



Secretaria de
Saúde Pública



Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESP
Núcleo de Informações em Saúde e Planejamento - NISPLAN

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2020 – 2023

Ficha de Indicadores

**Consolidado com 52 Indicadores
Nacional/Estadual**



Apresentação

O presente documento tem por objetivo apresentar as fichas de qualificação dos 52 indicadores proposto no Plano Estadual de Saúde (PES) para os anos 2020 a 2023.

O Estado do Pará tem um rol de 52 indicadores para pactuação interfederativa, estabelecidos no PES 2020-2023, sendo 22 indicadores relacionados às prioridades nacionais e 30 indicadores de âmbito estadual, ambos classificados em universais¹ e específicos², pertencentes a cinco diretrizes estaduais com oito objetivos.

As fichas de qualificação dos indicadores estão padronizadas e elaboradas com os atributos referente cada um dos indicadores.

¹Indicadores universais: Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional, sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente.

²Indicadores específicos: Expressam as características epidemiológicas locais, sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

INDICADOR 1

Indicador	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1	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, especial, ambulatorial e hospitalar.
Meta	Aumentar o % de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
Relevância do Indicador	Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</p> <p>Detalhamento do método de cálculo - numerador corresponde ao número de famílias que foram localizadas e acompanhadas em relação às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e o denominador corresponde ao número total de famílias beneficiárias com perfil saúde (com crianças menores de 7 anos de idade e ou mulheres em idade fértil)</p> <p>Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano</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.</p> <p>Denominador: Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano</p> <p>Fator de multiplicação: 100 Unidade de Medida: Porcentagem</p> <p>Parâmetro Nacional de referência com série histórica (se houver): 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> <p>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.</p>
Fonte	<p>Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS. Link: http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual</p> <p>Observação: considerar como o resultado do ano o percentual de acompanhamento da segunda vigência.</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Unidade: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) Departamento: Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: bfasaude@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9024/903</p>
Responsável pelo Monitoramento na SESP	<p>Diretoria de Políticas Integradas da Saúde (DPAIS)</p>

INDICADOR 2

Indicador	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica
Tipo de Indicador	Universal - Nacional/Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1	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, especial, ambulatorial e hospitalar.
Meta	Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para % equipes de saúde bucal implantadas.
Relevância do Indicador	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.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal/estadual/regional: $\frac{((n^{\circ} \text{ eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{ eSB equivalentes} * 3.000)) \text{ em determinado local e período}}{\text{Estimativa populacional}} \times 100$ Numerador: $((n^{\circ} \text{ eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{ eSB equivalentes} * 3.000))$ em determinado local e período. Denominador: população no mesmo local e período Fator de multiplicação: 100

<p>Método de Cálculo</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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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 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 não vinculados a equipe e 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 -</p>
---------------------------------	--

	<p>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>.</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. 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. 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 Parâmetro nacional de referência com série histórica (se houver): Índices de referência nacional (série histórica)</p>
Observações e Limitações	Limitações: 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.
Fonte	E-Gestor/ SISAB/ Relatórios Públicos/ Histórico de Cobertura/ Cobertura de Saúde Bucal
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Quadrimestral Atualização: Anual
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação: Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) Departamento: Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) E-mail: cosab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9145
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Políticas Integradas da Saúde (DPAIS)

INDICADOR 3	
Indicador	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
Tipo de Indicador	Universal - Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1	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, especial, ambulatorial e hospitalar.
Meta	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada
Relevância do Indicador	Reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.
Método de cálculo	<u>Método de calculo municipal, regional, estadual e DF</u> Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses /12 _____ X 100 População no mesmo local e período Unidade: %
Observações e Limitações:	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação.
Fonte	E-Gestor/SISAB/Relatórios Restritos/Saúde/Atividade Coletiva
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Políticas Integradas da Saúde (DPAIS)

INDICADOR 4	
Indicador	Cobertura populacional estimada na Atenção Básica
Tipo de Indicador	Universal - Nacional/Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1/ Relevância do Indicador	Indicador selecionado considerado a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais e regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.
Meta	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
Método de Cálculo	$\frac{n^{\circ} eSF * 3.450 + (n^{\circ} eAB \text{ param.} + n^{\circ} eSF \text{ equivalentes}) * 3.000 * 100}{\text{Estimativa Populacional}}$ <p>n° eSF: número de equipes de Saúde da Família com códigos 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES. As equipes de 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011 (24 a 26 = 1 equipe; 27 a 29 = 2 equipes; 30 a 32 = 3 equipes; 33 a 35 = 0,85 equipe; 36 a 38 = 0,6 equipe).</p> <p><u>Inclusão:</u> foram consideradas equipes de Saúde da Família com código 70 de acordo com as regras estabelecidas na Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. No método de cálculo, a equipe com código 70 é classificada como eSF com ponderação = 1 equipe.</p> <p>Mudança no processo de consistência das equipes (códigos 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39 e 70): as equipes de SF válidas para o cálculo de cobertura são aquelas que registradas adequadamente no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) possuem, minimamente, 1 (um) médico com a família CBO 2251, 2231, 2252 e 2253, 1 (um) enfermeiro com a família CBO 2235, 1 (um) técnico de enfermagem com a família CBO 3222 e 1 (um) Agente Comunitário com a família CBO 5151, conforme quadro 1. Todos os profissionais com carga horária semanal (ambulatorial + outros) com, pelo menos, 32 horas. Nesse sentido, caso não sejam cumpridos os critérios (quantidade mínima de profissionais, CBO e carga horária semanal) a equipe não será válida para o cálculo de cobertura de SF/AB.</p> <p>Caso as eSF (1 a 3, 12 a 15, 24 a 39 e 70) não cumpram os critérios (quantidade</p>

mínima de profissionais, CBO e carga horária semanal) e tenham o registro mais recente no SCNES, entre janeiro e abril de 2020, como EAB (16 a 21), serão consideradas como EAB para o cálculo de cobertura.

Quadro 1- Profissionais que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e seus respectivos códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)

Profissionais	Família CBO	Código CBO
Agente Comunitário De Saúde	5151	5151-05
Técnico de Enfermagem	3222	3222-30, 3222-50, 3222-35, 3222-40, 3222-25, 3222-05, 3222-45, 3222-10, 3222-15, 3222-20
Enfermeiro	2235	2235-05, 2235-10, 2235-65, 2235-15, 2235-20, 2235-25, 2235-30, 2235-C3, 2235-35, 2235-40, 2235-45, 2235-50, 2235-55, 2235-60, 2235-70
Médico	2231	2231-A1, 2231-G1, 2231-F8, 2231-A2, 2231-F9
	2251	2251-05, 2251-10, 2251-48, 2251-51, 2251-15, 2251-22, 2251-20, 2251-25, 2251-42, 2251-30, 2251-35, 2251-40, 2251-45, 2251-50, 2251-55, 2251-60, 2251-65, 2251-70, 2251-75, 2251-80, 2251-85, 2251-95, 2251-03, 2251-06, 2251-09, 2251-12, 2251-18, 2251-21, 2251-24, 225127, 2251-33, 2251-36, 2251-39
	2252	2252-90, 2252-10, 2252-95, 2252-15, 2252-20, 2252-25, 2252-30, 2252-35, 2252-40, 2252-80, 2252-03, 2252-50, 2252-55, 2252-60, 2252-65, 2252-70, 2252-75, 2252-85
	2253	2253-05, 2253-10, 2253-15, 2253-20, 2253-40, 2253-45, 2253-50, 2253-25, 2253-35, 2253-30

nº eAB param.: número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com códigos de 16 a 21, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES. As equipes serão ponderadas conforme Portaria nº 576/2011 (16 e 19 = 1 equipe; 17 e 20 = 2 equipes; 18 e 21 = 3 equipes).

Inclusão: foram consideradas equipes de Atenção Primária (eAP) com código 76 de acordo com as regras estabelecidas na Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. No método de cálculo, a equipe com código 76 é classificada como EAB parametrizada com ponderação = 1 equipe.

Mudança no processo de consistência para a Equipe de Atenção Primária (eAP) e Equipes de Atenção Básica (EAB): As Equipes de Atenção Primária (76) válidas para o cálculo de cobertura são aquelas que registradas adequadamente no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) possuem, minimamente, 1 (um) médico com a CBO 2251-25, 2251-30, 2251-42, 2251-70 e 1 (um) enfermeiro com a CBO 2235-05 e 2235-65. Ambos os profissionais com carga horária semanal (ambulatorial + outros) com, pelo menos, 20 horas. Nesse sentido, caso não sejam cumpridos os critérios (quantidade mínima de profissionais, CBO e carga horária semanal) a equipe não será válida para o cálculo de cobertura de SF/AB.

Caso as EAPs **não cumpram** os critérios (quantidade mínima de profissionais, CBO e carga horária semanal) e tenham o registro mais recente no SCNES,

	<p>entre janeiro e abril de 2020, como EAB (16 a 21), serão consideradas como EAB para o cálculo de cobertura.</p> <p><u>As Equipes de Atenção Básica parametrizadas (EAB)</u> com códigos de 16 a 21 válidas para o cálculo de cobertura são aquelas que registradas adequadamente no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</p> <p>nºeSF equivalentes: o mínimo de 60h de carga horária ambulatorial médica e mínimo de 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe. Considera-se sempre o menor valor entre os quocientes, desde que o resultado seja no mínimo 1.</p> <p><u>CBOs médicos:</u> 2251-25 médico clínico; 2251-70 médico generalista; 2251-24 médico pediatra; 2252-50 médico ginecologista e obstetra; 2251-42 médico da estratégia saúde da família; 2251-30 médico de família e comunidade.</p> <p><u>CBOs enfermagem:</u> família 2235 enfermeiros e afins.</p> <p><u>Crítica da carga horária:</u> 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><u>Lotação:</u> profissionais não vinculados a equipes e lotados 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><u>Natureza jurídica:</u> 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>Parâmetro: considera o valor de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de Saúde da Família, e 3.000 indivíduos cobertos pelas equipes de atenção básica parametrizadas e equipes equivalentes, resultados da média aritmética entre os valores mínimo e máximo definidos na PNAB 2011.</p> <p>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

<p>Observações e Limitações</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. 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 da Família que apresentarem irregularidade por duplicidade no cadastro de profissionais no SCNES (em toda série histórica) ou suspensa por não envio de produção ao SISAB (a partir de janeiro de 2017).</p> <p>A adaptação ao método de cálculo de cobertura foi realizada para os meses de maio, junho e julho de 2020.</p> <p>Os dados serão disponibilizados na mesma interface do histórico de cobertura. Os resultados do indicador estão disponíveis em: http://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml</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>
<p>Fonte</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. E-Gestor/ SISAB/ Relatórios Públicos/ Histórico de Cobertura</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Monitoramento: Mensal</p> <p>Avaliação: Anual</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</p>	<p>Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária – CGMATP cgmtp@saude.gov.br Departamento de Saúde da Família Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária cgiap@saude.gov.br</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento na SESPA</p>	<p>Diretoria de Políticas Integradas da Saúde (DPAIS)</p>

INDICADOR 5

Indicador	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)
Tipo de Indicador	Universal /Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1/Relevância do Indicador	<p>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, especial, ambulatorial e hospitalar.</p> <p>Analisa a percentual das Icsab e identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais. Fomentar na AB a sua redução apoiar ações para melhoria da resolutividade da Atenção Básica de modo a prevenir essas hospitalizações.</p>
Meta	Redução de internações de causas sensíveis à Atenção Básica
Método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações por condições sensíveis relacionada à Atenção Básica em determinado local e período}}{\text{Total de internações clínicas no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Unidade: %</p>
Fonte	DATASUS/SIH/TabWin/TabNet
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Políticas Integradas da Saúde (DPAIS) Diretoria de Desenvolvimento de Redes Assistenciais (DDRA) Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS)

INDICADOR 6

Indicador	Órgão e Tecido Captado
Tipo de Indicador	Específico - Estadual de eficiência relativo à atividade de doação de órgãos
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1	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, especial, ambulatorial e hospitalar.
Meta	Aumentar para 2,5 por milhão de população (pmp) o número de doadores efetivos no estado com projeções anuais de 0,1 pmp.
Relevância do Indicador	De acordo a Portaria de Consolidação Nº 4 DE 28/09/2017, define-se como doador efetivo o indivíduo do qual foi removido algum tecido ou órgão para fim de transplante, para que isso seja possível uma série de atividades deve ser realizada cujo início se dá com a identificação do potencial doador e a notificação para a Central Estadual de Transplantes. A falha na identificação e notificação (por parada cardíaca ou morte encefálica) pode ocorrer por despreparo técnico, por negligência dos profissionais, ou por falta de recursos e infraestrutura no hospital/unidade de terapia intensiva (UTI) para realização de exames de confirmação da morte encefálica em tempo hábil. Desta forma esse parâmetro reflete capacidade do hospital de gerar potenciais doadores, capacidade de identificar tais pacientes (em um hospital com grande número de mortes encefálicas ou lesões cerebrais graves, um número pequeno de notificações de morte encefálica pode ser reflexo de falhas nessa etapa do processo) e a capacidade de uma vez identificados converte-los em doadores efetivos (como órgãos e tecidos captados).
Meta Estadual	Aumentar para 2,5 por milhão de população (pmp) o número de doadores efetivos no estado com projeções anuais de 0,1 pmp

Pactuação (projeção 2020 a 2023)	2020 → 2,5pmp 2021 → 2,6pmp 2022 → 2,7pmp 2023 → 2,8pmp
Método de cálculo:	Para o indicador: Não há cálculo (valores absolutos). Para avaliação e descrição qualitativa: Número anual de doadores efetivos medidos em por milhão da população Número de doadores efetivos/população x 1.000.000 Unidade: Número absoluto
Observações e Limitações:	Doador efetivo em pmp é o indicador padronizado a nível nacional para demonstrar a eficiência das atividades de doação e captação de órgãos e tecidos de doadores. 2-Apesar de o indicador ser útil para avaliar as atividades de doação e captação de órgãos e tecidos e permitir a comparação do desempenho estadual com os dados nacionais, ISOLADAMENTE não consegue demonstrar satisfatoriamente as ações realizadas com possíveis doadores, potencial doador e/ou doador elegível que não tenha se tornado um doador efetivo.
Fonte:	Fonte Principal: SIG – SNT – Sistema Nacional de Transplantes Versão: 2.1.44 Fonte Secundária: Relatório Estatístico mensal emitido: Banco de Tecido Ocular, CIHDOTT - Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, OPO - Organizações de Procura de Órgãos.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Mensal Avaliação: Anual
Responsável pelo monitoramento no Ministério da Saúde	SNT – Sistema Nacional de Transplantes – Ministério da Saúde CNT – Central Nacional de Transplantes – Ministério da Saúde
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Central Estadual de Transplantes (CET) Diretoria de Desenvolvimento de Redes Assistenciais (DDRA)
Legislação	Portaria de consolidação Nº 4 de 28/09/2017 – Regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes

INDICADOR 7

Indicador	Órgão e Tecido Transplantado
Tipo de Indicador	Específico - Estadual de eficiência relativo à atividade de transplante de órgãos e tecidos
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1	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, especial, ambulatorial e hospitalar.
Meta	Aumentar para 20 por milhão de população (pmp) o número de transplantes de órgãos e tecidos no estado com projeções anuais de 1pmp
Relevância do Indicador	<p>Para as cirurgias de transplante de órgãos, é necessária a disponibilização de equipes médicas e recursos como salas cirúrgicas, materiais e instrumentos necessários ao procedimento.</p> <p>A avaliação e acompanhamento deste indicador permitem:</p> <ul style="list-style-type: none">-Comparar o número de órgãos e tecidos transplantados com o número de órgãos captados, de modo a apontar os motivos do não aproveitamento seja por critérios médicos ou por ineficiências no processo.-A investigação das causas por trás dessa medida é útil para identificar ineficiências como falta de capacitação profissional e escassez de recursos físicos e materiais.-A capacidade técnica operacional das equipes transplantadoras gerenciar seus pacientes/receptores mantendo-os ativos e aptos para o transplante.-Pode auxiliar no correto dimensionamento da capacidade de transplantes dos hospitais/UTIs do estado.
Pactuação (projeção 2020 a 2023)	2020 →20pmp 2021 →21pmp 2022 →22pmp 2023 →23pmp
	Para o indicador: Não há cálculo (valores absolutos).

Método de cálculo:	<p>Para avaliação e descrição qualitativa: Número anual de transplantes realizados (órgãos sólidos e tecidos) medidos em por milhão da população. Número de transplantes/população x 1.000.000</p> <p>Unidade: Número absoluto</p>
Observações e Limitações:	<p>Aspectos clínicos dos órgãos doados e dos receptores não são diretamente avaliados pelo indicador. Desta forma não permite prever as chances de sucesso nas cirurgias de transplante e de sobrevida pós-transplante nem avaliar a eficácia do acompanhamento do paciente após o transplante a fim de averiguar o sucesso do procedimento</p>
Fonte:	<p>Fonte Principal: SIG – SNT – Sistema Nacional de Transplantes Versão: 2.1.44</p> <p>Fonte Secundária: Relatório Estatístico mensal emitido pelas equipes transplantadoras.</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: mensal Avaliação: anual</p>
Responsável pelo monitoramento no Ministério da Saúde	<p>SNT – Sistema Nacional de Transplantes – Ministério da Saúde CNT – Central Nacional de Transplantes – Ministério da Saúde</p>
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	<p>Central Estadual de Transplantes (CET) Diretoria de Desenvolvimento de Redes Assistenciais (DDRA)</p>
Legislação	<p>Portaria de consolidação Nº 4 de 28/09/2017 – Regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes</p>

INDICADOR 8

Indicador	Número de Leitos Hospitalares do SUS
Tipo de Indicador	Especifico - Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1/ Relevância do Indicador:	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, especial, ambulatorial e hospitalar. Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de leitos hospitalares SUS (públicos, privados e universitários), identificando situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.
Meta	Ampliar o nº de leitos em %
Método de calculo:	Total de leitos SUS num determinado local e período/ população residente no mesmo local e período X 1000 Unidade de Medida: Número absoluto
Observações e Limitações:	Referência: 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, conforme Portaria n.º 1.101/MS de 12.06. 2002.
Fonte:	DATASUS/CNES/IBG
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Desenvolvimento de Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS) Diretoria de Desenvolvimento de Redes Assistenciais (DDRA)

INDICADOR 9

Indicador	Percentual de municípios com Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço <i>WebService</i>
Tipo de Indicador	Específico – Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1	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, especial, ambulatorial e hospitalar.
Meta	<p><u>Meta regional e estadual:</u> Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou enviar o conjunto de dados por meio do serviço <i>WebService</i>, em X% dos municípios.</p> <p><u>Meta municipal e DF:</u> Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou enviar o conjunto de dados por meio do serviço <i>WebService</i>, em X% dos estabelecimentos farmacêuticos (farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico) da Atenção Básica.</p> <p>Unidade de Medida: %</p>
Relevância do indicador	Permite observar informações acerca do acesso e do uso de medicamentos pela população assistida no SUS.
Método de cálculo	<p><u>Método de cálculo regional e estadual</u></p> $\frac{\text{Número de municípios com Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço } WebService \text{ na região de Saúde ou estado}}{\text{Número total de municípios na região de Saúde ou estado}} \times 100$ <p><u>Método de cálculo municipal e DF</u></p> <p>Número de estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do</p>

	<p><u>serviço <i>WebService</i> no município</u> X 100 Número total de estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica no município</p>
<p>Recomendações, observações e informações adicionais</p>	<p>O indicador mede a evolução da implantação do Sistema Hórus e do envio do conjunto de dados por meio do serviço <i>WebService</i> nos municípios e nas regiões de Saúde.</p> <p><u>Sistema Hórus:</u></p> <p>Considera-se município implantado aquele que finaliza as quatro fases de adesão e está utilizando regularmente o Sistema nos estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêuticos) para os processos de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (aquisição – distribuição – dispensação).</p> <p>Fase de adesão:</p> <p>1ª FASE: Cadastro de Adesão – Questionário com o objetivo de identificar como os municípios estão estruturados (mobiliário, equipamentos, recursos humanos) e seu interesse em aderir ao Sistema Hórus</p> <p>2ª FASE: Termo de Adesão – Oficializa a adesão e os compromissos do gestor federal, estadual e municipal com o Sistema Hórus.</p> <p>3ª FASE: Capitação – objetiva preparar os profissionais para utilização do Sistema Hórus.</p> <p>4ª FASE: Disponibilização e Implantação do Sistema Hórus – Liberação da senha para implantação do Sistema Hórus.</p> <p><u>Serviço <i>WebService</i>:</u> A transmissão do conjunto de dados por meio do serviço <i>WebService</i>, para os Municípios, os estados e o DF, caso optem por solução informatizada própria, deve atender ao disposto na Portaria MS/GM nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, que institui a Base Nacional de Dados e Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados referente ao Componente Básica da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p>
<p>Fonte</p>	<p>Base Nacional de dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Portaria MS/GM nº 271, de 27 de fevereiro de 2013)</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Anual</p>
<p>Responsável pelo monitoramento na SESPA</p>	<p>Diretoria de Políticas Integradas da Saúde (DPAIS) Departamento Estadual de Assistência Farmacêutica (DEAF)</p>

INDICADOR 10

Indicador	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.
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo1/ Relevância do Indicador	<p>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, especial, ambulatorial e hospitalar.</p> <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>
Meta	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico a cada três anos.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, estadual, regional e Distrito Federal:</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, dividido pela 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</p>

	<p>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>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> <p>Série histórica:</p> <p>2010: 0,54; 2011: 0,54; 2012: 0,51; 2013: 0,48; 2014: 0,45; e 2015: 0,42. (Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def)</p> <p>Unidade de Medida: Procedimento (Exame citopatológico) por mulher na faixa etária.</p>
Observações e Limitações	<p>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.</p>
Fonte	<p>Sistema Nacional Informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual</p>
Responsavel pelo monitoramento no Ministerio da Saúde	<p>Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Departamento de Atenção Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: redcronicas@saude.gov.br - Telefone: (61) 3315-9052 / 9042</p>
Responsavel pelo monitoramento na SESP	<p>Diretoria de Políticas Integradas da Saúde (DPAIS)</p>

INDICADOR 11

Indicador	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.
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1/ Relevância do Indicador	<p>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, especial, ambulatorial e hospitalar.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
Meta	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade
Método de Cálculo	<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 <u>atendimento</u></p> <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>Parâmetro Nacional de referência com série histórica (se houver):</p> <p>Série histórica: 2010: 0,20; 2011: 0,23; 2012: 0,27; 2013: 0,30; 2014: 0,32 e 2015: 0,31. (Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcir.br.def)</p>
Observações e 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.
Fonte	Sistema nacional informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Unidade: Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas - CGAPDC) Departamento: Departamento de Atenção Secretaria: Secretaria de Atenção à Saúde E-Mail: redes.cronicas@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9052 / 9042
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Políticas Integradas da Saúde (DPAIS) Diretoria de Desenvolvimento de Redes Assistenciais (DDRA)

INDICADOR 12	
Indicador	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica
Tipo de Indicador	Específico – Nacional/Estadual
	Especificidade: Aplica-se apenas a municípios com CAPS habilitados (população maior ou igual a 15.000 hab)
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1/ Relevância do Indicador	<p>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, especial, ambulatorial e hospitalar.</p> <p>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.</p>
Meta	Ampliar as ações realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica.

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional: Pacto Interfederativo</p> <p>Numerador: N° de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano (Código procedimento SIGTAP-03.01.08.030-5- registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial - S.I.A-SUS)</p> <p>Denominador: total de CAPS habilitados x 100 (Estabelecimentos com habilitação 0616,0617,0618,0619,0620,0635 no CNES)</p> <p>Unidade de Medida: percentual (%)</p> <p>Obs.: (N° de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano / total de CAPS habilitados) x 100</p> <p>(Média mínima esperada: 12 registros por ano)</p>
Observações e Limitações	<p>Sala de comando da SAES/MS- usar apenas para o Estado Sem limitações conforme a ficha do Pacto Interfederativo Limitações- Sala de Comando da SAES/MS</p> <p>1. Aplica-se apenas a municípios com CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde (população maior ou igual a 15.000 hab);</p> <p>2. Prazo de alimentação do SIA/SUS.</p>
Fonte	<p>Sistema de Informação Ambulatorial - S.I.A-SUS e SCNES. Código do procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Unidade: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) e-Mail: keyla.kikushi@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9144 / 6227</p>
Responsável pelo Monitoramento Na SESPA	<p>Diretoria de Políticas Integradas da Saúde (DPAIS)</p>

INDICADOR 13

Indicador	Cobertura de CAPS / 100 mil habitantes
Tipo de Indicador	Específico - Estadual
Unidade	Razão
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1	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, especial, ambulatorial e hospitalar.
Relevância do Indicador	Permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades De correntes do uso de crack, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.
Meta	Demonstrar a evolução da implantação do equipamento estratégico (CAPS) da Rede de Atenção Psicossocial nas regiões de saúde, aumentando a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de 0,73.
Pactuação (projeção 2020 a 2023)	2020: 075 2021: 0,79 2022: 0,82 2023: 0,84
Método de calculo	Método de cálculo municipal, estadual Numerador: [(Nº CAPS I X 0,5) + (nº CAPS II) + (Nº CAPS III X 1,5) + (Nº de CAPS I) + (Nº CAPS AD) + (Nº de CAPS AD III X 1,5) em determinado local e período Denominador: População residente no mesmo local e período Fator de multiplicação: 100.000

Observações e Limitações	<p>Este indicador, em sendo específico, deverá ser pactuado pelos municípios com população igual ou superior a 15 mil habitantes. Prâmetro nacional: maior ou igual que 0,70</p>
Fonte	<p>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). População (IBGE).</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Anual</p>
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	<p>Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CESMAD) Departamento de Atenção à Saúde (DASE) Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)</p>
Legislação	<p>PRT MS/GM 615/2013</p>

INDICADOR 14	
Indicador	Taxa de internação Hospitalar em Pessoas idosas por fratura de Fêmur
Tipo de Indicador	Específico – Estadual
Unidade:	Razão
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1	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, especial, ambulatorial e hospitalar.
Relevância do Indicador	Promover a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de Saúde da Pessoa Idosa
Meta	Redução em 2% da Taxa de Internação Hospitalar em pessoas idosas por fratura de Fêmur
Pactuação (projeção 2020 a 2023)	2020: 20,49 2021: 20,08 2022: 19,67 2023: 19,28
Método de calculo	Número de Internação hospitalar por Fratura de Fêmur em Pessoas com 60 anos ou mais (por local de residência) X 10.000/ Total da População com 60 anos ou mais.
Fonte	Sistema de Internação Hospitalar (SIH) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	QUADRIMESTRAL
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Coordenação Estadual de Saúde do Idoso (CESID) Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)
Legislação	Portaria nº 2.699, de 03 de novembro de 2009

INDICADOR 15	
Indicador	Percentual de ações de Humanização realizadas
Tipo de Indicador	Específico
Unidade	Percentual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 1	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, especial, ambulatorial e hospitalar.
Relevância do Indicador	O indicador permite acompanhar a realização das ações de Humanização de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) que foram inseridas no Plano Municipal e Estadual de Saúde qualificando o acesso aos serviços de saúde visando um atendimento efetivo e resolutivo.
Meta	Implementar ações de Humanização para qualificação dos serviços de saúde na RAS do Estado do Pará
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo regional, estadual e DF</u> <u>Numerador:</u> Número de ações de Humanização realizadas nos municípios <u>Denominador:</u> Número de ações de Humanização planejadas para os municípios no Plano Estadual de Saúde <u>Fator de Multiplicação:</u> 100</p> <p><u>Método de cálculo municipal:</u> <u>Numerador:</u> Número de ações de Humanização realizadas no município <u>Denominador:</u> Número de ações planejadas para o município no Plano Municipal de Saúde. <u>Fator de -multiplicação:</u> 100</p>
Recomendações, observações e informações adicionais	Recomenda-se que os Planos Municipais de Saúde contenham ações de Humanização de acordo com a PNH atendendo as necessidades regionais e investimentos previstos.
Fonte	Relatórios Anuais de Gestão Municipal e Estadual.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Responsabilidade do Estado para o alcance da meta	Apoiar o estado e os municípios na efetivação da PNH em seus territórios
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Coordenação Estadual de Humanização (CEH) Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)

INDICADOR 16	
Indicador	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.
Tipo de Indicador	Específico – Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 2	Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.
Relevância do Indicador	Verificar a implantação/execução das ações de educação permanente em saúde apontadas no plano regional.
Meta	Implementar ações de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo regional, estadual e DF:</u></p> $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas}}{\text{Número de ações proposta no Plano Regional/Estadual de Educação Permanente em Saúde}} \times 100$ <p><u>Método de cálculo municipal:</u></p> $\frac{\text{Número de ações realizadas e/ou implementadas pelo município}}{\text{Número de ações proposta para o município no Plano Regional de Educação Permanente em Saúde}} \times 100$
Recomendações, observações e informações adicionais	<p>O Plano Regional de Educação Permanente em Saúde deve ser elaborado a partir das necessidades regionais tendo como referencia: nº de profissionais/trabalhadores de Saúde existente na região e quantos seriam necessários para operar as redes de atenção à Saúde; capacidade instalada e investimentos previstos; necessidades de formação e de ações de educação permanente (por serviço, por município, por região).</p> <p>Devem considerar também as demandas de qualificação pactuadas na implementação das redes de atenção à Saúde prioritárias:</p> <p>Rede de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Enfrentamento do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama.</p> <p>Qualificação de profissionais da Rede de Atenção Básica em diagnóstico/deteção precoce do câncer de mama e do câncer do colo do útero.</p> <p>Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.</p>

	<p>Qualificação de profissionais de nível médio e superior para atuação em órtese e prótese</p> <p>Rede Cegonha. Formação de profissionais especializados em enfermagem obstétrica.</p> <p>Rede de Atenção Psicossocial – Enfrentamento do crack e outras drogas.</p> <p>Qualificação de profissionais de Saúde de nível superior para atuação em Consultórios de Rua e Serviços de Urgência.</p> <p>Qualificação de profissionais dos Caps para atuação como teleconsultores para serviços de Saúde não especializados.</p> <p>Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).</p> <p>Qualificação de profissionais da RUE em Classificação de Risco.</p> <p>Qualificação de profissionais da RUE na atenção ao paciente politraumatizado.</p> <p>Qualificação de profissionais da RUE para implantação do protocolo de atenção ao paciente vítima de politrauma.</p> <p>Qualificação em Normatização do Atendimento ao Paciente Queimado.</p> <p>Qualificação para profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no atendimento ao paciente vítima de trauma.</p> <p>Implantação de Protocolo AVC.</p> <p>Qualificação de equipes hospitalares nos protocolos de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e trauma.</p> <p>Atenção Básica.</p> <p>Qualificação em Atenção Domiciliar</p>
Fonte	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde e Relatório Anual
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)

INDICADOR 17

Indicador	Proporção de novas vagas ou de novos Programas de Residência em Saúde.
Tipo de Indicador	Específico – Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 2	Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.
Relevância do Indicador	Este indicador permite analisar o percentual de novos e/ou ampliação de programas de Residências em Saúde.
Meta	X % de Ampliações de vagas ou de novos Programas de Residência em Saúde.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Número de programas novos e ampliação}}{\text{Número total de programas de residência em saúde}} \times 100$
Recomendações, observações e informações adicionais	É importante que os municípios apoiem a formação de especialistas em regiões e especialistas prioritárias para o SUS por meio da Expansão de Programas de Residência Médica (PRMs) e Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS)
Fonte	Relatório do Gestor, o Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SISCNRMS/MEC), Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM/MEC) e o Sistema de Gerenciamento das Residências (SIG RESIDÊNCIAS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)

INDICADOR 18	
Indicador	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados.
Tipo de Indicador	Específico – Estadual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 2	Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.
Relevância do Indicador	O ponto do Telessaúde Brasil possibilita a integração de unidades básicas e serviços de Saúde aos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos por meio de teleconsultorias, tediagnósticos e ações de teleducação
Meta	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> Número de pontos implantados no ano.
Recomendações, observações e informações adicionais	Núcleo técnico-científico: instituições formadoras e/ou estabelecimentos de Saúde responsáveis pela formação e oferta de teleconsultorias, telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa. Ponto de Telessaúde: estabelecimentos de Saúde a partir dos quais os e trabalhadores e profissionais do SUS demandam teleconsultorias e/ou telediagnósticos. Ponto de telessaúde implantado é aquele que dispõe de infraestrutura e conectividade para funcionar.
Fonte	Monitoramento informado pelos Núcleos Técnicos-Científico de Telessaúde e Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)

INDICADOR 19

Indicador	Percentual de Trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública ESTADUAL, abrangidos por estratégias de fortalecimento da gestão do trabalho.
Tipo de Indicador	Específico - Estadual
Unidade	Percentual
Diretriz 1	Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
Objetivo 2	Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.
Relevância do Indicador	O indicador possibilitará dimensionar o quantitativo de trabalhadores atingidos por ações de formação e desenvolvimento profissional, de qualidade de vida, visando retroalimentar as estratégias de fortalecimento da gestão do trabalho.
Meta	Ampliar o percentual de trabalhadores atingidos por metas estratégicas de fortalecimento da gestão do trabalho.
Pactuação (projeção 2020 a 2023)	Ampliar % de trabalhadores atingidos por metas estratégicas de fortalecimento da gestão do trabalho até 2023. Meta Estadual: 2020 – 75% 2021 – 83% 2022 – 92% 2023 – 100%
Método de calculo	% de trabalhadores atingidos por metas de fortalecimento da gestão do trabalho <hr/> Total planejado de trabalhadores nas metas de fortalecimento da gestão do trabalho
Fonte	CNES e SIGRH
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	QUADRIMESTRAL
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)

INDICADOR 20	
Indicador	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 1	Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.
Relevância do Indicador	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.
Meta	Acompanhar as ações de saúde, em 100% da tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, estadual, regional e Distrito Federal:</u></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><u>Numerador:</u> Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período</p> <p><u>Denominador:</u> Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.</p>

	<p>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>
Observações e Limitações	Limitações: tempo de fechamento do sistema de informação SINASC: 18 meses.
Fonte	Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Anual</p> <p>Avaliação: Anual</p> <p>Atualização: Anual</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Unidade: Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ)</p> <p>e-Mail:adolescente@saude.gov.br</p> <p>Telefone: (61) 33159109</p>
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)

INDICADOR 21	
Indicador	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré – Natal.
Tipo de Indicador	Específico – Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 1	Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.
Relevância do Indicador	Mede a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores tais como a mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita.
Meta	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.
Método de calculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e Período}} \times 100$ Unidade: %
Fonte	Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)

INDICADOR 22	
Indicador	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
Tipo Indicador	Específico – Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 1	Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
Relevância do Indicador	Mede a suficiência e eficiência da atenção prestada à vítima antes e após chegada ao hospital auxiliando na avaliação, planejamento e adequada estruturação da rede de atenção à urgência e emergência.
Meta	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> <u>Numerador</u> : Número de residentes acidentados atendidos no hospital e que foram a óbito <u>Denominador</u> : Número total de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período. Fator de multiplicação: 100 Unidade: %
Recomendações, observações e informações adicionais	Seleção: causa do óbito por acidente segundo a CID-10, de V01 a X59: Numerador: óbitos cujo local de ocorrência do óbito marcado na declaração de óbito tenha sido o hospital. Denominador: todos os óbitos por acidente.
Fonte	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Desenvolvimento de Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS)

INDICADOR 23	
Indicador	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
Tipo de indicador	Específico – Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 1	Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.
Relevância do Indicador	Avalia a implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio
Meta	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
Método de Cálculo	<u>Método de Cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> <u>Numerador:</u> Número de óbitos das internações de paciente acima de 20 anos por IAM; <u>Denominador:</u> Número total das internações de paciente acima de 20 anos por IAM, em determinado local e período; Fator de Multiplicação: 100.
Recomendações, observações e informações adicionais.	Crítérios: óbitos de pacientes acima de 20 anos internados por IAM Internações de pacientes acima de 20 anos por IAM
Fonte	Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Periodicidade para monitoramento: Anual Periodicidade para avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Desenvolvimento de Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS)

INDICADOR 24

Indicador	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.</p> <p>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.</p>
Meta	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</u> <u>Numerador:</u> Total de óbitos não fetais com causa básica definida* <u>Denominador:</u> Total de óbitos não fetais. 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: 2012 = 94%; 2013 = 94%; 2014 = 94%; 2017 = 95%; 2018 = 95%; 2019 = 95%.</p>

<p>Observações e Limitações</p>	<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. Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p> <p>Parâmetro nacional de referência: 2012 = 94%; 2013 = 94%; 2014 = 94%; 2015 = 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>
<p>Fonte</p>	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10, que apresenta os dados mais recentes notificados pelos municípios no SIM, disponível em: http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual</p>
<p>Responsáveis pelo Monitoramento na Sesp</p>	<p>Diretoria de Vigilância em Saúde</p>
<p>Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</p>	<p>Unidade: Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica. (CGIAE) e-Mail:cgiae@saude.gov.br Telefone: 61-33157708</p>

INDICADOR 25	
Indicador	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 1 Relevância do Indicador	<p>Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.</p> <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.</p> <p>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 Agencia Nacional de Saúde Suplementar.</p>
Meta	Aumenta o X de parto normal.

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, estadual, regional e Distrito Federal:</p> <p>número de nascido vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano X 100</p> <p>número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano</p> <p>Numerador: número de nascidos vivos 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>
Observações e Limitações	Limitações: tempo de fechamento do SINASC: 18 meses
Fonte	SINASC
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Anual Avaliação: Anual
Responsavel pelo Monitoramento no Ministerio da Saúde	Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: saude.mulher@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9101
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)

INDICADOR 26	
Indicador	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192)
Tipo Indicador	Específico – Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 1	Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.
Relevância do Indicador	Monitorar o acesso da população aos primeiros atendimentos nos casos de urgência e emergências, aprimorando os esforços no sentido de reduzir as complicações decorrentes de eventos e favorecendo a regulação da assistência nos pontos de atenção.
Meta	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192).
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> $\frac{\text{População residente em municípios com acesso ao serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192) em determinado local}}{\text{População total residente no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) e publicação de portarias de habilitação.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Meta Nacional: aumentar 4% da cobertura do ano anterior.
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	Departamento de Atenção Integral às Urgências e Emergências (DAIUE) Diretoria de Desenvolvimento de Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS)

INDICADOR 27	
Indicador	Número de leitos novos de retaguarda clínica de urgência habilitados
Tipo de Indicador	Específico – Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 1 Relevância do Indicador	Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
Meta	Ampliar o número de leitos novos (habilitação) de enfermaria clínica e UTI de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência, passando de 416 para 909 até 2023.
Método de cálculo	Fórmula: Número de leitos de retaguarda clínica de urgência existentes + N° de leitos novos de retaguarda clínica de urgência habilitados.
Observações e Limitações	<ul style="list-style-type: none"> - Aguardando publicação de Portaria Ministerial que aprova a Resolução CIB N° 90, de 29 de junho de 2018 (I Etapa). - Submissão e aprovação (portaria) pelo Ministério da Saúde da Resolução CIB N° 26, de 01 de abril de 2016 (II Etapa). - Aprovação do Plano Estadual de Urgência e Emergência.
Fonte	CNES
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Mensal Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	Departamento de Atenção Integral às Urgências e Emergências (DAIUE) Diretoria de Desenvolvimento de Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS)

INDICADOR 28

Indicador	Taxa de mortalidade infantil
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
Diretriz 2	<p>Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.</p>
Objetivo 2 / Relevancia do Indicador	<p>Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.</p> <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. 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>
Meta	Reduzir a mortalidade infantil

Método de Cálculo	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.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, estadual, regional e Distrito Federal</p> <p>Taxa de Mortalidade Infantil = (número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.</p> <p>Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce = (número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.</p> <p>Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia = (número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.</p> <p>Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal = (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: 1994: 33,95; 1995: 28,88; 1996: 25,47; 1997: 23,59; 1998: 22,77; 1999: 21,29; 2000: 21,27; 2001: 19,88; 2002: 19,26; 2003: 18,94; 2004: 17,90; 2005: 16,98; 2006: 16,41; 2007: 15,69; 2008: 15,03; 2009: 14,80; 2010: 13,93; 2011: 13,63; 2012: 13,46; 2013: 13,42; 2014: 12,90</p>

<p>Observações e Limitações</p>	<p>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>
<p>Fonte</p>	<p>Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). 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>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</p>	<p>Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) E-mail: crianca@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9070 / 3315-9072</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento na SESP</p>	<p>Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)</p>

INDICADOR 29

Indicador	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
Tipo de Indicador	Universal - Nacional/Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 2/ Relevância do Indicador	<p>Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.</p> <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. Considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais. Analisar variações geográficas e temporais do número de óbitos maternos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. 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>
Meta	Reduzir o Número de óbitos maternos

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional e DF: Número de óbitos maternos (morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente 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) em determinado período e local de residência</p>
	<p>Unidade de Medida: nº de óbitos</p>
	<p>Parâmetro nacional de referência com série histórica (se houver): 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>
Observações e Limitações	<p>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.</p>
Fonte	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Especificação da ficha do Pacto Interfederativo- 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</p>

	<p>necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte. Para isso devem ser considerados os casos em que o campo 43 da DO (morte durante gravidez, parto e aborto) esteja marcado “sim” ou o campo 44 (morte durante o puerpério) assinalado “sim, até 42 dias”. (iii) São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério. Entretanto, essas mortes, para efeito do cálculo da Razão de Mortalidade Materna, não serão incluídas, tanto pela baixa frequência de ocorrência, quanto pela dificuldade da sua identificação na base de dados de mortalidade. A CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por sequela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Esses casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</p>	<p>Unidade: Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres(CGSM) E-Mail: saude.mulher@saude.gov.br Telefone: 3315-9101</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento na SESP</p>	<p>Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)</p>

INDICADOR 30

Indicador	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.
Tipo de Indicador	Específico – Nacional/Estadual (apenas em municípios com óbitos de mulheres em idade fértil residentes).
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 2 / Relevância do Indicador	Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde. 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.
Meta	Investigar os Óbitos materno em Idade Fértil (MIF)
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</u> 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 (se houver): 2012 = 84%, 2013 = 87%, 2014 = 88%, 2015 = 81%. Parâmetro nacional de referência: 2017 = 90%, 2018 = 90%, 2019 = 90%.

Observações e Limitações	<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.</p> <p>Parâmetro nacional de referência: 2012 = 84%; 2013 = 87%; 2014 = 88%; 2015 = 81%; 2017 = 90%; 2018 = 90%; 2019 = 90%.</p> <p><u>Limitações:</u> O percentual de investigação, entre os meses, pode variar em função da entrada tardia de registros e de investigações no SIM.</p>
Fonte	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) dos municípios que notificam no módulo de investigação do SIM, disponível em: - http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual</p>
Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Unidade: Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica. (CGIAE) e-Mail: cgiae@saude.gov.br Telefone: 61-33157708</p>
Responsável pelo Monitoramento na SESP	<p>Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)</p>

INDICADOR 31

Indicador	Proporção de óbitos maternos investigados.
Tipo de Indicador	Universal - Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 2 / Relevância do Indicador	<p>Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.</p> <p>Permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.</p>
Meta	Investigar os óbitos maternos.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</u> <u>Numerador:</u> Número de óbitos maternos investigados. <u>Denominador:</u> Total de óbitos maternos.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p>
Observações e informações adicionais	<p>Parâmetro Nacional para Referência: 100%.</p> <p>O numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo módulo.</p>

Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Mês de fechamento do banco de dados nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Exemplo: em fevereiro de 2016, os dados fechados foram relativos ao ano de 2014.</p> <p><u>Periodicidade para monitoramento</u>: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso.</p> <p><i>Site para monitoramento</i>: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>.</p> <p>Os dados também poderão ser consultados no site: http://datasus.saude.gov.br/ > acesso à informação > tabnet > indicadores de saúde > pactuações – acessar o link (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm)</p> <p><u>Periodicidade para avaliação</u>: anual.</p>
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)

INDICADOR 32

Indicador	Nº de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.
Tipo de Indicador	Universal – Estadual
Diretriz 2	Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.
Objetivo 2 / Relevância do Indicador	Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde. Possibilita o acompanhamento e o monitoramento da ampliação do uso da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, e/o outras violências para atender à legislação e garantir a atenção e a proteção às pessoas em situação de risco: permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública; mede a sensibilidade da rede de atenção à saúde às notificações de violência; permite acompanhar a adesão da unidade de saúde à notificação.
Meta	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> Número absoluto de unidades de Saúde com notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.
Observações e informações adicionais	Parametro Nacional para Referência: Ampliar em 20% anualmente, o número de unidade de Saúde notificando. Quando não existir unidade de Saúde notificando, implantar, pelo menos, uma. Nota: Considera-se Unidade de Saúde os estabelecimentos de Saúde dos três níveis de atenção, compreendendo os cuidados primários, de atenção especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência, de acordo com a Portaria nº 4.279/2010 (Redes de Atenção à Saúde) – Exemplos: Unidade de Saúde da Família, centros de saúde, Centro de

	Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), serviços de referências, policlínicas, hospitais, prontos-socorros, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), maternidades, entre outros.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Setembro Periodicidade para monitoramento: Quadrimestral Periodicidade para avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)

INDICADOR 33

Indicador	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
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.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.</p> <p>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.</p>
Meta	Reduzir a incidência de sífilis congênita
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p>Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.</p> <p>Unidade de Medida: Número absoluto.</p>
Observações e Limitações	<p><u>Observações:</u></p> <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>Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para</p>

	<p>registrar-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p> <p>Parâmetro nacional de referência (casos): 2010 = 6.944; 2011 = 9.484; 2012 = 11.630; 2013 = 13.967; 2014 = 16.161; 2015 = 19.228.</p> <p><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.</p>
Fonte	<p>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.</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Anual.</p> <p>Avaliação: Anual.</p> <p>Atualização: Anual</p>
Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Unidade: Coordenação de Informações Estratégicas (CIE)</p> <p>e-Mail:</p> <p>Telefone: (61) 3315-7004</p>
Responsáveis pelo Monitoramento na SESPA	<p>Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)</p>

INDICADOR 34	
Indicador	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
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.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.</p> <p>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.</p>
Meta	Reduzir a mortalidade prematura (de 30 a 69anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p>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;</p> <p>b) para município/região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta:</p> <p>- 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.</p> <p>- denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.000.</p> <p>Unidade de Medida: óbito.</p>

<p>Observações e Limitações</p>	<p><u>Observações:</u></p> <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. 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: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43314/1/9241563001_eng.pdf</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>
<p>Fonte</p>	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); IBGE (população). A população adotada para o cálculo do indicador é referente à distribuição populacional por sexo e faixa etária para o ano de 2015, que se encontra disponível no site do Datasus, http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6942.</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual</p>
<p>Responsavel pelo Monitoramento no Ministerio da Saúde</p>	<p>Unidade: Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) E-Mail: dcnt@saude.gov.br Telefone: 3315 - 6115</p>
<p>Responsavel pelo Monitoramento na SESP</p>	<p>Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS)</p>

INDICADOR 35	
Indicador	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.
Tipo de Indicador	Universal - Nacional/Estadual
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.
Objetivo1 e Relevância do Indicador	<p>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:</p> <p>a vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B;</p> <p>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;</p> <p>a vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e,</p> <p>a vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.</p>
Meta	Alcançar, nacionalmente, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p>Numerador: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada.</p> <p>Denominador: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p> <p>Unidade de medida: Percentual.</p> <p>Parâmetro nacional de referência : 75% em 2015.</p>

Observações e Limitações	<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. Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção. 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.</p>
Fontes	<p>Numerador: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI). Denominador: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual</p>
Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Unidade: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) E-Mail: pni.gestao@saude.gov.br Telefone: 3213-8296</p>
Responsáveis pelo Monitoramento na SESPA	<p>Diretoria de Vigilância em Saúde</p>

INDICADOR 36

Indicador	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.
Tipo de Indicador	Universal – Estadual
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.
Objetivo 1	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.
Meta	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.
Relevância do Indicador	Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</u> <u>Numerador:</u> Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados. <u>Denominador:</u> Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial diagnosticados. Fator de multiplicação: 100.

<p>Recomendações, observações e informações adicionais</p>	<p>Parâmetro Nacional para Referência: $\geq 85\%$. Linha de base: considerar 2014.</p> <p>Quando a linha de base for menor que 75%, o parâmetro de referência passa a ser, pelo menos, 75% dos casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial curados.</p> <p>Quando a linha de base for de 75% a 84%, o parâmetro passa a ser, pelo menos, 85% dos casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial curados.</p> <p>Quando a linha de base for maior que 85%, manter ou ampliar o percentual dos casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial curados.</p> <p>Para processar o indicador utilizando o Tabwin, consultar anexo.</p>
<p>Fonte</p>	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Fechamento do Banco de Dados: Outubro do ano posterior ao de referência.</p> <p><u>Periodicidade para monitoramento</u>: anual.</p> <p><u>Periodicidade para avaliação</u>: anual.</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento na SESP</p>	<p>Diretoria de Vigilância em Saúde</p>

INDICADOR 37

Indicador	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
Tipo de Indicador	Universal – Estadual
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.
Objetivo 1	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.
Relevância do Indicador	Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa definida de óbito em pacientes portadores de aids, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado.
Meta	Realizar exames anti-HIV em 100% dos casos novos de tuberculose.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</u> <u>Numerador:</u> Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado. <u>Denominador:</u> Total de casos novos de tuberculose diagnosticados no ano. Fator de multiplicação: 100.

<p>Recomendações, observações e informações adicionais</p>	<p>Parâmetro Nacional para Referência: 100% dos casos novos de tuberculose. Linha de base: considerar 2014.</p> <p>Em virtude do Brasil apresentar resultado de 70%, atualmente recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quando a linha de base for menor que 70%, o parâmetro de referência passa a ser, pelo menos, 70% dos casos novos de tuberculose testados para HIV; - quando a linha de base for de 71% a 84%, o parâmetro passa a ser, pelo menos, 85% dos casos novos de tuberculose testados para HIV; - quando a linha de base for maior que 85%, manter ou ampliar o percentual dos casos novos de tuberculose testados para HIV. <p>Para processar o indicador utilizar o Tabwin.</p>
<p>Fonte</p>	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Mês de fechamento do banco de dados nacional: Outubro do ano posterior ao de referência.</p> <p><u>Periodicidade para monitoramento</u>: anual.</p> <p><u>Periodicidade para avaliação</u>: anual.</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento na SESPA</p>	<p>Diretoria de Vigilância em Saúde</p>

INDICADOR 38

Indicador	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
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.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.</p> <p>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.</p>
Meta	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</u></p> <p>Número de casos novos de aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.</p> <p>Unidade de Medida: Número absoluto.</p> <p>Esse indicador sofre a influência da capacidade de detecção e notificação de casos pelos serviços e da cobertura da utilização do Siscel e Siclom.</p>
Observações e Limitações	Mudanças nos critérios de definição de casos de aids com fins de vigilância epidemiológica podem influenciar a evolução temporal da taxa de incidência.

Fontes	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel)
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Quadrimestral Atualização: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Unidade: Coordenação de Informações Estratégicas (CIE) Telefone: (61) 3315-7004
Responsáveis pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Vigilância em Saúde

INDICADOR 39

Indicador:	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
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.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.</p> <p>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</p>
Meta	Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos da coortes.
Método de Cálculo	<p>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 no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes. Fator de multiplicação: 100. Parâmetro nacional de referência: 2015 = > 88%.</p>

Observações e Limitações	<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.</p> <p>Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p> <p>Parâmetro nacional de referência: 2015 = > 88%.</p>
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Anual.</p> <p>Avaliação: Anual.</p> <p>Atualização: Anual</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Unidade: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) e-Mail: cghde@saude.gov.br Telefone:
Responsáveis pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Vigilância em Saúde

INDICADOR 40	
Indicador	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.
Tipo de Indicador	Específico – Estadual
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.
Objetivo 1	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.
Relevância do Indicador	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase para aumentar a detecção oportuna de casos novos.
Meta	> 80% dos contatos examinados dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes.
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo municipal, regional, estadual e DF:</u></p> <p><u>Numerador:</u> Número de contatos dos casos novos de hanseníase examinados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar</p> <p><u>Denominador:</u> Total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p>
Recomendações, observações e informações adicionais	<p>Parâmetro Nacional para Referência: > 80% de contatos examinados de casos novos de hanseníase.</p> <p>Linha de Base: 2015.</p> <p>Para processar o indicador utilizando o Tabwin, consultar anexo.</p>
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Fechamento do banco de dados nacional: Março do ano posterior ao de referência.</p> <p>Periodicidade para monitoramento: Mensal.</p> <p>Periodicidade para avaliação: Anual.</p>
Responsável pelo monitoramento na sespa	Diretoria de Vigilância em Saúde

INDICADOR 41	
Indicador	Número de casos autóctones de malária.
Tipo de Indicador	Específico – Nacional/Estadual
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.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.</p> <p>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>
Meta	Reduzir a incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazonica.
Método de Cálculo	<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>Parametro nacional de referência: 2015 = 138.224 casos</p>
Observações e Limitações	<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.</p> <p>Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p> <p>Parâmetro nacional de referência: 2015 = 138.224 casos autóctones.</p>

Fontes	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica Malária (SIVEP-Malária), a partir de 2003 na região Amazônica; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a partir de 2004 na região Extra-amazônica.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Anual. Avaliação: Anual. Atualização: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Unidade: Coordenação Geral dos Programas Nacionais de Controle da Malária (CGPNCM) E-mail: cgpncm@saude.gov.br Telefone: (61) 3213-8004
Responsáveis pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Vigilância em Saúde

INDICADOR 42	
Indicador	Número absoluto de óbitos por dengue.
Tipo de Indicador	Específico - Estadual
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.
Objetivo 1	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.
Relevânciado Indicador	Reflete a qualidade da assistência ao paciente com dengue.
Meta	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</u> Número absoluto de óbitos por dengue no ano.
Recomendações, Observações e Informações Adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: - Redução de 10 % ao ano nos municípios e regiões com 6 ou mais óbitos; - Redução de 1 óbito em municípios e regiões em locais com 2, 3, 4 e 5 óbitos; - Redução de 100% no ano seguinte em municípios e regiões com 1 óbito.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Março do ano posterior ao de referência. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral. Periodicidade para avaliação: anual.
Responsável pelo monitoramento na SESPA	Diretoria de Vigilância em Saúde.

INDICADOR 43	
Indicador	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
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.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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 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.
Meta	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.
Método de Cálculo	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: Número absoluto.

<p>Observações e Limitações</p>	<p><u>Observações:</u> Indicador se aplica para pactuação municipal de DF. 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>
<p>Fontes</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</p>

	<p>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 ou os sistemas listados acima.</p> <p>OBS.: Os municípios possuem, em âmbito local, os dados referentes ao indicador aqui tratado, registrados no SISFAD, ou no SISPNCMD, 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>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Monitoramento: Quadrimestral.</p> <p>Avaliação: Anual.</p>
<p>Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</p>	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde (DEGEVS) E-mail: dagvs@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-3278</p> <p>Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT) Coordenação Geral dos Programas Nacionais de Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo Aedes (CGPNCMD) E-mail: cgpncd@saude.gov.br Telefone: (61) 3213-8004</p>
<p>Responsáveis pelo Monitoramento n SESP</p>	<p>Diretoria de Vigilância em Saúde.</p>

INDICADOR 44

Indicador	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
Diretriz 3	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.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.</p> <p>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.</p>
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p>Passo1 – Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT):</p> $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais}} \times 100/$ <p>Passo 2 – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (PT):</p> $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez}} \times 100/$ <p>Passo 3 – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (PCRL):</p> $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre}} \times 100/$

	<p>Passo 4 – Calcular a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez: $1,2XPCT + 1,0XPT + 1,0XPCRL/3,2$</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. Para os parâmetros cloro residual livre (PCRL) e turbidez (PT) o peso é 1.</p>
<p>Observações e Limitações</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. Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p>
<p>Fonte</p>	<p>Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). Observação: Os dados necessários para esses cálculos estão disponíveis em http://sisagua.saude.gov.br/sisagua</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Monitoramento: Anual. Avaliação: Anual. Atualização: Anual</p>

Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Unidade: Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental (CGVA) e-Mail: vigiagua@saude.gov.br; sisagua@saude.gov.br Telefone: 32138081/8082
Responsáveis pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Vigilância em Saúde.

INDICADOR 45	
Indicador	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.
Tipo de Indicador	Universal – Nacional/Estadual
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.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.</p> <p>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.</p>
Meta	Ampliar a proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.
	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p>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 (excluir do processamento os registros cujo campo estiver em branco ou com a informação de ignorado).</p> <p>Denominador: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p> <p>Unidade de Medida: Percentual</p>

<p>Observações e Limitações</p>	<p><u>Observações:</u></p> <p>- Relação de agravos:</p> <p>a. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;</p> <p>b. Acidente de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes);</p> <p>c. Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho.</p> <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>Fonte</p>	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>
<p>Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação</p>	<p>Monitoramento: Mensal.</p> <p>Avaliação: Anual.</p> <p>Atualização: Anual</p>
<p>Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde</p>	<p>Unidade: Departamento de Articulação Interfederativa (DAI)</p> <p>e-Mail: ana.cople@saude.gov.br</p> <p>Telefone: 33152996</p>
<p>Responsáveis pelo Monitoramento na SESPA</p>	<p>Diretoria de Vigilância em Saúde.</p>

INDICADOR 46	
Indicador	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
Tipo de Indicador	Universal –Nacional/Estadual
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.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.</p> <p>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.</p> <p>Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.</p>
Meta	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60 dias a partir da data de notificação.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p>Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação.</p> <p>Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p> <p>Unidade de Medida: Percentual</p>

Observações e Limitações	<p><u>Observações:</u> 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 riquetisioses, 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>
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Anual Avaliação: Anual Atualização: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Unidade: Coordenação Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública (CGVRESP) e-Mail: sinan@saud.gov.br Telefone: 3315-3791
Responsáveis pelo Monitoramento na SESPA	Diretoria de Vigilância em Saúde.

INDICADOR 47	
Indicador	Percentual de municípios com população acima de 100.000 habitantes executando as ações de VISA.
Tipo de Indicador	Específico/Estadual
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.
Objetivo 2 e Relevância do Indicador	<p>Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor</p> <p>Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação e efetivação das ações de vigilância sanitária nos 20 municípios com população acima de 100.000 habitantes consolidando assim o processo de descentralização das ações de Visa da gestão Municipal.</p>
Meta	Realizar a descentralização até 2023 das ações de VISA para os municípios com populações acima de 100.000 habitantes, em um universo de 20 municípios, sendo: 2020 - 25% (5 municípios), 2021 - 25% (5 municípios), 2022 - 25% (5 municípios), 2023 - 25% (5 municípios)
Método de Cálculo	<p>Numerador = total de municípios com população acima de 100.0000 executando as 7 ações de VISA no período.</p> <p><u>Denominador</u>: Total de municípios com população acima de 100.000 habitantes.</p> <p><u>Fator de Multiplicação</u>: 100</p>
Recomendações, observações e informações adicionais	Este 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.

Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS), número de inscrições nos eventos de capacitações.
Periodicidade dos dados para monitoramento e Avaliação	Periodicidade para monitoramento: Quadrimestral Periodicidade para avaliação: Anual.
Responsáveis pelo Monitoramento na SESPA	Departamento de Vigilância Sanitária do Estado do Pará – DEVS/SESPA

INDICADOR 48	
Indicador	Percentual de Estabelecimentos Assistenciais em Saúde (EAS'S) com Plano de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP), implantados e ou/ implementados.
Tipo de Indicador	Específico/Estadual
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.
Objetivo 2 e Relevância do Indicador	Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor. Permite avaliar os EAS'S em suas diversas dimensões e categorias por complexidade da assistência prestada na alta complexidade. Buscando a efetividade dos protocolos assistenciais do controle de infecção hospitalar e dos indicadores da segurança do paciente, monitorados pelos sistemas: formsus, notivisa e vigimed, cujos resultados contribuirão para a redução de riscos, agravos e eventos de interesse de saúde pública, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.
Meta	Implantar/implementar o Núcleo Estadual de Qualidade e Segurança do Paciente e o Plano Integrador de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP) com 100% de adesão. (universo hoje=145 EAS'S cadastrada) dos EAS cadastrados no Formsus até 2023, sendo em: 2020 60% = 87; 2021 70% = 102; 2022 80% = 116; 2023 100% = 145.
Método de calculo:	Numerador será o número de EAS'S que implantaram e ou /implementaram CCIH/NQSP e o denominador o universo. A unidade de medida e % onde o fator multiplicador é 100.
Observações e Limitações:	Para acesso a informação o NESP e seus referidos planos integrador deverão estar instituídos.
Fonte:	FORMSUS, NOTIVISA E VIGIMED
Periodicidade dos dados para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Mensal Avaliação Quadrimestral/Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Departamento de Vigilância Sanitária do Estado do Pará - DCIH/DVS/SESPA

INDICADOR 49	
Indicador	Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde
Tipo de Indicador	Específico - Estadual
Diretriz 4	Garantir e incentivar a participação social e o apoio para as Políticas de Saúde aos povos da Amazônia.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e as responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral com equidade.
Meta	Ampliar o número de planos de saúde enviados aos conselhos de saúde.
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal, estadual e DF</u></p> <p>Número de plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde Observação: Considerar 01 para o plano de saúde enviado aos conselhos de Saúde.</p> <p><u>Método de cálculo regional</u></p> <p>Número de planos de Saúde municipais enviados aos conselhos de Saúde _____ X Número de municípios da Saúde da região</p>
Recomendações, observações e informações adicionais	Entende-se como conselho de Saúde cadastrado, aquele que realiza o preenchimento das informações referentes ao conselho no Siacs.
Fonte	Sistema de Acompanhamento dos Concelhos de Saúde (SIACS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Núcleo de Informação e Planejamento em Saúde (NISPLAN)

INDICADOR 50	
Indicador	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.
Tipo de Indicador	Específico - Estadual
Diretriz 5	Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS. Evidencia o grau de adesão regional e dos municípios ao Banco de Preços em Saúde, colaborando com o processo de visibilidade dos preços praticados e com o compartilhamento de informações para melhoria da gestão do SUS. Possibilita construir base de dados de históricos de compras da região.
Meta	Meta Regional e Estadual: X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde. Meta Municipal e Estadual: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo regional</u> Número de municípios da região de Saúde com uma ou mais alimentações no ano no BPS _____ X Total de municípios da região de Saúde <u>Método de cálculo municipal, estadual e DF</u> Número de alimentações no ano no BPS.
Recomendações, observações e informações adicionais	O Banco de Preços em Saúde é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza por meio da internet os preços de medicamentos e produtos para a saúde adquiridos por instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. O sistema permite ao gestor consultar preços praticados nas compras de medicamentos e produtos para a saúde melhorando o desempenho das compras na região, possibilita a comparação por estado, por região, por modalidade e por faixa de quantidade.
Fonte	Banco de Preço da Saúde
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESP	Fundo Estadual de Saúde (FES)

INDICADOR 51

Indicador	Proporção de municípios com ouvidoria implantada.
Tipo de Indicador	Específico - Estadual
Diretriz 5	Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	<p>Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.</p> <p>A ouvidoria no âmbito do monitoramento e da avaliação, tem a finalidade de contribuir com a avaliação do sistema, por meio do envolvimento do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o poder público, de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução de problemas e efetiva participação da comunidade na gestão do SUS, de acordo com a Constituição Federal de 1988, visando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</p>
Meta	<p>Meta Regional e Estadual: 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado.</p> <p>Meta Municipal: Implantação de um serviço de ouvidoria.</p>
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal e DF</u></p> <p>Número de ouvidoria implantada no município.</p> <p><u>Método de cálculo regional e estadual</u></p> <p>$\frac{\text{Número total de municípios com ouvidorias na região de Saúde ou no estado}}{\text{Total de municípios na região ou no estado}} \times 100$</p> <p>Observação.: No cálculo do numerador (número de municípios com ouvidorias na região ou no estado) considerar a linha de base, ouvidorias já implantadas, somadas as que serão implantadas no período.</p>
Recomendações, observações e informações adicionais	<p>O serviço de ouvidoria deve ser implantado como um sistema de comunicação entre o cidadão e o poder público, para apurar de forma permanente as necessidades e interesses do usuário, bem como a sua avaliação das ações e serviços de Saúde, visando ganhos e produtividade e eficiência para o SUS</p> <p>Considera-se implantado um serviço de ouvidoria quando houver: espaço físico para o funcionamento da ouvidoria, um ou mais canais de</p>

	recebimento das manifestações (telefone, formulário web, atendimento presencial, entre outros), um ou mais canais de resposta (meio impresso, telefone, e-mail) ao cidadão e utilização de sistema para o tratamento das demandas de saúde oriundas da população, produção de relatórios para a gestão do SUS com informações sobre necessidades e interesses do usuário, bem como a sua avaliação das ações e serviços de Saúde.
Fonte	Sistema de Informação de Ouvidoria do SUS (SiouveSUS).
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	DDASS/OUVIDORIA

INDICADOR 52	
Indicador	Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado.
Tipo de Indicador	Específico - Estadual
Diretriz 5	Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.
Objetivo 1 e Relevância do Indicador	Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.
Meta	<p>Meta Regional: Estruturação de, no mínimo um, componente Regional do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de Saúde.</p> <p>Meta Municipal e Estadual: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA.</p>
Método de Cálculo	<p><u>Método de cálculo municipal e DF</u></p> <p>Número absoluto do componente municipal/estadual do SNA estruturado.</p> <p><u>Método de cálculo regional</u></p> <p>Soma da quantidade de componentes municipais do SNA estruturados em uma região de saúde</p>
Recomendações, observações e informações adicionais	<p>Considera-se componente de auditoria, estruturado aquele instituído por ato formal no organograma da Secretaria de Saúde, com estrutura físico-financeira e logística definida e equipe multiprofissional. Bem como, aquele que utiliza sistema informatizado e procedimentos padronizados na realização da ação de auditoria, devendo esta ser realizada ao menos uma vez por ano.</p> <p>A equipe multiprofissional deve ser capaz de desenvolver ações técnicas e administrativas de auditoria, com vistas ao cumprimento do inciso 14.5 da Cláusula 14ª do Coap, formada por servidores efetivos.</p> <p>Recomenda-se a utilização do Sistema Informatizado de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS), nas ações de auditoria dos serviços de saúde, visando garantir a padronização de procedimentos, rotinas, fluxos e geração de relatórios, de forma a possibilitar atuação uniforme das equipes.</p> <p>O atingimento da meta é consequência da conjugação de vontades dos entes signatários.</p> <p>Cada ente federado é responsável por estruturar seu componente.</p> <p>Cada estrutura, segundo a legislação que institui o SNA, dispõe: 1</p>

	<p>componente federal, 27 estaduais e 5.570 municipais. Entretanto, em alguns municípios não é factível a implementação do componente, sendo assim, a sugestão é de que o componente municipal seja estruturado em função da complexidade dos serviços e ações de Saúde. Recomenda-se ainda que a exemplo do componente federal, que tem uma unidade desconcentrada em cada estado, que o componente estadual desconcentre uma unidade em cada região de Saúde.</p>
Fonte	Sistema Informatizado de Auditoria do SIS (Sisaud/SUS) – Relatório de auditoria realizada.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsável pelo Monitoramento na SESPA	DDASS/AUDITORIA

Indicadores PES 2020-2023.

Nº	INDICADOR	CLASSIFICAÇÃO/ TIPO
1	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	U-N
2	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	U-N
3	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	UE
4	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	U-N
5	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).	U-E
6	Órgão e Tecido Captado	E-E
7	Órgão e Tecido Transplantado	E-E
8	Número de Leitos hospitalares do SUS	E-E
9	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço Webservice	E-E
10	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	U-N
11	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-N
12	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	E-N
13	Cobertura de CAPS/ 100 mil habitantes	E-E
14	Taxa de internação Hospitalar em Pessoas idosas por fratura de Fêmur.	E-E
15	Percentual de ações de Humanização realizadas	E-E
16	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	E-E
17	Proporção de novas vagas ou de novos programas de residência em saúde.	E-E
18	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados	E-E
19	Percentual de Trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública	E-E

	ESTADUAL, abrangidos por estratégias de fortalecimento da gestão do trabalho.	
20	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	U-N
21	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré – Natal.	E-E
22	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	E-E
23	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	E-E
24	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U-N
25	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	U-N
26	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).	E-E
27	Número de leitos novos de retaguarda Clínica de Urgência habilitados	E-E
28	Taxa de mortalidade infantil	U-N
29	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U-N
30	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigado	U-N
31	Proporção de óbitos maternos investigados.	E-E
32	Nº de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	E-E
33	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	U-N
34	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	U-N
35	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	U-N
36	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	E-E
37	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	U-E
38	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	U-N
39	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U-N

40	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	E-E
41	Número de casos autóctones de malária	E-N
42	Número absoluto de óbitos por dengue	E-E
43	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	U-N
44	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	U-N
45	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	U-N
46	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	U-N
47	Percentual de municípios com população de 100.00 habitantes executando as ações de VISA	E-E
48	Percentual de Estabelecimentos Assistenciais em Saúde(EAS'S) com Plano de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP) implantados/implementados.	E-E
49	Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde.	E-E
50	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	E-E
51	Proporção de municípios com ouvidoria implantada.	E-E
52	Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado.	E-E

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - DOMI PES 2020-2023

PACTUAÇÃO ESTADUAL AJUSTE PAS 2021 - (PES/PPA)

Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.

Objetivo 1 - 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, especial, ambulatorial e hospitalar.

Nº	TIPO CASSE	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO	ATUALIZAÇÃO
					2020	2021	2022	2023					
1	U-N	Aumentar o % de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família (PBF).	%	79	81	82	83	1	DPAIS	ANUAL	ANUAL	ANUAL
2	U-N PPA Proc.	Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para % equipes de saúde bucal implantadas.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	%	46	46	47,5	48	1	DPAIS	QUADRIMESTRAL	QUADRIMESTRAL	ANUAL
3	U-E	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	%	1	1,00	1,10	1,20	1	DPAIS	ANUAL	ANUAL	
4	U-N PPA Proc.	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	%	67,62	65,4	65,74	66,99	1	DPAIS	MENSAL	ANUAL	ANUAL
5	U-E	Redução de internações de causas sensíveis à Atenção Básica	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).	%	21,5	20,5	19,5	18,5	1	DPAIS/ DDRA (DOAGE)	ANUAL	ANUAL	
6	E-E	Aumentar para 2,5 por milhão de população (pmp) o número de doadores efetivos no estado com projeções anuais de 0,1 pmp	Órgão e Tecido Captado	Nº ABSOLUTO	84	88	92	96	1	DDRA/CET	MENSAL	ANUAL	
7	E-E	Aumentar para 20 por milhão de população (pmp) o número de transplantes de órgãos e tecidos no estado com projeções anuais de 1pmp	Órgão e Tecido Transplantado	Nº ABSOLUTO	175	180	190	200	1	DDRA/CET	MENSAL	ANUAL	
8	E-E PPA Proc.	Ampliar o nº de leitos em %	Número de Leitos hospitalares do SUS	Nº ABSOLUTO	1.48	1,50	1,52	1,68	1	DDRA DESAN/DOAGE DDASS REG. DA ATENÇÃO/CEUE/PPI/TFD	ANUAL	ANUAL	
9	E-E	Meta Regional e Estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou enviar o conjunto de dados por meio do serviço WebService, em X% dos municípios.	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService	%	75	79,86	95,83	100	1	DEAF	ANUAL	ANUAL	
10	U-N PPA Proc.	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico a cada três anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	RAZÃO	0,30	0,35	0,40	0,45	1	DPAIS	ANUAL	ANUAL	ANUAL
11	U-N PPA Proc.	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	RAZÃO	0,13	0,15	0,20	0,25	1	DPAIS / DDRA (CEON)	ANUAL	ANUAL	ANUAL

12	E-N	Ampliar as ações realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica.	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	%	35	45	55	65	1	DPAIS DDRAR /TRANSTORNO ESOECTRO AUTISTA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
13	E-E	Aumentar a cobertura de CAPS/100 mil habitantes ao ano	Cobertura de CAPS/ 100 mil habitantes	/100.000	0,75	0,79	0,82	0,84	1	DPAIS	ANUAL	ANUAL	
14	E-E	Redução em 2% da Taxa de Internação Hospitalar em pessoas idosas por fratura de Fêmur	Taxa de internação Hospitalar em Pessoas idosas por fratura de Fêmur.	%	20,49	20,08	19,67	19,28	1	DPAIS	QUADRIMESTRAL	QUADRIMESTRAL	
15	E-E	Implementar ações de humanização para qualificação dos serviços de saúde na RAS do Estado do Pará	Percentual de ações de Humanização realizadas	%	50	52	54	56	1	DGTES/CEH	ANUAL	ANUAL	

Objetivo 2 - Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.

Nº	TIPO CASSE	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO	ATUALIZAÇÃO
					2020	2021	2022	2023					
16	E-E	Implementar ações de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	%	80	50	50	50	1	DGTES/GEP/ETSUS	ANUAL	ANUAL	
17	E-E	X % de Ampliações de vagas ou de novos Programas de Residência em Saúde.	Proporção de novas vagas ou de novos programas de residência em saúde.	%	10	10	10	10	2	DGTES/GEP	ANUAL	ANUAL	
18	E-E	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes.	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados.	Nº ABSOLUTO	0	14	14	14	2	DGTES	ANUAL	ANUAL	
19	E-E	Ampliar o percentual de trabalhadores atingidos por metas estratégicas de fortalecimento da gestão do trabalho.	Percentual de Trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública ESTADUAL, abrangidos por estratégias de fortalecimento da gestão do trabalho.	%	75	83	92	100	1	DGTES	QUADRIMESTRAL	QUADRIMESTRAL	

Diretriz 2 - Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.

Objetivo 1 - Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.

Nº	TIPO CLASSE	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO	ATUALIZAÇÃO
					2020	2021	2022	2023					
20	U-N	Acompanhar as ações de saúde, em 100% da tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	%	22,03	20,71	19,47	18,30	1	DPAIS	ANUAL	ANUAL	ANUAL
21	E-E	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré – Natal.	%	51,91	55,02	58,32	61,82	1	DPAIS	ANUAL	ANUAL	

22	E-E	Ampliar o nº de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	%	38,73	39,36	39,98	40,61	3	DDASS (CEUE)	ANUAL	ANUAL	
23	E-E	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) .	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	%	12,03	11,83	11,63	11,43	2	DDASS/CEUE	ANUAL	ANUAL	
24	E-N	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	%	92	92	92	92	1	VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
25	U-N	Aumentar o X % de parto normal.	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar.	%	55,13	57,34	59,63	62,02	1	DPAIS	ANUAL	ANUAL	
26	E-E	Aumentar a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu –192).	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).	%	93,59	82,24	86,24	90,20	3	DDASS (CEUE)	ANUAL	ANUAL	
27	E-E	Ampliar o número de leitos novos (habilitação) de enfermaria clínica e UTI de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência, passando de 416 para 909 até 2023.	Número de leitos novos de retaguarda Clínica de Urgência habilitados	Nº ABSOLUTO	119	128	127	126	1	DDASS (CEUE/REG. ACESSO)	ANUAL	ANUAL	

Objetivo 2 - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Nº	TIPO CLASSE	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO	ATUALIZAÇÃO
					2020	2021	2022	2023					
28	U-N PPA Res.	Reduzir a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil	/1000	14,90	14,15	14,50	14,30	1	DPAIS/DDRA/DDASS/ VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
29	U-N PPA Res.	Reduzir o Número de Óbitos maternos	Número de Óbitos Maternos em determinado período e local de residência.	Nº ABSOLUTO	79	75	87	83	1	DPAIS/DDRA/DDASS/ VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
30	E-N	Investigar os Óbitos materno em Idade Fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) investigados	%	100	100	100	100	1	DPAIS	ANUAL	ANUAL	ANUAL
31	E-E	Investigar os óbitos maternos	Proporção de óbitos maternos investigados.	%	100	100	100	100	1	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL	
32	E-E	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Nº de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	Nº ABSOLUTO	368	386	405	425	1	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL	

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.

Objetivo 1 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, 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.

Nº	TIPO CLASSE	META	INDICADOR	UNIDADE	FACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO	ATUALIZAÇÃO
					2020	2021	2022	2023					
33	U-N	Reduzir a incidência de sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	Nº ABSOLUTO	856	814	773	734	1	DPAIS	ANUAL	ANUAL	ANUAL
34	U-N PPA Res.	Reduzir a mortalidade prematura (de 30 a 69anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	/100.000	285,42	284,85	318,05	318,05	1	DPAIS/DDRA/DDASS/ VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
35	U-N PPA Proc.	Alcançar, nacionalmente, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	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.	%	70	70	75	75	1	VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
36	E-E	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	%	80	80	80	80	1	VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
38	U-N	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	Nº ABSOLUTO	10	8	7	5	1	VIGILÂNCIA	QUADRIMESTRAL	QUADRIMESTRAL	ANUAL
39	U-N	Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	%	90	90	90	90	1	VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
40	E-E	> 80% dos contatos examinados dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	%	90	90	90	90	1	VIGILÂNCIA	MENSAL	ANUAL	ANUAL
41	E-N	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica.	Número de casos autóctones da malária	Nº ABSOLUTO	23755	20191	17162	14588	1	VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
42	E-E	Reduzir o numero absoluto de óbito por dengue	Número absoluto de óbitos por dengue.	Nº ABSOLUTO	1	1	0	0	1	VIGILÂNCIA	QUADRIMESTRAL	ANUAL	ANUAL
43	U-N	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Nº ABSOLUTO	80	80	80	80	1	VIGILÂNCIA	QUADRIMESTRAL	ANUAL	ANUAL
44	U-N	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	%	55	60	60	60	1	VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL
45	U-N	Ampliar a proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	%	10	20	25	30	1	VIGILÂNCIA	MENSAL	ANUAL	ANUAL
46	U-N PPA Proc.	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em 60 dias após notificação.	%	80	80	80	80	1	VIGILÂNCIA	ANUAL	ANUAL	ANUAL

Objetivo 2 - Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.

Nº	TIPO CLASSE	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO	ATUALIZAÇÃO
					2020	2021	2022	2023					
47	E-E	Realizar a descentralização até 2023 em 100% das ações de VISA para os municípios com populações acima de 100.000 habitantes, em um universo de 20 municípios, sendo: 2020 - 25% (5 municípios), 2021 - 25% (5 municípios), 2022 - 25% (5 municípios), 2023 - 25% (5 municípios)	Percentual de municípios com população de 100.000 habitantes executando as ações de VISA	%	25	25	25	25	1	Depto de Vigilância Sanitária - DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL	
48	E-E	Implantar/implementar o Núcleo Estadual de Qualidade e Segurança do Paciente e o Plano Integrador de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP) com 100% de adesão. (universo hoje=145 EAS'S cadastrada) dos EAS cadastrados no Formsus até 2023, sendo em: 2020 60% = 87; 2021 70%=102; 2022 80% = 16; 2023 100% = 145	Percentual de Estabelecimentos Assistenciais em Saúde(EAS'S) com Plano de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP) implantados/implementados.	%	60	70	80	100	1	DVS/DCH/NESP	MENSAL	QUADRIMESTRAL ANUAL	

Diretriz 4 - Garantir e incentivar a participação social e o apoio para as Políticas de Saúde aos povos da Amazônia.

Objetivo 1 - Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e as responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral com equidade.

Nº	TIPO CLASSE	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO	ATUALIZAÇÃO
					2020	2021	2022	2023					
49	U-E	Ampliar o número de planos de saúde enviados aos conselhos de saúde.	Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde.	Nº ABSOLUTO	1	0	1	1	1	NISPLAN	ANUAL	ANUAL	

Diretriz 5 - Ampliar o financiamento do SUS considerando o Fator Amazônico e respeitando as especificidades de cada região do Estado do Pará.

Objetivo 1 - Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

Nº	TIPO CLASSE	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORACAO	ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO	ATUALIZAÇÃO
					2020	2021	2022	2023					
50	E-E	Meta Regional e Estadual: X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde. Meta Municipal e Estadual: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	Nº ABSOLUTO	1	1	1	1	1	FES	ANUAL	ANUAL	
51	E-E	Meta Regional e Estadual: 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado. Meta Municipal: Implantação de um serviço de ouvidoria.	Proporção de municípios com ouvidoria implantada.	%	64,41	56,25	64,58	72,22	2	DDASS (OUVIDORIA)	ANUAL	ANUAL	
52	E-E	Meta Regional: Estruturação de, no mínimo um, componente regional do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de Saúde. Meta Municipal e Estadual: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA.	Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado.	Nº ABSOLUTO	9	2	3	3	2	DDASS (AUDITORIA)	ANUAL	ANUAL	

LEGENDas:

TIPO CLASSE: U-N Universal Nacional - E-N Especifico Nacional - U-E Universal Estadual - E-E Especifico Estadual - PPA Proc.: PPA PROCESSO - PPA Res. PPA RESULTADO - PMAQ: Passível de Monitoramento e Apuração no Quadrimestre

VALORAÇÃO: PRIORITÁRIO: 1 - RELEVANTE: 2 - MANUTENÇÃO: 3

Atualizado em abril/maio 2021 - (AJUSTE PAS 2021 e REVISÃO PPA 2022-2023)