Municipal da Saúde do Município de Lages  
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão de Informática  
Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Regulação – CT CAAR



## **GUIA DE APOIO AOS PROFISSIONAIS PARA CUMPRIMENTO DA PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017- 2021**

LAGES-SC  
2019

## **Equipe Idealizadora, organização e elaboração**

### **Membros do CT-CAAR**

<b>Autoria</b>	<b>Representatividade</b>
<i>Daniela Rosa de Oliveira</i>	Coordenação da CT-CAAR e Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão da Informação.
<i>Franciele Spolti Lorenzetti Miguel</i>	NEPHS - Núcleo de Educação Permanente e Humanização em Saúde.
<i>Georgia Parizzi</i>	Rede Cegonha Serra Catarinense.
<i>Janaina Amarante da Silva Floriani</i>	Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão da Informação.
<i>Janaina F. Schilickmann de Souza</i>	Diretoria de Especialidades.
<i>Larissa Costa Oliveira</i>	Diretoria de Vigilância em Saúde.
<i>Luciane Granetto Córdova</i>	Diretoria Administrativa.
<i>Mauricéia Bazi</i>	Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão da Informação.
<i>Nayara Alano Moraes</i>	Rede Cegonha Serra Catarinense.
<i>Priscila Nunes</i>	Diretoria de Atenção Básica.
<i>Sumaya Furtado Pucci</i>	Diretoria de Vigilância em Saúde.

## Equipe de construção das Matrizes de Intervenção

<b>Autoria</b>	<b>Representatividade</b>
<i>Adalberto Siqueira</i>	Transporte
<i>Adilson Farias</i>	US São Miguel
<i>Adriana Cristina Benedito</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Adriana de Sousa Padilha Martins</i>	US Guarujá
<i>Adriana F. Silva</i>	US Popular
<i>Adriano Oliveira da Silva</i>	US São José
<i>Alana Campos Zancheta</i>	US Penha
<i>Alessandra P. de S. Antunes</i>	Policlínica
<i>Alessandra Simianato</i>	Policlínica
<i>Alessandra Waltrick Muniz</i>	US São Pedro
<i>Alexandre Ludvig</i>	Visitante Ouvinte
<i>Alexsander Farias Westarb</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Alisson Barbosa Paiz</i>	Ouvidoria
<i>Ana Cristina Carvalho</i>	NASF
<i>Ana Cristina Carvalho</i>	NASF
<i>Ana Cristina de S. Baccin</i>	Policlínica
<i>Ana Paula Correa Costa</i>	US Coral
<i>Ana Paula W. Rosa</i>	US Copacabana
<i>Anderson Stevens</i>	US Petrópolis
<i>Andrea de Moraes Lopes</i>	US Gethal
<i>Andreia Muniz</i>	US Interior
<i>Andressa M. Dombrowski</i>	US Santa Helena
<i>Andressa Rodrigues da Rosa</i>	US Guarujá
<i>Andrisa Melo</i>	NASF III
<i>Angelita Aparecida Ribeiro</i>	CEREST
<i>Angelita P. Letti</i>	US Centro
<i>Bárbara Koch</i>	US Guarujá
<i>Bianca Camargo da Silva</i>	US São Cristóvão
<i>Brenda Gomes Farias</i>	US Santa Helena
<i>Bruna B. Ferrão</i>	US Santa Helena
<i>Bruna Eliane Sviercowski</i>	Farmácia
<i>Bruna Damaceno</i>	US Petrópolis

<i>Camila Ramos de Ávila</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Carla Carsten Duarte Prada</i>	Vigilância Sanitária
<i>Carlos Alberto Brum Gonçalves</i>	US Prómorar
<i>Carlos Neri dos Santos Rocha</i>	US Copacabana
<i>Carolina C. Tessari</i>	US Penha
<i>Caroline Beatriz Schons</i>	US Santa Helena
<i>Cátia Danielle Ataíde S. de Liz</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Célio R. Ramos Filho</i>	Laboratório de Águas
<i>Chalise Costa dos Passos</i>	US Santa Helena
<i>Cíntia de Oliveira Silva</i>	CEASM
<i>Claudia Couto</i>	US Tributo
<i>Claudia Vieira Anze Reschke</i>	Vigilância Sanitária
<i>Cleonice de F. Bombana</i>	US Guarujá
<i>Cleuza Aparecida Kuhnen</i>	Policlínica
<i>Cristiane Ferreira Pinto</i>	US Várzea
<i>Daiana Hackberth</i>	NASF I
<i>Daiane Nunes Zulianello</i>	US Frei Rogério
<i>Daiane Ribeiro de Freitas</i>	US Santa Helena
<i>Daiane Theodoro Bernardino</i>	US Várzea
<i>Daniela da Silva</i>	US Frei Rogério
<i>Dayane Campos Patrício</i>	US Copacabana
<i>Dayane Cristina Bordin</i>	US Tributo
<i>Dayane Oliveira Vivan</i>	US Gethal
<i>Dayane Rabello</i>	Recepção SMS
<i>Dayane Schiestel Lemos</i>	US Santa Monica
<i>Dayse B. Esbruzzi</i>	Saúde da Criança
<i>Deise Boeira Braga</i>	CEASM
<i>Deise Paim Córdova</i>	NASF II
<i>Deyse Caroline Ichtchuk</i>	US Gethal
<i>Elen Boeira Correa</i>	Policlínica
<i>Elis Priscila B. S. Chagas</i>	US Tributo
<i>Elisandra P. Andrade</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Elisângela Pereira</i>	US Tributo
<i>Eloi de F. Floriani</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Elton Dari C. dos Santos</i>	US Gethal
<i>Evelin Valéria Silva Emerim</i>	Saúde da Criança

<i>Fabiana M. Branco</i>	US Santa Catarina
<i>Fabiana Santos</i>	Policlínica
<i>Fabiana Souza</i>	US Guarujá
<i>Fabíola A. Velasco</i>	US Santa Helena
<i>Fabíola Werlich Costa</i>	US São Pedro
<i>Fernanda de Matia</i>	HISB
<i>Fernanda Kerschamer</i>	US São Carlos
<i>Fernando A. A. Sousa</i>	US Santa Helena
<i>Flavia Goulart Soares</i>	US Copacabana
<i>Flávia Lima de Souza</i>	Ouvidoria
<i>Flávio José Michelin</i>	Vigilância Sanitária
<i>Flávio T. Talharin</i>	US São Cristóvão
<i>Franciele Aparecida da Silva</i>	US Guarujá
<i>Francine Gomes Alves</i>	US Santa Catarina
<i>Françoise M. Matos</i>	CEASM
<i>Gabriela Sousa de Liz</i>	ASB
<i>Geanice Ledo</i>	CCZ
<i>Geison William Ezequiel</i>	US Guarujá
<i>Geórgia Parizzi</i>	US São Pedro
<i>Giancarlo R. dos Santos Junior</i>	US Centenário
<i>Gisele Ap. Tomazi Marcelino</i>	US Copacabana
<i>Gisele dos Santos Bachéga</i>	Policlínica
<i>Giseli Del Castanhel</i>	US Caça e Tiro
<i>Grazielle S. Ferreira</i>	US Promorar
<i>Greice Queli de Camargo</i>	US Santa Monica
<i>Greicy Mara Sartor</i>	US Promorar
<i>Helena Aparecida Carneiro S. Mendes</i>	NASF III
<i>Helena C. da Silva</i>	NASF
<i>Hoksana Aparecida de Oliveira</i>	US São Pedro
<i>Indianara Vieira</i>	Vigilância Sanitária
<i>Irma M. C. Moreira</i>	US Copacabana
<i>Isabel Cristina de O. Silva</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Ivanise de O. Goulart</i>	US Coral
<i>Jacir Passetto</i>	Vigilância Sanitária
<i>Jamile Rasmussen da Cruz</i>	US Santa Monica

<i>Janete Bertan de Oliveira</i>	US Tributo
<i>Janice C. O. L. Pessoa</i>	US Santa Monica
<i>Janice Rosa Silva</i>	US São Pedro
<i>Janis R. Vockis</i>	US Promorar
<i>Jean Alex da Silva Ramos</i>	Vigilância Sanitária
<i>Jenifer G. Borges</i>	Controle e Auditoria
<i>Jéssica de Oliveira Duarte</i>	Apoio Administrativo
<i>Jéssica N. Borssatto</i>	Policlínica
<i>Jéssica Rosa Saiva</i>	US São Pedro
<i>Joana Vieira Andrade</i>	US Habitação
<i>Joselaine da Rose</i>	Laboratório de Águas
<i>Josiane Ramos Gabelatto</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Juarez Pereira da Silva Filho</i>	Vigilância Sanitária
<i>Juliana B. B. P. Dias</i>	US Habitação
<i>Juliana Barbosa Vieira</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Juliana Celestino Ferreira</i>	US Coral
<i>Juliana Damaceno</i>	US São José
<i>Juliana Garcia</i>	US Centro
<i>Juliana Lourenço</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Junior José Chagas Pereira</i>	US Santa Helena
<i>Kamila Sousa Liz</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Karen C. Pereira</i>	NASF IV
<i>Karina Aparecida do Nascimento</i>	US Centenário
<i>Karine Gonçalves</i>	US Santa Monica
<i>Karlyne dos Santos Ribeiro</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Kátia Cilene C. de Barros</i>	US Coral
<i>Katia M. R. Moraes</i>	US Vila Nova
<i>Kelly Adriane Scheurman</i>	Policlínica
<i>Kelly Aparecida Martins</i>	US São Miguel
<i>Kelly Cavani Cardoso</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Kelly Priscila Almeida Antunes</i>	US Tributo
<i>Keyse de Souza</i>	US São Pedro
<i>Leslie Aparecida Silva</i>	US Promorar
<i>Livina Oliveira de Liz</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Luana Debetir</i>	NASF III
<i>Luana dos Santos Lopes</i>	Apoio Administrativo

<i>Luana Nunes Moura</i>	US Vila Mariza
<i>Luciana de Fátima Dutra da Rosa</i>	US São Cristóvão
<i>Luciana O. Andrade</i>	US Guarujá
<i>Luciana Santos Lima</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Luciane de Fátima Vargas</i>	US Popular
<i>Luciane Esmério</i>	US Várzea
<i>Luciara Freitas de Souza</i>	US Habitação
<i>Ludimara de O. Rosa</i>	HTR Rede Cegonha
<i>Luiza Oening</i>	CEREST
<i>Maiane Rosa Lins</i>	CEREST
<i>Mara Regina Falcão</i>	US Tributo
<i>Marcelo David Castellen</i>	Vigilância Sanitária
<i>Márcia Regina Souza</i>	US Coral
<i>Márcio R. da Silva</i>	CCZ
<i>Marcos A. de Souza</i>	NASF IV
<i>Margarete Beatriz de Liz</i>	US São Carlos
<i>Margarete das G. Kuster</i>	Policlínica
<i>Margarete V. Jessé</i>	US Coral
<i>Maria de Fátima Santos</i>	Policlínica
<i>Maria Edinéia da Silva</i>	US São Francisco
<i>Maria Helena Saldanha Campos</i>	Policlínica
<i>Maria Hilda Vieira Lima</i>	US Caça e Tiro
<i>Maria Santos Paixão</i>	Policlínica
<i>Maricéia Coelho Bronneer</i>	CCZ
<i>Marlene Madruga Correa</i>	Central de Vacinas
<i>Marli Andreola da Luz</i>	US Petrópolis
<i>Marli Borges da Luz</i>	US Habitação
<i>Mayckon Antonio C. Padilha</i>	CCZ
<i>Melina Daiana Alves</i>	Laboratório
<i>Mikelly Branco</i>	US Santa Helena
<i>Milene Hoffmann</i>	US Promorar
<i>Natiane Ferreira</i>	US Santa Helena
<i>Paola Mense</i>	US Frei Rogério
<i>Patrícia M. Zonta Colombo</i>	US São Cristóvão
<i>Patrícia Prestes</i>	US Sagrado Coração de Jesus
<i>Patrícia Zappelini</i>	US Várzea

<i>Paula Renata Soares</i>	Vigilância Sanitária
<i>Paulo Panatta</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Paulo Robson Fernandes</i>	Núcleo de Tecnologia da Inform.
<i>Paulo Waldrigues</i>	Policlínica
<i>Pedro Poroski Junior</i>	Vigilância Sanitária
<i>Poliana do Prado Andrade</i>	US Vila Mariza
<i>Priscila G. Almeida</i>	US Santa Catarina
<i>Rafael Peletti</i>	Almoxarifado
<i>Regis lamamura</i>	US Popular
<i>Renata M. T. Laidens</i>	CEASM
<i>Renatha Alves P. Conte</i>	US Várzea
<i>Ricardo Batista de Oliveira</i>	Laboratório
<i>Ricardo de Araújo Chimello</i>	US Centenário
<i>Robson Costa</i>	Policlínica
<i>Rosana Albuquerque Mota</i>	US São Francisco
<i>Rosane Silva</i>	US Santa Helena
<i>Roselene dos Santos</i>	US Tributo
<i>Roseméri B. de Oliveira</i>	US Santa Helena
<i>Rosiane Córdova Ramos</i>	Almoxarifado
<i>Rosilene C. L. Conrado</i>	US Guarujá
<i>Sabrina Seibt</i>	US Vila Nova
<i>Sabrina Zanchet Felício</i>	US Gethal
<i>Samanta F. Westarb</i>	US Centenário
<i>Sandra Caron</i>	US Coral
<i>Sandra da Silva Luz</i>	Policlínica
<i>Sandra T. Rayser Freitas</i>	US Vila Mariza
<i>Sandro Silva Gerber</i>	Vigilância Sanitária
<i>Sara Dacol</i>	US Popular
<i>Silvana de F. Flach da Silva</i>	US Santa Catarina
<i>Silviane Lima de Jesus</i>	Conselho Mun. de Saúde
<i>Simone Aparecida Silva Santos</i>	NASF IV e Rede Cegonha
<i>Simone Barauna</i>	Central de Vacinas
<i>Simone T. Carvalho Sá</i>	US Vila Nova
<i>Sonia Aparecida Amorim Barros</i>	US Habitação
<i>Sônia de Fátima Souza</i>	Controle e Auditoria
<i>Tatiane Felisbino</i>	US Popular



*Tauana Marta Sasso Andrade*

US Interior

*Thiago Farias Dolzoni*

Controle e Auditoria

*Thuany Moraes*

US Santa Monica

*Vera Márcia B. Vieira*

Apoio Administrativo

*Viviane C. Branco da Silva Lima*

US Copacabana

*Viviane R. Kicebs*

NASF IV

*Zeli Farias Santos*

US Santa Helena

*Zilmara Ribeiro Souza*

US Penha

## **Apoio Técnico:**

### **Grupo Gestor da Atenção Básica:**

<i>Adilson Faria</i>	US São Miguel
<i>Bruna Vaz</i>	CEASM
<i>Caroline Dallamico Gugelmin</i>	US Interior
<i>Fabiana Medeiros Branco</i>	US Santa Catarina
<i>Ivanise de Oliveira Goulart</i>	US Coral
<i>Melyssa Proença Palma Nunes</i>	Coordenação do Grupo Gestor da AB
<i>Renata Meurer Tausendfreund Laidens</i>	CEASM
<i>Tiago Santer</i>	Saúde do Homem

### **NEPHS – Núcleo de Educação Permanente e Humanização do SUS:**

<i>Andréia De Lima Monteiro</i>	US Copacabana
<i>Andréia Valéria De Souza Miranda</i>	US Universitário
<i>Andrisa Melo</i>	NASF
<i>Deise Pain Córdova</i>	NASF
<i>Fabiana De Oliveira</i>	US Tributo
<i>Helena Cristina Da Silva</i>	NASF
<i>Iloena Madruga Bianchini</i>	Gestão de Pessoas
<i>Katiana De Lins</i>	US São Cristóvão
<i>Keila Gislaine Paes</i>	US Petrópolis
<i>Letícia De Souza Moraes</i>	US Coral
<i>Margarete Verônica Jesse Dos Santos</i>	US Coral
<i>Wilson Urbano</i>	Conselho Municipal da Saúde

## APRESENTAÇÃO

O presente documento tem por objetivo apresentar as matrizes de intervenção construídas pela CT-CAAR: Câmara Técnica de Controle, Auditoria, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal da Saúde de Lages-SC, bem como pelos participantes do *I Seminário de Pactuação de Indicadores de Lages-SC* que ocorreu nos dias 03, 04 e 05 de dezembro de 2018, os quais fazem parte das cinco áreas estratégicas como: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Regulação, Especialidades e Administrativo.

A Pactuação Interfederativa 2017-2021 tem como objetivos:

- Harmonizar o processo de construção dos instrumentos de planejamento e a pactuação de indicadores com vistas ao fortalecimento do planejamento em saúde;
- Manter vinculação com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, onde houver aplicabilidade, para o estabelecimento de prioridades, respeitado o § 4º do art. 30 da LC nº 141, de 2012;
- Estabelecer indicadores para pactuação nacional que mensurem o acesso a ações e serviços de saúde, a qualidade da organização em redes, além de considerar indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e o desempenho do sistema, podendo ser universais ou específicos;
  - Universais: indicadores pactuados por todos os municípios, estados, Distrito Federal e regiões de saúde;
  - Específicos: indicadores pactuados por municípios, estados, Distrito Federal e regiões de saúde, de acordo as especificidades locais.

As fichas de qualificação dos 23 indicadores estabelecidos para os anos de 2017 a 2021, conforme decisão tomada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite em 24 de novembro de 2016 e publicado no Diário Oficial da União, em 12 de dezembro de 2016, por meio da Resolução nº 8. Estarão em anexo neste documento (ANEXO I).

Os indicadores, relacionados as diretrizes nacionais, são compostos por 20 indicadores universais, ou seja, de pactuação comum e obrigatória e 03

indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território, conforme orientações nas fichas.

Neste sentido, a CT-CAAR, apresenta em formato de matriz as estratégias para aumentar o acesso, melhorar ações e planejar serviços de saúde relacionados aos indicadores, abrangendo para todo público da Secretaria Municipal da Saúde o qual tem co-responsabilização no cumprimento de metas, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho.

A lógica da matriz é de produção de sentidos e significados que facilitam a mobilização de iniciativas e momentos de autoanálise, autogestão, identificação dos problemas, e formulação das estratégias de intervenção para melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho.

O conteúdo das matrizes por indicador serve para direcionamento e sugestões de ações tanto para o serviço ou gestão, onde cada equipe que receba este documento tome posse do conteúdo, e por meio de planejamento em reunião de setor ou Unidade de Saúde aprimorem as estratégias que lhe cabem como também as que exigem arranjos organizativos intersetoriais, possibilitando transformá-las em práticas com a realidade local.

Abaixo segue as três diretrizes principais relacionadas aos grupos de indicadores:

Grupo de Indicadores por Diretriz Pactuação Interfederativa	INDICADOR
DIRETRIZ 1 – (U): Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS	11-12-17-18-19-21
DIRETRIZ 2 - Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.	2-3-13-14-15-16
Diretriz 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.	1-4-5-6-7-8-9-10-20-22-23

Fonte: Ministério da Saúde. Caderno de Pactuação Interfederativa, 2017

## **Dicas de como utilizar as matrizes de intervenção para o cumprimento dos indicadores:**

- Os processos de planejamento construídos de forma democrática e pactuados entre os atores implicados (gestores, coordenadores, equipes, profissionais e usuários), são mais efetivos pois possuem maior alinhamento com as necessidades e realidades locais;
- Possibilitar maior comunicação entre os atores, com o aumento da capacidade gerencial de tomada de decisões e construção de consciência coletiva e responsabilização dos envolvidos;
- Sugere-se que, inicialmente, o planejamento contemple os principais problemas, ou seja, os elencados como mais importantes para o grupo;
- As prioridades de intervenção levam também em consideração seu impacto sobre o problema, a governabilidade dos atores envolvidos, bem como suas capacidades e desejo de mudança.
- Sempre registre as atividades coletivas e individuais realizados pelos profissionais.
- Estabelecer uma meta conforme o perfil do território é essencial para mensurar o cumprimento do indicador ou não.
- A educação Permanente é uma grande ferramenta para aprimorar uma matriz, pois possibilita processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo profissionais e que considerem elementos da prática que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).
- Sugere-se que as estratégias fiquem em local exposto aos membros da equipe para auxiliar no monitoramento.

Segue a Resolução 005/2019 que dispõe sobre a apresentação da Pactuação Interfederativa 2017/2019 – competência 2019 (ANEXO 02), bem como a planilha de série história de do ano de 2015 à 2018 e metas para 2019, avaliada por *ad referendum* de 29 de março de 2019, apresentada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde do Município de Lages no dia 10 de abril de 2019 (ANEXO 3).

## SUMÁRIO

1 - Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.....	13
2 - Proporção de Óbito de Mulher Idade Fértil – de 10 à 49 anos investigados.....	14
3 - Proporção de registro de óbito causa básica definida.....	19
4 – Proporção de vacinas selecionadas do CNV para crianças < 02 anos – pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) – com cobertura vacinal preconizada.....	20
5 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata DNCI encerrados em até 60 dias após a notificação.....	23
6 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.....	25
8 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.....	27
9 – Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos.....	30
10 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.....	33
11 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.....	35
12 – Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.....	39
13 – Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.....	41
14 – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.....	44
15 – Taxa de Mortalidade Infantil.....	45
16 – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.....	48

17 – cobertura populacional estimada pela equipe de atenção básica.....	51
18 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família – PBF.....	52
19 - Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.....	54
20 – Percentual de municípios que realizam no mínimo seis ou mais grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.....	55
21 – Ações de Matriciamentos realizadas por CAPS com equipes de atenção básica.....	56
22 – Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle da dengue.....	58
23- proporção de preenchimento do campo ‘ocupação’ nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.....	60
ANEXOS.....	61



## MATRIZ DE INTERVENÇÃO

### PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021 INDICADORES DE SAÚDE

**1 - Número de óbito prematuros menores de 70 anos pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis DCNT – Doenças do aparelho circulatório, respiratório, câncer e diabetes.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<b>1 – Número de óbito prematuros menores de 70 anos pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis DCNT – Doenças do aparelho circulatório, respiratório, câncer e diabetes.</b>	A) Resgatar tutores do grupo de tabagismo para realizar capacitação para profissionais das equipes de saúde.	A) Tutor do grupo de tabagismo;	A) Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica e Farmácia.	A) A partir maio de 2019
	B) Ampliar a oferta de grupos de tabagismo.	B) Insumos para os grupos;	B) Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica e Farmácia	B) A partir de junho de 2019.
	C) Ampliação e divulgação das ações realizadas pela academia da saúde por meio de convênios com universidades inserindo acadêmicos de educação física e nutrição.	C) Reunião intersetorial para discussão do convenio/parceria. - Parcerias com outras instituições.	C) Atenção Básica, Vigilância, Epidemiológica - DANTs, Equipe dos Pólos da Academia da Saúde, Gestão de Pessoas, Universidades, Assistência social.	C) A partir de junho de 2019.
	D) Mobilizar as equipes de saúde para sensibilizar a população, a fim de ampliar a adesão aos	D) Reunião intersetorial com os profissionais dos NASFs, Caps, CRAS e Fundação		D) A partir de junho 2019.



	<p>grupos de atividade física já existente.</p> <p>E) Ações de promoção em saúde sobre obesidade e sobrepeso.</p> <p>F) Ações de promoção em saúde sobre uso racional de medicações, automedicação, superdosagens, entre outros.</p> <p>G) Ampliação da detecção precoce do câncer bucal</p>	<p>Municipal do Esporte e Universidades.</p> <p>E) Sensibilização dos gestores da Secretaria de Educação e equipes de saúde; Fortalecimento dos programas PSE e academia da saúde. Implantar o Programa de Alimentação Saudável.</p> <p>EducanVISA (buscar implantação); Mídias sociais; Materiais didáticos; Capacitação para profissionais da saúde; Otimizar grupos e reuniões dos serviços incluindo esta temática; Orientações em sala de espera;</p> <p>Cirurgião dentista ampliar o diagnóstico nos atendimentos e o uso do azul de toluidina através de visitas domiciliares. Adesão do maio vermelho em todos os locais de atendimento em saúde bucal. Educação permanente entre cirurgião dentista e equipe para apoio na detecção precoce do câncer.</p> <p>H) Otimizar grupos que já existem para discutir sobre o tema.</p>	<p>D) Atenção Básica (responsável por mobilizar) Parcerias: Vigilância em Saúde, Atenção Especializada e Assistência Social.</p> <p>E) Atenção Básica, Programa Saúde da Criança, Secretaria de Educação e Saúde.</p> <p>F) Vigilância Sanitária (responsável pela articulação), Universidade (Biomedicina e Farmácia).</p> <p>G) Atenção Básica Saúde Bucal (articuladora) e CEO, vigilância em saúde –DANTS</p>	<p>E) A partir de junho 2019.</p> <p>F) Seis meses</p> <p>G) Março de 2019.</p>
--	--	--	---	---

	<p>H) Ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável</p> <p>I) Oficina de formação para a linha de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis.</p> <p>J) Ampliação do acesso por meio de horário estendido.</p> <p>K) Manter cadernos, cadastros e prontuários atualizados na presença de DCNTs.</p> <p>L) Promover ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em empresas.</p> <p>M) Incentivar as práticas integrativas complementares para as principais doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Formação de tutores para o tema – multiplicar as atividades. Parcerias: Escolas, CRAS e universidades. Material didático e metodologias ativas.</p> <p>I) Profissionais qualificados em diversas áreas: hábitos e estilo de vida, práticas esportivas e alimentação saudável, conhecimento em álcool e outras drogas.</p> <p>J) Divulgação do atendimento em mídias sociais e pela equipe. Ofertar grupos, focar o atendimento para prevenção das DANTS e promoção da saúde.</p> <p>K) Profissionais, insumos. Monitoramento mensal das atualizações. Materiais didáticos.</p> <p>L) Equipes de saúde e parcerias. Profissionais habilitados, Insumos.</p> <p>M) Oficinas com oferta de capacitação para habilitação de profissionais.</p>	<p>H) Saúde do IDOSO e responsável pelo PSE.</p> <p>I) Vigilância em saúde (articuladora), Atenção Especializada, Atenção Básica, Regulação.</p> <p>J) Secretaria municipal, unidades de saúde, Assessoria Comunicação.</p> <p>K) Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>L) Atenção Básica, Vigilância, Especializada e Regulação</p> <p>M) Atenção Básica, Especializada.</p>	<p>H) A partir de junho 2019.</p> <p>I) A partir de junho de 2019</p> <p>J) Março de 2019.</p> <p>K) Março de 2019.</p> <p>L) Março de 2019.</p> <p>M) Março de 2019.</p>
--	--	---	---	---

## 2 – Proporção de Óbito de Mulher Idade Fértil – de 10 à 49 anos investigados.

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<b>2 – Proporção de Óbito de Mulher Idade Fértil – de 10 à 49 anos investigados</b>	<p>A) Monitoramento das declarações de óbitos e encaminhamento para unidades de saúde para realização das investigações.</p> <p>B) Melhorar a investigação e detecção de óbitos maternos sensibilizando para a importância do preenchimento adequado/completo da ficha de investigação do óbito com que compõem a RAS.</p> <p>C) Sensibilizar o médico e acadêmicos (5ª e 6ª ano) para a importância do preenchimento adequado/completo da declaração de óbito.</p> <p>D) Discutir em reunião de equipe os casos, buscando assim futuras ações para prevenção de óbito da mulher em idade fértil e</p>	<p>A) Impressos das investigações, prontuários, carro, visitas.</p> <p>B) Realizar Educação permanente com os membros da equipe de saúde.</p> <p>C) Educação permanente dos médicos da atenção básica, especializada, pronto atendimento, hospitais e universidade. Médicos tutor, profissional da vigilância epidemiológica e comitê de mortalidade. Discutir em equipe os óbitos do território.</p> <p>D) Reunião de Equipe, organizar os</p>	<p>A) vigilância epidemiológica, Comitê Municipal de mortalidade materna, infantil e fetal, Comitê de Óbitos por AIDS.</p> <p>B) Equipes de Saúde com solicitação de apoio da Vigilância epidemiológica ou Rede Cegonha se necessário.</p> <p>C) Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica, especializa administrativa. - Comitê de Óbito, mortalidade e vigilância</p> <p>D) DAB e equipes.</p>	<p>A) Máximo 120 dias</p> <p>B) De acordo com a demanda.</p> <p>C) A partir de julho de 2019.</p> <p>D) Março de 2019.</p>

	<p>detecção de possível óbito materno, corrigindo as falhas no pré-natal, bem como a equipe conhecer as situações de seu território.</p>	<p>indicadores e casos para discussão.</p>		
	<p>E) Melhorar a qualidade de registro nos prontuários, favorecendo as informações na investigação tornando-a mais fidedignas.</p>	<p>E) Reunião de equipe (pactuar padronização). Monitoramento do gestor de equipe. Palestras multiprofissionais com a utilização de folders, cartilhas e recursos tecnológicos e audiovisuais, apoio dos programas já existentes como a rede cegonha, NASF, e Grupo ampliado, contando com a investigação dos profissionais das UBS</p>	<p>E) Profissionais e gestor da equipe da atenção básica, coordenações e gerencias de locais onde ocorram atendimento.</p>	<p>E) Março de 2019.</p>
	<p>F) A equipe deve atentar-se aos prazos para devolução das investigações de MIF, cumprindo a meta ministerial.</p>	<p>F) Quadro de registro de metas e prazos a serem cumpridos incluindo a investigação. Monitoramento da Vigilância Epidemiológica sobre os prazos.</p>	<p>F) Gestor de equipes, DAB e vigilância epidemiológica.</p>	<p>F) Março de 2019.</p>
	<p>G) Durante a visita domiciliar para preenchimento da investigação, contar com o apoio do NASF, em casos matriciados.</p>	<p>G) Reunião de equipe. Fortalecimento do</p>	<p>G) ESF, ESB e NASF.</p>	<p>G) Março de 2019.</p>

	H) Garantir transporte para realização das investigações em tempo hábil.	apoio matricial através de oficinas. H) Agenda disponível do DAB e Vigilância Epidemiológica	H) DAB e Vigilância em Saúde.	H) Março de 2019.
--	--	---	-------------------------------	-------------------

### 3 – Proporção de registro de óbito causa básica definida.

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<b>3 – Proporção de registro de óbito causa básica definida</b>	<p>A) Aumentar a qualidade das informações na declaração de óbito atentando para o preenchimento correto.</p> <p>B) Pauta nas Conferencias para estudantes de medicina sobre o tema.</p> <p>C) Sugere-se que a Secretaria Municipal da Saúde de Lages em parceria com a CIR (Comissão Intergestora Regional) resgate as discussões para implantação do Serviço de verificação de óbitos (S.V.O).</p> <p>D) Elaboração ou disponibilização de manual de preenchimento de declaração de óbito bem como melhorar a definição de causa.</p>	<p>A) Utilizar o espaço de educação permanente dos médicos para discutir o tema. Reunião de Equipe; Propor que a Vigilância Epidemiológica envie boletim de dados mensais por equipe, Discussão em educação permanente.</p> <p>B) Ofertar para o Curso de medicina nos espaços de conferencia o tema. Tutores da medicina nas Unidades de saúde devem orientar sobre o tema.</p> <p>C) Pauta de discussão para Grupo de Diretores e Gestora municipal.</p> <p>D) Manual de Vigilância de Óbito do MS. Acesso pelo site da SMS.</p>	<p>A) Vigilância em Saúde, SMS, Equipe e médico.</p> <p>B) Vigilância Epidemiológica e comitê de mortalidade. Gestão municipal de saúde, Comitês de Transmissão vertical e Universidade.</p> <p>C) SMS LAGES E CIR</p> <p>D) SMS e TI</p>	<p>A) Março de 2019.</p> <p>B) Dezembro de 2019.</p> <p>C) Dezembro de 2019.</p> <p>D) Março de 2019.</p>

**4 – Proporção de vacinas selecionadas do CNV para crianças < 02 anos – pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) – com cobertura vacinal preconizada.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATEGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>4 – Proporção de vacinas selecionadas do CNV para crianças &lt; 02 anos – pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) – com cobertura vacinal preconizada.</b></p>	<p>A) Realizar atualização de técnicas de procedimentos em sala de vacina, bem como enfatizar as orientações à comunidade.</p> <p>B) Realizar orientações nas escolas municipais e estaduais, outros programas da rede como CRAS de sua área de abrangência junto a reunião de pais sobre a importância da vacinação pelas Unidades de saúde.</p> <p>C) Divulgar ações na mídia para garantir adesão da comunidade.</p>	<p>A) Cronograma de reuniões sobre atualização de vacinas otimizando os espaços de reunião permanente na unidade de saúde.</p> <p>Cronograma de atualização com os vacinadores.</p> <p>B) Planejamento de atividades da Unidade de saúde, aproveitando os beneficiários do PBF e PSE, sugere-se que não seja momentâneo as campanhas.</p> <p>C) Redes sociais da unidades de saúde, secretaria municipal, prefeitura entre outros vínculos.</p> <p>Parcerias com entidades como Rotary, maçonaria, empresas, Ongs, pastoral da criança, etc.</p>	<p>A) Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica, especializada.</p> <p>B) Equipe de saúde em parceira com NASF e Vigilância Epidemiológica.</p> <p>C) Atenção básica- equipes, vigilância epidemiológica, atenção especializada, assessoria de imprensa da SMS Lages.</p>	<p>A) A partir de fevereiro de 2019.</p> <p>B) Até dezembro de 2019.</p> <p>C) Permanente</p>

	<p>D) Atualização permanente para ACS's sobre controle das crianças menores de cinco anos em relação ao calendário vacinal, busca ativa, orientação a comunidade.</p> <p>E) Manter os cadastros das crianças &lt; de cinco anos atualizado.</p> <p>F) Realizar o monitoramento do calendário nacional de vacinação pelas ESF (consulta médica, odontologia, de enfermagem, NASF e ACS).</p> <p>G) Vincular o monitoramento do calendário vacinal com o programa do Bolsa Família e Programa Saúde na Escola.</p> <p>H) Estabelecer parceria com as Escolas Municipais e estaduais para vincular à matrícula e rematrícula das crianças com apresentação de declaração de vacinação como uma obrigatoriedade, em reunião de pais, etc sobre a importância da</p>	<p>D) O gestor da unidade em parceria com o vacinador realizar educação permanente para o ACS, solicitando apoio técnico da coordenação de imunização.</p> <p>E) Gestor de e-SUS da UBS monitorar o ACS na atualização mensal dos cadastros individuais.</p> <p>F) Calendário vacinal atualizado em cada ambiente da Unidade. Todos da equipe devem monitorar o calendário em seus atendimentos de rotina como uma obrigatoriedade garantindo a segurança da cobertura.</p> <p>G) Lista de beneficiário do PBF. Lista de crianças e adolescentes do PSE que geralmente na sua grande maioria são o mesmo público.</p> <p>H) Equipe de saúde local capacitar a rede escolar sobre o calendário nacional de vacinas.</p>	<p>D) Gestor de equipe e vacinador</p> <p>E) Atenção básica, gestor de equipe e ACS.</p> <p>F) Todos os profissionais de saúde da equipe</p> <p>G) Saúde da Criança e do adolescente, equipe de saúde, educação e assistência social.</p> <p>H) Equipe de saúde, Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica, Coordenação de Saúde da Criança.</p>	<p>D) Permanente</p> <p>E) Permanente</p> <p>F) Permanente</p> <p>G) Permanente</p> <p>H) Permanente</p>
--	---	--	--	--



	<p>vacinação. Constar no Plano de Educação anual a estratégia.</p> <p>I) Estabelecer parceria com Conselho Tutelar e Ministério Público a fim de garantir os direitos da criança à saúde através da imunização.</p> <p>J) Ampliar o monitoramento das crianças na sua área de abrangência, em relação cobertura vacinal, em parceria com os técnicos da sala de vacina, equipes e outros programas de saúde.</p> <p>K) Reunião de comunidade geral, comunidades religiosas (igrejas), bem como em sala de espera abordar o tema.</p> <p>L) Parceria com as empresas, exigindo cópia da carteira de vacinação e declaração da sala de vacina em dia das crianças para contrato de trabalho.</p> <p>M) Inserir os dados no SIPNI diariamente.</p>	<p>Vacinadora emitir declaração que as vacinas estão em dia.</p> <p>I) Uso de fluxo de violação de direitos da criança.</p> <p>J) Planilha de vacinas realizadas disponível para os ACS; atualizar cobertura em reunião de equipe. Discutir os casos e busca ativa.</p> <p>K) Equipes de saúde de todos os espaços onde ocorrem atendimento ao público da secretaria municipal da saúde.</p> <p>L) Secretaria de saúde e Vigilância emitir nota as empresas sobre a exigência. Vacinadora ou gestor de equipe emitir declaração que as vacinas estão em dia.</p> <p>M) vacinador com monitoramento do gestor de equipe inserir dados no sistema.</p>	<p>I) Equipe de saúde, assistência social, ministério público, conselho tutelar, vigilância epidemiológica, atenção básica, especializada.</p> <p>J) Vacinadora, vigilância epidemiológica, ACS e equipe.</p> <p>K) Equipes de saúde em parceria com atenção básica, vigilância epidemiológica e especializada, líderes religiosos, presidente de bairro.</p> <p>L) SMS Lages e vacinadora ou gestor de equipe.</p> <p>M) Coordenador de Vacina da V.S., vacinador e gestor de equipe.</p>	<p>I) Permanente</p> <p>J) Março de 2019.</p> <p>K) A partir de Março de 2019.</p> <p>L) A partir de Março de 2019.</p> <p>M) Permanente</p>
--	---	--	--	--

**5 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata DNCI encerrados em até 60 dias após a notificação.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>5 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata DNCI encerrados em até 60 dias após a notificação.</b></p>	<p>A) Monitoramento das semanas epidemiológicas referente as unidades notificadoras.</p> <p>B) A notificação compulsória deve ser realizada por qualquer membro da equipe de trabalho em caso de suspeita.</p> <p>C) Oficina de preenchimento do SINAN e fichas de investigação para notificações. Educação permanente em unidades de saúde pela equipe que recebeu as informações da oficina.</p> <p>D) Acesso visível e facilitado a lista de doenças notificáveis;</p>	<p>A) Acesso ao calendário da semana epidemiológica para todos os locais de atendimento da SMS Lages no site da DIVE. Ter responsável em cada espaço de serviço de saúde pelo Monitoramento da semana epidemiológica e notificações em tempo oportuno.</p> <p>B) Bloco do SINAN deve estar disponível em local de fácil acesso a todos, no caso dos ACS para estes é considerado material de visita domiciliar.</p> <p>C) Insumos, audiovisual, profissionais tutores habilitados. Reunião de Equipe.</p> <p>D) Cartaz ou adesivo em todas as salas de atendimento dos locais da SMS Lages (UBS, Policlínica, CAPSs,</p>	<p>A) Vigilância epidemiológica, atenção básica e especializada.</p> <p>B) Vigilância em parceria com Atenção básica e atenção especializada.</p> <p>C) Equipe técnica da Vigilância em saúde, atenção básica, especializada, administrativo, grupo ampliado, NEPS, CT-CAAR.</p> <p>D) Vigilância epidemiológica em parceria com a Atenção Básica e Especializada e administrativo da</p>	<p>A) Permanente</p> <p>B) Permanente</p> <p>C) Junho de 2019.</p> <p>D) Até dezembro de 2019.</p>

	<p>E) Através dos estimativos das doenças mais incidentes de Lages, criar informativos sobre as causas, como prevenir e realizar os exames para diagnosticar, além do local onde pode realiza-los.</p>	<p>PAMTB, CEASM, PAPS, CEREST, Hospitais, salas de espera para conhecimento da população, outros programas municipais tais como: CRAS, CREAS, Centro e Acolhimento POP, abrigos municipais etc.).  E) Boletim epidemiológico  Reunião de Educação permanente com discussão em equipe dos indicadores locais.</p>	<p>SMS (elaboração e distribuição) e equipe de saúde organização dos locais de acesso a informação.  E) Vigilância epidemiológica, DANTS, DAB.</p>	<p>E) Até dezembro de 2019.</p>
--	--	--	--	---------------------------------

**6 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>6 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.</b></p>	<p>A) Capacitação dos profissionais de saúde da rede para atendimentos aos casos suspeitos, facilitando o diagnóstico precoce.</p>	<p>A) Materiais educativos e educação permanente.</p>	<p>A) Vigilância Epidemiológica e Equipe multiprofissional</p>	<p>A) Permanente;</p>
	<p>B) Promover ações de mobilização para realização de exames de contato domiciliares dos casos de hanseníase.</p>	<p>B) Materiais educativos e visitas domiciliares;</p>	<p>B) Equipes das UBS;</p>	<p>B) Permanente;</p>
	<p>C) Fortalecer vínculo entre Vigilância Epidemiológica, equipe de área de abrangência e paciente, com foco na busca ativa.</p>	<p>C) Folders específicos, educação permanente, recursos audiovisuais;</p>	<p>C) Vigilância Epidemiológica e AB;</p>	<p>C) Até agosto 2019</p>
	<p>D) Intensificar as atividades no mês de janeiro, principalmente no dia da <b>Hanseníase</b> (28 de Janeiro) para prevenção e combate à doença.</p>	<p>D) Folders específicos, materiais para a realização de exames e diagnóstico e profissionais capacitados;</p>	<p>D) Vigilância Epidemiológica e equipes das UBS;</p>	<p>D) Anual</p>
	<p>E) Fortalecer fluxos de atendimento e encaminhamento de casos suspeitos ou confirmados de Hanseníase à atenção especializada.</p>	<p>E) Visitas técnicas, reuniões de equipe e visitas domiciliares;</p>	<p>E) Vigilância Epidemiológica e rede de atendimento;</p>	<p>E) Permanente;</p>
	<p>F) Matriciamentos dos casos confirmados com a equipe de atenção básica (área de abrangência);</p>	<p>F) Reuniões de equipe e visitas técnicas;</p>	<p>F) Vigilância Epidemiológica e UBS's;</p>	<p>F) Permanente;</p>
	<p>G) Intensificar a informação na mídia, distribuição de material informativo e orientações nas salas de espera das UBS's.</p>	<p>G) Mídia (vídeos explicativos para a comunidade, rádio,</p>	<p>G) Setor de Comunicação e</p>	<p>G) Permanente</p>

	<p>H) Rever a pactuação para dispensação de medicamentos para o tratamento de pacientes de outros municípios (discussão na CIR)</p> <p>I) Responsabilizar todos os membros da equipe de saúde quanto à entrega das doses de medicamento supervisionadas.</p>	<p>jornal e redes sociais) e folders.</p> <p>H) Pauta em reunião da CIR;</p> <p>I) Reunião de equipe;</p>	<p>equipe de saúde da rede;</p> <p>H) Gestores da SMS;</p> <p>I) Equipe multidisciplinar;</p>	<p>H) 6 meses;</p> <p>I) A partir de Maio;</p>
--	--	---	---	--

**8 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZO
<p><b>8 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.</b></p>	<p>A) Educação em saúde através de palestras nas escolas, universidades, empresas e comunidade em geral sobre sífilis, abrangendo principalmente o público em idade fértil, ofertando o Teste Rápido.</p> <p>B) Campanhas de conscientização e sensibilização;</p> <p>C) Captação precoce de gestantes, garantindo o mínimo de 06 consultas de pré-natal, realização de TR, bem como busca ativa do parceiro, realizando o tratamento em caso de teste rápido reagente.</p> <p>D) Monitoramento da doença, tratamento, tempo de retorno adequado para gestante e parceiro, solicitação de VDRL de base;</p> <p>E) Ampliar a referência e contra referência, melhorando a comunicação em rede;</p> <p>F) Encaminhar projeto de Lei Municipal obrigando a oferta de teste rápido em casas noturnas (profissionais do sexo).</p>	<p>A) Palestras, recursos audiovisuais e materiais educativos;</p> <p>B) Redes sociais, materiais educativos, distribuição de preservativos e divulgação na mídia;</p> <p>C) Insumos (medicação e Kit TR) e reunião de equipe.</p> <p>D) Protocolo Regional de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério e exames laboratoriais.</p> <p>E) Sistemas de informação e reuniões intersetoriais;</p> <p>F) Reunião de equipe.</p>	<p>A) Equipes das UBS's com apoio do Grupo ampliado (Rede Cegonha, Comitê de Transmissão Vertical e Comitê de Prevenção de Óbitos materno, infantil e fetal).</p> <p>B) Assessoria de imprensa, Vigilância Epidemiológica e Equipes de saúde;</p> <p>C) UBS's e Vigilância Epidemiológica;</p> <p>D) UBS e CEASM;</p> <p>E) UBS's, HTR, Vigilância Epidemiológica, CEASM e HISB.</p> <p>F) Equipe técnica e assessoria jurídica;</p>	<p>A) Maio a Julho 2019;</p> <p>B) Permanente;</p> <p>C) Permanente;</p> <p>D) Permanente;</p> <p>E) Permanente;</p> <p>F) Maio</p> <p>G) Junho</p>

	<p>G) Retomar o projeto para ações em casas noturnas ou profissionais do sexo (PREVINA);</p> <p>H) Dia D para realização de teste rápido em empresas cada setor buscar as empresas do seu território;</p> <p>I) A efetiva realização do teste rápido na puérpera, durante consulta de puericultura.</p> <p>J) Estabelecer parcerias com empresas para solicitar teste rápido como exame admissional e periódico.</p> <p>K) Realizar segmento em casos de criança exposta ou de sífilis congênita no apoio matricial ofertado na AB com apoio da Vigilância Epidemiológica;</p> <p>L) Realizar o tratamento adequado, conforme Protocolo Regional de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério, contemplando instituições privadas.</p> <p>M) Implantar o monitoramento da gestante com sífilis;</p> <p>N) Manter as visitas do Grupo Ampliado semestrais;</p> <p>O) Ofertar e realizar Teste Rápido reagente no 1º, 2º, 3º, 30 dias pós</p>	<p>G) Grupo de trabalho e gestores da SMS.</p> <p>H) Materiais educativos, kits de TR e profissionais capacitados para realização dos testes.</p> <p>I) Profissionais capacitados e kit de TR;</p> <p>J) Reunião entre empresas e gestão da Vigilância Epidemiológica;</p> <p>K) Reunião de equipe e Protocolo regional de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério;</p> <p>L) Grupo de Trabalho e Protocolo regional de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério;</p> <p>M) Profissional capacitado;</p> <p>N) Visitas técnicas;</p>	<p>G) Vigilância Epidemiológica, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, UBS's e OSC's.</p> <p>H) UBS e Vigilância Epidemiológica;</p> <p>I) UBS e CEASM;</p> <p>J) Vigilância Epidemiológica, empresas e UBS's;</p> <p>K) Vigilância Epidemiológica e UBS's;</p> <p>L) Grupo Ampliado;</p> <p>M) Vigilância Epidemiológica e CEASM;</p>	<p>H) Outubro</p> <p>H) Permanente</p> <p>J)Junho;</p> <p>K)Permanente</p> <p>L) A partir de Julho 2019</p> <p>M) A partir de maio 2019</p> <p>N) A partir de maio 2019</p> <p>O) Permanente</p>
--	--	---	---	--

	<p>parto enquanto estiver amamentando a cada 3 meses;</p> <p>P) Realizar fluxo intersetorial de violação de direitos da criança em casos de resistência ao tratamento.</p>	<p>O) Kits de Teste Rápido e profissional capacitado;</p> <p>P) Conforme Fluxo existente;</p>	<p>N) Grupo Ampliado CEASM e UBS;</p> <p>O) UBS e CEASM;</p> <p>P) MP, Sec. Assistência Social, Sec. Saúde e Conselho Tutelar;</p>	<p>P) Permanente</p>
--	--	---	--	----------------------



**9 – Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIA	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>9 – Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos.</b></p>	<p>A) Realizar Educação em Saúde sobre sexualidade e a realização de Teste Rápido nas escolas, empresas e universidades, para o diagnóstico precoce e a transmissão do vírus HIV;</p>	<p>A) Profissional capacitado para realização de teste rápido; Material didático; Parceria com PSE para atuar nas escolas; Otimizar os grupos existentes para realizar orientação nas empresas e universidades;</p>	<p>A) Equipe técnica; Atenção Básica; Vigilância Epidemiológica; Conselho Tutelar; Secretaria de Educação; CDL;</p>	<p>A) Permanente</p>
	<p>B) Orientar sobre a importância do tratamento com antirretrovirais e sensibilização do mesmo;</p>	<p>B) Monitoramento e acompanhamento realizado em parceria pelo SAE e Atenção Básica;</p>	<p>B) - Programa IST/AIDS/HV; NASF; Atenção Básica;</p>	<p>B) Permanente</p>
	<p>C) Fortalecer a realização da notificação e intensificar as orientações sobre violência sexual e os métodos de transmissão;</p>	<p>C) Profissional capacitado para realizar orientações sobre a realização da notificação e seguimento do Fluxograma de Violência Sexual;</p>	<p>C) Vigilância Epidemiológica; Comissão de Monitoramento do Protocolo de Atenção as Vítimas de Violência do Município (COMPAV); Atenção Básica; Pronto Atendimento;</p>	<p>C) Semanal de acordo com as Semanas Epidemiológicas</p>
	<p>D) Promover ações de mobilização de prevenção ao HIV/AIDS no mês mundial de luta contra a AIDS, envolvendo todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde; (Dezembro Vermelho);</p>	<p>D) Divulgação e mobilização de toda rede de atenção à saúde, quanto a importância da educação em saúde;</p>	<p>D) Profissionais da Rede de Atenção à Saúde;</p>	<p>D) Outubro e Novembro: planejamento; Dezembro: execução;</p>
	<p>E) Captação precoce para pré-natal e realização adequado do mesmo, através acompanhamento</p>	<p>E) Busca ativa das gestantes nas suas respectivas áreas de abrangência; Sensibilização das</p>	<p>E) Atenção Básica; CEASM; NASF; Rede de atenção privada;</p>	<p>E) Permanente</p>

	<p>psicossocial e multidisciplinar no âmbito familiar;</p> <p>F) Aprimorar os exames de detecção de HIV nos parceiros das gestantes e realizar os exames no casal nos três trimestres de gestação;</p> <p>G) Sensibilizar mães portadoras de HIV sobre a impossibilidade de aleitamento materno, reforçando as medidas imediatas realizadas na maternidade para o bloqueio da amamentação, bem como orientá-las sobre a substituição da alimentação do lactente.</p> <p>H) Prontuário Eletrônico interligado com unidades, especialidades, hospitais e laboratórios para facilitar o rastreamento de gestantes HIV na Atenção Básica com a rede de atenção à saúde;</p> <p>I) Busca ativa e identificação de mulheres em idade fértil para realização do diagnóstico precoce e sensibilização quanto a importância da realização do Teste Rápido;</p>	<p>gestantes quanto a importância da realização do pré-natal;</p> <p>F) Realizar Testagem Rápida no pré-natal; Insumos; Material didático;</p> <p>G) - Fórmula Láctea; Tratamento; Profissional capacitado; Material educativo;</p> <p>H) Rede informatizada e equipamentos;</p> <p>I) Ofertar testagem rápida nos exames de rotina; Material didática; Atividades educativas;</p>	<p>F) Atenção Básica; Vigilância Epidemiológica; CEASM; Rede de Atenção Privada;</p> <p>G) Atenção Básica; Programa IST/AIDS/ HV; Rede hospitalar que presta atendimento a gestante;</p> <p>H) Núcleo de Tecnologia e Informação; Atenção Básica; Rede de Atenção à Saúde; Rede Hospitalar; CEASM;</p> <p>I) Atenção Básica; Escolas, universidades e empresas; CEASM; Secretaria da Mulher; Rede Cegonha. Programa IST/AIDS/HV;</p>	<p>F) Permanente</p> <p>G) Permanente</p> <p>H) Permanente.</p> <p>I) Permanente</p>
--	---	--	--	--

	<p>J) Intensificar a busca ativa de crianças expostas ao HIV menores de 5 anos e gestantes, em casos de atraso na retirada de medicação e/ou falta em consultas e exames.</p> <p>K) Realizar a profilaxia em 100% dos RNs expostos ao HIV;</p> <p>L) Uso de redes sociais para repasse de informações.</p>	<p>J) Monitoramento do SICLON e SISMEDEX; Implementar o Projeto Manejo do HIV na Atenção Básica;</p> <p>K)- Monitoramento e supervisão diário das doses administradas, realizar parceria entre os setores envolvidos;</p> <p>L) Equipamentos que possibilitem a promoção, prevenção e orientação através de redes sociais.</p>	<p>Vigilância Epidemiológica; J) Atenção Básica; Programa IST/AIDS/HV; Rede de Atenção Hospitalar;</p> <p>K) Atenção Básica e Programa IST/AIDS/HV</p> <p>L) Núcleo de Tecnologia da Informação; Assessoria de Imprensa; Atenção Básica; Programa IST/AIDS/HV;</p>	<p>J) Permanente</p> <p>K) Permanente</p> <p>L) Permanente</p>
--	--	--	--	--

**10 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<b>10 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.</b>	A) Análise de água para consumo humano mensal de acordo com diretriz Nacional do Plano de Amostragem.	A) Técnico da visa, agente comunitário de saúde quando a coleta for no meio rural, veículo, kit reagente e equipamentos.	A) Vigilância ambiental, Visa e Laboratório municipal de águas.	A) Permanente
	B) Rodízio dos pontos de coletas.	B) Planilha de monitoramento e rodízio, pontos obrigatórios e eletivos. Inserir no SISAGUA.	B) VISA, AMBIENTAL E SEMASA	B) Permanente
	C) Aprimoramento e ampliação de capacitação nas comunidades rurais sobre a importância do tratamento da água proveniente das soluções alternativas, individuais e coletivas.	C) Técnico da visa, equipe de saúde do interior, educação, associação de moradores, vigilância ambiental, EPAGRE.	C) Vigilância Ambiental - V.A. (articuladora)	C) Até dezembro de 2019.
	D) Ampliar o número de cadastros de Soluções Alternativas Coletivas e Individuais	D) Veículo, técnico da VISA E Vigilância Ambiental, Ficha impressa.	D) Vigilância Ambiental e VISA.	D) Até dezembro de 2019.
	E) Divulgar resultado das amostras no site da SMS.	E) Boletim informativo do resultado da análise da água.	E) Setor de tecnologia de informação da SMS.	E) Permanente
	F) Integralizar a Secretaria da Saúde as demais Secretarias que estão em contato direto com a população do Interior afim de otimizar a logística dos recursos necessários para realizar a ação;	F) Formação de Grupo de Trabalho intersetorial.	F) SMS e Semasa.	F) Até dezembro de 2019.
	G) Realizar força tarefa para ação educativa da população no	G) Veículo, técnicos da VISA e V.A., equipe do interior.	G) SMS, Secretaria de Meio Ambiente, VISA e SEMASA.	G) Até dezembro de 2019.

	<p>mesmo dia de atendimento médico na localidade para ter mais abrangência da ação;</p> <p>H) Utilizar as mídias sociais, nas rádios para informar a importância do tratamento de água no Interior;</p> <p>I) Valorizar, capacitar, melhorar as ações dos profissionais, agentes de saúde do Interior Sobre a importância do tratamento de soluções alternativas e coletivas de água para o consumo humano.</p>	<p>H) Enviar informativos para assessoria de imprensa</p> <p>I) Oficina de vigilância da água</p>	<p>H) Assessoria de Comunicação, SMS e Vigilância Ambiental.</p> <p>I) SMS, Laboratório de Aguas, SEMASA e Vigilância Ambiental.</p>	<p>H) Permanente</p> <p>I) Até dezembro de 2019.</p>
--	---	---	--	--

**11 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>11 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.</b></p>	<p>A) Realizar levantamento de quantas mulheres de 25 a 64 anos estão cadastradas no município.</p>	<p>A) Atualização de cadastro individual e pelo Cartão SUS.</p>	<p>A) Tecnologia da Informação e Gestão de Sistemas, CEASM, Equipe de Saúde - ACS</p>	<p>A) Permanente</p>
	<p>B) Em áreas de cobertura de Atenção Básica, cada ACS deverá monitorar o número de mulheres dessa faixa, estipulando meta mensal e busca ativa com a equipe.</p>	<p>B) Atualização de cadastro individual Equipe de Saúde, Reunião de Equipe, Monitorar a realização dos exames a partir dos registos no SIA e SISCAN, Apoio matricial.</p>	<p>B) Equipe de Saúde – ACS e Gestor de equipe. Parceria com Saúde da Mulher e Gestão de Sistemas. NASF.</p>	<p>B) Mensal</p>
	<p>C) Busca ativa de mulheres em atraso, mesmo as que realizam na rede privada.</p>	<p>C) Cada ACS ter Planilha de monitoramento do preventivo com data de realização. Busca ativa com equipe técnica em caso de dificuldade de adesão. -Nos casos de mulheres beneficiárias do PBF exigir como critério de condicionalidade. Nas áreas sem cobertura fazer busca ativa pelas mídias sociais.</p>	<p>C) Equipe de Saúde – ACS e Gestor de equipe. Parceria com Saúde da Mulher e com laboratórios e consultórios de ginecologia da rede privada.</p>	<p>C) Permanente</p>
	<p>D) Médicos da Atenção Básica e Especializada solicitarem preventivo (por escrito) para as mulheres atendidas nessa faixa</p>	<p>D) Estabelecer protocolo de rotina médica em consultório. Agendamento</p>	<p>D) DAB, Atenção Especializada e Regulação. Equipe de Saúde de cada local.</p>	<p>D) Permanente</p>

	<p>etária, mesmo que a queixa não esteja relacionada com questões ginecológicas.</p> <p>E) Ampliar o acesso ao preventivo para faixa etária.</p> <p>F) Realizar reunião de equipe com os profissionais da AB e Especializada para discussão de casos e melhoria das Estratégias e Monitoramento.</p>	<p>imediate a saída da consulta.</p> <p>E) Cada membro da equipe deve monitorar o preventivo dessa faixa etária, nos momentos de escuta inicial, no atributo do primeiro contato ou longitudinal (Consultório Odontológico, Sala de Vacina, de procedimentos, consulta de enfermagem, sala de espera, ações do NASF em grupos ou atendimentos individuais. Horário estendido para mulheres trabalhadoras. Realizar um dia D (sábado) disponibilizando horário para as mulheres que trabalham priorizando a faixa etária. Dar seguimento ao projeto de Dia D para coleta de funcionários da Prefeitura Municipal. Parcerias com redes de comunicação, comércio local juntamente com a SMS.</p> <p>F) Saúde da mulher articular esta estratégia.</p>	<p>E) DAB, Atenção Especializada e Regulação. Equipe de Saúde de cada local.</p> <p>F) Gestão de Sistema, Saúde da Mulher, equipe de saúde de atenção básica, CEASM.</p>	<p>E) Permanente</p> <p>F) Permanente</p>
--	--	--	--	---

	<p>G) Ampliar a divulgação através de redes sociais e meios de comunicação. Não somente no outubro Rosa, de forma fixa e permanente durante o ano;</p> <p>H) Aumentar a cobertura de vacinação para o HPV.</p> <p>I) Sugestão de Inclusão do sistema GEMUS, com alerta de que a paciente está em atraso com o preventivo, de acordo com as normas do MS, para as ACS's fazerem busca ativa;</p> <p>J) Sugere que as empresas ofertem a coleta de preventivo de colo uterino dentro da faixa etária de 25 a 64 anos como preconizado.</p> <p>K) Capacitação e atualização dos profissionais em relação a coleta de preventivo.</p>	<p>G) Cronograma de encontros de monitoramento do indicador a cada três meses para estipular aperfeiçoamento das estratégias já estabelecidas.</p> <p>H) Estratégias locais de divulgação (cartazes, informativos, bilhetes, redes sociais, assessoria de imprensa), Melhorar os registros da vacinação.</p> <p>I) Orientar sobre a importância da realização Durante a Campanha Nacional de Vacinação contra o HPV já orientar sobre a importância da realização do exame preventivo.</p> <p>J) DAB, Vigilância em Saúde, Atenção Especializada Propor para Inovadora a inclusão de monitoramento dos prazos para o preventivo.</p> <p>K) DAB, Vigilância em Saúde – DANT e CEREST, Atenção Especializada Propor para os representantes sindicais.</p>	<p>G) DAB, Atenção Especializada e Regulação, DANTs, CEASM, Equipe de Saúde de cada local.</p> <p>H) DAB, Atenção Especializada, assessoria de comunicação. Equipes de atenção básica nos territórios.</p> <p>I) Vigilância epidemiológica em parceria com o DAB, Secretaria de Educação, equipes de saúde nos territórios.</p> <p>J) DAB, Vigilância em Saúde, Atenção Especializada e Gestão de Sistema, Administrativo.</p> <p>K) DAB, Vigilância em Saúde –DANT e CEREST, Atenção Especializada Parceria com Sistema S: SESI, SENAR, SENAT, ETC.</p>	<p>G) Permanente</p> <p>H) Permanente</p> <p>I) Até dezembro de 2019.</p> <p>J) Trimestral</p> <p>K) Até dezembro de 2019.</p>
--	---	---	--	--



	<p>L) Paciente terem a liberdade para escolher aonde iram realizar o exame (Às vezes não querem ser atendidos no bairro onde reside).</p> <p>M) Ampliar e melhorar a abordagem sobre o preventivo de colo de útero.</p>	<p>L) Ofertar mais acessos para coleta de preventivos.</p> <p>M) Durante a visita domiciliar orientar sobre a importância do exame, se está em dia, informações de como é realizado.</p>	<p>L) SMS e CEASM</p> <p>M) SMS, CEASM, Equipes de Atenção Básica.</p>	<p>L) Permanente</p> <p>M) Permanente</p>
--	---	--	--	---

**12 – Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>12 – Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.</b></p>	<p>A) Realizar levantamento de mulheres de 50 a 69 anos cadastradas no município;</p> <p>B) Controle e Acompanhamento das mulheres que realizaram o exame de mamografia;</p> <p>C) Captar e Sensibilizar as mulheres para o rastreamento de câncer de mama e/ou dificuldades de acesso aos serviços;</p>	<p>A) Senso; Sistema GMUS; Busca ativa de mulheres dessa faixa etária pelos ACS;</p> <p>B) Planilha para controle de realização do exame, bem como o acompanhamento do resultado; Monitoramento da planilha, através de reunião de equipe. Acompanhamento dos exames realizados a partir dos registros no SIA e SISCAN; Realizar reunião de equipe para discussão de casos, melhoria das Estratégias e Monitoramento;</p> <p>C) Através de consultas/atendimentos individuais; Visitas domiciliares multiprofissionais; Atrelar o exame preventivo à solicitação da mamografia;</p>	<p>A) Coordenador do CEASM; ACS das UBS;</p> <p>B) ACS; Equipe de ESF; Gestão de Sistema e Ceasm; Gestores da AB (UBS, DAB, CEASM), gestor da Especializada;</p> <p>C) Profissionais da equipe técnica das UBS, NASF-AB e serviço especializado; Profissionais da equipe técnica das UBS, NASF-AB Enfermeiro;</p>	<p>A) 2 meses;</p> <p>B) Mensal;</p> <p>C) Diário;</p>

	<p>D) Garantir a prestação de serviço sem interrupção. Materiais de qualidade e agilidade do diagnóstico;</p> <p>E) Criação de uma carteirinha da mulher com a intenção de registrar os exames realizados e datas de retorno;</p> <p>F) Intensificar as Ações do Outubro Rosa e ampliar para os outros meses do ano;</p>	<p>D) Solicitar Emenda Parlamentar para a aquisição do aparelho de mamografia ou contratação de outros prestadores. Ter uma segunda opção para situações emergenciais; Parceria com a iniciativa Privada para agilizar os atendimentos.</p> <p>E) Recursos Financeiros;</p> <p>F) Realizar palestras, orientações, peças teatrais, exibição de vídeos institucionais, em sala de espera nas UBS, nas universidades e empresas na área de abrangência da UBS; Realizar Campanha de divulgação em diversas instituições (terminal urbano, agências bancárias), verificar a legalidade de gratuidade para propagandas relacionadas a políticas públicas; Informar o índice de mortalidade e sobre o auxílio doença para mulheres nesta faixa etária, que oneram tanto o setor público quanto o privado;</p>	<p>D) Gestão Pública;</p> <p>E) Diretoria de Atenção Básica;</p> <p>F) Equipe de atenção básica/SMS; SMS, Comunicação Social da PML Gestão de Sistemas</p>	<p>D) Até dezembro de 2019.</p> <p>E) 06 meses;</p> <p>F) Mensal;</p>
--	--	--	--	---

	<p>G) Realizar capacitações dos profissionais da atenção básica (ACS, médicos, enfermeiros e técnicos) desde a informação até o exame clínico, e capacitar de forma direcionada as ACS sobre a busca ativa de pacientes de risco;</p> <p>H) Agilizar e facilitar o processo/acesso de agendamento de exames de mamografia a fim de diminuir a burocracia e o tempo de espera.</p>	<p>G) Organizar cronograma que contemple a capacitação de todos os profissionais</p> <p>H) Preenchimento correto/completo pelo médico/enfermeiro dos dados clínicos no SISREG;</p>	<p>G) CEASM, DAB</p> <p>H) Profissional responsável por inserção no SISREG;</p>	<p>G) Anual</p> <p>H) Imediata;</p>
--	---	--	---	-------------------------------------

**13 – Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>13 – Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.</b></p>	<p>A) Realizar Grupo de Gestantes, consultas e visitas domiciliares para conscientizar sobre a importância do parto normal, realizando dinâmicas com esclarecimentos, vídeos, filmes (Parto Humanizado), com foco na autonomia das mulheres na escolha do parto normal frente a conduta profissional em casos que não é necessário a cesárea.</p> <p>B) Divulgação utilizando os espaços de mídias para explicar sobre a importância do acompanhamento de pré-natal e diferentes tipos de parto, com enfoque positivo para o parto normal, com relatos de experiências, consultas pré-natal e pré-natal masculino, aproximação HTR/gestantes: visitas a maternidade;</p> <p>C) Aproximar profissionais do HTR e Clínicas Privadas com a Secretaria Municipal da Saúde para refletir a humanização no parto e a escolha da gestante para o tipo de parto.</p>	<p>A) Mídia, Transporte, espaço físico; Folders;</p> <p>B) -Acesso facilitado ao HTR; - Canais do Ministério da Saúde/ Estado; - Canais da prefeitura; -Jornais de circulação na cidade; - Espaços nas rádios - Redes Sociais - Equipe Técnica - Folders;</p> <p>C) - Acesso facilitado ao HTR e as clínicas privadas; - Mídia; - Grupos de Gestantes;</p>	<p>A) ACS; UBS; Rede cegonha; HTR; CEASM; Equipe técnica; Equipe de Comunicação da Prefeitura; Atenção Básica.</p> <p>B) Equipe da Atenção Básica e Especializada; -Equipe de Comunicação da Prefeitura; - Coordenações Envolvidas; - Atenção Básica; - Atenção Especializada;</p> <p>C)- Equipe técnica; - Atenção Básica; - CEASM;</p>	<p>A) Mensal</p> <p>B) Permanente</p> <p>C) Permanente</p>

	D) Identificar e sensibilizar a gestante que acompanha o pré-natal apenas no privado, para realizar no SUS.	D)- Visitas domiciliares mensais com a equipe multidisciplinar; - Folders educativos com informações sobre o pré-natal no SUS;	D) )- Equipe técnica; - Atenção Básica; - CEASM;	D) Permanente
--	---	---	--	---------------

**14 – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>14 – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.</b></p>	<p>A) Fortalecimento do Programa Saúde na Escola, organizando um calendário de atividade, envolvendo os familiares para realizar palestras educativas sobre sexualidade na adolescência, enfatizando o uso correto dos métodos contraceptivos, sexualidade, desmitificando tabus, projeto de vida, planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, vacinas, IST's, dentre outros.</p>	<p>A) Autorização de familiares; Escolas Reuniões entre os profissionais dos serviços; Acesso facilitado aos métodos contraceptivos Oficinas Oficinas com os familiares em horário que facilite a participação destes; Materiais informativos claros, de fácil acesso</p>	<p>A) Atenção Básica; Vig. Epidemiológica; CEASM; Secretaria de Educação; Conselho tutelar; Equipe Técnica Saúde; Equipe das escolas; Equipe Técnica Saúde; Escola</p>	<p>A) 6 meses</p>
	<p>B) Elaborar estratégias para fortalecer os atendimentos aos adolescentes na Atenção Básica;</p>	<p>B) Agenda com atendimento prioritário para adolescentes; - Grupo de Adolescentes; - Divulgação pelos ACS na comunidade;</p>	<p>B) Atenção Básica; Parcerias com: Conselho da criança e do adolescente; NASF;</p>	<p>B) 12 meses</p>
	<p>C) Utilização das Academias de saúde com atividades para adolescentes no contra turno escolar</p>	<p>C) Equipe Técnica do Programa Academia de Saúde; Espaço para atividades; Parceria com as escolas;</p>	<p>C) NASF; Atenção Básica; Secretaria de Educação;</p>	<p>12 meses</p>

## 15 – Taxa de Mortalidade Infantil.

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<b>15 – Taxa de mortalidade infantil</b>	A) Vinculação saúde e educação através de reuniões compartilhadas nas escolas e ações em saúde envolvendo profissionais e familiares;	A) Audiovisual, material impresso, marketing para divulgação, recursos humanos (professores, profissionais da saúde), UBS, Cras, Creas, Nasf...	A) Ubs e escolas+equipes multiprofissionais;	A) Anual (ações pontuais ao longo do ano.
	B) Grupos de gestantes e puericultura na UBS/comunidade e empresas com planilhas de monitoramento;	B) Local para realização Recursos humanos, material/audiovisual e impressos; horário estendido para maior adesão dos gestantes e parceiros, parcerias com empresas (laboral)	B) Profissionais;	B) Anual
	C) Organização do fluxo de processos de trabalho (referência e contra-referência) objetivando a continuidade do cuidado.	C) Educação permanente (UBS+hospitalar e demais setores) Melhoria dos sistemas de informação (unificar registros).	C) SMS e Regional de Saúde.	C) Anual
	D) Sensibilização dos ACS quanto as orientações e busca ativa das gestantes e crianças para captação precoce do pré-natal, puericultura, vacinação;	D) ACS e equipe Multiprofissional	D) UBS	D) Anual



	<p>E) Ofertar testagem rápida para adultos em idade fértil para monitorar e acompanhar os fatores de riscos</p> <p>F) Orientações relacionadas ao aleitamento materno para adesão e desmitificação do ato de amamentar</p> <p>G) Apoiar e incentivar o trabalho da Rede Cegonha dando continuidade aos programas e seguindo o protocolo de Rede de Atenção ao Pre natal e puerpério da Serra Catarinense</p> <p>H) Visitas domiciliares por equipe multiprofissional</p> <p>I) Educação permanente e continuada equipes de atenção básica, HTR e HISB;</p> <p>J) Monitoramento e informativo trimestral dos indicadores;</p>	<p>E) Testes rápidos profissionais, local</p> <p>F) Rodas de conversa com equipes multiprofissional em UBS – Comunidade-espacos públicos-empresas</p> <p>G) Recursos humanos, tecnológicos e logísticos</p> <p>H) Equipe multiprofissional</p> <p>I) Recursos humanos, tecnológicos e logísticos.</p> <p>J) Recursos humanos, tecnológicos e logísticos.</p>	<p>E) Vigilância, UBS, SMS</p> <p>F) Profissionais de saúde</p> <p>G) Atenção básica, Hospitais, Usuários, HTR, CEASM, Vigilância Epidemiológica, Comitê de Mortalidade Infantil e Materna</p> <p>H) todos os profissionais da saúde e SMS.</p> <p>I) SMS, rede cegonha</p> <p>J)CTAAR</p>	<p>E) Anual</p> <p>F) Anual</p> <p>G) Anual</p> <p>H) Mensal</p> <p>I) Anual</p> <p>J) Trimestral</p>
--	--	--	--	---

	<p>K) Instituir algumas ações noturnas, com atendimento de pré-natal para mulheres e parcerias que trabalham, horário diferenciado para busca ativa de gestantes e crianças até 1 ano.</p> <p>L) Incorporar médico pediatra no NASF como apoio matricial.</p> <p>M) Elaborar protocolo de puericultura (consulta com médico e/ou enfermeiro).</p> <p>N) Implantar programa amamenta – alimenta</p> <p>O) Fortalecer as ações do pré-natal da rede privada.</p>	<p>K) Liberação da sms para atendimento noturno específico às gestantes e participação de toda a equipe</p> <p>L) Concurso publico</p> <p>M) Recurso humano, tecnológico e logístico.</p> <p>N) Recursos Humanos e Tecnológico</p> <p>O) Reunião</p>	<p>K) SMS</p> <p>L) Prefeitura</p> <p>M) Câmara técnica, rede cegonha e saúde da criança</p> <p>N) Tutores do Programa Amamenta Alimenta</p> <p>O) SMS</p>	<p>K) Mensal</p> <p>L) Anual</p> <p>M) 6 meses</p> <p>N) 1 ano</p> <p>O) Mensal</p>
--	--	--	--	---

**16 – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>16 – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência</b></p>	<p>A) Aumentar a qualidade assistencial ao pré-natal e ao parto, facilitando o acesso ao pré-natal odontológico e testes rápidos, aperfeiçoando grupos de gestantes e fornecendo orientações gerais.</p> <p>B) Prevenir e orientar sobre as doenças que podem levar ao óbito como hemorragias, infecções perinatais e odontogênicas, sífilis e doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, abordando os temas com todos os profissionais em educação permanente em saúde e com grupos existentes nas UBS, principalmente os de gestantes.</p> <p>C) Assegurar que seja mantido e cumprido o protocolo regional de atenção ao pré-natal e puerpério da serra catarinense (vigente).</p> <p>D) Sensibilizar os profissionais que assistem a gestante quanto ao preenchimento correto da caderneta de gestante, seja na</p>	<p>A) Expansão das ofertas dos exames laboratoriais e consultas nas unidades;</p> <p>B) Reunião de equipe e de grupos das UBS's e orientações nas salas de espera;</p> <p>C) Educação permanente e Protocolo Regional de Atenção ao pré-natal e puerpério.</p> <p>D) Reuniões de equipe e intersetoriais (SMS, hospitalar e rede privada).</p>	<p>A) Equipe multiprofissional e Diretoria da AB. Equipes de Saúde (ESF e NASF).</p> <p>B) Grupo Ampliado e equipes de saúde.</p> <p>C) Diretoria de AB e equipes de saúde;</p> <p>D) Equipes de saúde.</p>	<p>A) 6 meses</p> <p>B) Permanent e</p> <p>C) Permanent e</p> <p>D) Agosto</p>

	<p>rede: hospitalar/privada/ atenção básica.</p> <p>E) Fortalecer o vínculo com os usuários visando a captação precoce das gestantes (até doze semanas, no mínimo seis consultas no pré-natal e consulta puerperal) e da adolescente na prevenção da gestação.</p> <p>F) Responsabilizar o seguimento da classificação de risco para gestante e puérpera na rede hospitalar. / ampliar para 24 horas/dia a classificação de risco para gestantes e puérperas na rede hospitalar;</p> <p>G) Fomentar trabalho em conjunto (unidade de saúde x rede hospitalar) na sensibilização da importância do parto normal.</p> <p>H) Trabalhar o planejamento familiar e expectativa de vida nas escolas, ampliando faixa etária do PSE;</p> <p>I) Manter encaminhamento da notificação APOMT (instrumento de referência para o conselho tutelar) de todas as gestantes que não</p>	<p>E) Visita domiciliar multidisciplinar, parcerias com Secretaria de Assistência Social e Educação.</p> <p>F) Termo de Acesso entre o HTR e SMS;</p> <p>G) Ampliar as visitas das gestantes ao Centro Obstétrico e grupos de gestantes das UBS's.</p> <p>H) Grupos de saúde nas escolas, incluindo ações no ensino médio;</p> <p>I) Fluxo já pactuado;</p>	<p>E) Gestão da SMS.</p> <p>F) Equipes de saúde e HTR;</p> <p>G) ESF, NASF e SMEL;</p> <p>H) Equipes de atenção básica;</p> <p>I) Vigilância Epidemiológica, Grupo Ampliado e</p>	<p>E) Permanente</p> <p>F) Agosto</p> <p>G) Permanente;</p> <p>H) Agosto;</p> <p>I) Permanente</p>
--	--	---	---	--

	<p>realizam o pré-natal de forma adequada</p> <p>J) Monitoramento e intervenção nas unidades que ocorrem maior número de óbitos.</p>	<p>J) Sistema de Informação de Mortalidade, fichas de investigação e visitas técnicas do grupo ampliado;</p>	<p>Equipes de saúde;</p> <p>J) DAB, Vigilância Epidemiológica e Unidades de Saúde.</p>	<p>J) Permanente</p>
--	--	--	--	----------------------

**17 – cobertura populacional estimada pela equipe de atenção básica.**

<b>INDICADOR</b>	<b>PLANO DE AÇÃO</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIA</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>	<b>PRAZOS</b>
<p><b>17 – cobertura populacional estimada pela equipe de atenção básica</b></p>	<p>A) Reterritorialização da população;</p> <p>B) Ampliação das equipes da atenção básica;</p> <p>C) Ampliar a cobertura de saúde bucal para equipara a cobertura de esf;</p> <p>D) Redução da rotatividade dos profissionais;</p> <p>E) Manutenção e reposição de funcionários nas UBS;</p>	<p>A) Contagem da população, Atualização do mapa e se necessário a redivisão populacional;</p> <p>B) Concurso público e/ou processo seletivo;</p> <p>C) Ampliação das ub's;</p> <p>D) Trabalho em conjunto da gestão com as equipes de saúde; Revisão do plano de cargos e salários, visando à valorização dos profissionais;</p> <p>E) Manter atualizado o quadro de funcionários;</p>	<p>A) Atenção básica;</p> <p>B) Gestor municipal;</p> <p>C) Gestor municipal;</p> <p>D) Gestão municipal e sindicato;</p> <p>E) Gestão de pessoas;</p>	<p>A) Mensal;</p> <p>B) 1 ano;</p> <p>C) 1 ano;</p> <p>D) 6 meses;</p> <p>E) Mensal;</p>

**18 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família – PBF.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIA	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>18 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família – PBF.</b></p>	<p>A) Responsabilizar o usuário, a fim de informar sobre as condicionalidades e benefícios do programa.</p> <p>B) Promover encontros entre os membros das secretarias envolvidas para discutir e capacitar os profissionais da rede para o monitoramento dos critérios e permanência no PBF;</p> <p>C) Realizar dia D na rede de atenção à saúde, para abordar os temas relacionados ao PBF;</p>	<p>A) Abordar o tema em reuniões de grupos nas US, reunião com Assistência Social nas comunidades e abordar o tema nas salas de espera das UBS's; cartilhas com as condicionalidades e benefícios do PBF; recursos audiovisuais;</p> <p>B) Reuniões intersetoriais, cartilhas e recursos audiovisuais;</p> <p>C) Cartilhas educativas e profissionais capacitados;</p>	<p>A) UBS's e CRAS</p> <p>B) Secretaria da Saúde, Secretaria da Educação e Secretaria de Assistência Social;</p> <p>C) Equipes de saúde;</p>	<p>A) Três encontros anuais e orientações permanentes nas salas de espera;</p> <p>B) Semestral</p> <p>C) Anual;</p> <p>D) Agosto;</p>

	<p>D) Utilizar as mídias sociais com temas relacionados ao Bolsa Família;</p> <p>E) Unificar sistemas de informação que integram o atendimento ao usuário, melhorando o processo digital (Orientações, lembretes)</p> <p>F) Descentralização da alimentação do sistema dos usuários;</p> <p>G) Vincular o acompanhamento do pré-natal e pré-natal odontológico como condicionalidade ao recebimento do Bolsa Família;</p> <p>H) Habilitação do acesso ao sistema G-mus pela rede;</p>	<p>D) Materiais educativos e mídia;</p> <p>E) Sistema de informação e reuniões intersetoriais;</p> <p>F) Capacitação dos profissionais responsáveis;</p> <p>G) Computadores com acesso à internet; Lista atualizada dos beneficiários do Bolsa, Pactuação com os profissionais da unidade de saúde.</p> <p>H) Monitoramento das gestantes; manter parceria com a Secretaria de Assistência Social;</p>	<p>D) Diretoria de AB e TI;</p> <p>E) Diretoria de AB e TI;</p> <p>F) Saúde da Criança, TI e equipes de saúde;</p> <p>G) Equipes de saúde e Secretaria de Assistência Social;</p> <p>H) SMS e TI</p>	<p>E) Outubro;</p> <p>F) Junho;</p> <p>G) Permanente;</p> <p>H) Até dezembro de 2019.</p>
--	---	--	--	---



**19 - Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS ESTRATÉGIA	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>19 - Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.</b></p>	<p>A) Aumentar a cobertura de saúde bucal;</p> <p>B) Instalação do consultório odontológico onde não possui;</p> <p>C) Equipar número de consultórios com número de equipes de saúde bucal;</p> <p>D) Ampliar as ações nas escolas que não tem cobertura pela equipe saúde bucal;</p>	<p>A) Concurso público e/ou processo seletivo.</p> <p>B) Ampliação da UBS;</p> <p>C) Ampliação da UBS e licitação de equipamentos;</p> <p>D) Realizar levantamento das escolas sem cobertura; Redistribuição das escolas próximas das unidades que tenham saúde bucal; Buscar parcerias com as universidades;</p>	<p>A) Gestor municipal;</p> <p>B) Gestor municipal;</p> <p>C) Gestor municipal;</p> <p>D) Coordenação de saúde bucal;</p>	<p>A) 1 ano;</p> <p>B) 1 ano;</p> <p>C) 1 ano;</p> <p>D) 3 meses;</p>

**20 – Percentual de municípios que realizam no mínimo seis OU mais grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>20 – Percentual de municípios que realizam no mínimo seis OU mais grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.</b></p>	<p>A) Aumentar o contingente de fiscais;</p> <p>B) Restrição de fiscalização a estabelecimento de interesse para saúde coletiva;</p> <p>C) Integração intersetorial com criação de um setor específico em educação em vigilância sanitária;</p> <p>D) Educação em saúde em vigilância sanitária, principalmente para os manipuladores de alimentos;</p> <p>E) Manter os recursos da vigilância sanitária na VISA e aplicá-los na mesma;</p> <p>F) Transformar a Gerencia de Vigilância sanitária em Diretoria para maior valorização das Ações de VISA;</p>	<p>A) Recurso financeiro para realização de concurso público;</p> <p>B) Alteração da Legislação Municipal;</p> <p>C) Fiscais da VISA, Multiplicadores, parceiros, estagiários</p> <p>D) Elaboração de legislação municipal;</p> <p>E) Verificar arrecadação da VISA e cumprir a Lei Municipal 379/2011;</p> <p>F) Alteração no organograma da SMS e da Lei</p>	<p>A) Secretaria de Administração e finanças e SMS;</p> <p>B) Vereadores e Executivo, PROGEM;</p> <p>C) Vigilância Sanitária, Secretaria da Saúde, NEPHS;</p> <p>D) Vereadores e Executivo, PROGEM;</p> <p>E) Administrativo e Financeiro, Diretoria de Vigilância em Saúde;</p> <p>F) Gestão da SMS, PROGEM e Vereadores</p>	<p>A) Novembro</p> <p>B) 1 ano</p> <p>C) 6 meses</p> <p>D) 1 ano</p> <p>E) Dezembro;</p> <p>F) 1 ano;</p>

	<p>G) Organizar grupos entre a população para orientações sobre as ações da VISA.</p> <p>H) Realizar ações educativas para o setor regulado a fim de reduzir riscos e agravos para a saúde.</p>	<p>Complementar; Municipal;</p> <p>G) Parcerias com UBS's e universidades;</p> <p>H) Parcerias com associações empresariais e sindicatos.</p>	<p>G) VISA, Gestores e Universidades;</p> <p>H) VISA e SMS;</p>	<p>G) Novembro;</p> <p>H) 1 ano;</p>
--	---	---	---	--------------------------------------

**21 – Ações de Matriciamentos realizadas por CAPS com equipes de atenção básica.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>21 – Ações de Matriciamentos realizadas por CAPS com equipes de atenção básica.</b></p>	<p>A) Realização de Matriciamento preventivo e não somente para estudar um caso existentes com o profissional do CAPS para realizar troca de conhecimentos sobre o usuário, fortalecendo o vínculo paciente CAPS, UBS e rede de atenção à saúde e conseqüentemente melhorando as ações.</p> <p>B) Capacitações e Educação Permanente dos profissionais a respeito das doenças psíquicas; medicações e abordagem de portadores de sofrimento psíquico.</p> <p>C) Funcionário do CAPS de sobreaviso, para em casos de surto realizar orientações a família e suporte;</p> <p>D) Integração das informações através do prontuário eletrônico, com alerta interligado a rede;</p>	<p>A)Local para a realização dos encontros; Materiais para divulgação, recursos áudio visuais;</p> <p>B)Chamar palestrantes para realizar seminários de conscientização; Materiais didáticos;</p> <p>C)Recursos humanos e financeiros;</p> <p>D)Computadores e rede de informática.</p>	<p>A)Profissionais do CAPS e Atenção Básica;</p> <p>B)Profissionais capacitados do CAPS e Atenção Básica; NEPS</p> <p>C)Recursos Humanos</p> <p>D)Tecnologia da Informação.</p>	<p>A)Permanente</p> <p>B)Permanente</p> <p>C)Permanente</p> <p>D)Permanente</p>

**22 – Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle da dengue.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>22 – Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle da dengue.</b></p>	<p>A) Aumentar o número de profissionais na área;</p> <p>B) Articulação entre setores, capacitando os ACS, agentes da dengue e de endemias para abordagem e conscientização da população nas ações de controle do <i>Aedes</i>.</p> <p>C) Conscientizar a população através vistorias nos imóveis, realizar palestras nas escolas e divulgação nos meios de comunicação.</p> <p>D) Realizar mutirão de limpeza em parceria com exército brasileiro e população.</p> <p>E) Adquirir drones para fiscalização de imóveis;</p> <p>F) Criar o disque denúncia</p> <p>G) ;Criar curso de formação de agentes mirins de vigilância em zoonoses.</p>	<p>A) Recurso financeiro para realização de concurso público ou processo seletivo;</p> <p>B) NEPHS, recursos audiovisuais, tablets, materiais informativos e educativos e visitas em imóveis;</p> <p>C) Recursos audiovisuais, materiais informativos e educativos e mídia.</p> <p>D) Parceria com UBS's, Secretaria do Meio Ambiente e Exército Brasileiro;</p> <p>E) Recurso financeiro;</p> <p>F) Dispor um número de telefone e divulgação na mídia.</p> <p>G) Recursos audiovisuais e materiais educativos;</p>	<p>A) Secretaria de Administração e finanças e SMS;</p> <p>B) Coordenação do Programa e Atenção Básica;</p> <p>C) Programa da Dengue e Assessoria de Comunicação;</p> <p>D) Programa da Dengue;</p> <p>E) Programa da dengue, Compras e Licitações.</p> <p>F) Programa da Dengue e Diretoria de Vigilância em Saúde;</p> <p>G) Agentes de Combate a Endemias,</p>	<p>A) 1 ano;</p> <p>B) 1 ano;</p> <p>C) 6 meses.</p> <p>D) 6 meses.</p> <p>E) 1 ano.</p> <p>F) 1 ano.</p> <p>G) Anuais;</p>

	H) Criação de ferramentas para criar e medir indicadores de imóveis visitados (aplicativo);	H) Criação de aplicativo;	Agentes da Dengue e ACS. H) Programa da Dengue e TI.	H) 1 ano.
--	---	---------------------------	---	-----------

**23- proporção de preenchimento do campo ‘ocupação’ nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.**

INDICADOR	PLANO DE AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS - ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<p><b>23- proporção de preenchimento do campo ‘ocupação’ nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.</b></p>	<p>A) Monitoramento das unidades notificadoras de acordo com as semanas epidemiológicas;</p> <p>B) Reduzir o número de notificações com preenchimento incorreto;</p>	<p>A) Realizar triagem previa para identificar o preenchimento incorreto das notificações; Realizar devolutivas das notificações;</p> <p>B) Capacitar sobre o preenchimento correto do sinan para todos os profissionais das unidades notificadoras; Nos prontuários eletrônicos determinar a “ocupação” como campo obrigatório bloqueando caso não houver preenchimento.</p>	<p>A) Cerest;</p> <p>B) Cerest e vigilância em saúde; Sistema de informações</p>	<p>A) Semanal;</p> <p>B) Anual;</p>

## **ANEXO 01**



# Pactuação Interfederativa 2017-2021

---

Fichas de Indicadores

## **Nota**

O presente documento tem por objetivo apresentar as fichas de qualificação dos 23 indicadores estabelecidos para os anos de 2017 a 2021, conforme decisão tomada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite em 24 de novembro de 2016 e publicado no Diário Oficial da União, em 12 de dezembro de 2016, por meio da Resolução nº 8.

Os indicadores, relacionados a diretrizes nacionais, são compostos por 20 indicadores universais, ou seja, de pactuação comum e obrigatória e 3 indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território, conforme orientações nas fichas.

As fichas de qualificação dos indicadores estão padronizadas e elaboradas para cada um dos indicadores. Apresenta-se, ainda, em anexo, a Resolução CIT nº8 de 24 de novembro de 2016.

<b>INDICADOR 1</b>	
<b>Indicador</b>	Mortalidade prematura: a) Para município e região com menos de 100 habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). b) Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
<b>Tipo</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: a) para município com menos de 100 mil habitantes: número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local; b) para município/região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta:  - numerador: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local.  - denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.  Fator de multiplicação: 100.000.  Unidade de Medida: óbito.

<b>Observações e Limitações</b>	<p>Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.</p> <p>Para estudos acadêmicos, sugere-se que o cálculo do indicador seja aperfeiçoado, utilizando dados de mortalidade corrigidos. A população adotada para o cálculo do indicador é referente à distribuição populacional por sexo e faixa etária para o ano de 2012 e encontra-se disponível no site da SVS e do IBGE. A meta nacional de redução da mortalidade prematura por DCNT em 2% ao ano encontra-se no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011 a 2022), baseado no documento da Organização Mundial da Saúde - Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report, publicado em 2005. Disponível em: <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43314/1/9241563001_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43314/1/9241563001_eng.pdf</a></p> <p><u>Limitações:</u></p> <p>Por se trabalhar com unidades diferentes (número absoluto de óbitos e taxa por 100 mil habitantes, em função do porte populacional dos municípios, a comparabilidade entre os municípios fica comprometida. Há uma diferença de 14 meses entre a disponibilidade dos dados da base nacional e o período ao qual eles se referem.</p>
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Anual Avaliação: Anual
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). E-mail: <a href="mailto:dcnt@saude.gov.br">dcnt@saude.gov.br</a> Telefone: 3315 - 6115

<b>INDICADOR 2</b>	
<b>Indicador</b>	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.
<b>Tipo de Indicador</b>	Específico: apenas em municípios com óbitos de mulheres em idade fértil residentes.
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: Numerador: Total de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM. Denominador: Total de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM. Fator de multiplicação: 100.  Unidade de Medida: óbito de MIF.  Parâmetro nacional de referência com série histórica: 2012 = 84%, 2013 = 87%, 2014 = 88%, 2015 = 81%. Parâmetro nacional de referência: 2017 = 90%, 2018 = 90%, 2019 = 90%.
<b>Observações e Limitações</b>	<u>Observações:</u> Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas. Parâmetro nacional de referência: 2012 = 84%; 2013 = 87%; 2014 = 88%; 2015 = 81%; 2017 = 90%; 2018 = 90%; 2019 = 90%. <u>Limitações:</u> O percentual de investigação, entre os meses, pode variar em função da entrada tardia de registros e de investigações no SIM.

<b>Fonte</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. O monitoramento deve ser realizado pelo <b>Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna</b> , que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) dos municípios que notificam no módulo de investigação do SIM, disponível em: <a href="http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw">http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw</a> >
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Quadrimestral, considerando o último quadrimestre Avaliação: Anual
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE). Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (Dvantps). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). E-mail: <a href="mailto:cgiae@saude.gov.br">cgiae@saude.gov.br</a> Telefone: 61-33157708

<b>INDICADOR 3</b>	
<b>Indicador</b>	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:            Numerador: Total de óbitos não fetais com causa básica definida*            Denominador: Total de óbitos não fetais.</p> <p>Fator de multiplicação: 100            * (óbito com causa básica distinta do capítulo XVIII da CID-10)</p> <p>Unidade de Medida: óbito            Parâmetro nacional de referência com série histórica (se houver): de 2012 a 2014 = 94%.            Parâmetro nacional de referência: 2017-2019 = 95%.            Limitações: O percentual, principalmente dos primeiros quadrimestres avaliados, pode variar em função da entrada tardia de resultados de investigações de óbitos com causa mal definida pelas equipes de vigilância ou dos serviços de verificação do óbito, atualizados no SIM.</p>
<b>Observações e Limitações</b>	<p><u>Observações:</u>            Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.            Parâmetro nacional de referência: 2012 = 94%; 2013 = 94%; 2014 = 94%; 2017 = 95%; 2018 = 95%; 2019 = 95%.</p> <p><u>Limitações:</u>            O percentual, entre os meses, pode variar em função da entrada tardia de resultados de investigações de óbitos com causa mal definida pelas equipes de vigilância ou dos serviços de verificação do óbito, atualizados no SIM.</p>

<b>Fonte</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. O monitoramento deve ser realizado pelo <b>Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10</b> , que apresenta os dados mais recentes notificados pelos municípios no SIM, disponível em: <a href="http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw">http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw</a>
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Quadrimestral. Conforme determinado na Portaria nº 116/GM/MS, de 11 de fevereiro 2009, em relação a prazos e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o SIM, o monitoramento ocorre da seguinte forma: o 1º quadrimestre do ano é avaliado na primeira semana do mês de julho; o 2º, na primeira semana de novembro; e o 3º, na primeira semana do mês de março do ano subsequente. Avaliação: Anual.
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE). Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (Dvantps). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). E-mail: <a href="mailto:cgiae@saude.gov.br">cgiae@saude.gov.br</a> Telefone: 61-33157708



<b>INDICADOR 4</b>	
<b>Indicador</b>	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual: <ul style="list-style-type: none"> <li>• a vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B;</li> <li>• a vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil;</li> <li>• a vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e,</li> <li>• a vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.</li> </ul>
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: Numerador: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada. Denominador: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral. Fator de multiplicação: 100. Unidade de Medida: Percentual.
<b>Observações e Limitações</b>	<u>Observações:</u> Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas. A idade adequada para aplicação de cada vacina selecionada obedecerá ao Calendário Nacional de Vacinação atualizado e publicado pelo Ministério da Saúde nos termos da Lei nº 6.259, de 30 de Outubro de 1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12 de Agosto de 1976. Parâmetro nacional de referência : 75% em 2015.
<b>Fontes</b>	Numerador: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI). Denominador: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Anual. Avaliação: Anual.
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações Departamento: DEVIT Secretaria: SVS E-mail: <a href="mailto:pni.gestao@saude.gov.br">pni.gestao@saude.gov.br</a> Telefone: 3213-8296

<b>INDICADOR 5</b>	
<b>Indicador</b>	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. Fator de multiplicação: 100. Unidade de Medida: Percentual

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><b>Observações:</b>  Para este indicador, foram definidas, em virtude de sua magnitude e relevância, os seguintes eventos e doenças de notificação imediata nacional:  Antraz pneumônico, Arenavírus, Botulismo, Cólera, Dengue (óbitos), Ebola, Febre amarela, Febre do Nilo ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública, Febre maculosa e outras rickettsioses, Febre purpúrica brasileira, Hantavirose, Influenza humana produzida por novo subtipo viral, Lassa, Malária na região extra Amazônica, Marburg, Poliomielite por poliovírus selvagem, Peste, Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika, Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya, Raiva humana, Rubéola, Sarampo, Síndrome de paralisia flácida aguda, Síndrome da rubéola congênita, Síndrome respiratória aguda grave associada a coronavírus, Tularemia, Varíola e outras emergências de saúde pública.  As doenças listadas (DNCI) devem ser notificadas em 24 horas e registradas no Sinan no prazo de 7 dias.  No caso de epidemias de Dengue, Zika e Chikungunya, a prioridade é investigar os óbitos, que são de notificação imediata. Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.  Parâmetro nacional de referência: 2015 - numerador = 46.757 casos de DNCI notificados em 2015 encerrados oportunamente; denominador = 84.697 casos de DNCI notificados; percentual de casos encerrados = 55,2%.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>
<p><b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b></p>	<p>Monitoramento: semana epidemiológica, mensal, trimestral, semestral.  Avaliação: anual.</p>
<p><b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b></p>	<p>Coordenação Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública  Departamento: DEVIT  Secretaria: SVS  E-mail: <a href="mailto:sinan@saude.gov.br">sinan@saude.gov.br</a>  Telefone: 3315-3791</p>

<b>INDICADOR 6</b>				
<b>Indicado</b>	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes			
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal			
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.			
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.			
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: Numerador: Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação.			
	Denominador: Número total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes.			
	Fator de multiplicação: 100.			
	Processar os dados no TABWIN, de acordo com os seguintes passos:			
	1º passo – Tabulação Paucibacilar:			
		Linha	UF Res Atual ou Mun Res AT	
		Coluna	Tipo de Saída	
		Incremento	Frequência	
		Desmarcar:	Suprimir Linhas Zeradas	
			Suprimir Colunas Zeradas	
		Seleções Disponíveis	Ano Diagnóstico: subtrair 1 ao ano de avaliação (ex.: se ano de avaliação for 2016, selecionar o ano diagnóstico 2015).	
			Modo Entrada: Caso Novo.	
	Tipo de Saída: Marcar todos exceto			
	ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS <sup>1</sup>			
	Class Oper Atual: PAUCIBACILAR (PB)			
	Esq Terap Atual: PQT/PB/6 DOSES			
	Não Classificados	Marcar: Ignorar		

<p><sup>1</sup>Para avaliação municipal, desmarcar transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarcar transferências para outros municípios fora da regional de referência, outros estados e outros países. Para avaliação estadual, excluir transferências para outros estados e outros países.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Renomear a coluna Cura para Cura PB, clicando com o botão direito do mouse na palavra cura e editando o texto;</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Renomear a coluna Total para Total PB, clicando com o botão direito do mouse na palavra total e editando o texto;</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Digitar o Título da tabela e a fonte dos dados e data de atualização no Rodapé nos respectivos campos disponíveis na tela ou na janela que se abre antes da impressão da tabela;</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Salvar a tabela, clicando no menu Arquivo/Salvar como com o nome Cura CN PB.tab.</li> </ul>			
2º passo - Tabulação Multibacilar:			
<p>Clicar novamente em EXECUTAR TABULAÇÃO no Menu Arquivo e clique em ABRE DEF. Alterar os seguintes campos da tabulação anterior: ano de diagnóstico para 2 anos antes da avaliação, Classificação Operacional Atual para Multibacilar e Esquema Terapêutico Atual para PQT/MB/12 DOSES, conforme descrito abaixo:</p>			
	Linha	UF Res Atual ou Mun Res AT	
	Coluna	Tipo de Saída	
	Incremento	Frequência	
	Desmarcar:	Suprimir Linhas Zeradas	
		Suprimir Colunas Zeradas	
	Seleções Disponíveis	Ano Diagnóstico: subtrair 2 ao ano de avaliação (ex. se ano de avaliação for 2016, selecionar o ano diagnóstico 2014)	
		Modo Entrada: Caso Novo	
		Tipo de Saída: Marcar todos exceto	
		ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS[1]	
		ClassOper Atual: MULTIBACILAR (MB)	
		EsqTerap Atual: PQT/MB/12 DOSES	
	Não Classificados	Marcar: Ignorar	
<p><sup>1</sup>Para avaliação municipal, desmarque transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarque transferências para outros municípios fora da sua regional, outros estados e outros países. Para avaliação estadual, exclua transferências para outros estados e outros países.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Renomear a coluna Cura para Cura MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra Cura e editando o texto;</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renomear a coluna Total para Total MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra Total e editando o texto;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atribuir Título e Rodapé à tabela (conforme orientado anteriormente);</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salvar a tabela, clicando no menu Arquivo/Salvar como com o nome Cura CNMB.tab.</li> </ul>	
3º passo – Cálculo do Indicador		
<p>Para calcular a proporção de cura de todos os casos novos (MB+PB) é necessário somar as duas tabelas, conforme orientação abaixo: Como a tabela de casos novos multibacilares está aberta, incluir os dados dos paucibacilares procedendo da seguinte forma:</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No menu Arquivo/Incluir Tabela, selecionar e abrir o arquivo Cura CN PB;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No menu Operações, clicar em Somar, marcar as colunas Cura PB e Cura MB, clicar em OK;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renomear a coluna Soma para Cura PB+MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra Soma e editando o texto;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No menu Operações, clicar em Somar, marcar as colunas Total PB e Total MB, clicar em OK;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renomear a coluna Soma para Total PB+MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra soma e editando o texto;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No menu Quadro, clicar em Eliminar Coluna, selecionar todas as opções, utilizando a tecla ctrl, exceto Cura PB+MB e Total PB+MB, clicar em OK;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Digitar o Título da tabela, a Fonte e a data de atualização dos dados no Rodapé nos respectivos campos disponíveis na tela ou na janela que se abre antes da impressão da tabela;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salvar a tabela, clicando no menu Arquivo/Salvar como %Cura CN Hans.tab ou imprimir.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obter uma coluna com a proporção de casos novos curados, clicando no menu Operações em Calcular Indicador, selecionando: <ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador - Cura PB + MB</li> <li>Denominador - Total PB + MB</li> <li>Escala – 100</li> <li>Casas decimais – 0 ou 1</li> <li>Título da coluna – % Cura;</li> </ul> </li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Digitar o Título da tabela e a fonte e data de atualização dos dados no Rodapé nos respectivos campos disponíveis na tela ou na janela que se abre antes da impressão da tabela.</li> </ul>	
	<p>Unidade de medida: proporção. Parâmetro de referência nacional: 83,5% (2015 - consolidação em 31/05/2016).</p>	

<b>Observações e Limitações</b>	<b>Observações:</b> Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas. Parâmetro nacional de referência: 2015 = > 88%.
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: anual. Avaliação: anual.
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE). Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) E-mail: <a href="mailto:cghde@saude.gov.br">cghde@saude.gov.br</a> ;



<b>INDICADOR 7</b>	
<b>Indicador</b>	Número de casos autóctones de malária.
<b>Tipo de Indicador</b>	Específico
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	É um indicador que está relacionado à transmissão de malária; contribui para orientação e avaliação das ações de vigilância epidemiológica e controle da doença; permite análise de todo país e por período ao longo do ano.

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: Somatório do número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas LVC.</p> <p>Unidade de Medida: Número de casos.</p> <p>Orientação para cálculo - consulta dos dados no sistema de informação: <u>Sivep-Malária</u>: O usuário deverá acessar o endereço <a href="http://www.saude.gov.br/malaria">http://www.saude.gov.br/malaria</a>. Na página inicial, o usuário deverá clicar na seção “Situação Epidemiológica / Dados”. Posteriormente, selecionar o item “resumo epidemiológico (a partir de 2009)”. Ao gerar o relatório, no campo “UF” selecionar o estado que deseja, em seguida selecionar o ano desejado, e por último verificar o número de casos autóctones.</p> <p><u>SINAN</u>: Acessar o endereço <a href="http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/">http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/</a>. Em seguida, clicar no ícone “tabulação de dados”, localizado no lado esquerdo da página e dentre as opções disponíveis na tabulação de dados; clicar na primeira ou na última listagem (“a partir de 2007” ou “dados – 2001 a 2006”) e depois selecionar o agravo MALÁRIA. Para gerar o relatório, selecionar no campo “linha” a opção “UF Infecção”; no campo “períodos disponíveis”, o ano desejado; e em “result. parasitólogo” selecionar todas as variáveis, exceto “Ign/em branco” e “negativo”, em seguida clicar em “mostra”. Método para filtrar dados a partir da base de dados: <u>SISMAL</u>: Base: MALDCONS.dbf. Selecionar o período desejado nas variáveis “ANO” e “MÊS”. Contar número de registros, agrupados por município (CD_MUN) ou por unidade da federação (CD_UF). Nota: Somente no período de 2000 a 2003, utilizou-se o local de notificação para verificar o somatório do número de exames positivos. <u>Sivep-Malária</u>: Base: NOTIPOXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: NOTIPO15.dbf). Contar número de registros, agrupados por município (MUN_INF) ou por unidade da federação (UF_INFEC), sendo ID_LVC = 2.</p> <p><u>SINAN</u> (2004-2006): Base: IMALAXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: IMALA15.dbf). Contar número de registros, agrupados por município (CON_INF_MU) ou por unidade da federação (CON_INF_UF), sendo RESULT ≠ 1, CON_CONFIR ≠ 5</p> <p><u>SINAN</u> (a partir de 2007): Base: MALANXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: MALAN15.dbf). Contar número de registros, agrupados por município (COMUNINF) ou por unidade da federação (COUFINF), sendo RESULT ≠ 1, AT_LAMINA ≠ 3.</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>Observações: Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.</p> <p>Parâmetro nacional de referência: 2015 = 138.224 casos autóctones.</p>

<b>Fontes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica Malária (SIVEP-Malária), a partir de 2003 na região Amazônica;</li> <li>▪ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a partir de 2004 na região Extra-amazônica.</li> </ul>
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	<p>Monitoramento: Anual. Avaliação: Anual.</p>
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	<p>Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle de Malária (CGPNM). Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis (Devit). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) E-mail: <a href="mailto:cgpncm@saude.gov.br">cgpncm@saude.gov.br</a> Telefone: 3213-8084</p>

<b>INDICADOR 8</b>	
<b>Indicador</b>	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.  Unidade de Medida: número absoluto.
<b>Observações e Limitações</b>	<u>Observações:</u> Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas. Parâmetro nacional de referência (casos): 2010 = 6.944; 2011 = 9.484; 2012 = 11.630; 2013 = 13.967; 2014 = 16.161; 2015 = 19.228. <u>Limitações:</u> Considerando as dificuldades de diagnóstico da sífilis congênita, casos oligossintomáticos podem ser sub-representados. A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos.
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Anual. Avaliação: Anual.
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação de Informações Estratégicas (CIE) Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) Telefone: (61) 3315-7004

<b>INDICADOR 9</b>	
<b>Indicador</b>	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	Expressa o número de casos novos de aids na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado, medindo o risco de ocorrência de casos novos de aids nessa população.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.  Unidade de Medida: número absoluto.
<b>Observações e Limitações</b>	<u>Observações:</u> Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas. Parâmetro nacional de referência (casos): 2010 = 517; 2011 = 453; 2012 = 474; 2013 = 438; 2014 = 389. <u>Limitações:</u> Esse indicador sofre a influência da capacidade de detecção e notificação de casos pelos serviços e da cobertura da utilização do Siscel e Siclom. Mudanças nos critérios de definição de casos de aids com fins de vigilância epidemiológica podem influenciar a evolução temporal da taxa de incidência.
<b>Fontes</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Anual. Avaliação: Anual.

<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação de Informações Estratégicas (CIE). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Telefone: (61) 3315-7004
--	---

<b>INDICADOR 10</b>	
<b>Indicador</b>	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	Avalia a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p><u>Passo 1</u> – Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT):  Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância  Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais</p> <p><u>Passo 2</u> – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (PT):  Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância  Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez.</p> <p><u>Passo 3</u> – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (PCRL):  Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância  Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre</p> <p><u>Passo 4</u> – Calcular a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez:  <math>1,2 \times PCT + 1,0 \times PT + 1,0 \times PCRL</math>  3,2</p> <p><u>Atenção:</u>  O método de cálculo utilizado para avaliar o atendimento do indicador considera a média aritmética ponderada dos percentuais de análises realizadas para os parâmetros coliformes totais, turbidez e cloro residual livre.  Os pesos foram estabelecidos de acordo com a importância sanitária dos parâmetros de avaliação da qualidade da água para consumo humano. Estabeleceu-se o maior peso (1,2) para o Percentual de Análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT), uma vez que sua presença pode ser interpretada como ausência de cloro residual livre e presença de organismos patogênicos que indicam a falha ou insuficiência do tratamento da água e potenciais riscos à saúde pública.</p>

	Para os parâmetros cloro residual livre (PCRL) e turbidez (PT) o peso é 1.
<b>Observações e Limitações</b>	Observações: Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). Observação: Os dados necessários para esses cálculos estão disponíveis em < < <a href="http://sisagua.saude.gov.br/sisagua">http://sisagua.saude.gov.br/sisagua</a> >
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: anual Avaliação: anual
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental (CGVS). Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). E-mail: <a href="mailto:vigiagua@saude.gov.br">vigiagua@saude.gov.br</a> e <a href="mailto:sisagua@saude.gov.br">sisagua@saude.gov.br</a> Telefone: 32138081/8082



<b>INDICADOR 11</b>	
<b>Indicador</b>	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	<p>Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002).</p> <p>A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.</p>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional:</p> <p>Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento</p> <hr/> <p>População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3</p> <p>Numerador: Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento.</p> <p>Denominador: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3</p> <p>Unidade de Medida: Procedimento (Exame citopatológico) por mulher na faixa etária</p>

	Série histórica: 2010: 0,54; 2011: 0,54; 2012: 0,51; 2013: 0,48; 2014: 0,45; e 2015: 0,42. (Fonte: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def</a> )
<b>Observações e Limitações</b>	Limitações: As secretarias estaduais e municipais de saúde têm um prazo de até 90 dias para apresentar a produção. Portanto os dados não podem ser obtidos em tempo real (Regramento do SIA). Exemplo: quando os dados são extraídos no mês de janeiro de 2015 obtêm-se dados de 2014 somente até o mês de setembro.
<b>Fonte</b>	Sistema Nacional Informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Departamento de Atenção Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: <a href="mailto:redcronicas@saude.gov.br">redcronicas@saude.gov.br</a> Telefone: (61) 3315-9052 / 9042

<b>INDICADOR 12</b>	
<b>Indicador</b>	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional:</p> <p>Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento</p> <hr/> <p>População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano/2</p> <p>Numerador: Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento.</p> <p>Denominador: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2</p> <p>Unidade de Medida: Procedimento (Mamografia bilateral para rastreamento) por mulher na faixa etária</p> <p>Série histórica: 2010: 0,20; 2011: 0,23; 2012: 0,27; 2013: 0,30; 2014: 0,32 e 2015: 0,31. (Fonte: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def</a>)</p>
<b>Observações e Limitações</b>	Limitações: As secretarias estaduais e municipais de saúde têm um prazo de até 90 dias para apresentar a produção. Portanto os dados não podem ser obtidos em tempo real (Regramento do SIA). Exemplo: quando os dados são extraídos no mês de janeiro de 2015 obtêm-se

	dados de 2014 somente até o mês de setembro.
<b>Fonte</b>	Sistema nacional informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Departamento de Atenção Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: rede.cronicas@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9052 / 9042

<b>INDICADOR 13</b>	
<b>Indicador</b>	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	<p>Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais.</p> <p>Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.</p> <p>Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.</p>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional:</p> $\frac{\text{número de nascido vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano}}{\text{número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100$ <p>Numerador: número de nascido svivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano;  Denominador: número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano  Fator de Multiplicação: 100</p> <p>Unidade de Medida: Porcentagem</p> <p>Parâmetro nacional de referência: 70% de partos normais, admitindo-se até 30% de partos cesáreos. Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos (Fonte: OMS, 1996).</p> <p>Série histórica:  2010: 47,6%; 2011: 46,1%; 2012: 44,27%; 2013: 43,26%; 2014: 42,93%; 2015: 44,39%</p>

<b>Observações e Limitações</b>	Limitações: tempo de fechamento do SINASC: 18 meses
<b>Fonte</b>	SINASC
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: saude.mulher@saude.gov.br Telefone: 3315-9101

<b>INDICADOR 14</b>	
<b>Indicador</b>	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	Monitora a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal, estadual e DF :</p> $\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Numerador: Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período  Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.  fator de multiplicação: 100</p> <p>Série histórica:  2004: 21,84%; 2005: 21,78%; 2006: 21,48 %; 2007: 21,10%; 2008: 20,41%; 2009: 19,94%; 2010: 19,30%; 2011: 19,24%; 2012: 19,27%; 2013: 19,27%; 2014: 18,87%</p>
<b>Observações e Limitações</b>	Limitações: tempo de fechamento do sistema de informação SINASC: 18 meses.
<b>Fonte</b>	SINASC
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Anual Avaliação: Anual

<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens - CGSAJ/DAPES/SAS Departamento: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: <a href="mailto:adolescente@saude.gov.br">adolescente@saude.gov.br</a> Telefone: (61) 33159109
--	--



<b>INDICADOR 15</b>	
<b>Indicador</b>	Taxa de mortalidade infantil
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	<p>Monitorar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano.</p> <p>É importante acompanhar a Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes pois, a taxa de mortalidade neonatal vem caindo em menor velocidade comparado a mortalidade infantil pós-neonatal, especialmente nos estados das regiões norte e nordeste. A mortalidade neonatal precoce representa de 60 a 70% da mortalidade infantil, sendo que 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida. No período neonatal concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais; com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).</p>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Análise de monitoramento e avaliação dos componentes separadamente: Primeiras 24 horas, Neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias), Pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano.</p> <p>Método de cálculo municipal/estadual/regional</p> <p><b>Taxa de Mortalidade Infantil</b> = (número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.</p> <p><b>Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce</b> = (número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.</p> <p><b>Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia</b> = (número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.</p> <p><b>Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal</b> = (número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.</p> <p>OBS. Para municípios com população menor que 100 mil habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças nas primeiras 24 horas, Neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias), Pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano.</p> <p>Unidade de Medida:  Taxa para municípios acima de 100.000 habitantes  Número absoluto para municípios com menos de 100.000 habitantes</p>

	<p>Parâmetro nacional de referência: O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos.</p> <p>Série histórica: 1990: 47,1%; 1991: 44,4%; 1992: 41,8%; 1993: 39,5%; 1994: 37,2%; 1995: 35,1%; 1996: 33,1; 1997: 31,2%; 1998: 29,4%; 1999: 27,7%; 2000: 26,1%; 2001: 24,9%; 2002: 23,4%; 2003: 22,5%; 2004: 21,5%; 2005: 20,4%; 2006: 19,6%; 2007: 18,6%; 2008: 17,7%; 2009: 16,8%; 2010: 16%; 2011: 15,3%; 2012: 14,9%; 2013: 14,4%.</p>
<b>Observações e Limitações</b>	<p>Limitações:  Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos. Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.</p>
<b>Fonte</b>	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	<p>Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em fevereiro de 2016, os dados fechados foram relativos ao ano de 2014.</p> <p>Monitoramento: anual  Avaliação: anual</p>
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	<p>Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno  Departamento de Ações Estratégicas  Secretaria de Atenção a Saúde  E-mail: <a href="mailto:crianca@saude.gov.br">crianca@saude.gov.br</a>  Telefone: (61) 3315-9070 / 3315-9072</p>

<b>INDICADOR 16</b>	
<b>Indicador</b>	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	<p>Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis.</p> <p>Considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais.</p> <p>Analisar variações geográficas e temporais do número de óbitos maternos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.</p> <p>Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher.</p> <p>Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do número de óbitos maternos entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.</p>
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional e DF:</p> <p>Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência</p> <p>Unidade de Medida: nº de óbitos</p> <p>Parâmetro nacional de referência com série histórica: 2000: 1.677; 2001: 1.577; 2002: 1.655; 2003: 1.584; 2004: 1.641; 2005: 1.620; 2006: 1.623; 2007: 1.590; 2008: 1.681; 2009: 1.872; 2010: 1.719; 2011: 1.610; 2012: 1.583; 2013: 1.686; 2014: 1.739; 2015: 1.570</p>

<b>Observações e Limitações</b>	Limitações: tempo de 14 meses para validação final no SIM. O número de MM precisa ser comparada com o NV para acompanhar sua evolução (RMM). O % de investigação de óbito em MIF e óbitos maternos em tempo oportuno precisa ser ampliado. Com a dificuldade do % de investigação em tempo oportuno gerou a necessidade do MS desenvolver um fator de correção para cálculo da RMM que só é possível para abrangência estadual e só foi viável de calcular para as regiões sul e sudeste. A comparação do número absoluto de óbitos maternos precisa ser comparada com os anos anteriores.
---------------------------------	--

<b>Fonte</b>	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).          Conceito de óbito materno – A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. As mortes maternas são causadas por afecções do capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério (com exceção das mortes fora do período do puerpério de 42 dias – códigos O96 e O97) e por afecções classificadas em outros capítulos da CID, especificamente: (i) Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez (campo 44 da Declaração de Óbito DO assinalado “sim”) ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte (campo 44 da DO em branco ou assinalado “ignorado”). (ii) Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte. Para isso devem ser considerados os casos em que o campo 43 da DO (morte durante gravidez, parto e aborto) esteja marcado “sim” ou o campo 44 (morte durante o puerpério) assinalado “sim, até 42 dias”. (iii) São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério. Entretanto, essas mortes, para efeito do cálculo da Razão de Mortalidade Materna, não serão incluídas, tanto pela baixa frequência de ocorrência, quanto pela dificuldade da sua identificação na base de dados de mortalidade. A CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Esses casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.</p>
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	<p>OBS: Os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, 2016, os dados fechados são relativos ao ano de 2014          Monitoramento: QUADRIMESTRAL          Avaliação: ANUAL</p>
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	<p>Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres          Departamento de Ações Programáticas Estratégicas          Secretaria de Atenção à Saúde          OBS: este indicador é acompanhado pela CGSM/DAPESS/SAS/MS em parceria com DASIS/SVS          E-mail: saude.mulher@saude.gov.br          Telefone: 3315-9101</p>

<b>INDICADOR 17</b>	
<b>Indicador</b>	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
<b>Objetivo/Rel evância do Indicador</b>	Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.
<b>Método de Cálculo</b>	<p><u>Método de cálculo municipal/estadual/regional:</u></p> $\frac{(\text{N}^\circ \text{ de eSF} \times 3.450 + (\text{N}^\circ \text{ eAB} + \text{N}^\circ \text{ eSF equivalente}) \text{ em determinado local e período} \times 3.000)}{\text{Estimativa da populacional do ano anterior}} \times 100$ <p>Numerador: N° de eSF x 3.450 + (N° eAB + N° eSF equivalente) x 3.000 em determinado local e período  Denominador: Estimativa da populacional do ano anterior  Fator de multiplicação: 100</p> <p>I – Como identificar os tipos de equipes e a ponderação de acordo com as portarias de cadastramento  O levantamento dos tipos de equipes de saúde da família, equipes de atenção básica e equipes equivalentes deve ser realizado no SCNES.  Passo 1 (n° eSF) – O número de equipes de Saúde da Família com os códigos de 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39. As equipes de códigos 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011, equivalendo: códigos 24 a 26 = 1 equipe; códigos 27 a 29 = 2 equipes; códigos 30 a 32 = 3 equipes; código 33 a 35 = 0,85 equipe; código 36 a 38 = 0,6 equipe.  Passo 2 (n° eAB) - número de equipes de Atenção Básica parametrizadas códigos de 16 a 21 deverão ser ponderadas conforme Portaria nº 576/2011, equivalendo: códigos 16 e 19 = 1 equipe; códigos 17 e 20 = 2 equipes; códigos 18 e 21 = 3 equipes.</p>

	<p>Passo 3 (nº eSF equivalentes) - a cada 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe. Para a identificação dos profissionais médicos e enfermeiros para compor essas equipes serão considerados as seguintes famílias de CBO:</p> <p>CBOs médicos: 225125 médico clínico; 225170 médico generalista; 225124 médico pediatra; 225250 médico ginecologista e obstetra; 225142 médico da estratégia saúde da família; 225130 médico de família e comunidade.</p> <p>CBOs enfermagem: família 2235 enfermeiros e afins</p> <p>II – Como realizar as críticas de carga horária dos profissionais, lotação dos profissionais e natureza jurídica dos estabelecimentos.</p> <p>Passo 4 – Deverá ser realizadas críticas de carga horária e lotação dos profissionais, bem como a natureza jurídica do estabelecimento, de acordo com as regras abaixo:</p> <p>Crítica da carga horária: não será contabilizada a carga horária de profissionais que tiverem registradas no SCNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho.</p> <p>Lotação: profissionais lotados diretamente nos seguintes tipos de estabelecimentos no SCNES – 01 posto de saúde; 02 centro de saúde/ unidade básica de saúde; 32 unidade móvel fluvial; 40 unidade móvel terrestre.</p> <p>Natureza jurídica: 1000 - administração pública; 1015 - órgão público do poder executivo federal; 1023 - órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal; 1031 - órgão público do poder executivo municipal; 1104 - autarquia federal; 1112 - autarquia estadual ou do distrito federal; 1120 - autarquia municipal; 1139 - fundação federal; 1147 - fundação estadual ou do distrito federal; 1155 - fundação municipal; 1163 - órgão público autônomo federal; 1171 - órgão público autônomo estadual ou do distrito federal; 1180 - órgão público autônomo municipal; 1210 - associação pública; 1228 - consórcio público de direito privado; 1236 - estado ou distrito federal; 1244 - município; 1252 - fundação pública de direito privado federal; 1260 - fundação pública de direito privado estadual ou do distrito federal; e 1279 - fundação pública de direito privado municipal.</p> <p>III – Estimativa populacional a ser considerada</p> <p>Passo 5 – Para estimativa populacional será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro, para fins de cálculo do indicador.</p>
	Unidade de Medida: Porcentagem
<b>Observações e Limitações</b>	<p>Observações: Para fazer o cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador.</p> <p>É considerado para as eSF o parâmetro de 3.450, e para as equipes eAB e eSF parametrizadas é considerado o parâmetro de 3.000. Assim, é indicador de cobertura não deve passar de 100%; caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador a “Estimativa populacional”.</p> <p>São excluídas do cálculo do indicador as equipes de Saúde da Família que</p>

	<p>apresentarem irregularidades no cadastro de profissionais no SCNES.</p> <p>São excluídos do cálculo do indicador os registros de profissionais com carga horária total superior a 120 horas semanais, ou carga horária ambulatorial superior a 60 horas, ou carga horária hospitalar superior a 96 horas ou carga horária superior a 44 horas de outras categorias.</p> <p>Para o cálculo do indicador é necessário aguardar o fechamento oficial da base do SCNES</p> <p>Limitações: A principal limitação desse indicador está no fato de ele mensurar a carga horária de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles. Ele constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços na Atenção Básica, e não o acesso efetivamente proporcionado.</p>
<b>Fonte</b>	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população, com referência em 1º de julho.
<b>Periodicidade e dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: <a href="mailto:avaliacao.dab@saude.gov.br">avaliacao.dab@saude.gov.br</a> Telefone: (61) 3315-9088/3315-9086



<b>INDICADOR 18</b>	
<b>Indicador</b>	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</p> $\frac{\text{Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano}}{\text{Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano}} \times 100$ <p>Numerador: Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano  Denominador: Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano  Fator de multiplicação: 100</p> <p>Unidade de Medida: Porcentagem</p> <p>Série histórica: 1º/2013: 73,2%; 2º/2013: 73,4%; 1º/2014: 73,3%; 2º/2014: 75,3%; 1º/2015: 73,9%; 2º/2015: 76,8%; 1º/2016: 72,5%</p>
<b>Observações e Limitações</b>	Limitações: Indicador não reflete a baixa capacidade de mobilização e articulação intersetorial (saúde, educação e assistência social) nos estados e municípios. Embora haja duas vigências por ano, considerar como o resultado do ano o percentual de acompanhamento da segunda vigência. Municípios de grande porte, que concentram a maioria das famílias beneficiárias do PBF a serem acompanhadas, apresentam maiores dificuldades no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF
<b>Fonte</b>	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS. Link: <a href="http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp">http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp</a>

<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: Semestral Avaliação: anual Observação: considerar como o resultado do ano o percentual de acompanhamento da segunda vigência.
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: <a href="mailto:bfasaude@saude.gov.br">bfasaude@saude.gov.br</a> Telefone: (61) 3315-9024/9033

<b>INDICADOR 19</b>	
<b>Indicador</b>	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional:</p> $\frac{((n^{\circ} \text{eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{eSB equivalentes} * 3.000)) \text{ em determinado local e período}}{\text{Estimativa populacional}} \times 100$ <p>Numerador: <math>((n^{\circ} \text{eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{eSB equivalentes} * 3.000))</math> em determinado local e período.  Denominador: população no mesmo local e período  Fator de multiplicação: 100</p> <p>I – Como identificar os tipos de equipes e a ponderação de acordo com as portarias de cadastramento  O levantamento dos tipos de equipes de saúde da família, equipes de atenção básica e equipes equivalentes deve ser realizado no SCNES.  Passo 1 (nº eSB): número de equipes de Saúde da Família com saúde bucal (códigos 2, 3, 10, 11, 13, 15, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 e 39, na base do SCNES).  Passo 2 (nº eSB equivalentes): 1) número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com saúde bucal (códigos 19, 20 e 21, na base do SCNES). As equipes de 19 a 21 serão ponderadas conforme Portaria nº 576/2011 (19=1 equipe; 20=2 equipes; 21=3 equipes).  2) a cada 40h de carga horária ambulatorial de cirurgiões-dentistas na Atenção Básica equivale a uma equipe.</p> <p>II – Como realizar as críticas de carga horária dos profissionais, lotação dos profissionais e natureza jurídica dos estabelecimentos.  Passo 3 (CBO cirurgião dentista): CBOs: 223208 cirurgião dentista - clínico geral; 223272 cirurgião dentista de saúde coletiva; 223293 cirurgião dentista da estratégia de saúde da família. Não será contabilizada a carga horária de profissionais que tiverem registradas no SCNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de</p>

	<p>outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho.</p> <p>Passo 4 Lotação: profissionais lotados diretamente nos seguintes tipos de estabelecimentos no SCNES – 01 posto de saúde; 02 centro de saúde / unidade básica de saúde; 22 consultório isolado; 32 unidade móvel fluvial; 40 unidade móvel terrestre; ou lotados em equipes de saúde bucal (códigos 43 e 44, na base do SCNES).</p>
--	--

	<p>Passo 5 Natureza jurídica: 1000 - administração pública; 1015 - órgão público do poder executivo federal; 1023 - órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal; 1031 - órgão público do poder executivo municipal; 1040 - órgão público do poder legislativo federal; 1058 - órgão público do poder legislativo estadual ou do distrito federal; 1066 - órgão público do poder legislativo municipal; 1074 - órgão público do poder judiciário federal; 1082 - órgão público do poder judiciário estadual; 1104 - autarquia federal; 1112 - autarquia estadual ou do distrito federal; 1120 - autarquia municipal; 1139 - fundação federal; 1147 - fundação estadual ou do distrito federal; 1155 - fundação municipal; 1163 - órgão público autônomo federal; 1171 - órgão público autônomo estadual ou do distrito federal; 1180 - órgão público autônomo municipal; 1198 - comissão polinacional; 1201 - fundo público; 1210 - associação pública; 1228 - consórcio público de direito privado; 1236 - estado ou distrito federal; 1244 - município; 1252 - fundação pública de direito privado federal; 1260 - fundação pública de direito privado estadual ou do distrito federal; e 1279 - fundação pública de direito privado municipal.</p> <p>III – Estimativa populacional a ser considerada</p> <p>Passo 6 – Estimativa populacional: será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro, para fins de cálculo do indicador.</p> <p>Para fazer o cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador.</p> <p>O indicador de cobertura não deve passar de 100%; caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador a “Estimativa populacional”.</p> <p>São excluídas do cálculo do indicador as equipes de Saúde Bucal que apresentarem irregularidades no cadastro de profissionais no SCNES. São excluídos do cálculo do indicador os registros de profissionais com carga horária total superior a 120 horas semanais, ou carga horária ambulatorial superior a 60 horas, ou carga horária hospitalar superior a 96 horas ou carga horária superior a 44 horas de outras categorias.</p> <p>Unidade de Medida: Porcentagem</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><b>Limitações:</b> Mensurar a carga horária de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles. Constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços de saúde bucal na Atenção Básica, e não o acesso efetivamente proporcionado.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população, com referência em 1º de julho.</p>
<p><b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b></p>	<p>Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: anual</p>

<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) E-mail: <a href="mailto:cosab@saude.gov.br">cosab@saude.gov.br</a> Telefone: (61) 3315-9145
--	--

<b>INDICADOR 20</b>	
<b>Indicador</b>	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.
<b>Método de Cálculo</b>	<p><b>Método de cálculo municipal e DF:</b></p> <p>- Se foram realizados até 6 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, aplicar o cálculo abaixo:  <math>(\text{Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município}) / (6) \times 100</math></p> <p>- Se foram realizados os 7 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, a meta atingida será 100%.</p> <p><b>Método de cálculo estadual e regional:</b></p> <p><math>(\text{Número de municípios que realizam de 6 a 7 grupos de ações de VISA consideradas necessárias}) / (\text{Total de municípios do estado ou região}) \times 100</math></p>
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: semestral Avaliação: anual
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação Coordenação do SNVS Gerência-Geral de Coordenação e Fortalecimento do SNVS - GGCOF Anvisa E-mail: csnvs@anvisa.gov.br Telefone: 3462. 6886

<b>INDICADOR 21</b>	
<b>Indicador</b>	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica
<b>Tipo de Indicador</b>	Específico
	Especificidade: Aplica-se apenas a municípios com CAPS habilitados (população maior ou igual a 15.000 hab)
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS
<b>Objetivo/Relevância do Indicador</b>	A integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (“Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e bem estar”). Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº-3.088/2011). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal/estadual/regional: $\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano}}{\text{total de CAPS habilitados}} \right) \times 100$ (Média mínima esperada: 12 registros por ano) Unidade de Medida: percentual (%)
<b>Fonte</b>	Código do procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial - S.I.A-SUS
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: anual Avaliação: anual
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - CGMAD Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES Secretaria de Atenção à Saúde - SAS E-mail: keyla.kikushi@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9144 ou 6227



<b>INDICADOR 22</b>	
<b>Indicador</b>	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	Evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal e DF:
	1º passo – Cobertura por ciclo. Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100.
	2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.
	Unidade de Medida: percentual.

<p><b>Observações</b> <b>Limitações</b></p>	<p>e <u>Observações:</u>  Imóveis a serem trabalhados - As ações de controle vetorial da dengue devem ser realizadas, prioritariamente, em imóveis situados em áreas urbanas ou povoadas com características urbanas, de municípios que apresentem infestação domiciliar pelo <i>Aedes aegypti</i>, persistente, no mínimo, por 1 ano ou com histórico de transmissão. Opcionalmente, em grandes centros urbanos, as visitas de rotina a edifícios podem ser restritas à área comum e a apartamentos ao nível do solo.  O método de cálculo deverá ser aplicado em cada ciclo para verificação da cobertura dos imóveis visitados. A cobertura mínima em cada ciclo deverá ser de 80% dos imóveis.  Não deve ser considerada a média dos ciclos.  O Reconhecimento Geográfico (RG) deve ser atualizado de modo que o número de imóveis visitados não seja maior que o número de imóveis existentes, evitando coberturas acima de 100%.  Os imóveis visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, posteriormente, pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE), a título de complementação, deverão ser registrados apenas como uma única vez.  O município classificado como “Não infestado”, em decorrência da pesquisa entomológica, não é obrigado a realizar visitas domiciliares para controle da dengue. Ele desenvolve outras ações de vigilância. Mas, se o município nessa situação apresentar registro autóctone da doença no Sinan será considerado “Infestado” e deverá realizar as visitas domiciliares, conforme preconizado.  <u>Limitações:</u>  A base de dados é fechada em julho do ano subsequente ao ano de referência para a análise, o que pode alterar os valores monitorados a cada quadrimestre.</p>
---	--

<b>Fonte</b>	<p>Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR).  Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD).  Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD).  Sistema próprio do estado ou município.  OBS.: Os municípios possuem, em âmbito local, os dados referentes ao indicador aqui tratado, registrados no SISFAD, ou no SISPNCD, ou em planilhas eletrônicas próprias, formatadas para a identificação das visitas domiciliares realizadas, por ciclo. A consolidação nacional desses dados, sempre que necessária, será feita por meio de planilha do excel, preenchida pelas SES, com base nos dados levantados junto aos municípios, e enviada ao Programa Nacional de Controle da Dengue via Formsus.</p> <p>Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR).  Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD).  Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD).  Sistema próprio do estado ou município.  OBS.: Os municípios possuem, em âmbito local, os dados referentes ao indicador aqui tratado, registrados no SISFAD, ou no SISPNCD, ou em planilhas eletrônicas próprias, formatadas para a identificação das visitas domiciliares realizadas, por ciclo. A consolidação nacional desses dados, sempre que necessária, será feita por meio de planilha do excel, preenchida pelas SES, com base nos dados levantados junto aos municípios, e enviada ao Programa Nacional de Controle da Dengue via Formsus.</p>
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	<p>Monitoramento:                   quadrimestral.  Avaliação: anual.</p>
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	<p>Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue (CGPNCD).  Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT).  Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).  e-mail: cgpncd@saude.gov.br  Telefone: 3213-8004</p>

<b>INDICADOR 23</b>	
<b>Indicador</b>	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância do Indicador</b>	Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: Numerador: Número de notificações de agravos com o campo “Ocupação” preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso. Denominador: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência. Fator de multiplicação: 100. Unidade de Medida: Percentual
<b>Observações e Limitações</b>	<u>Observações:</u> - Relação de agravos: a. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; b. Acidente de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes); c. Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho. Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
<b>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</b>	Monitoramento: mensal. Avaliação: anual.
<b>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</b>	Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGST). Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Telefone: 61.3213-8291

**COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE**  
**RESOLUÇÃO Nº 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016**

Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.

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

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

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

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

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a avaliação pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde dos 67 indicadores da pactuação nacional do triênio 2013- 2015;

Considerando as diretrizes oriundas da Conferência Nacional de Saúde de 2015 e as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para os anos de 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.

Parágrafo único. A relação dos indicadores de que trata o "caput" consta no Anexo, com possibilidade de ser submetida a ajuste, quando necessário, mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 2º Estados e Municípios poderão discutir e pactuar indicadores de interesse regional, no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite e os municípios poderão definir e acompanhar demais indicadores de interesse local, observadas as necessidades e especificidades.

Art. 3º A pactuação reforça as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população no território reconhecidas de forma tripartite e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 4º Os instrumentos de planejamento referidos no Art. 3º são o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório de gestão, nos termos da Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Parágrafo único. Os indicadores que compõem este rol devem ser considerados nos instrumentos de planejamento de cada ente.

Art. 5º Os gestores nas três esferas de governo são responsáveis pelo monitoramento e avaliação das respectivas metas pactuadas, de modo que os resultados retroalimentem o planejamento em saúde. Parágrafo único. Os gestores são responsáveis por calcular os resultados alcançados, utilizando informações disponibilizadas nas bases nacionais, estaduais e locais.

Art. 6º A definição de metas para os indicadores deverá ser finalizada até o dia 31 de março de cada ano

Art. 7º A pactuação seguirá o seguinte fluxo:

I - pactuação municipal e regional:

a) os municípios se reunirão na Comissão Intergestores Regional (CIR) para discutir e pactuar as metas municipais e regionais, observadas as especificidades locais;

b) a pactuação municipal deve ser submetida ao respectivo conselho municipal de saúde para aprovação;

c) a pactuação municipal deve ser formalizada pelas secretarias municipais de saúde mediante registro e validação no sistema informatizado, com posterior homologação pela respectiva secretaria estadual de saúde;

d) o registro e a validação da pactuação regional podem ser realizados pela secretaria estadual de saúde ou ainda por uma secretaria municipal de saúde indicada pela CIR;

II - pactuação estadual e do Distrito Federal:

a) a pactuação estadual deve ter como base as pactuações municipal e regional e ser discutida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF);

b) as pactuações estadual e do Distrito Federal devem ser submetidas aos respectivos conselhos de saúde para aprovação; e

c) as pactuações estadual e do Distrito Federal devem ser formalizadas pelas respectivas secretarias de saúde, mediante registro e validação no sistema informatizado.

Art. 8º O sistema informatizado de que trata esta resolução será disponibilizado pelo Ministério da Saúde para registro das metas pactuadas.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS  
Ministro de Estado da Saúde

JOÃO GABBARDO DOS REIS  
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA  
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

**Indicadores para a pactuação interfederativa nos anos de  
2017-2021.**

<b>Nº</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
1	a) Para município e região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis U (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) b) Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	U
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) Investigado.	E
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U
4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª U dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada	U
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	U
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U
7	Número de casos autóctones de malária	E
8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	U
9	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	U
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	U
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	U
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	U
13	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	U
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	U
15	Taxa de mortalidade infantil	U
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	U
18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	U
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	U
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	U

21	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	E
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	U
23	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	U



## **ANEXO 02**



**RESOLUÇÃO Nº 005/2019**

**DISPÕE SOBRE A APRESENTAÇÃO DA PACTUAÇÃO  
INTERFEDERATIVA 2017/2019 - COMPETÊNCIA: 2019;**

O Conselho Municipal de Saúde, com base em suas competências regimentais e no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.491 de 13 de Agosto de 2008;

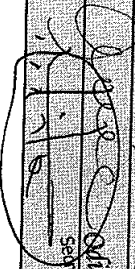
**RESOLVE:**

**APROVAR A PACTUAÇÃO DE DIRETRIZES, OBJETIVOS,  
METAS E INDICADORES DE SAÚDE PARA O ANO DE 2019  
(digiSUS/2019) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
LAGES/SC - APROVAÇÃO "AD REFERENDUM".**

Lages, 29 de Março de 2019.

  
**Antônio Carlos Costa**  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Lages  
Biênio: 2017/2019.

## **ANEXO 03**

		Indicadores 2017-2021					Resultados 2018		Meta 2019
		2015	2016	2017	2018				
1.U	Numero de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	▼ 456,61	464,99	436,4	420,0	418,13	418		
2.E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	▲ 100	92	100,0	100,0	87,9	100		
3.U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	▲ 90,1	94,69	95,15	96	95,67	96		
4.U	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura	▲ 90,1	94,69	4	95	57	95		
5.U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	▲ 75	94,59	100	100	100	100		
6.U	Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das cont	▲		0	100	100	100		
7.E	Número de casos autôctones de malária	▼							
8.U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	▼ 12	59	51	51	70	51		
9.U	Proporção de casos novos de aids em menores de 5 anos	▼ 0	1	0	0	0	0		
10.U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	▲ 145,09	121,09	115,2	100	115,2	100		
11.U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	▲ 0,35	0,29	0,24	0,30	0,24	0,30		
12.U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa	▲ 0,29	0,28	0,28	0,30	0,28	0,30		
13.U	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	▲ 5,89	48,59	50,7	51	51,23	51		
14.U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	▼ 17,26	17,41	15,46	16	14,36	15		
15.U	Taxa de Mortalidade Infantil	▼ 14	14,94	11,24	11	9,92	10		
16.U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	▼ 0	1	1	1	2	1		
17.U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	▲ 82,38	100	94,58	96	92,36	96		
18.U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	▲ 75		0	73	81/0	75		
19.U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	▲ 89,52	87,41	100	85	87,06	85		
20.U	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	▲ sem registro	sem registro	7	7	2	7		
21.E	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	▲ 0	0	0	12	-	12		
22.U	Numero de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	▲ 0	0	0	0	0	0		
23.U	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	▲ sem registro	sem registro	sem registro	100	84,76	100		
Data apresentação Conselho Municipal de Saúde: 10/04/2019 AD REFERENDUM 29/3/1		MUNICÍPIO DE LAGES							
Assinatura Gestor Municipal:  Gislene Maria Waldtrich Secretaria Municipal da Saúde Decreto nº 16.104									
Assinatura Presidente CMS: 