



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

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

Conforme Portaria GM/MS nº 2669, de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010

**Versão atualizada em 08/02/2011**

Brasília, Fevereiro de 2011

## ALTERAÇÕES REALIZADAS NESTA VERSÃO

INDICADOR	TÓPICOS ALTERADOS	DATA
<b>Indicador 23</b> - Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777 de 28 de abril de 2004.	Foi realizada alteração nos tópicos “ <b>Descrição do indicador</b> ” e “ <b>Recomendações, observações e informações adicionais</b> ”, para esclarecer quais são os agravos à Saúde do Trabalhador a serem considerados no cálculo do indicador 23, tendo em vista a revogação da Portaria GM/MS nº 777/2004 pela Portaria nº 2.472/2010, com subsequente revogação pela Portaria GM/MS nº 104/2011.	27/01/2011
<b>Indicador 41</b> - Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	Foi alterado o endereço eletrônico de acesso ao Histórico de Cobertura da Saúde da Família (fonte do numerador) disponível na página do Departamento de Atenção Básica DAB/SAS: <a href="http://www.saude.gov.br/dab">www.saude.gov.br/dab</a> .	08/02/2011

## APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Enfim, com o compromisso assumido de procurar manter um permanente processo de aprimoramento dos conteúdos aqui apresentados, solicitamos que quaisquer sugestões, dúvidas e/ou comentários sejam enviadas aos emails: [descentralizacao@saude.gov.br](mailto:descentralizacao@saude.gov.br), [sispacto@saude.gov.br](mailto:sispacto@saude.gov.br)

## SUMÁRIO

<b><u>PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA</u></b>	<b>7</b>
<b>Prioridade I - SAÚDE DO IDOSO</b>	<b>7</b>
<b>Objetivo:</b> Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.	7
<b>Indicador 1:</b> <u>Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.</u>	7
<b>Prioridade II- CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA</b>	<b>9</b>
<b>Objetivo I:</b> Ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero visando alcançar uma cobertura de 80% da população alvo.	9
<b>Indicador 2:</b> <u>Razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano.</u>	10
<b>Objetivo II:</b> Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.	13
<b>Indicador 3:</b> <u>Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.</u>	13
<b>Objetivo III:</b> Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.	17
<b>Indicador 4:</b> <u>Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.</u>	17
<b>Prioridade III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA</b>	<b>20</b>
<b>Objetivo I:</b> Reduzir a mortalidade infantil.	20
<b>Indicador 5:</b> <u>Taxa de Mortalidade Infantil com seus componentes:</u>	20
a) <u>Mortalidade Neonatal.</u>	20
b) <u>Mortalidade Pós-neonatal.</u>	20
<b>Objetivo II:</b> Reduzir a mortalidade materna.	24
<b>Indicador 6:</b> <u>Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados</u>	24
<b>Objetivo II:</b> Reduzir a mortalidade materna.	28
<b>Indicador 7:</b> <u>Incidência de sífilis congênita</u>	28
<b>Prioridade IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS</b>	<b>31</b>
<b>Objetivo I:</b> Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.	31
<b>Indicador 8 -</b> <u>Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue - SCD /Dengue Com Complicações - DCC)</u>	31
<b>Objetivo II:</b> Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011.	33
<b>Indicador 9:</b> <u>Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes</u>	33
<b>Objetivo III:</b> Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.	36
<b>Indicador 10:</b> <u>Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.</u>	37
<b>Objetivo IV:</b> Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia Legal.	41
<b>Indicador 11:</b> <u>Índice Parasitário Anual (IPA) de malária.</u>	41
<b>Objetivo V:</b> Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.	44
<b>Indicador 12:</b> <u>Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado.</u>	44
<b>Objetivo VI:</b> Fortalecer a vigilância epidemiológica das hepatites virais para ampliar a detecção de casos de hepatite B e a qualidade do encerramento dos casos por meio dos exames sorológicos específicos (critério laboratorial).	48
<b>Indicador 13:</b> <u>Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia.</u>	48
<b>Objetivo VII:</b> Reduzir a transmissão vertical do HIV.	51
<b>Indicador 14:</b> <u>Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade.</u>	51
<b>Prioridade V - PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>53</b>
<b>Objetivo I:</b> Reduzir os níveis de sedentarismo na população.	53
<b>Indicador 15 -</b> <u>Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos.</u>	53
<b>Objetivo II:</b> Reduzir a prevalência do tabagismo no país.	56

<b>Indicador 16 - <u>Prevalência de tabagismo em adultos.</u></b>	56
<b>Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>59</b>
<b>Objetivo I:</b> Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família.	59
<b>Indicador 17 - <u>Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família</u></b>	59
<b>Objetivo II:</b> Ampliar o acesso à consulta pré-natal.	62
<b>Indicador 18 - <u>Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.</u></b>	62
<b>Objetivo III:</b> Reduzir a internação hospitalar por <i>diabetes mellitus</i> no âmbito do SUS.	65
<b>Indicador 19 - <u>Taxa de Internações por <i>diabetes mellitus</i> e suas complicações.</u></b>	65
<b>Objetivo IV:</b> Reduzir a internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do SUS.	68
<b>Indicador 20 - <u>Taxa de Internações por acidente vascular cerebral (AVC).</u></b>	68
<b>Objetivo V:</b> Reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.	71
<b>Indicador 21 - <u>Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade.</u></b>	71
<b>Indicador 22 - <u>Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.</u></b>	74
<b>Objetivo VI:</b> Ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF).	77
<b>Indicador 41 - <u>Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família</u></b>	77
<b>Objetivo VII:</b> Aumentar a prevenção das principais doenças bucais: a cárie dentária e a doença periodontal.	80
<b>Indicador 42 - <u>Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.</u></b>	80
<b>Prioridade VII - SAÚDE DO TRABALHADOR</b>	<b>83</b>
<b>Objetivo:</b> Aumentar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.	83
<b>Indicador 23 - <u>Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777 de 28 de abril de 2004.</u></b>	83
<b>Prioridade VIII - SAÚDE MENTAL</b>	<b>86</b>
<b>Objetivo:</b> Ampliar o acesso ao tratamento ambulatorial em saúde mental.	86
<b>Indicador 24 - <u>Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes.</u></b>	86
<b>Prioridade IX - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA</b>	<b>88</b>
<b>Objetivo:</b> Ampliar as Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência.	88
<b>Indicador 25 - <u>Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde.</u></b>	88
<b>Prioridade X - ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA</b>	<b>90</b>
<b>Objetivo I:</b> Ampliar a rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios.	90
<b>Indicador 26 - <u>Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas.</u></b>	91
<b>Objetivo II:</b> Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.	98
<b>Indicador 27: <u>Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas.</u></b>	98
<b>Prioridade XI – SAÚDE DO HOMEM</b>	<b>118</b>
<b>Objetivo I:</b> Inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.	118
<b>Indicador 28: <u>Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.</u></b>	118
<b>Objetivo II:</b> Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino.	120
<b>Indicador 29 - <u>Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência.</u></b>	120
<b><u>RESPONSABILIDADES DO PACTO DE GESTÃO</u></b>	<b>122</b>

<b>I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS</b>	<b>122</b>
<b>Objetivo I:</b> Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.	122
<b>Indicador 30 - <u>Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.</u></b>	122
<b>Objetivo II:</b> Ampliar a classificação da causa básica de óbito não fetal.	126
<b>Indicador 31 - <u>Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida.</u></b>	126
<b>Objetivo III:</b> Manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados.	130
<b>Indicador 32 - <u>Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.</u></b>	130
<b>Objetivo IV:</b> Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade.	132
<b>Indicador 33 - <u>Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.</u></b>	132
<b>Objetivo V:</b> Consolidar e ampliar a descentralização das ações de vigilância sanitária.	134
<b>Indicador 34 - <u>Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.</u></b>	134
<b>II – RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO</b>	<b>137</b>
<b>Objetivo:</b> Constituir Colegiados de Gestão Regional (CGR).	137
<b>Indicador 35 - <u>Percentual de Colegiados de Gestão Regional constituídos em cada estado e informados à CIT.</u></b>	137
<b>III – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO</b>	<b>139</b>
<b>Objetivo:</b> Assegurar que 100% de estados e municípios tenham o Relatório Anual de Gestão (RAG) apreciados pelos respectivos Conselhos de Saúde.	139
<b>Indicador 36 – <u>Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.</u></b>	139
<b>IV – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>	<b>142</b>
<b>Objetivo:</b> Fortalecer o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) com dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade da informação.	142
<b>Indicador 37 – <u>Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).</u></b>	142
<b>V – RESPONSABILIDADES DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE</b>	<b>144</b>
<b>Objetivo:</b> Ampliar o percentual de CIES em funcionamento, para que essas possam contribuir para o planejamento regional de ações educativas de acordo com as necessidades e realidades locais.	144
<b>Indicador 38 – <u>Percentual de Comissões de Integração Ensino – Serviço (CIES) em funcionamento por estado.</u></b>	144
<b>VI – RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b>	<b>146</b>
<b>Objetivo I:</b> Implantar ouvidoria em estados e municípios com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.	146
<b>Indicador 39 - <u>Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais.</u></b>	146
<b>Objetivo II:</b> Fortalecer o controle social no SUS.	147
<b>Indicador 40 – <u>Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009.</u></b>	147

## **PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA**

### **Prioridade I - SAÚDE DO IDOSO**

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

#### **Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

- Promover ações de capacitação dos profissionais de nível superior da rede SUS, principalmente da Atenção Primária, com ênfase na prevenção de quedas, por meio de Oficinas Estaduais de Prevenção de Quedas e Osteoporose;
- Capacitação dos profissionais de nível superior da rede SUS, em parceria com a ENSP/EAD/FIOCRUZ, no curso: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa;
- Capacitação dos profissionais dos estados e municípios para implantação e implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

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

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

**Método de cálculo:** (Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência) / (Total da população com 60 anos ou mais, em mesmo período de tempo e local considerados no numerador) x 10.000.

Fonte do numerador: Lista de Morbidade CID-10: Fratura do fêmur (CID10 S72), encontrada na página eletrônica do DATASUS. Fonte do denominador: informações demográficas, DATASUS/IBGE.

Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência X 10.000

(Total da população com 60 anos ou mais, em mesmo período de tempo e local considerados no numerador)

**Registro no SISACTO:** coeficiente ou taxa com duas casas decimais (XX,XX/10.000).

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

Para pactuação da meta serão consideradas os estados, as capitais e os municípios acima de 100.000 mil habitantes. Com a escolha de capitais e municípios acima de 100.000 habitantes o Ministério da Saúde aumenta a abrangência de acompanhamento da meta.

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

Variação Percentual da taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur (CID10: S72), na população idosa (60+ anos), Brasil e regiões, 1998-2008										
Região	1998/ 1999	1999/ 2000	2000/ 2001	2001/2 002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008
Região Norte	15,5	-6,6	9,8	-4,6	32,8	-4,8	8,2	20,3	-15,8	-4,9
Região Nordeste	26,8	-7,5	0,3	20,7	1,0	4,0	6,0	5,2	-3,9	-8,1
Região Sudeste	6,4	-12,6	-1,7	8,8	4,2	1,8	-2,6	3,3	-10,5	-2,1
Região Sul	14,5	-5,5	-3,7	29,3	-6,3	3,1	5,4	-1,9	-15,1	7,9
Região Centro-Oeste	20,2	-6,4	2,5	12,5	0,0	5,7	-1,5	-4,0	-19,8	-3,8
<b>Total</b>	10,1	-10,1	-1,1	14,0	2,2	2,4	0,7	2,9	-10,3	-1,9

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

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Ações Programáticas- DAPES

Secretaria de Atenção Saúde – SAS/MS

e-mail: [dapes.sas@saude.gov.br](mailto:dapes.sas@saude.gov.br)



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

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Qualificação da oferta com foco na população de 25 a 59 anos e na periodicidade recomendada pelo programa de rastreamento<sup>1</sup>;
- Ressarcimento dos custos e incorporação no teto financeiro da média complexidade (MAC) dos exames citopatológicos de rastreamento realizados a mais em relação ao ano anterior, conforme portaria nº 1183/GM de 03 de junho de 2009.

### Meta Brasil:

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

### Observações:

1. O aumento do indicador de razão não implica somente no aumento da oferta de exames para a população alvo. Em alguns estados é necessário rever o fluxo das informações e melhorar o controle do recebimento dos dados dos prestadores (laboratórios).
2. Municípios pequenos, que não dispõem de laboratório, mas são responsáveis pela coleta do exame preventivo, devem buscar o referenciamento para a realização da leitura das lâminas coletadas (exame citopatológico).
3. Para os anos de 2010 e 2011, os estados que possuírem razão igual ou acima da meta estimada, mas com valores abaixo de 0,3 poderão pactuar o aumento de 15%.
4. Os estados que já possuem razão  $> 0,28$  em 2009 poderão pactuar uma razão maior ou igual a 0,3 em todos os anos, de acordo com o contexto da oferta de exames em sua realidade.
5. Para os estados que se encaixam nas situações 3 e 4 deve-se acompanhar o percentual de exames com citologia repetida no intervalo de 1 ano.

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

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

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

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

**Método de cálculo:**

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

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

**Registro no SISPACTO:** razão com duas casas decimais.

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

A razão entre exames citopatológicos nas mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nesta faixa etária tem se mantido estável desde 2004. O melhor resultado obtido em 2002 foi referente à intensificação nacional da oferta realizada nesse ano. A razão média no país em 2009 foi de 0,18 exames/mulher/ano, pouco mais da metade do parâmetro mínimo de 0,3 (tabela 1).

Tabela 1. Série histórica do indicador razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, por estado e Brasil, 2002 a 2009.

UF residência	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Região Norte</b>								
Rondônia	0,21	0,15	0,14	0,16	0,19	0,18	0,21	0,20
Acre	0,24	0,17	0,22	0,19	0,22	0,23	0,32	0,31
Amazonas	0,21	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,14
Roraima	0,16	0,19	0,24	0,26	0,29	0,32	0,26	0,29
Pará	0,11	0,07	0,07	0,08	0,08	0,14	0,13	0,12
Amapá	0,22	0,16	0,13	0,09	0,10	0,13	0,10	0,11
Tocantins	0,34	0,21	0,22	0,22	0,24	0,24	0,25	0,28
<b>Região Nordeste</b>								
Maranhão	0,27	0,16	0,17	0,10	0,10	0,18	0,15	0,12
Piauí	0,44	0,35	0,33	0,30	0,35	0,32	0,31	0,31
Ceará	0,28	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,22	0,21
Rio Grande do Norte	0,34	0,26	0,25	0,28	0,29	0,25	0,24	0,24
Paraíba	0,26	0,20	0,22	0,27	0,26	0,27	0,24	0,23
Pernambuco	0,22	0,15	0,17	0,21	0,22	0,22	0,20	0,19
Alagoas	0,29	0,22	0,24	0,16	0,15	0,02	0,16	0,13
Sergipe	0,29	0,22	0,22	0,19	0,23	0,06	0,12	0,18
Bahia	0,15	0,13	0,15	0,14	0,17	0,12	0,12	0,15
<b>Região Sudeste</b>								
Minas Gerais	0,23	0,18	0,16	0,21	0,20	0,21	0,20	0,20
Espírito Santo	0,25	0,20	0,22	0,26	0,27	0,24	0,24	0,25
Rio de Janeiro	0,12	0,11	0,12	0,12	0,12	0,11	0,12	0,11
São Paulo	0,17	0,14	0,17	0,18	0,17	0,14	0,17	0,17
<b>Região Sul</b>								
Paraná	0,20	0,13	0,14	0,18	0,20	0,20	0,18	0,20
Santa Catarina	0,25	0,23	0,22	0,26	0,19	0,12	0,19	0,23
Rio Grande do Sul	0,20	0,11	0,18	0,17	0,18	0,14	0,12	0,18
<b>Região Centro-Oeste</b>								
Mato Grosso do Sul	0,31	0,23	0,23	0,16	0,25	0,23	0,23	0,25
Mato Grosso	0,18	0,12	0,15	0,16	0,14	0,21	0,20	0,23
Goiás	0,16	0,11	0,11	0,17	0,10	0,15	0,17	0,16
Distrito Federal	0,10	0,10	0,11	0,15	0,13	0,12	0,10	0,12
<b>Brasil</b>	<b>0,20</b>	<b>0,15</b>	<b>0,17</b>	<b>0,18</b>	<b>0,18</b>	<b>0,17</b>	<b>0,17</b>	<b>0,18</b>

Fonte: SISCOLO/DATASUS – INCA/MS e IBGE consultado em outubro de 2010

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

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

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

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

2) Cobertura da saúde suplementar: em localidades que apresentam uma cobertura alta de planos privados de saúde, a razão poderá apresentar resultados mais baixos em relação às localidades com maior utilização da rede SUS, uma vez que o cálculo deste indicador considera a população feminina total. Este aspecto deve ser considerado na pactuação, de modo que o valor pactuado represente mais adequadamente a necessidade de oferta do exame numa dada realidade local.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica

Coordenação Geral de Ações Estratégicas

Instituto Nacional de Câncer.

e-mail: [atencao\\_oncologica@inca.gov.br](mailto:atencao_oncologica@inca.gov.br)

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

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

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

### Método de cálculo:

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

<sup>1</sup> No numerador é preciso excluir o número de mulheres sem informação de seguimento.

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

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

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

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

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

### Recomendações, observações e informações adicionais:

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

Tabela 1. Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero. Brasil e UF. 2004 a 2008

UF residência	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Região Norte</b>					
Rondônia	69,23	59,26	53,19	57,33	37,34
Acre	91,75	80,49	83,33	78,03	85,71
Amazonas	47,14	46,27	69,91	73,10	67,33
Roraima	30,61	14,35	15,94	46,47	66,77
Pará	7,67	7,89	7,51	8,69	12,11
Amapá	11,59	0,00	0,00	0,00	0,00
Tocantins	92,37	90,10	77,44	81,23	77,86
<b>Região Nordeste</b>					
Maranhão	0,00	0,00	4,78	11,28	10,13
Piauí	25,97	79,49	25,58	26,39	9,23
Ceará	75,51	85,50	53,31	45,66	78,81
Rio Grande do Norte	34,65	22,10	8,67	10,91	7,91
Paraíba	57,32	50,70	26,99	26,78	25,24
Pernambuco	63,46	60,99	44,16	31,99	21,85
Alagoas	-	-	3,58	0,00	2,38
Sergipe	59,58	63,27	46,84	42,02	40,93
Bahia	16,46	18,97	15,14	13,22	6,20
<b>Região Sudeste</b>					
Minas Gerais	23,13	19,87	10,89	10,30	12,13
Espírito Santo	64,64	52,79	49,00	37,00	36,41
Rio de Janeiro	15,78	6,80	15,99	31,28	33,96
São Paulo	12,66	12,38	10,88	12,92	15,14
<b>Região Sul</b>					
Paraná	33,33	-	63,35	67,73	56,69
Santa Catarina	21,27	16,46	6,86	11,96	10,70
Rio Grande do Sul	17,67	10,89	12,65	15,97	8,84
<b>Região Centro-Oeste</b>					
Mato Grosso do Sul	19,83	19,57	17,17	12,18	45,20
Mato Grosso	25,63	30,21	19,90	24,72	24,28
Goiás	1,68	2,42	3,18	2,05	1,41
Distrito Federal	-	0,44	5,43	40,26	14,21
<b>Brasil</b>	<b>24,30</b>	<b>21,90</b>	<b>19,62</b>	<b>21,89</b>	<b>20,50</b>

Fonte: SISCOLO/INCA – MS consultado em outubro de 2010.

Ao longo do período observa-se que o percentual de informação variou, no país, em torno de 20%. Este percentual tende, porém, a melhorar ao longo do tempo, pois o acompanhamento das mulheres diagnosticadas em anos anteriores é contínuo e a informação do seguimento deve ser registrada. Entretanto, para que a informação seja oportuna, espera-se que em 1 ano a mulher com diagnóstico de lesão de alto grau tenha sua confirmação diagnóstica e seja encaminhada para tratamento, isto é, tenha seu seguimento informado. A tabela demonstra importantes variações entre os estados, reflexo da organização do fluxo da informação ou de sua centralização.

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

Este indicador não permite avaliar a qualidade do seguimento informado, mas é base para se avançar nesta direção. A análise do seguimento deve ser feita sobretudo no nível local, de forma articulada ao estado.

O indicador pode não ser passível de cálculo em municípios de pequeno porte que não apresentarem casos de lesão intraepitelial de alto grau do colo do útero diagnosticados naquele ano.

Os municípios de pequeno porte que não desejam ou não possam implantar o módulo de coordenação do SISCOLO, devem enviar suas informações à coordenação regional ou estadual para que estas insiram os dados no SISCOLO.

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

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica

Coordenação Geral de Ações Estratégicas

Instituto Nacional de Câncer.

e-mail: [atencao\\_oncologica@inca.gov.br](mailto:atencao_oncologica@inca.gov.br)



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

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Ressarcimento dos custos e incorporação no teto financeiro da média complexidade (MAC) das mamografias de rastreamento realizadas, conforme portaria nº 1183/GM de 03 de junho de 2009 e alterada pela portaria 1.856/2010;
- Promover a ampliação do Programa de Qualidade de Mamografia;
- Qualificação da oferta com foco na população alvo de 50 a 69 anos, recomendada pelo programa de rastreamento.

### Meta Brasil:

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

### Observações:

1. Os estados que possuírem razão igual ou acima da meta estimada poderão pactuar o aumento de percentual previsto para cada ano.
2. O aumento percentual está considerando o investimento para alcançar a meta de 4,4 milhões de mamografias em 2011, com o incentivo financeiro da Portaria 1.856/2010 e de qualificação da oferta para a população alvo.

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

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

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

**Método de cálculo:**

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

---

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

**Nota:**

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

**Registro no SISPACTO:** razão com duas casas decimais.

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

A partir de 2008, com a implantação da Nova Tabela de Procedimentos, foi disponibilizada a análise da produção de mamografias por faixa etária. Nos anos de 2008 e 2009 foram produzidas, 2.651.734 e 3.102.120 mamografias, das quais 47,1% e 48,2% foram realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos, respectivamente. É importante destacar o pequeno aumento na razão de mamografias em relação à população alvo, nas regiões Norte, Sudeste e Sul, demonstrando o esforço de qualificar a oferta de exames.

Tabela 1. Proporção de mamografias em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, e estimativa da razão, por região de residência. Brasil, 2008 e 2009.

Região	% mamografia na fx etária		Razão	
	2008	2009	2008	2009
Região Norte	42,6%	43,3%	0,04	0,05
Região Nordeste	44,2%	44,3%	0,08	0,08
Região Sudeste	48,3%	49,9%	0,10	0,11
Região Sul	48,5%	49,6%	0,10	0,13
Região Centro-Oeste	44,4%	44,9%	0,06	0,06
<b>Brasil</b>	<b>47,1%</b>	<b>48,2%</b>	<b>0,09</b>	<b>0,10</b>

Fonte: SIA – DATASUS mamografias apresentadas e IBGE estimativa populacional

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

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

Uma limitação deste indicador é que informa a quantidade de mamografias realizadas na população alvo sem traduzir a cobertura, pois está baseado no número de exames e não de mulheres examinadas, devido à ausência de um identificador único (possibilidade futura com a implantação do cartão SUS). Poderá representar uma aproximação da cobertura do rastreamento na população de 50 a 69 anos caso seja respeitada a periodicidade recomendada do exame (um exame a cada dois anos). Neste caso a análise deve considerar dois anos consecutivos.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica

Coordenação Geral de Ações Estratégicas

Instituto Nacional de Câncer.

e-mail: [atencao\\_oncologica@inca.gov.br](mailto:atencao_oncologica@inca.gov.br)

## Prioridade III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

**Objetivo I:** Reduzir a mortalidade infantil.

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Melhoria do acesso e da qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao RN;
- Ações de promoção do Aleitamento Materno, tais como: Rede Amamenta Brasil, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Bancos de Leite Humano;
- Vigilância dos óbitos maternos e infantis.

### Meta Brasil:

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

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

### Indicador 5: Taxa de Mortalidade Infantil com seus componentes:

- Mortalidade Neonatal,
- Mortalidade Pós-neonatal.

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

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

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

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

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

**Método de cálculo:**

5 - Taxa de Mortalidade Infantil:

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

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

**Para municípios com mais de 80.000 habitantes**

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

**Para municípios com menos de 80.000 habitantes**

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

5.a) Taxa de Mortalidade Neonatal:

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

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

**Para municípios com população acima de 80.000 habitantes:**

$$\frac{\text{Nº. de óbitos de menores de 28 dias}}{\text{Nº. de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

**Para municípios com menos de 80.000 habitantes**

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

### 5.b) Taxa de Mortalidade Pós-neonatal:

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

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

#### **Para municípios com mais de 80.000 habitantes**

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

#### **Para municípios com menos de 80.000 habitantes**

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

#### **Registro no SISPACTO:**

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

**Municípios com menos de 80.000 habitantes:** NÚMERO ABSOLUTO (X).

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

#### **Recomendações, observações e informações adicionais:**

No período de 1990 a 2007, a taxa de mortalidade infantil reduziu 57,5%, correspondendo a uma queda porcentual anual de -4,9%. Essa queda observa-se em todas as regiões do Brasil, destacando o Nordeste (62,2%), seguido do Sudeste (55,3%). No entanto, em 2007 essas taxas são bastante elevadas, especialmente no Norte (22,14 óbitos por 1000 NV) e no Nordeste (28,67), desviando a média nacional para 20,01. Essa queda deve-se especificamente à queda do componente pós-neonatal.

A partir de 2008 e até 2011 as estimativas dessas taxas calculadas pela SVS são apresentadas abaixo.

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

Quadro 1: TMI, TM Neonatal e TM pós-neonatal, 1990 - 2007 e projeções para 2008-2011. Brasil																						
																			PROJEÇÕES			
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>NEONATAL</b>	23,1	23,5	21,4	20,1	20,0	20,2	19,9	19,8	18,2	18,0	17,1	16,7	16,0	15,3	15,6	14,1	13,6	13,61	13,0	12,5	12,1	11,8
<b>PÓS-NEONATAL</b>	24,0	21,1	20,9	20,1	18,2	15,5	13,8	12,1	12,3	10,4	9,6	9,0	8,3	8,2	7,9	7,0	6,6	6,4	5,9	5,4	5,2	5,1
<b>TMI</b>	47,1	44,6	42,3	40,2	38,2	35,7	33,7	31,9	30,4	28,4	26,8	25,6	24,3	23,6	23,6	21,2	20,2	20,01	18,89	17,92	17,38	16,86

Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

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

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

**Objetivo II:** Reduzir a mortalidade materna.

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Ampliação da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e materno, buscando a redução da sub-notificação;
- Qualificação da causa de óbito;
- Identificação dos problemas que levaram ao óbito;
- Aprimoramento e monitoramento da qualidade e efetividade da atenção pré-natal:

Atualização dos manuais:

- a) Pré-natal e e Puerpério;
- b) Manual de atenção à gestação de alto risco

Apoio a estados e municípios na capacitação sobre atenção pré-natal.

- As ações de vigilância devem ser implementadas, da seguinte forma: identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos; criar uma equipe de vigilância dos óbitos; estabelecer fluxo e regulamentar as portarias 1172/04 e 1119/08.

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

### Meta Brasil:

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

\* dados preliminares

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

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

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



do SIM, por 100, no total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e óbitos maternos<sup>2</sup> fora da faixa etária de 10 a 49 anos residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

**Método de cálculo:**

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

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

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

**Fonte:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

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

---

<sup>2</sup> Conceito de óbito materno – A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

As mortes maternas são causadas por afecções do capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério (com exceção das mortes fora do período do puerpério de 42 dias – códigos O96 e O97) e por afecções classificadas em outros capítulos da CID, especificamente:

(i) Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez (campo 44 da Declaração de Óbito [DO] assinalado “sim”) ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte (campo 44 da DO em branco ou assinalado “ignorado”).

(ii) Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte. Para isso devem ser considerados os casos em que o campo 43 da DO (morte durante gravidez, parto e aborto) esteja marcado “sim” ou o campo 44 (morte durante o puerpério) assinalado “sim, até 42 dias”.

(iii) São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram evolução normal da gravidez, parto ou puerpério. Entretanto, essas mortes, para efeito do cálculo da Razão de Mortalidade Materna, não serão incluídas, tanto pela baixa frequência de ocorrência, quanto pela dificuldade da sua identificação na base de dados de mortalidade. A CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Estes casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.

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

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

### **Análise Descritiva**

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

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

Tabela 1: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados ou não informados, segundo UF e região, Brasil, 2006 a 2008

	2006		2007		2008*	
	investigado	não informado	investigado	não informado	investigado	não informado
<b>BRASIL</b>	<b>27,0</b>	<b>44,7</b>	<b>37,1</b>	<b>39,8</b>	<b>37,3</b>	<b>36,6</b>
<b>Região Norte</b>	<b>17,7</b>	<b>53,0</b>	<b>17,6</b>	<b>53,5</b>	<b>21,6</b>	<b>52,8</b>
Rondônia	33,3	24,5	16,9	50,2	27,5	50,4
Acre	22,3	9,6	42,7	21,8	54,0	19,3
Amazonas	9,6	49,0	2,4	36,7	16,0	21,6
Roraima	62,1	9,7	75,0	12,1	82,0	2,9
Pará	11,8	67,3	8,7	71,1	9,2	75,1
Amapá	1,0	86,9	2,4	93,4	0,0	96,1
Tocantins	40,3	39,2	74,1	16,6	71,3	19,4
<b>Região Nordeste</b>	<b>27,5</b>	<b>51,7</b>	<b>36,5</b>	<b>46,1</b>	<b>32,9</b>	<b>45,0</b>
Maranhão	33,1	52,3	37,0	47,9	33,0	49,4
Piauí	15,1	76,1	59,1	28,8	51,4	33,3
Ceara	33,0	28,7	49,7	25,1	68,5	9,9
Rio Grande do Norte	28,0	52,6	28,5	55,8	36,1	62,2
Paraíba	20,2	14,9	47,1	13,7	45,8	15,3
Pernambuco	59,7	13,0	64,3	14,5	38,1	23,6
Alagoas	21,5	72,4	22,9	70,7	21,7	72,6
Sergipe	25,4	64,9	33,7	26,4	23,1	25,3
Bahia	6,5	86,6	9,8	82,6	6,9	80,8
<b>Região Sudeste</b>	<b>26,1</b>	<b>40,4</b>	<b>37,3</b>	<b>36,5</b>	<b>35,2</b>	<b>31,9</b>
Minas Gerais	23,6	47,4	41,5	45,9	36,0	41,3
Espírito Santo	29,6	2,0	35,7	1,6	21,5	2,0
Rio de Janeiro	42,7	18,5	48,7	7,8	49,7	4,0
São Paulo	18,8	51,4	29,7	49,5	28,6	45,1
<b>Região Sul</b>	<b>23,5</b>	<b>49,4</b>	<b>45,3</b>	<b>33,1</b>	<b>56,1</b>	<b>24,3</b>
Paraná	45,6	20,0	77,3	12,4	71,2	14,1
Santa Catarina	27,9	5,7	28,4	19,1	42,4	14,8
Rio Grande do Sul	0,1	99,6	23,7	60,1	48,2	39,5
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>47,3</b>	<b>30,2</b>	<b>40,6</b>	<b>37,2</b>	<b>41,5</b>	<b>45,2</b>
Mato Grosso do Sul	2,2	96,9	34,1	60,5	1,2	96,1
Mato Grosso	67,8	11,8	63,1	20,6	66,2	20,7
Goiás	66,1	20,8	37,8	49,0	38,0	52,5
Distrito Federal	24,6	1,7	24,1	2,8	64,1	1,6

\* dados preliminares

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Coordenação geral de Informações e Análises Epidemiológicas

Departamento de Análise da Situação de Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: [dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)

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

**Objetivo II:** Reduzir a mortalidade materna.

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

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

Indicador	Meta Brasil	
	2010	2011
Incidência de sífilis congênita	Reduzir em 15% o número de casos de sífilis congênita	Reduzir em 15% o número de casos de sífilis congênita

### Indicador 7: Incidência de sífilis congênita

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

**Descrição do indicador:** Sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.

A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* durante o parto, se houver lesões genitais maternas, e durante a amamentação, se houver lesão mamária por sífilis. Sífilis também pode ocasionar aborto espontâneo, natimortalidade ou morte perinatal.

O indicador Número de casos de Sífilis Congênita expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto:

- No início da gestação, por ocasião da solicitação inicial de exame de VDRL;

- Por volta da 30ª semana, quando da segunda solicitação de exame de VDRL;
- Por ocasião do parto, solicitação regulamentada pela portaria 766/2005;

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

**Método de cálculo:** Número de casos de Sífilis congênita residentes em determinado local e diagnosticados no ano.

**Registro no SISPACTO:** número absoluto.

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

**Limitações:**

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

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

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

Observação: para estimar o número de casos, foi aplicada a taxa de incidência estimada no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, do Programa Nacional de DST/AIDS para 2007, à população de nascidos vivos de 2006 (dados preliminares), último ano com dados disponíveis de NV. Esse cálculo originou o número de casos estimados para 2006, ao qual foi aplicado o percentual de redução estimado para cada ano, para estipular a previsão do número de casos até 2011.

É importante ressaltar que a Área Técnica de Saúde da Mulher e a Diretoria de DST/AIDS consideram necessária a modificação do cálculo do indicador proposto, haja vista que a subnotificação dos casos de sífilis é muito inferior ao previsto no estudo de parturientes que deveria ser de 12 mil. Neste sentido, estas áreas técnicas sugerem que para o processo de pactuação relativo ao ano de 2012, o cálculo seja a prevalência dos casos de sífilis a partir dos dados do estudo de parturientes a ser divulgado no ano de 2011.

Tabela 1: Taxa de prevalência (%) de parturientes e nascidos vivos com sífilis segundo região. Brasil, 2004.

<b>Região</b>	<b>Prevalência* (%)</b>	<b>Parturientes** em 2002</b>	<b>Parturientes com sífilis</b>	<b>Nascidos vivos com sífilis***</b>
Norte	1,8	301.208	5.422	1.355
Nordeste	1,9	929.717	17.665	4.416
Sudeste	1,6	1.195.168	19.123	4.781
Sul	1,4	406.116	5.686	1.421
Centro-Oeste	1,3	227.193	2.954	738
<b>Brasil</b>	<b>1,6</b>	<b>3.059.402</b>	<b>48.95</b>	<b>12.238</b>

\* Estudo Sentinela Parturiente, 2004. \*\*Estimado pelos Nascidos vivos. \*\*\*Taxa estimada de transmissão de sífilis de 25%

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS

e-mail: [dapes.sas@saude.gov.br](mailto:dapes.sas@saude.gov.br)

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

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

**Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

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

**Meta Brasil:**

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

**OBS:** A meta pactuada para o período de 2010 a 2011 teve como base a letalidade pelos casos graves de dengue ocorrida em 2008, desta forma, as UF com letalidade  $<2\%$ , manter abaixo de  $2\%$ ; UF com letalidade maior ou igual a  $2\%$  e menor que  $10\%$ , reduzir em  $25\%$ , UF com letalidade maior ou igual a  $10\%$  e menor que  $20\%$ , reduzir em  $40\%$ , UF com letalidade maior ou igual a  $20\%$ , reduzir em  $50\%$  em relação ao ano anterior.

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

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

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

**Método de cálculo:**

$$\frac{\text{número de óbitos confirmados de FHD/SCD + DCC}}{\text{número de casos confirmados de FHD/SCD + DCC}} \times 100$$

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

**Fonte:** SINAN

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

Tabela 1: Letalidade pelas formas graves de dengue (FHD/SCD + DCC) 2008

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

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: [daqvs@saude.gov.br](mailto:daqvs@saude.gov.br)



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

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

**Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

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

**Meta Brasil:**

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

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

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

**Descrição do indicador:** percentual de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de pauci e multibacilar em 31 de dezembro do ano de avaliação. O indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde para a hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas.

**Método de cálculo:**

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

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

**Fonte:** SINAN alimentado pelas SMS e SES

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

Para o cálculo desse indicador pressupõe-se que a base de dados esteja atualizada e que a análise de duplicidade com execução dos procedimentos indicados já tenha sido realizada.

Os dados do numerador e do denominador do indicador devem ser calculados separadamente para casos, paucibacilares e multibacilares, e em seguida somados, conforme descrito no Roteiro.

Período para seleção de casos novos das Coortes de Hanseníase:

- Paucibacilar – Casos novos residentes com data de diagnóstico no ano anterior à avaliação;
- Multibacilar – Casos novos residentes com data de diagnóstico 2 anos antes do ano da avaliação.

O monitoramento deste indicador deverá ser efetuado pelo menos 1 vez por trimestre, possibilitando o acompanhamento periódico dos resultados para cumprimento das metas pactuadas.

A tabulação do indicador encontra-se descrita no “Roteiro para Uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET HANSENÍASE”, disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/analise/HANS.pdf>

**Observações quanto ao registro no SISPACTO:**

No ano de 2010, os municípios que não haviam diagnosticado casos novos de hanseníase nos anos das coortes deviam registrar no campo relativo à meta o número 0 (zero), no sistema SISPACTO. Isso representava “não se aplica”.

Para 2011, os municípios que não diagnosticaram casos novos de hanseníase nos anos das coortes deverão utilizar a opção “não se aplica”, disponível no SISPACTO.

O quadro 1, apresenta a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase nos estados e regiões, no período de 2006 a 2009, conforme base de dados nacional.

Quadro 1. Percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase Estados e regiões, Brasil, 2006 a 2009

<b>Estados / Regiões</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Região Norte</b>	<b>84,3</b>	<b>80,0</b>	<b>80,0</b>	<b>81,5</b>
Rondônia	88,2	81,6	86,8	87,9
Acre	96,1	97,8	95,7	98,8
Amazonas	77,4	78,6	79,1	78,4
Roraima	80,5	74,7	70,7	75,1
Para	82,9	78,2	77,1	78,3
Amapá	69,0	52,1	52,1	68,0
Tocantins	93,4	84,5	84,7	88,1
<b>Região Nordeste</b>	<b>86,0</b>	<b>79,9</b>	<b>79,3</b>	<b>80,5</b>
Maranhão	87,8	81,6	79,7	81,0
Piauí	82,2	77,6	76,9	74,2
Ceara	90,0	81,6	83,8	83,1
Rio Grande do Norte	76,6	64,5	73,7	77,6
Paraíba	85,9	77,0	75,6	78,8
Pernambuco	88,1	81,3	83,7	84,6
Alagoas	85,2	82,5	80,9	81,8
Sergipe	91,3	87,8	87,1	85,3
Bahia	80,2	76,1	71,9	76,7
<b>Região Sudeste</b>	<b>86,3</b>	<b>86,3</b>	<b>86,0</b>	<b>86,9</b>
Minas Gerais	84,7	87,3	89,0	88,8
Espírito Santo	94,4	92,2	89,0	91,8
Rio de Janeiro	84,2	83,9	81,9	84,4
São Paulo	86,1	84,6	85,6	85,1
<b>Região Sul</b>	<b>90,8</b>	<b>87,6</b>	<b>89,0</b>	<b>87,0</b>
Paraná	89,7	88,1	90,9	87,6
Santa Catarina	95,3	89,0	86,0	93,0
Rio Grande do Sul	95,0	83,5	77,7	76,5
<b>Região Centro Oeste</b>	<b>83,2</b>	<b>77,4</b>	<b>80,4</b>	<b>80,2</b>
Mato Grosso do Sul	<b>91,3</b>	<b>86,3</b>	87,9	85,6
Mato Grosso	81,7	79,3	84,5	82,6
Goiás	82,7	73,4	73,9	76,2
Distrito Federal	87,3	82,5	83,5	83,4
<b>Brasil</b>	<b>85,5</b>	<b>81,1</b>	<b>81,3</b>	<b>82,1</b>

Fonte: Sinan/SVS-MS

Dados disponíveis em 31/07 do ano avaliado.

Obs. situação em 31/12 da cada ano

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase - CGPNCH

Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

[e-mail: dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)

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

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

**Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

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

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

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

**Observação:**

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

$\geq 75\%$  para as UF com menos de 65% na linha de base no ano de avaliação 2009 (casos diagnosticados em 2007) <sup>3</sup>;

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

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

<sup>3</sup> Para a avaliação será necessário utilizar o ano de diagnóstico anterior, proporcionando assim o tempo para o encerramento dos casos. Exemplo: CN diagnosticado em dez/2008 deverá ser encerrado até dez/2009. Logo, em janeiro de 2010 será possível avaliar o ano de 2009.

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

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

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

**Método de cálculo:**

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

Exemplo:

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

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

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

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

EXEMPLO:

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

**Observações quanto ao registro no SISPACTO:**

No ano de 2010, os municípios que não haviam diagnosticado casos de tuberculose nos anos das coortes deviam registrar no campo relativo à meta o número 0 (zero), no sistema SISPACTO. Isso representava “não se aplica”.

Para 2011, caso o município não tenha diagnosticado nenhum caso de tuberculose no período avaliado deve-se utilizar a opção “não se aplica” no SISPACTO para o preenchimento do indicador.

Quadro1: Série Histórica da Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, por UF de Residência, 2004 a 2007.

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

### Análise da Série Histórica

Observa-se a grande diferença entre as Unidades Federadas com relação ao percentual de cura dos pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera. Apenas três estados alcançaram o percentual de cura recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que é de 85%, em um dos 4 anos avaliados. O fato de não terem sido alcançados melhores percentuais de cura faz com que as metas de redução dos casos de tuberculose estejam abaixo do esperado. O baixo percentual de cura de pacientes pulmonares bacilíferos leva à permanência da transmissão, bem como na possibilidade dos casos tornarem-se formas mais graves da doença.

## **Seleções para tabulação:**

### **1ª etapa:**

DEF=C:\SINANNET\BASEDBF\TuberculNET.def

Memória de Cálculo

Linha = UF Residência ou município de residência

Coluna = situação de encerramento

Incremento = Frequência

Seleções Ativas:

Ano Diagnóstico: ANO DA PACTUAÇÃO

UF Residência ou município de residência = selecionar o município ou UF a ser avaliada

Tipo de entrada: caso novo, não sabe

Situação de encerramento: todas exceto mudança de diagnóstico

Forma: Pulmonar, pulmonar + extrapulmonar

1ª baciloscopia de escarro: Positivo

### **2ª etapa:**

Renomeia a coluna "CURA" para "1ª BARR\_CURA"

Renomeia a coluna "TOTAL" para "1ª BARR\_TOT"

Salva tabela.

### **3ª etapa:**

DEF=C:\SINANNET\BASEDBF\TuberculNET.def

Memória de Cálculo

Linha = UF Residência ou município de residência

Coluna = situação de encerramento

Incremento = Frequência

Seleções Ativas:

Ano Diagnóstico: ANO DA PACTUAÇÃO

UF Residência ou município de residência = selecionar o município ou UF a ser avaliada

Tipo de entrada: caso novo, não sabe

Situação de encerramento: todas exceto mudança de diagnóstico

Forma: Pulmonar, pulmonar + extrapulmonar

1ª baciloscopia de escarro: Ign/ Branco/ Negativo, Não realizada

2ª baciloscopia de escarro: Positivo

### **4ª etapa:**

Renomeie a coluna "CURA" para "2ª BARR\_CURA"

Renomeia a coluna "TOTAL" para "2ª BARR\_TOT"

Salva tabela.

### **5ª etapa:**

Inclui a tabela originada da 1ª etapa

**6ª etapa:**

Operações – Soma

Somar as colunas “1ª BARR\_CURA” e “2ª BARR\_CURA” e criar uma coluna SOMA\_CURA.

Somar as colunas “1ª BARR\_TOT” e “2ª BARR\_TOT” e criar uma coluna SOMA\_TOTAL.

**7ª etapa:**

Calcular o percentual da coluna “SOMA\_CURA” (1ª BARR\_CURA + 2ª BARR\_CURA)

Operações – Calcular indicador – Numerador (SOMA\_CURA) / Denominador (SOMA\_TOTAL). Escala: por 100. Casas decimais: 2

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT

Departamento de Vigilância Epidemiológica - DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: [dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)



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

**Objetivo IV:** Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia Legal<sup>4</sup>.

**Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

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

**Meta Brasil:**

Indicador	Meta Brasil	
	2010	2011
Índice Parasitário Anual (IPA) de malária.	Índice parasitário anual de malária ≤ 12,9 por 1000 habitantes.	Índice parasitário anual de malária ≤ 12,3 por 1000 habitantes.

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

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

**Descrição do indicador:** Número de exames positivos de malária (códigos B50 a B53 da CID-10), por mil habitantes, em determinada área, no ano considerado. São excluídos os resultados de Lâmina de Verificação de Cura (LVC), por estarem relacionadas a recidivas (recrudescências e recaídas). Estima o risco de ocorrência anual de casos de malária, em áreas endêmicas, com graus de risco expressos em valores do IPA: baixo (<10,0), médio (10,0-49,9) e alto (>50,0). É o risco de adoecer por malária.

**Método de cálculo:**

$$\frac{\text{Número de exames positivos de malária registrados em uma área}}{\text{População residente na área}} \times 1.000$$

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

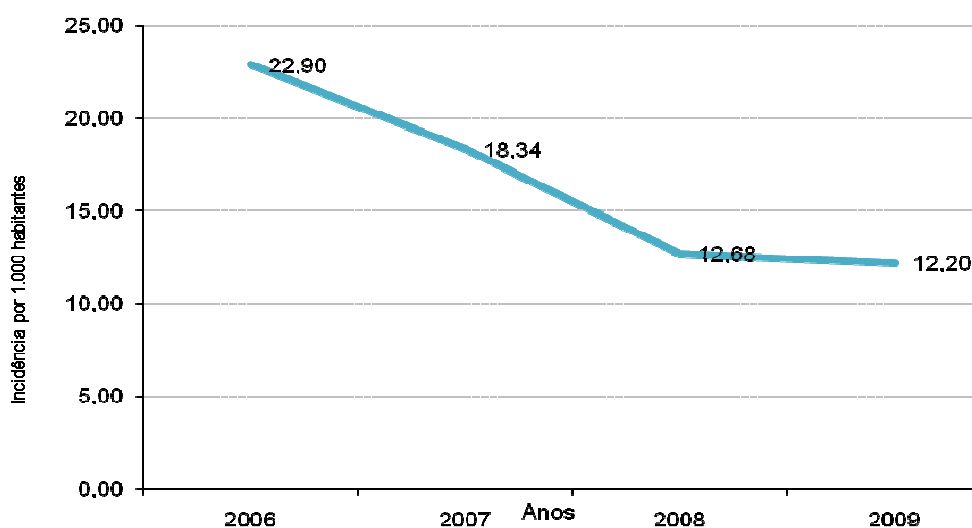
**Fonte:** SIVEP- Malária (Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Malária).

<sup>4</sup> Amazônia Legal – refere-se a todos os municípios dos estados da região Norte (AM, AP, AC, TO, RO, RR, PA) e dos estados de MT e MA.

## Recomendações, observações e informações adicionais:

Na Amazônia Brasileira, entre os anos de 2006 a 2009, o maior risco de adoecimento por malária ocorreu em 2006 (22,90/1.000 habitantes). Nos anos seguintes observou-se uma redução dos valores do IPA, sendo em 2007 (18,34/ 1.000 habitantes), 2008 (12,68/ 1.000 habitantes) e em 2009 (12,20/ 1.000 habitantes). Considerando-se a dimensão apurada do indicador (12,20/1.000 habitantes) em 2009, observa-se uma redução da ordem de 46,73% do IPA em 2009 com relação ao ano de 2006, quando foi registrado IPA = 22,9/ 1.000 habitantes. (Gráfico 01).

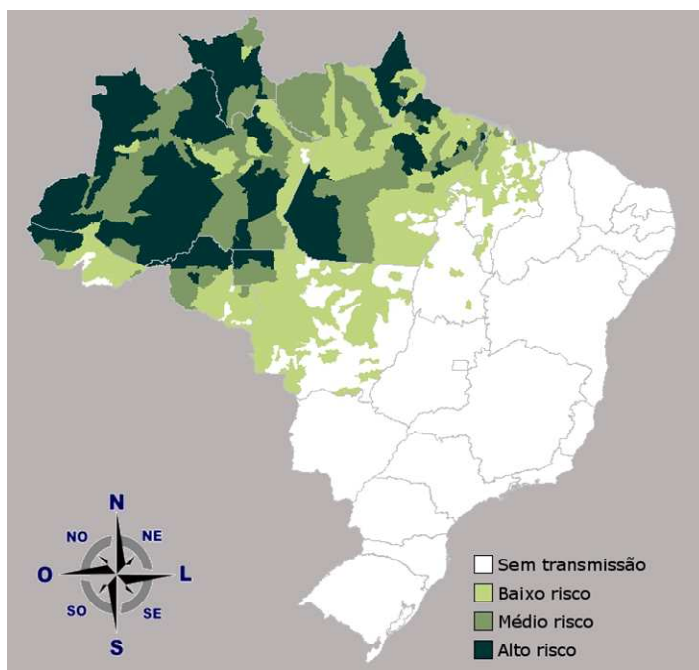
Gráfico 01. Índice Parasitário Anual (IPA). Região Amazônica. 2006 a 2009.



Em 2009, o risco de adoecer por malária foi maior no estado do Acre (37,64/1.000 hab.), seguido do estado de Roraima, que no referido ano apresentou o segundo maior IPA da região (32,12/1.000 hab.). O Amazonas foi o terceiro estado com maior risco de adoecer por malária, apresentando um IPA de (30,05/1.000 hab.). Estes estados foram classificados como de médio risco. Os estados do Mato Grosso, Maranhão e Tocantins foram classificados como estados de baixo risco de adoecer por malária.

As áreas de maior risco, destacadas na figura abaixo com a cor mais escura, se concentram em seis estados considerados prioritários pelo Programa Nacional de Controle da Malária (AC, AP, AM, PA, RO e RR), para os quais as estratégias são diferenciadas e definidas de acordo com as características locais.

Figura 01. Mapa de risco da malária por local de infecção. Região Amazônica, 2009.



OBS.; Baixo risco: IPA <10; médio risco IPA 10-49; alto risco IPA ≥ 50.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária - CGPNM  
Departamento de Vigilância Epidemiológica - DEVEP  
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS  
e-mail: [dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)

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

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

**Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

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

**Meta Brasil:** A meta para os Estados é de 80% de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado.

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

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

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

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

**Método de cálculo:**

$$\frac{\text{Soma do número de amostras coletadas para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinela da UF}}{\text{Soma do número preconizado de amostras para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinela da UF}} \times 100$$

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

**Fonte:** SIVEP- GRIPE

### **Análise Brasil, Regiões e estados**

O Ministério da Saúde possui um sistema de vigilância sentinela de influenza, desde o ano 2000. Esta vigilância monitora os casos suspeitos de síndrome gripal (SG) e os resultados pelo diagnóstico laboratorial de Imunofluorescência Indireta para vírus respiratórios em uma rede de unidades-sentinelas em diferentes complexidades de assistência à saúde.

Atualmente a rede sentinela possui 63 unidades ativas em todo o território nacional, concentrando-se, em sua maioria, nas capitais brasileiras. Na Tabela 1 observa-se que 25,3% (16/63) unidades estão localizadas na região Nordeste, em segundo lugar a região Sudeste com 25,3% (16/63) e em terceiro a região Norte com, 20,6% (13/63).

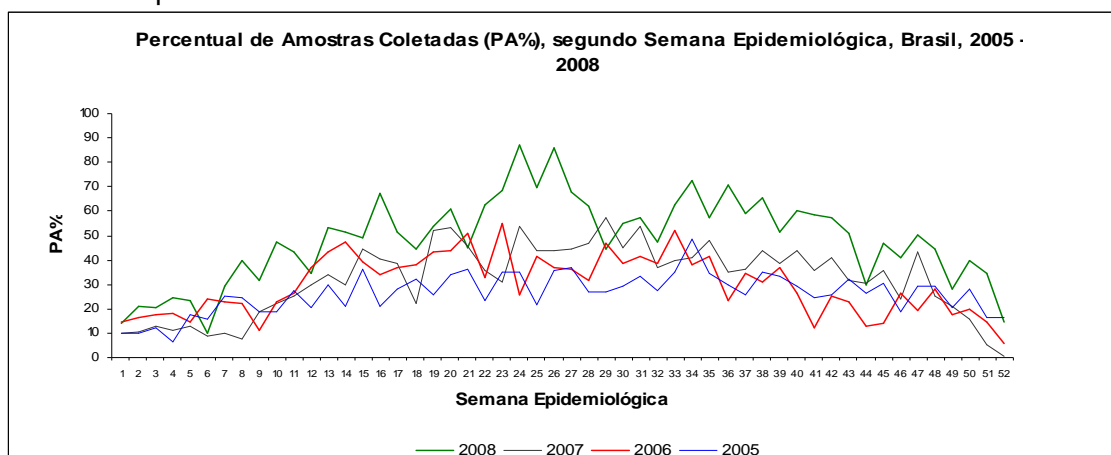
Tabela 1: Distribuição percentual de unidades da rede sentinela de influenza, segundo região geográfica. Brasil, 2010 (até a SE41).

<b>Região</b>	<b>Nº Unidades Sentinelas</b>	<b>%</b>
Nordeste	16	25,3
Sudeste	16	25,3
Norte*	13	18,1
Sul	10	16,4
Centro-Oeste	8	13,1
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Fonte: SIVEP\_GRIPE.

O Gráfico 1 demonstra a variação do indicador de PA por semana epidemiológica (SE), no período de 2005 a 2008. Observa-se um melhor desempenho no ano de 2008, destacando-se o alcance da meta de 80% nas SE 24 e 26, o que não havia sido observado em anos anteriores.

Gráfico 1 - Série histórica de amostras coletadas na rede sentinela de influenza. Brasil. No período 2005 a 2008.



Em 2009, foram coletadas 7.613 amostras, o maior número de amostras coletadas desde o início da vigilância sentinela de influenza no Brasil. Neste ano,

novas unidades foram implantadas na rede sentinela com o intuito de fortalecer o monitoramento dos vírus respiratórios circulantes em nosso país.

### **Recomendações, observações e informações adicionais**

A Nota Técnica nº 1/2010/CGDT/DEVEP/SVS/MS de 12/03/2010 esclarece que o indicador 12 “*Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus Influenza em relação ao preconizado*” é obrigatório para a União, para os estados e Distrito Federal e na esfera municipal apenas para os municípios que possuem US para influenza. Este Sistema está implantado em todos os 26 estados e no Distrito Federal, sendo que as US estão localizadas em sua maioria nas capitais, podendo ser encontradas também em municípios de fronteiras e em alguns municípios do interior (Quadro 1).

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

### **Municípios com pactuação de meta para este indicador:**

Quadro 1- Lista de unidades ativas da rede sentinela de influenza. Brasil, 2010.

<b>Município</b>	<b>UF</b>	<b>Nº de Unidades/Município</b>
Rio Branco	AC	1
Maceió	AL	1
Manaus	AM	2
Macapá	AP	2
Salvador	BA	1
Belo Horizonte	BH	2
Fortaleza	CE	2
Brasília	DF	2
Vitória	ES	1
Goiânia	GO	2
São Luis	MA	2
Pouso Alegre	MG	1
Campo Grande	MS	2
Cuiabá	MT	2
Belém	PA	1
João Pessoa	PB	2
Recife	PE	2
Teresina	PI	2
Curitiba	PR	2
Foz do Iguaçu	PR	1

Quadro 1- Lista de unidades ativas da rede sentinela de influenza. Brasil, 2010. (Cont.)

<b>Município</b>	<b>UF</b>	<b>Nº de Unidades/Município</b>
Rio de Janeiro	RJ	2
Natal	RN	2
Porto Velho	RO	2
Boa Vista	RR	3
Caxias do Sul	RS	1
Porto Alegre	RS	2
Uruguaiana	RS	1
Florianópolis	SC	2
São José	SC	1
Aracaju	SE	2
Taubaté	SP	1
Bauru	SP	1
Campinas	SP	1
Guarulhos	SP	1
Ribeirão Preto	SP	1
Santos	SP	1
São José do Rio Preto	SP	1
São Paulo	SP	2
Sorocaba	SP	1
Palmas	TO	2
<b>Brasil</b>		<b>63</b>

Fonte: Sivep-gripe.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

URI/ GT- INFLUENZA

Departamento de Vigilância Epidemiológica - DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: [dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)

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

**Objetivo VI:** Fortalecer a vigilância epidemiológica das hepatites virais para ampliar a detecção de casos de hepatite B e a qualidade do encerramento dos casos por meio dos exames sorológicos específicos (critério laboratorial).

**Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

- Monitoramento dos casos de hepatite B notificados no Sinan quanto à realização do exame sorológico específico para confirmação do caso, por critério laboratorial, informando às Unidades Federadas periodicamente os resultados percentuais;
- Realização e apoio às capacitações em vigilância epidemiológica das hepatites virais no âmbito estadual;
- Articulação com os LACEN para melhoria dos fluxos dos resultados de exames laboratoriais.

**Meta Brasil:**

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

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

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

**Descrição do indicador:** Os casos de hepatite B devem ser confirmados por meio de exames sorológicos específicos para detecção do HBsAg e/ou anti-HBc IgM. Contudo, ocorrem casos no Sinan que são confirmados ainda que sem a realização desses exames o que representa inconsistência e compromete qualidade da informação.

**Método de cálculo:** Número de casos confirmados de hepatite B (Casos com HBsAg reagente somados aos casos que sejam HBsAg não reagente/inconclusivo mas com anti-HBc IgM reagente) dividido pelo número de casos de hepatite B com classificação final "confirmação laboratorial" em determinado período de notificação e determinado local de residência multiplicado (x) por 100.

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

**Fonte:** SINAN NET



**Recomendações, observações e informações adicionais:**

Para ampliar a proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia é fundamental notificar os casos suspeitos de hepatites virais no Sinan e garantir a realização do exame sorológico mediante o estabelecimento de fluxos desde a coleta até o recebimento oportuno do resultado, tendo em vista o prazo de encerramento oportuno da ficha de investigação epidemiológica (FIE) de 180 dias.

Além disso, deve-se monitorar os casos notificados para identificação imediata daqueles nos quais não foram coletadas amostras sorológicas adequadas e oportunas para realização de busca ativa.

**Observações quanto ao registro no SISPACTO:**

Resta apontar que para o cálculo do indicador “proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia” pode ser igual a zero em duas situações:

1) não foram notificados casos de hepatite B no local de residência e no período;

2) Os casos que foram notificados não possuem os marcadores sorológicos específicos HBsAg ou anti-HBc IgM.

Neste caso ao realizar a alimentação do SISPACTO em 2010, orientou-se que fosse atribuído o número zero independente das situações supracitadas.

Para o ano de 2011 estará disponível a opção “não se aplica” que deverá ser escolhida para primeira situação, na qual não há notificação de casos da doença em determinado local e período.

## Série Histórica

Tabela 1: Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia por Unidade Federada de residência e ano de notificação, Brasil, 1999 a 2009.

UF de residência	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Brasil</b>	<b>10.7</b>	<b>14.5</b>	<b>23.2</b>	<b>58.1</b>	<b>66.4</b>	<b>66.6</b>	<b>68.9</b>	<b>71.8</b>	<b>84.9</b>	<b>85.4</b>	<b>83.0</b>
<b>Região Norte</b>	<b>38.2</b>	<b>70.2</b>	<b>62.6</b>	<b>80.0</b>	<b>69.6</b>	<b>70.3</b>	<b>66.6</b>	<b>77.0</b>	<b>87.1</b>	<b>89.8</b>	<b>86.1</b>
Rondônia	76.5	58.9	51.6	87.1	85.9	84.1	89.8	89.6	93.7	96.3	88.7
Acre	100.0	99.6	94.8	96.7	98.3	94.9	89.8	94.8	94.3	98.8	98.6
Amazonas	0.0	75.8	73.6	83.7	68.9	68.6	46.4	55.2	73.8	80.3	85.0
Roraima	0.0	8.7	95.0	96.2	100.0	86.0	95.2	87.8	92.1	100.0	100.0
Pará	0.0	1.3	1.8	41.4	64.0	71.9	45.6	42.7	57.9	61.3	50.2
Amapá	0.0	0.0	0.0	57.9	83.3	27.7	49.2	71.9	97.6	100.0	100.0
Tocantins	0.0	85.9	21.6	52.7	32.9	36.9	32.1	58.0	83.8	80.7	81.6
<b>Região Nordeste</b>	<b>1.3</b>	<b>2.6</b>	<b>4.1</b>	<b>22.3</b>	<b>39.7</b>	<b>42.2</b>	<b>44.6</b>	<b>57.1</b>	<b>71.3</b>	<b>75.2</b>	<b>68.2</b>
Maranhão	0.0	2.6	8.4	35.3	52.1	41.2	49.4	50.3	76.0	88.0	78.7
Piauí	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	41.7	58.6	44.1	82.4	64.7	94.7
Ceará	0.0	0.0	0.0	10.7	61.2	58.6	51.4	68.6	83.6	72.7	83.7
Rio Grande do Norte	0.0	0.0	0.0	11.1	25.0	43.8	39.4	60.0	74.5	66.7	66.7
Paraíba	0.0	0.0	0.0	0.0	15.5	23.2	44.3	48.3	22.4	31.1	28.3
Pernambuco	0.0	0.0	1.7	12.6	40.8	42.6	42.5	44.1	63.4	65.9	69.9
Alagoas	3.8	18.2	22.5	67.9	56.4	51.2	42.0	54.7	71.0	81.0	73.4
Sergipe	0.0	0.0	25.0	52.6	71.4	79.2	85.9	75.9	95.2	92.6	88.9
Bahia	0.0	5.2	3.0	9.8	25.4	36.8	32.3	56.9	76.8	79.5	72.9
<b>Região Sudeste</b>	<b>25.9</b>	<b>7.0</b>	<b>17.0</b>	<b>48.0</b>	<b>52.5</b>	<b>57.7</b>	<b>60.6</b>	<b>63.0</b>	<b>81.9</b>	<b>80.0</b>	<b>79.8</b>
Minas Gerais	46.2	19.0	9.5	60.9	68.7	68.3	54.5	53.1	63.4	69.4	74.4
Espírito Santo	0.0	1.8	13.7	78.7	79.5	86.0	75.9	80.2	93.4	93.3	91.6
Rio de Janeiro	0.0	0.4	1.5	12.3	23.1	25.9	30.5	33.3	72.1	59.7	47.8
São Paulo	59.0	47.2	64.3	74.6	75.6	73.9	73.3	76.7	87.9	85.8	85.4
<b>Região Sul</b>	<b>4.6</b>	<b>7.3</b>	<b>24.2</b>	<b>65.3</b>	<b>90.0</b>	<b>90.5</b>	<b>89.2</b>	<b>86.5</b>	<b>91.6</b>	<b>93.2</b>	<b>92.7</b>
Paraná	11.1	8.2	33.9	49.3	96.0	95.1	96.5	91.9	92.5	95.9	91.4
Santa Catarina	5.2	11.2	26.5	81.9	93.5	92.8	93.7	93.4	96.5	95.4	97.0
Rio Grande do Sul	1.8	2.3	10.5	61.6	77.5	82.1	76.1	73.0	84.9	88.1	89.8
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>3.5</b>	<b>11.9</b>	<b>19.6</b>	<b>77.7</b>	<b>71.2</b>	<b>68.7</b>	<b>74.9</b>	<b>75.7</b>	<b>86.3</b>	<b>90.2</b>	<b>85.7</b>
Mato Grosso do Sul	3.7	2.0	10.2	84.9	76.2	81.4	87.1	83.7	85.3	87.4	79.0
Mato Grosso	0.0	16.7	12.4	60.4	74.2	48.9	53.6	64.6	94.6	94.9	91.8
Goiás	0.0	2.9	14.6	80.3	72.2	70.3	80.6	80.1	81.6	87.5	81.8
Distrito Federal	0.0	65.0	66.7	90.3	56.2	67.7	73.6	78.8	88.3	89.2	88.8

FONTE: Casos de hepatites virais: Sinan/SVS/MS

NOTAS: Casos notificados no SINAN até 31 de dezembro de 2009 ; Dados preliminares para 2009; Não foram retiradas as duplicidades de notificação

### Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: dagvs@saude.gov.br

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

**Objetivo VII:** Reduzir a transmissão vertical do HIV.

**Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

- Implantação/Implementação do Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis;
- Realizar capacitação em vigilância epidemiológica do HIV/Aids para Estados e Municípios.

**Meta Brasil:**

Indicador	Meta Brasil	
	2010	2011
Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade.	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade $\leq 3,2$ .	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade $\leq 3,0$ .

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

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

A pactuação deverá ser realizada por municípios que apresentaram pelo menos um caso de Aids notificado no Sinan, registrado no Siscel, no Siclon ou declarados no SIM.

**Descrição do indicador:** Estima o risco de ocorrência de casos novos confirmados de aids na população de menores de 5 anos de idade. É utilizado como proxy da taxa de incidência de casos de aids por transmissão vertical.

**Método de cálculo:** Número de casos de aids diagnosticados em menores de 5 anos de idade em um determinado ano e local de residência, dividido pela população total residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano e local, multiplicado (X) por 100.000.

**Registro no SISPACTO:** taxa com duas casas decimais.

**Fonte:** Casos de aids em menores de cinco anos: obtido a partir do relacionamento de banco de dados, a saber: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

População: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

## Recomendações, observações e informações adicionais:

### Observações quanto ao registro no SISPACTO:

Para o ano de 2010, recomendou-se que a pactuação fosse realizada por aqueles municípios que desenvolvem ações de DST/Aids. Para os demais, orientou-se registrar no SISPACTO o número “zero”, representando que o indicador “não se aplica” àquele município. Assim, no referido ano, o registro do “zero” tem dois significados: o município pactuou zero de taxa de incidência de aids em menores de cinco anos ou não pactuou esse indicador.

Em 2011, será utilizada uma restrição no sistema, ou seja, apenas os municípios com pelo menos um caso de aids e que tem ações de DST/Aids estarão habilitados a registrar suas metas pactuadas. Com isso, a partir de 2011, o registro do número zero representa a meta pactuada pelo Estado ou Município.

Espera-se reduzir a transmissão vertical e conseqüentemente o número de casos de aids em menores de 5 anos em todos os estados e no país.

Tabela 1: Taxa de incidência de aids em menores de cinco anos de idade (por 100.000 hab.) segundo Região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1996-2007

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

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS ; para população: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 05/11/2008.

NOTA: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCE.; (2) SINAN e SISCEL até 30/06/2008 e SIM de 2000 a 2007. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

### Comentários

Do ano de 1996 a 2007 houve significativa redução na taxa de incidência de aids em menores de 5 anos no Brasil e nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

### Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: [daqvs@saude.gov.br](mailto:daqvs@saude.gov.br)

## Prioridade V - PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Objetivo I:** Reduzir os níveis de sedentarismo na população.

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

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

livre, atrelada à construção e/ou ampliação da percepção da população sobre os benefícios da atividade física para a saúde. As ações prioritárias são: o levantamento das prevalências de atividade física coletadas pelo VIGITEL, análise de dados do VIGITEL, divulgação dos resultados para população, ações educativas, implantação ações de promoção à saúde, articular com atenção básica ações para promoção e aumento da atividade física.

**Método de cálculo:**

$$\frac{\text{Número de adultos } (\geq 18 \text{ anos}) \text{ com atividade física suficiente no tempo livre}}{\text{Número de adultos } (\geq 18 \text{ anos}) \text{ residentes na respectiva cidade}} \times 100$$

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

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

Em publicação anual, o Ministério da Saúde, disponibiliza as informações e a análise de dados para os indicadores do VIGITEL com série histórica desde 2006 por cidade avaliada - disponível em:

[http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1521](http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521)

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

UF	Série histórica por cidade		
	2006	2007	2008
Salvador	14.6	17.0	14.5
São Luís	13.6	15.8	15.2
São Paulo	10.5	11.3	11.5
Teresina	12.6	15.5	15.4
Vitória	17.6	20.5	19.7
Distrito Federal	21.5	17.2	19.0
<b>Total</b>	<b>14.9</b>	<b>15.5</b>	<b>15.0</b>

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

## Prioridade V - PROMOÇÃO DA SAÚDE (cont)

**Objetivo II:** Reduzir a prevalência do tabagismo no país.

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil	
	2010	2011
Prevalência de tabagismo em adultos.	Taxa de prevalência de tabagismo $\leq$ 15,8% por ano.	Taxa de prevalência de tabagismo $\leq$ 15,5% por ano.

**Indicador 16 - Prevalência de tabagismo em adultos.**

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

### Descrição do indicador:

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

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que respondem atualmente pelas altas taxas de morbimortalidade. Assim, o monitoramento de fatores de risco para DCNT é relevante para a gestão do sistema de saúde e para a avaliação de efetividade das ações de Promoção da Saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em março de 2006, determinou como uma de suas prioridades o controle do tabagismo e o Ministério da Saúde tem financiado projetos de ambientes livres de tabaco, bem como apoiado o trabalho da CONIC na implementação da Lei nº 9.296/96. Desta forma, observar os níveis de tabagismo na população implica, direta e indiretamente, em mensurar a



implementação de políticas públicas nos âmbito da saúde, incluindo meio ambientes e afins, pois o desafio da redução deste fator de risco requer ações intersetoriais para seu êxito.

O objetivo desse indicador é reduzir a prevalência do tabagismo em adultos, através da implementação de ações que visam à promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada a esse fator de risco.

**Método de cálculo:**

$$\frac{\text{Número de adultos } (\geq 18 \text{ anos}) \text{ fumantes por cidade}}{\text{Número de adultos } (\geq 18 \text{ anos}) \text{ residentes na respectiva cidade}} \times 100$$

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

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

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

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**  
Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS  
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS  
e-mail: [daqvs@saude.gov.br](mailto:daqvs@saude.gov.br)

## Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

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

### Método de cálculo:

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

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

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

**Fonte:** Numerador: Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB ou sistema vigente. Denominador: Base demográfica do IBGE

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

Tabela 1: Proporção da população cadastrada na Estratégia Saúde da Família, por Unidade da Federação, Brasil, 2003-2010 (preliminar)

Unidade da Federação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Acre	38,20	38,80	47,90	51,50	50,84	62,35	63,24	61,33
Alagoas	66,20	67,30	69,00	69,70	68,61	70,32	70,89	78,23
Amapá	23,60	22,90	38,40	40,90	57,60	65,48	55,16	61,18
Amazonas	37,60	36,90	42,40	41,10	41,36	54,33	50,48	58,04
Bahia	22,40	29,70	37,60	44,60	49,50	50,63	53,72	55,78
Ceará	61,40	63,40	65,00	64,90	67,64	76,97	76,75	77,18
Distrito Federal	8,00	6,20	6,40	6,90	8,89	8,48	10,54	11,81
Espírito Santo	29,50	35,60	42,30	46,50	46,95	51,00	49,94	61,93
Goiás	44,50	46,90	47,40	50,70	52,74	55,09	55,67	58,29
Maranhão	37,70	46,60	57,20	66,50	76,54	77,68	78,82	85,55
Mato Grosso	47,60	53,80	56,70	60,20	61,54	61,47	65,00	67,98
Mato Grosso do Sul	32,80	40,50	43,30	45,30	50,78	53,99	57,08	56,77
Minas Gerais	48,70	49,40	54,80	59,20	59,00	56,72	57,66	59,40
Pará	17,20	20,30	21,60	27,00	33,29	35,14	40,48	44,66
Paraíba	60,90	77,20	80,80	83,50	90,75	88,83	90,48	94,11
Paraná	42,00	40,80	45,30	48,20	49,64	51,30	52,39	53,72
Pernambuco	48,60	54,20	57,70	62,20	68,68	71,54	71,47	70,96
Piauí	70,80	76,30	83,60	86,30	91,98	93,05	93,46	86,75
Rio de Janeiro	14,50	16,30	18,60	21,10	23,78	24,71	24,67	25,04
Rio Grande do Norte	38,10	51,50	62,50	69,50	75,70	75,92	75,48	79,49
Rio Grande do Sul	13,40	19,60	22,40	27,00	29,72	32,64	33,45	33,41
Rondônia	20,40	22,70	25,30	30,60	36,01	41,15	46,61	43,16
Roraima	55,80	61,80	61,90	70,10	68,99	71,02	71,23	71,66
Santa Catarina	50,60	58,00	59,60	62,30	68,21	70,07	71,74	87,16
São Paulo	16,90	19,20	21,10	24,30	26,00	27,68	28,10	28,41
Sergipe	74,60	84,30	89,70	89,80	91,34	91,06	93,30	94,52
Tocantins	61,70	70,40	73,70	78,50	76,48	81,28	87,09	85,17
<b>BRASIL</b>	<b>32,80</b>	<b>36,60</b>	<b>40,30</b>	<b>44,00</b>	<b>46,98</b>	<b>48,94</b>	<b>49,92</b>	<b>51,93</b>

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

\*Dados de 2010 preliminares até a competência junho.

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

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Atenção Básica- DAB

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

e-mail: [avaliacao.dab@saude.gov.br](mailto:avaliacao.dab@saude.gov.br)

## Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont)

**Objetivo II:** Ampliar o acesso à consulta pré-natal.

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

**Indicador 18** - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.

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

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

### Método de cálculo:

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

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

**Fonte:** Numerador: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos – SINASC.  
Denominador: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos -SINASC

**Limitações:**

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

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

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

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

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

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

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

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

## Recomendações, observações e informações adicionais:

Tabela 1: Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Prenatal, por estado, Brasil 2003-2009 (preliminar)\*

<b>Unidades da Federação</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008*</b>	<b>2009*</b>
Acre	22,60	23,60	29,40	29,70	33,64	28,17	29,20
Alagoas	44,20	42,90	43,90	44,10	42,42	44,00	43,05
Amapá	22,30	22,40	23,10	23,60	25,97	27,28	29,40
Amazonas	22,60	25,20	26,60	28,10	30,95	31,36	31,35
Bahia	31,80	31,50	31,10	34,00	35,00	37,18	38,93
Ceará	38,00	40,00	37,50	42,60	47,08	50,15	51,19
Distrito Federal	51,80	51,90	54,30	54,60	61,08	62,73	65,68
Espírito Santo	57,10	56,80	57,70	61,10	63,60	63,70	63,21
Goiás	57,40	59,30	61,10	60,60	61,84	63,71	64,31
Maranhão	22,80	24,00	23,10	25,10	25,14	24,28	23,62
Mato Grosso	58,00	57,70	56,50	58,40	60,16	62,49	64,28
Mato Grosso do Sul	58,80	58,40	61,80	62,60	63,06	63,16	63,58
Minas Gerais	51,80	55,40	56,80	59,40	61,38	63,43	64,91
Pará	29,40	27,60	26,90	28,90	28,95	28,04	30,77
Paraíba	42,30	42,10	42,40	47,60	47,91	49,67	53,94
Paraná	68,60	70,60	73,30	74,80	75,91	77,87	78,82
Pernambuco	40,80	40,80	39,20	42,50	44,38	46,26	48,84
Piauí	27,60	30,60	35,10	43,10	44,36	46,02	51,20
Rio de Janeiro	61,50	62,40	63,30	62,10	62,67	62,43	62,93
Rio Grande do Norte	35,80	36,70	37,90	43,10	45,38	46,56	45,72
Rio Grande do Sul	59,50	62,50	65,00	68,70	70,56	71,32	70,81
Rondônia	33,30	34,30	31,80	31,90	34,51	39,03	42,53
Roraima	29,90	33,10	43,60	35,10	35,82	35,57	42,35
Santa Catarina	56,30	60,30	63,10	65,30	66,47	68,17	67,86
São Paulo	67,10	71,40	73,40	74,00	74,82	76,26	76,55
Sergipe	48,60	50,40	46,50	45,70	47,16	44,29	45,74
Tocantins	34,90	38,40	38,10	39,10	40,97	42,38	47,13
<b>BRASIL</b>	<b>49,90</b>	<b>52,00</b>	<b>52,80</b>	<b>54,50</b>	<b>55,82</b>	<b>57,08</b>	<b>58,52</b>

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

\*Dados de 2008 e 2009 provisórios, com situação da base de dados nacional em 14/12/2009 e 21/06/2009, respectivamente.

### Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Departamento de Atenção Básica

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

e-mail: : [avaliacao.dab@saude.gov.br](mailto:avaliacao.dab@saude.gov.br)



## Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont)

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular a adesão e utilização dos protocolos de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, conforme caderno de atenção básica CAB nº16 - *Diabetes Mellitus*.
- Apoiar a capacitação de quatro mil profissionais, médicos e enfermeiros da rede básica, para as ações de controle de hipertensão e diabetes mellitus, nas cidades com população entre 50 a 100 mil habitantes, por meio de convênio com a Funcor.
- Melhorar o acesso regular a medicamentos definidos nos protocolos de controle de hipertensão e diabetes, conforme Portaria GM nº 2.982/2009.
- Monitorar o cadastramento no Sis-Hiperdia, de todos os portadores de Hipertensão e Diabetes como forma de garantir a melhoria da informação.

### Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		
	2010	2011	Observação
Taxa de Internações por <i>Diabetes Mellitus</i> e suas complicações	Taxa de internações por <i>diabetes mellitus</i> e suas complicações $\leq 6,0$ por 10.000 habitantes.	Taxa de internações por <i>diabetes mellitus</i> e suas complicações $\leq 5,7$ por 10.000 habitantes.	Varição de 5%

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

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

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

### Método de cálculo:

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

\*Código SIH/SUS: 03.03.03.003-8

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

**Fonte:** Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS (por local de residência). Denominador: Base demográfica do IBGE.

**Limitações:**

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

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

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

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

Tabela 1: Taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações, por Unidade da Federação, Brasil, 2003-2010 (preliminar)

<b>Unidade da Federação</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010*</b>
Acre	10,20	10,00	9,70	7,90	6,59	8,68	8,23	4,96
Alagoas	7,70	7,70	8,40	8,30	7,75	7,30	9,32	5,82
Amapá	6,30	7,60	6,30	8,50	6,22	6,97	8,37	2,72
Amazonas	3,50	4,00	4,00	3,60	4,07	4,59	4,62	2,93
Bahia	8,60	7,90	6,80	7,30	8,22	7,18	8,07	5,08
Ceará	5,20	5,30	5,60	5,30	5,67	4,82	4,85	3,11
Distrito Federal	11,10	12,50	12,10	11,10	9,72	7,94	6,76	4,69
Espírito Santo	6,60	6,70	6,70	6,50	5,59	5,27	6,25	4,43
Goiás	13,60	14,20	15,50	14,90	14,26	13,14	11,55	7,95
Maranhão	6,30	6,00	5,90	5,80	6,25	6,41	7,58	5,48
Mato Grosso	8,70	8,90	10,00	10,10	9,71	9,05	10,01	6,40
Mato Grosso do Sul	8,50	8,40	9,40	8,90	7,89	5,96	6,74	4,84
Minas Gerais	10,20	9,60	9,60	9,10	8,50	7,74	7,26	4,84
Pará	7,60	7,50	7,20	6,90	7,29	7,28	7,74	4,92
Paraíba	5,90	5,70	5,90	5,90	6,44	6,76	7,11	5,46
Paraná	8,30	7,90	8,40	7,80	7,90	8,04	8,16	5,58
Pernambuco	8,00	8,00	8,70	8,60	7,53	6,41	6,69	4,46
Piauí	6,50	6,80	7,90	8,00	9,05	8,94	11,12	9,02
Rio de Janeiro	8,90	8,60	8,50	8,10	7,81	5,94	6,00	3,94
Rio Grande do Norte	4,10	4,30	4,10	4,00	4,37	3,68	4,16	3,16
Rio Grande do Sul	10,60	10,60	10,50	10,80	10,45	9,53	8,93	6,09
Rondônia	8,50	8,60	8,80	9,60	11,78	12,10	13,21	7,22
Roraima	5,80	7,90	11,70	13,80	9,46	8,32	10,79	7,77
Santa Catarina	8,70	7,90	7,80	7,50	7,02	6,24	6,11	3,55
São Paulo	7,30	7,10	6,60	6,10	5,30	4,25	4,04	2,65
Sergipe	8,60	7,10	5,50	4,40	4,19	3,42	3,47	2,26
Tocantins	6,90	7,40	8,60	9,00	9,54	9,27	10,35	7,40
<b>Brasil</b>	<b>8,30</b>	<b>8,10</b>	<b>8,00</b>	<b>7,70</b>	<b>7,41</b>	<b>6,58</b>	<b>6,64</b>	<b>4,42</b>

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

\*Dados de 2010 preliminares, até a competência agosto. Data de atualização da base de dados: 01/10/2010.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Atenção Básica

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

e-mail: : [avaliacao.dab@saude.gov.br](mailto:avaliacao.dab@saude.gov.br)

## Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont)

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular a adesão e utilização dos protocolos de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, conforme cadernos de atenção básica nº 14 e 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Capacitação de quatro mil profissionais, médicos e enfermeiros da rede básica, para as ações de controle de hipertensão e diabetes mellitus, nas cidades com população entre 50 a 100 mil habitantes, por meio de convênio com a Funcor.
- Melhorar o acesso regular a medicamentos definidos nos protocolos de controle de hipertensão e diabetes, conforme Portaria GM nº 2.982/2009.
- Monitorar o cadastramento no Sis-Hiperdia, de todos os portadores de Hipertensão como forma de garantir a melhoria da informação.

### Meta Brasil:

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

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

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

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

### Método de cálculo:

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

\* Código do SIH/SUS: 03.03.04.014-9

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

**Fonte:** Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS (dados por local de residência). Denominador: Base demográfica do IBGE.

**Limitações:**

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

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

Tabela 1: Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral, por Unidade da Federação, Brasil, 2003-2010 (preliminar).

Unidades da Federação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Acre	8,60	6,90	7,00	6,80	5,18	3,60	6,94	4,21
Alagoas	10,80	10,40	10,70	9,80	8,69	4,95	6,94	4,02
Amapá	4,90	6,50	7,00	6,40	4,33	4,69	6,62	2,43
Amazonas	3,10	3,40	3,80	3,40	3,01	4,30	3,86	2,14
Bahia	10,50	9,00	8,30	7,50	6,94	5,52	6,61	4,27
Ceará	5,20	5,10	5,20	5,40	4,95	4,55	5,43	3,67
Distrito Federal	6,20	7,70	7,70	7,00	5,68	6,70	6,65	4,14
Espírito Santo	8,30	8,70	8,50	7,40	7,44	5,56	6,35	4,20
Goiás	9,90	9,30	8,80	8,10	6,24	6,39	6,71	4,33
Maranhão	9,80	8,40	8,00	7,60	6,57	5,76	6,22	4,68
Mato Grosso	11,40	12,00	10,40	9,20	8,47	6,05	6,29	4,45
Mato Grosso do Sul	9,50	8,20	6,90	6,50	5,50	5,67	7,06	4,54
Minas Gerais	11,30	10,40	10,00	9,60	8,61	8,09	8,05	5,19
Pará	7,90	7,20	7,90	8,20	6,00	5,81	6,67	3,81
Paraíba	8,20	8,30	7,80	8,30	7,33	6,33	8,41	5,06
Paraná	10,90	9,90	9,20	8,50	7,71	7,47	7,82	5,47
Pernambuco	6,20	6,20	6,00	5,90	5,36	4,51	5,32	4,40
Piauí	9,80	9,40	9,60	8,30	7,78	6,26	7,73	5,17
Rio de Janeiro	8,30	8,00	7,60	6,70	6,35	4,65	4,87	3,48
Rio Grande do Norte	6,50	6,70	4,90	4,70	4,05	3,86	5,00	3,33
Rio Grande do Sul	10,30	10,20	8,80	8,70	7,71	9,33	10,17	6,60
Rondônia	5,50	5,10	5,90	5,80	5,46	4,07	5,96	3,55
Roraima	2,80	6,80	4,70	6,40	4,93	4,40	6,19	5,43
Santa Catarina	10,40	10,20	9,60	8,60	7,90	8,69	8,84	5,54
São Paulo	7,20	7,00	7,00	6,40	6,01	5,79	6,23	4,12
Sergipe	5,80	4,10	3,60	3,30	3,16	1,98	2,15	1,84
Tocantins	9,50	8,70	9,00	8,90	7,74	8,09	8,83	6,19
<b>BRASIL</b>	<b>8,70</b>	<b>8,20</b>	<b>7,90</b>	<b>7,40</b>	<b>6,64</b>	<b>6,16</b>	<b>6,72</b>	<b>4,46</b>

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

\*Dados de 2010 preliminares, até a competência agosto. Data de atualização da base de dados: 01/10/2010.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Atenção Básica

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

e-mail: : [avaliacao.dab@saude.gov.br](mailto:avaliacao.dab@saude.gov.br)

## Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont)

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

**Descrição do indicador:** O indicador expressa a relação entre a massa corporal e

a idade cronológica da criança. É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, principalmente para caracterização do baixo peso. Essa avaliação é adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global do indivíduo.

**Método de cálculo:**

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

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

**Fonte:** Numerador e Denominador: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN Web, disponível em [www.nutricao.saude.gov.br](http://www.nutricao.saude.gov.br).

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

Na caderneta de saúde da criança, que é distribuída em maternidades e em estabelecimentos assistenciais de saúde, constam os escores-z de peso para idade. O percentil é obtido a partir da análise do gráfico existente na caderneta de saúde da criança, fazendo a intersecção da medida de peso da criança e da sua idade. Isso possibilita a identificação da faixa de escore-z de peso por idade em que a criança se encontra, devendo ser observados os pontos de corte para sua interpretação. Esses pontos correspondem aos percentis -3, -2, 0, 2 e 3, classificando o estado nutricional infantil em:

ESCORE-Z	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< -3 (<Percentil 0,1)	Magreza acentuada
≥ -3 e < -2 (≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3)	Magreza
≥ -2 e ≤ 2 (≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85)	Adequado ou eutrófico
> 2 e ≤ 3 (> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9)	Sobrepeso
> 3 (> Percentil 99,9)	Obesidade

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

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



UF	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%	%	%
<b>BRASIL</b>	<b>12,5</b>	<b>9,2</b>	<b>6,9</b>	<b>6,3</b>	<b>6,2</b>	<b>4,7</b>
Acre	12,5	6,5	6,9	12,4	23,1	5,9
Alagoas	17,1	4,7	7,4	8,0	8,3	5,1
Amapá	-	-	-	15,5	24,1	8,1
Amazonas	17,3	15,8	13,7	14,5	14,5	8,8
Bahia	11,1	8,8	7,7	7,4	7,5	5,0
Ceará	10,1	8,0	8,3	8,2	8,7	4,9
Distrito Federal	-	-	-	-	-	4,8
Espírito Santo	13,3	8,9	5,3	5,7	5,8	3,0
Goiás	1,7	5,0	4,4	5,1	5,4	3,7
Maranhão	24,4	17,5	8,7	14,8	15,2	10,1
Mato Grosso	17,4	15,9	6,9	7,0	7,8	4,1
Mato Grosso do Sul	3,6	3,7	5,4	5,1	6,6	3,4
Minas Gerais	13,5	9,4	6,4	7,9	8,4	4,3
Pará	11,9	9,6	13,7	15,8	11,9	8,5
Paraíba	9,4	7,1	6,1	6,9	5,5	3,3
Paraná	8,3	5,9	5,1	5,6	4,9	2,9
Pernambuco	8,6	6,8	7,1	6,9	6,1	3,9
Piauí	18,3	12,5	12,6	9,3	7,5	6,6
Rio de Janeiro	16,9	10,6	6,8	5,5	5,8	3,3
Rio Grande do Norte	15,1	10,7	8,7	7,6	6,4	4,2
Rio Grande do Sul	8,3	6,7	5,0	4,9	5,4	2,8
Rondônia	13,8	10,6	9,2	5,7	5,3	3,7
Roraima	-	10,0	9,3	12,4	17,3	5,5
Santa Catarina	9,8	8,3	6,9	6,9	5,8	4,6
São Paulo	11,8	17,8	5,0	5,2	5,0	2,7
Sergipe	20,6	0,0	11,3	7,3	5,4	4,8
Tocantins	1,9	-	7,0	8,1	9,7	5,5

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Atenção Básica

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

e-mail: : [avaliacao.dab@saude.gov.br](mailto:avaliacao.dab@saude.gov.br)

## Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont.)

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

### Descrição do indicador:

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

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN possibilita o registro individual das condicionalidades da saúde dos beneficiários. Estas devem ser registradas a cada vigência do programa, sendo que a primeira vigência refere-se

ao período entre 01 de janeiro a 31 de julho e a segunda, de 01 de agosto a 31 de dezembro de cada ano. Deste modo, existem duas vigências para cada ano, mas, para efeitos do Pacto, considera-se como o resultado do ano o percentual de acompanhamento da segunda vigência. O setor saúde é responsável pelo acompanhamento das gestantes e crianças menores de 7 anos. Os compromissos dos beneficiários são: a realização do pré-natal, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como do cumprimento do calendário vacinal. Destaca-se que o programa bolsa família é uma das prioridades do atual governo. Objetiva-se, portanto, aumentar a cobertura do acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família. É o índice utilizado para a avaliação do desempenho do setor saúde no acompanhamento dos beneficiários com perfil saúde.

**Método de cálculo:**

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

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

**Fonte:** SISVAN → Módulo de gestão das condicionalidades da saúde do programa bolsa família

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

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

UF	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%
<b>BRASIL</b>	<b>33,4</b>	<b>46,4</b>	<b>58,2</b>	<b>64,48</b>
Acre	28,08	48,41	48,64	51,22
Alagoas	20,10	40,86	56,69	62,51
Amapá	4,91	14,60	24,29	70,80
Amazonas	37,29	52,94	59,47	40,44
Bahia	30,66	46,12	62,59	71,08
Ceará	41,19	54,86	69,52	70,21
Distrito Federal	4,85	3,17	25,49	26,42
Espírito Santo	31,01	43,73	53,4	57,43
Goiás	22,65	29,09	53,93	64,90
Maranhão	30,04	47,90	59,11	68,01
Mato Grosso	14,15	33,90	46,44	73,21
Mato Grosso do Sul	40,42	51,42	58,76	54,61
Minas Gerais	37,89	49,69	65,83	56,20
Pará	21,97	42,96	57,42	63,71
Paraíba	43,55	50,12	64,15	70,15
Paraná	44,96	52,70	64,03	69,89
Pernambuco	38,36	56,98	59,24	76,14
Piauí	39,36	59,84	71,03	70,64
Rio de Janeiro	26,72	35,05	35,56	38,81
Rio Grande do Norte	57,99	71,45	73,08	78,55
Rio Grande do Sul	32,64	40,82	50,92	52,83
Rondônia	22,98	38,11	48,9	74,58
Roraima	13,71	58,68	67,95	55,70
Santa Catarina	42,74	46,52	55,98	61,25
São Paulo	22,88	29,41	43,29	65,68
Sergipe	38,36	48,77	57,02	47,35
Tocantins	45,25	54,69	62,22	67,76

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

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

## Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont.)

**Objetivo VI:** Ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>5</sup>.

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Convencimento do gestor municipal sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de serviços odontológicos pela atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, nos municípios com ausência ou baixa cobertura da saúde bucal.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelos municípios na base de dados nacional, com vistas ao assessoramento à gestão e acompanhamento de informações.

### Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil		
	2010	2011	Observação
Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	----	Cobertura estimada de no mínimo 40% da população.	Para atingir 40% de cobertura é necessária a implantação de 2.000 novas ESB.

**Indicador 41 – Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família**

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

**Descrição do indicador:** Percentual da população estimada coberta pelas ações das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família em determinado local e período. Baseia-se no Histórico de Cobertura da Saúde da Família/DAB/SAS/MS. Disponível no site do Departamento de Atenção Básica: [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab) - link Histórico de Cobertura da Saúde da Família.

### Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas* x 3.450** pessoas}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

\* Soma de ESB modalidade I e II.

\*\*Esse número é utilizado para estimar o número de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas, cobrindo o mesmo número de pessoas que uma Equipe de Saúde da Família, 3.450. Quando o cálculo da cobertura apresentar valor superior a 100% em função da população do município ser menor que 3450 pessoas, limita-se essa cobertura a 100%.

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

<sup>5</sup> Objetivo inserido por meio da Portaria nº 3.840/2010.

**Fonte:** Numerador: Histórico de Cobertura da Saúde da Família/DAB/SAS/MS. Disponível no site do Departamento de Atenção Básica: [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab) - link Histórico de Cobertura da Saúde da Família.



Denominador: Base demográfica do IBGE

### Recomendações, observações e informações adicionais:

**Limitações:** Restringe-se a utilização do número médio de 3.450<sup>6</sup> pessoas cobertas por uma ESB, sendo essa uma estimativa de cobertura populacional.

Tabela 1: Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, por Unidade da Federação, Brasil, 2001-2010 (preliminar)

Unidades Federativas	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (Set)
Acre	7,8	10,8	14,7	23,3	43,7	40,2	42,6	43,5	47,7	46,7
Alagoas	18,8	27,2	32,6	38,4	51,0	54,8	55,9	58,8	59,0	61,4
Amapá	0,0	8,3	8,7	12,8	27,6	26,4	37,5	41,3	61,9	61,9
Amazonas	2,6	4,4	7,9	11,8	19,7	25,7	26,9	28,6	30,5	31,4
Bahia	3,4	5,4	9,1	15,3	24,1	32,7	30,3	36,9	39,6	42,9
Ceará	13,7	18,7	25,4	30,4	40,9	49,5	50,9	54,2	53,7	57,8
Distrito Federal	4,9	3,3	0,0	2,4	1,9	0,3	0,3	0,3	0,9	2,7
Espírito Santo	4,5	9,2	12,1	20,3	27,8	29,6	28,3	34,5	38,2	40,7
Goiás	17,4	21,4	25,4	29,2	40,6	40,4	39,0	43,8	44,3	47,9
Maranhão	1,5	8,3	11,5	19,2	50,9	54,2	55,1	61,1	63,6	66,7
Mato Grosso	10,9	14,7	19,6	21,6	29,9	30,9	33,3	38,1	40,4	42,5
Mato Grosso do Sul	6,0	14,9	19,0	32,4	40,2	46,1	49,4	56,8	59,2	62,5
Minas Gerais	1,6	6,4	10,1	15,3	21,1	26,6	28,2	33,5	36,3	39,3
Pará	0,3	1,8	2,6	3,4	6,3	10,3	12,4	16,4	19,6	22,9
Paraíba	19,7	31,6	48,4	84,6	95,4	98,5	98,9	100,0	100,0	100,0
Paraná	5,9	10,4	15,1	19,1	27,3	31,5	31,7	35,2	36,7	38,5
Pernambuco	5,7	10,2	13,2	20,5	30,4	36,3	39,1	46,1	49,4	51,4
Piauí	24,0	33,5	47,7	67,6	86,0	91,0	93,6	99,7	100,0	100,0
Rio de Janeiro	0,0	0,8	2,2	4,5	7,3	10,2	10,7	12,5	12,8	14,8
Rio Grande do Norte	17,2	24,1	36,6	54,9	81,2	84,2	83,6	87,2	91,3	95,2
Rio Grande do Sul	0,5	3,1	5,5	10,4	13,7	15,8	16,1	18,9	20,2	20,7
Rondônia	4,7	7,8	8,9	11,0	18,7	18,9	19,6	25,8	30,0	32,1
Roraima	0,0	4,1	9,9	19,1	23,9	23,5	36,3	38,6	45,1	44,3
Santa Catarina	10,0	16,7	23,8	27,9	33,1	35,1	34,9	39,9	43,0	43,8

<sup>6</sup> Guia Prático do Programa Saúde da Família (2001)

São Paulo	1,1	2,3	3,6	5,2	6,7	7,7	8,7	10,6	11,4	12,1
Sergipe	16,3	24,9	31,6	39,0	48,9	51,4	51,9	57,1	61,3	62,6
Tocantins	13,1	30,6	42,0	46,3	55,4	61,0	60,8	65,0	79,5	83,3
<b>Brasil</b>	<b>4,9</b>	<b>8,6</b>	<b>12,2</b>	<b>17,4</b>	<b>24,5</b>	<b>28,0</b>	<b>28,8</b>	<b>32,6</b>	<b>34,5</b>	<b>36,6</b>

Fonte: Histórico de Cobertura da Saúde da Família/DAB/SAS/MS

\*Dados de 2010 preliminares até a competência setembro.

Com esse indicador será possível avaliar se a saúde bucal na saúde da família constitui-se como estratégia orientadora da reorganização da atenção básica em saúde bucal, contribuindo para o planejamento da implantação de novas equipes. Permite ainda, acompanhar e avaliar variações geográficas existentes na cobertura das equipes de saúde bucal no país.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Atenção Básica- DAB

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

e-mail: [avaliacao.dab@saude.gov.br](mailto:avaliacao.dab@saude.gov.br)

## Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (cont.)

**Objetivo VII:** Aumentar a prevenção das principais doenças bucais: a cárie dentária e a doença periodontal.<sup>7</sup>

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Doação de kits de escova e creme dental para as Secretarias Municipais de Saúde.
- Doação de materiais educativos de escovação dental.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelos municípios na base de dados nacional, com vistas ao assessoramento à gestão e acompanhamento de informações.

### Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil	
	2010	2011
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	----	3%

**Indicador 42 –** Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

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

**Descrição do indicador:** É o percentual de pessoas que participam da ação coletiva escovação dental supervisionada.

### Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local e período, dividido pelo período**}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

\*Código SIA/SUS 01.01.02.003-1

\*\*Para calcular esse indicador faz-se a soma do número de registros do código 01.01.02.003-1. O total é dividido pelo período, independente da existência de registro em todos os meses.

Exemplo 1 – Cálculo do indicador para o ano 2009, Brasil:

$$\frac{\text{Número de registros nos 12 meses de 2009 no Brasil} \div 12}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

<sup>7</sup> Objetivo inserido por meio da Portaria nº 3.840/2010.



Exemplo 2 - Cálculo do indicador para o 1º trimestre de 2009, Brasil:

$$\frac{\text{Número de registros nos meses de janeiro, fevereiro e março no Brasil} \div 3}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

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

**Fonte:** Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

**Limitações:** O indicador limita-se a um tipo de ação coletiva. Baixas coberturas não implicam ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde. Mas, sendo a escovação dental supervisionada, uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas, os resultados permitem avaliar o perfil da atenção em saúde bucal.

Tabela 1: Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada, por Unidade da Federação, Brasil, 2008-2009.

<b>Estados</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Região Norte</b>	<b>0,90</b>	<b>1,59</b>	<b>1,60</b>
Rondônia	0,39	0,36	0,71
Acre	3,53	3,29	5,84
Amazonas	1,38	3,72	2,41
Roraima	0,17	0,25	0,89
Pará	0,47	0,65	0,82
Amapá	0,42	0,27	0,46
Tocantins	2,32	3,05	4,11
<b>Região Nordeste</b>	<b>1,66</b>	<b>2,49</b>	<b>2,67</b>
Maranhão	0,59	2,80	1,51
Piauí	0,99	1,36	1,69
Ceará	4,49	5,97	6,36
Rio Grande do Norte	1,16	1,39	1,81
Paraíba	0,88	1,15	2,10
Pernambuco	0,90	2,04	2,54
Alagoas	2,10	3,06	4,30
Sergipe	2,98	3,08	2,95
Bahia	1,19	1,31	1,46
<b>Região Sudeste</b>	<b>2,97</b>	<b>2,91</b>	<b>2,76</b>
Minas Gerais	4,51	4,10	4,04
Espírito Santo	6,18	6,21	6,13
Rio de Janeiro	0,72	1,05	0,61
São Paulo	3,02	2,80	2,76

<b>Estados</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Região Sul</b>	<b>2,87</b>	<b>2,44</b>	<b>2,51</b>
Paraná	3,22	3,14	2,90
Santa Catarina	2,65	3,48	3,28
Rio Grande do Sul	2,90	1,27	1,89
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>1,86</b>	<b>1,76</b>	<b>2,55</b>
Mato Grosso do Sul	3,19	3,29	3,09
Mato Grosso	2,91	1,87	5,39
Goiás	1,65	1,89	2,15
Distrito Federal	0,11	0,12	0,14
<b>BRASIL</b>	<b>2,41</b>	<b>2,56</b>	<b>2,64</b>

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS

Esse indicador estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. Considerando que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentifrício fluoretado, este indicador também permite estimar a proporção de pessoas que tiveram acesso ao flúor tópico, o meio mais eficaz de prevenção de doenças bucais.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Atenção Básica- DAB  
 Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.  
 E-mail: [avaliacao.dab@saude.gov.br](mailto:avaliacao.dab@saude.gov.br)

## Prioridade VII - SAÚDE DO TRABALHADOR

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

**Indicador 23 - Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777 de 28 de abril de 2004.**

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

**Descrição do indicador:** Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 104, de 25 de janeiro de 2011 (anteriormente constantes da Portaria GM/MS Nº. 777 de 28 de abril de 2004, revogada pela Portaria GM nº 2.472/10, com subsequente revogação pela Portaria GM/MS 104/2011). **Para a obtenção dos resultados / Método de Cálculo serão considerados os agravos de notificação compulsória constantes da nova Portaria, descritos abaixo.**

**Método de cálculo:** Número absoluto de notificações realizadas, relativas aos agravos à Saúde do Trabalhador, constantes na Portaria GM/MS Nº. 104 de 25/01/2011.

**Registro no SISPACTO:** número absoluto.

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

### **Recomendações, observações e informações adicionais:**

Os agravos à Saúde do Trabalhador de notificação compulsória são citados na portaria GM/MS Nº. 104 de 25/01/2011, em seu Anexo III, na Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas – LNCS e Anexo I, na Lista de Notificação Compulsória – LNC e encontram-se abaixo relacionados.

1. Acidente com Exposição à Material Biológico relacionado ao trabalho;
2. Acidente de Trabalho com Mutilações;
3. Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;
4. Acidente de Trabalho Fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses Ocupacionais;
7. Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);
8. Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR relacionada ao trabalho;
9. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
10. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
11. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) (Anexo I, Lista de Notificação Compulsória – LNC da Portaria acima citada).

**Em relação ao agravo 11 da lista acima devem ser contados, para fim desse indicador, apenas os casos relacionados ao trabalho.**

### **Observações quanto ao registro no SISPACTO:**

No ano de 2010, os municípios que não realizavam a notificação dos agravos listados deviam registrar no campo relativo à meta o número 0 (zero), no sistema SISPACTO. Isso representava “não se aplica”.

Para 2011, os municípios que não realizam notificação dos agravos listados deverão utilizar a opção “não se aplica”, disponível no SISPACTO.

Quadro 1: Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador de 2007 e 2008, por UF.

<b>UF Notificação</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Acre	2	1
Alagoas	132	743
Amapá	41	605
Amazonas	176	165
Bahia	2.368	1.582
Ceará	298	595
Distrito Federal	75	1.523
Espírito Santo	286	489

UF Notificação	2007	2008
Goiás	284	660
Maranhão	15	267
Mato Grosso	513	649
Mato Grosso do Sul	297	430
Minas Gerais	2.476	5.648
Pará	34	92
Paraíba	161	333
Paraná	3.107	4.031
Pernambuco	122	218
Piauí	27	23
Rio de Janeiro	1.490	1.040
Rio Grande do Norte	344	511
Rio Grande do Sul	340	449
Rondônia	39	53
Roraima	94	193
Santa Catarina	631	1.270
São Paulo	26.151	32.972
Sergipe	95	176
Tocantins	379	553
<b>Total</b>	<b>39.977</b>	<b>55.271</b>

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

Cálculo do incremento do número de notificações, por UF – Percentual sobre o total das notificações realizadas relativas aos agravos à saúde do trabalhador constantes da Portaria GM/MS nº 104/2011, em relação ao ano de referência de 2008: {[Número de notificações em 2010 – Número de notificações em 2008 (ano de referência)] / Número de notificações em 2008 (ano de referência)} x 100 = incremento do número de notificações alcançado por cada UF, em %.

O número de notificações de agravos relacionados ao trabalho do ano de 2007 para o ano de 2008 sofreu um aumento de 38,2%, o que está relacionado ao aumento das capacitações das equipes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST e de profissionais de saúde da rede do SUS em relação aos protocolos em saúde do trabalhador.

O incremento mais acentuado das notificações verificou-se na região Sudeste, que tem uma concentração maior de Centros de Referência seguida pela região Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte do país.

A implantação de novas Unidades Sentinelas também foi um dos responsáveis pelo aumento da notificação dos agravos relacionados ao trabalho conforme tabela anexa. Em 2007, observamos um total de 858 unidades sentinelas e no ano de 2008 totalizamos 1022 unidades em todo o território nacional.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador – CGSAT

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: [dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)

## Prioridade VIII - SAÚDE MENTAL

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

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

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

Para o efeito do cálculo, consideramos que:

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

A taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes pretende refletir o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo. Ela pode ser calculada para o Brasil, assim como para estados e municípios. Considera-se como parâmetro, isto é, como conformação ideal da rede, a proporção de 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para cada 100.000 habitantes. Para o cálculo da taxa de cobertura, considera-se também que um CAPS I dá cobertura para 50.000

habitantes, que um CAPS III cobre 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad cobrem, cada um, uma população de 100.000 habitantes.

**Método de cálculo:**

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

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

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

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

Esta taxa será pactuada para municípios com mais de 20.000 habitantes e deve orientar os gestores no planejamento da expansão de suas redes. A manutenção de série histórica desta taxa permite o monitoramento da expansão dos CAPS no país.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

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

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

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

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

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

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

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

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

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

**Registro no SISPACTO:** número absoluto.

**Fonte:** CNES



**Recomendações, observações e informações adicionais:**

Situações que fundamentam a prioridade:

De acordo com o Censo/2000 (IBGE) 24,5 milhões de pessoas (14,5% da população brasileira) apresentam algum tipo e grau de deficiência, sendo que o maior percentual delas é de pessoas com deficiência visual – 48%. Mas, apesar desse expressivo número de pessoas com deficiência no país, o SUS não está devidamente organizado para atender às suas demandas e necessidades, havendo mesmo o desconhecimento, por parte de alguns gestores estaduais e municipais, da existência de uma Política de saúde nacional para pessoas com deficiência (Port. MS/GM nº 1.060/02).

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

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

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

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

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS

e-mail: [dapes.sas@saude.gov.br](mailto:dapes.sas@saude.gov.br)

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

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

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

### **Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

A Rede tem os seguintes objetivos:

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

As ações prioritárias para os municípios e estados são:

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

As ações prioritárias do Ministério da Saúde:

- Publicação de portaria para seleção de projetos de estruturação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde com incentivo financeiro;
- Sensibilização do gestor local para a estruturação deste Núcleo;
- Visitas técnicas nos estados;
- Cursos de capacitações e de formação de RH;
- Apoio técnico e financeiro, dentre outros.

## Meta Brasil:

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

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

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

**Descrição do indicador:** O conceito de violência adotado pelo Ministério da Saúde/MS segue a definição da Organização Mundial de Saúde/OMS, que considera violência como sendo o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002).

A “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (Portaria MS/GM N.º 737, de 16 de maio de 2001), assume como:

- a) Violência: *"evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros."*
- b) Acidente: *"evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão "*

Esta Política tem como principal objetivo estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais onde se contemplem e valorizem medidas inerentes de vigilância, prevenção e promoção da saúde referentes aos agravos externos.

### Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de Municípios prioritários da UF com Rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados}}{\text{Número total de municípios prioritários da UF}} \times 100$$

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

**Fonte:** Questionário Linha de Base - Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde - online/FormSUS (<http://formsus.datasus.gov.br>).

### **Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

Este documento foi aprovado e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM N.º737, de 16 de maio de 2001).

As diretrizes e responsabilidades institucionais previstas na referida Portaria, visando a reduzir mortes, internações e seqüelas decorrentes dos acidentes e violências, nas quais estão contempladas e valorizadas as medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, são instrumentos orientadores da atuação do setor Saúde.

Nesse contexto, devido ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde – os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde.

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

O documento define ainda as seguintes diretrizes:

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

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

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

### **Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: [dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)

### Anexo I

Quadro 1: Relação de municípios prioritários para atenção integral às pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade para violências para 2010 e 2011

	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS 1	SVS 2	SVS 3	IDOSO	FINAL
AC	Rio Branco					X		X	1.
AL	Arapiraca				X	X			2.
	<b>Maceió</b>	X	X		X	X		X	3.
AM	Manaus		X	X	X	X		X	4.
AP	Macapá		X		X	X		X	5.
BA	Feira de Santana		X	X		X			6.
	Itabuna			X	X				7.
	Juazeiro			X	X				8.
	<b>Salvador</b>	X	X	X	X	X		X	9.
	Vitória da Conquista		X	X	X				10.
CE	Caucaia			X	X				11.
	Fortaleza		X	X	X	X		X	12.
	Sobral			X		X			13.
	<b>Juazeiro do Norte</b>						X		14.
	<b>Maranguape</b>						X		15.
DF	<b>Brasília</b>	X	X		X		X	16.	
ES	<b>Cariacica</b>	X	X		X	X			17.
	<b>Serra</b>	X	X		X	X			18.
	<b>Vila Velha</b>	X	X		X	X			19.
	<b>Vitória</b>	X	X		X	X		X	20.
	<b>São Mateus</b>						X		21.
	<b>Linhares</b>						X		22.
GO	Aparecida de Goiânia		X		X				23.
	Goiânia		X		X	X		X	24.
	<b>Luziânia</b>	X			X				25.
	<b>Anápolis</b>						X		26.
	<b>Rio Verde</b>						X		27.
MA	Imperatriz		X	X		X			28.
	São Luís		X	X	X	X		X	29.
	<b>Açailândia</b>						X		30.
MG	<b>Belo Horizonte</b>	X	X	X	X	X		X	31.
	<b>Betim</b>	X	X		X				32.
	<b>Contagem</b>	X	X		X	X			33.
	Governador Valadares		X		X				34.
	<b>Ibirité</b>	X			X				35.
	Montes Claros		X			X			36.
	<b>Ribeirão das Neves</b>	X	X		X	X			37.
	<b>Santa Luzia</b>	X	X		X				38.
	Uberaba		X	X		X			39.
	Uberlândia		X		X				40.
	<b>Juíz de Fora</b>						X		41.
<b>Teófilo Otoni</b>						X		42.	
MS	Campo Grande		X	X	X	X		X	43.
	Corumbá			X		X			44.
	<b>Dourados</b>						X		45.
MT	Cuiabá		X		X	X		X	46.
	<b>Rondonópolis</b>								47.
	<b>Sinop</b>								48.

	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS 1	SVS 2	SVS 3	IDOSO	FINAL
	<b>Várzea Grande</b>						X		49.
PA	<b>Ananindeua</b>	X			X				50.
	<b>Belém</b>	X	X		X	X		X	51.
	<b>Santarém</b>								52.
	<b>Marabá</b>						X		53.
	<b>Marituba</b>						X		54.
PB	Campina Grande		X	X		X			55.
	João Pessoa		X	X	X	X		X	56.
PE	<b>Cabo de Santo Agostinho</b>	X			X	X			57.
	Caruaru		X		X				58.
	<b>Jaboatão dos Guararapes</b>	X	X		X	X			59.
	<b>Olinda</b>	X	X		X	X			60.
	<b>Paulista</b>	X			X				61.
	<b>Recife</b>	X	X	X	X	X		X	62.
PI	Teresina		X		X	X		X	63.
PR	Cascavel		X		X				64.
	<b>Colombo</b>	X			X				65.
	<b>Curitiba</b>	X	X		X	X		X	66.
	Foz do Iguaçu		X		X	X			67.
	Londrina		X		X	X			68.
	Maringá		X			X			69.
	<b>São José dos Pinhais</b>	X	X		X				70.
	<b>Ponta Grossa</b>						X		71.
	<b>Arapongas</b>						X		72.
	<b>Toledo</b>						X		73.
	<b>Apucarana</b>						X		74.
	<b>Campo Largo</b>						X		75.
	RJ	<b>Belford Roxo</b>	X	X		X	X		
Campos dos Goytacazes			X		X				77.
<b>Duque de Caxias</b>		X	X		X	X			78.
Itaboraí			X		X				79.
Macaé			X		X				80.
<b>Nilópolis</b>		X	X		X				81.
Niterói			X		X	X			82.
<b>Nova Iguaçu</b>		X	X		X	X			83.
Petrópolis			X			X			84.
<b>Queimados</b>		X			X				85.
<b>Rio de Janeiro</b>		X	X		X	X		X	86.
<b>São Gonçalo</b>		X	X		X				87.
São João de Meriti			X		X				88.
<b>Araruama</b>						X		89.	
RN	Natal		X	X	X	X		X	90.
	<b>Mossoró</b>						X		91.
RO	Porto Velho		X		X	X		X	92.
	<b>Ji-Paraná</b>						X		93.
RR	Boa Vista		X	X		X		X	94.

	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS 1	SVS 2	SVS 3	IDOSO	FINAL
	Pacaraima			X		X			95.
RS	Alvorada				X	X			96.
	Caxias do Sul		X			X			97.
	<b>Novo Hamburgo</b>	X							98.
	<b>Porto Alegre</b>	X	X		X	X		X	99.
	<b>São Leopoldo</b>	X	X		X				100.
	<b>Canoas</b>						X		101.
	<b>Pelotas</b>						X		102.
	<b>Erexim</b>						X		103.
	SC	Criciúma		X			X		
Florianópolis			X		X	X		X	105.
<b>Joinville</b>							X		106.
<b>Blumenau</b>							X		107.
<b>Itajaí</b>							X		108.
<b>Palhoça</b>							X		109.
<b>Jaraguá do Sul</b>							X		110.
<b>Chapecó</b>							X		111.
<b>São José</b>							X		112.
SE		Aracaju		X		X	X		
SP	Campinas		X		X	X			114.
	<b>Carapicuíba</b>	X	X			X			115.
	<b>Diadema</b>	X	X		X	X			116.
	Embu		X		X	X			117.
	<b>Embu-Guaçu</b>	X				X			118.
	<b>Guarulhos</b>	X	X		X	X			119.
	Hortolândia				X	X			120.
	Itapecerica da Serra		X		X				121.
	<b>Itaquaquecetuba</b>	X	X		X	X			122.
	Jundiaí		X			X			123.
	<b>Mauá</b>	X	X		X				124.
	<b>Osasco</b>	X	X		X	X			125.
	Praia Grande		X			X			126.
	Ribeirão Preto		X			X			127.
	<b>Santo André</b>	X	X		X	X			128.
	Santos		X			X			129.
	<b>São Bernardo do Campo</b>	X	X		X				130.
	São José do Rio Preto		X			X			131.
	São José dos Campos		X		X	X			132.
	<b>São Paulo</b>	X	X		X	X		X	133.
	Sorocaba		X		X	X			134.
	Sumaré		X		X	X			135.
	<b>Taboão da Serra</b>	X			X				136.
	<b>Guarujá</b>						X		137.
	<b>Suzano</b>						X		138.
	<b>Mogi das Cruzes</b>						X		139.
	<b>Piracicaba</b>						X		140.
<b>Bauru</b>						X		141.	
<b>Franca</b>						X		142.	
<b>Barretos</b>						X		143.	
<b>Cubatão</b>						X		144.	

	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS 1	SVS 2	SVS 3	IDOSO	FINAL
	<b>Atibaia</b>						X		145.
	<b>São Vicente</b>						X		146.
TO	Palmas					X		X	147.
	<b>Araguaína</b>						X		148.

NOTA: os que estão em negrito são novos municípios



## ANEXO II

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

Coluna	Critério	Comentário
Agenda Social	Inclusão na Agenda Social da Presidência da República	Em negrito e amarelo, critério suficiente
Mulher	Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas na População Feminina Coeficiente de Internação no SUS por Agressão na População Feminina Município com ao menos um caso de AIDS em Mulher Município com Exploração Sexual em Criança ou Adolescente Município pertencente à faixa de fronteira	Sugeridos pela Área Técnica de Saúde da Mulher, estes critérios foram adotados para organizar um ranqueamento, do qual foram selecionados os cem municípios com maiores índices.
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Território Nacional	Programa da SEDH/PR
SVS1	Mortalidade por acidentes de trânsito Mortalidade por homicídios Mortalidade por suicídios Mortalidade por homicídios por armas de fogo $N = 0,4N_H + 0,4N_I + 0,3 N_S + 0,3 N_T$	Ranking calculado segundo a fórmula abaixo, em que $N_H$ = homicídios, $N_I$ = homicídio por arma de fogo não intencional, $N_S$ = suicídios e $N_T$ = acidentes de trânsito.
SVS2	Projetos selecionados pelo Edital N°3, em 2006 (resultados publicados pelo Edital N° 5/2006) Projetos selecionados pelo Edital N°1, em 2007 (resultados publicados pelo Edital N° 5/2007) Adesão ao projeto de "Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela - VIVA"	Para inclusão, basta estar inserido em um desses programas da SVS
SVS3	Núcleos integrantes da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (conforme Portaria N° 936/2004) Mortalidade por acidentes de trânsito – ano de 2006 para população de 100 mil e mais habitantes Mortalidade por homicídios – ano de 2006 para população de 100 mil e mais habitantes	
IDOSO	Integrar a relação de municípios prioritários da Área Técnica de Saúde da Pessoa idosa	

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

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

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

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

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

**Descrição do indicador:** Essa vigilância tem como objetivo neste componente: descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas SMS em articulação com as SES, caracterizando o perfil das vítimas, o tipo e local das violências, o perfil do provável autor(a) de agressão, dentre outros.

Este componente também tem como objetivo articular e integrar com a “Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências e os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde”, garantindo-se assim a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia de direitos humanos.

Vigilância contínua: implantada através do uso da “Ficha de Notificação/Investigação de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”. Esta notificação é compulsória nas situações de violências envolvendo crianças,

adolescentes, mulheres e idosos conforme determinado pela Lei nº 8.069 de 1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), a Lei nº 10.741 de 2003 (Estatuto do Idoso) e a Lei nº 10.778 de 2003 (Notificação de Violência contra Mulher). Esta vigilância será incorporada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, em módulo específico sobre violências (em processo de construção).

A vigilância de violências foi normatizada pelo MS por meio dos seguintes documentos:

- Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- Portaria MS/GM nº 936 de 19/05/2004, que institui a Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (PVPS) e criação dos Núcleos de PVPS;
- Portaria MS nº 1.968/2001, trata da Notificação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes;
- Portaria MS/GM nº 2.406 de 05/11/2004, contempla a Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher;
- Portaria MS nº 777, de 28/04/2004, trata da Notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador, que foi revogada pela Portaria nº2472 de 31/08/2010;
- Portaria MS/GM nº 687 de 30/06/2006, institui a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Portaria MS/GM nº 1.876 de 14/08/2006, institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio.

#### **Método de cálculo:**

$$\frac{\text{Nº de municípios prioritários com Notificação Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e ou outras Violências implantada}}{\text{Nº de municípios prioritários}} \times 100$$

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

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

**Fonte:** SINAN-NET

#### **Recomendações, observações e informações adicionais:**

Acompanhamento da implantação deste módulo no SINAN NET de acordo com os termos em anexo. Com a realização de várias ações: análise dos dados; reuniões anuais com estados e municípios; cursos de capacitações para os profissionais de saúde; e apoiar técnica e financeira os municípios e estados.

Este indicador tem os dados analisados desde 1997 (Anexo III).

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

### Anexo I

Quadro 1: Relação de municípios prioritários para atenção integral às pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade para violências em 2010 e 2011.

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

UF	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS 1	SVS 2	SVS 3	IDOSO	FINAL
MS	Campo Grande		X	X	X	X		X	43.
	Corumbá			X		X			44.
	<b>Dourados</b>						X		45.
MT	Cuiabá		X		X	X		X	46.
	<b>Rondonópolis</b>								47.
	<b>Sinop</b>								48.
	<b>Várzea Grande</b>						X		49.
PA	<b>Ananindeua</b>	X			X				50.
	<b>Belém</b>	X	X		X	X		X	51.
	<b>Santarém</b>								52.
	<b>Marabá</b>						X		53.
	<b>Marituba</b>						X		54.
PB	Campina Grande		X	X		X			55.
	João Pessoa		X	X	X	X		X	56.
PE	<b>Cabo de Santo Agostinho</b>	X			X	X			57.
	Caruaru		X		X				58.
	<b>Jaboatão dos Guararapes</b>	X	X		X	X			59.
	<b>Olinda</b>	X	X		X	X			60.
	<b>Paulista</b>	X			X				61.
	<b>Recife</b>	X	X	X	X	X		X	62.
PI	Teresina		X		X	X		X	63.
PR	Cascavel		X		X				64.
	<b>Colombo</b>	X			X				65.
	<b>Curitiba</b>	X	X		X	X		X	66.
	Foz do Iguaçu		X		X	X			67.
	Londrina		X		X	X			68.
	Maringá		X			X			69.
	<b>São José dos Pinhais</b>	X	X		X				70.
	<b>Ponta Grossa</b>						X		71.
	<b>Arapongas</b>						X		72.
	<b>Toledo</b>						X		73.
	<b>Apucarana</b>						X		74.
	<b>Campo Largo</b>						X		75.
RJ	<b>Belford Roxo</b>	X	X		X	X			76.
	Campos dos Goytacazes		X		X				77.
	<b>Duque de Caxias</b>	X	X		X	X			78.
	Itaboraí		X		X				79.
	Macaé		X		X				80.
	<b>Nilópolis</b>	X	X		X				81.
	Niterói		X		X	X			82.
	<b>Nova Iguaçu</b>	X	X		X	X			83.
	Petrópolis		X			X			84.
	<b>Queimados</b>	X			X				85.
	<b>Rio de Janeiro</b>	X	X		X	X		X	86.
	<b>São Gonçalo</b>	X	X		X				87.
São João de Meriti		X		X				88.	
<b>Araruama</b>						X		89.	
RN	Natal		X	X	X	X		X	90.

UF	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS 1	SVS 2	SVS 3	IDOSO	FINAL
	<b>Mossoró</b>						<b>X</b>		91.
RO	Porto Velho		X		X	X		X	92.
	<b>Ji-Paraná</b>						<b>X</b>		93.
RR	Boa Vista		X	X		X		X	94.
	Pacaraima			X		X			95.
RS	Alvorada				X	X			96.
	Caxias do Sul		X			X			97.
	<b>Novo Hamburgo</b>	X							98.
	<b>Porto Alegre</b>	X	X		X	X		X	99.
	<b>São Leopoldo</b>	X	X		X				100.
	<b>Canoas</b>						<b>X</b>		101.
	<b>Pelotas</b>						<b>X</b>		102.
	<b>Erexim</b>						<b>X</b>		103.
SC	Criciúma		X			X			104.
	Florianópolis		X		X	X		X	105.
	<b>Joinville</b>						<b>X</b>		106.
	<b>Blumenau</b>						<b>X</b>		107.
	<b>Itajaí</b>						<b>X</b>		108.
	<b>Palhoça</b>						<b>X</b>		109.
	<b>Jaraguá do Sul</b>						<b>X</b>		110.
	<b>Chapecó</b>						<b>X</b>		111.
	<b>São José</b>						<b>X</b>		112.
SE	Aracaju		X		X	X			113.
SP	Campinas		X		X	X			114.
	<b>Carapicuíba</b>	X	X			X			115.
	<b>Diadema</b>	X	X		X	X			116.
	Embu		X		X	X			117.
	<b>Embu-Guaçu</b>	X				X			118.
	<b>Guarulhos</b>	X	X		X	X			119.
	Hortolândia				X	X			120.
	Itapecerica da Serra		X		X				121.
	<b>Itaquaquecetuba</b>	X	X		X	X			122.
	Jundiaí		X			X			123.
	<b>Mauá</b>	X	X		X				124.
	<b>Osasco</b>	X	X		X	X			125.
	Praia Grande		X			X			126.
	Ribeirão Preto		X			X			127.
	<b>Santo André</b>	X	X		X	X			128.
	Santos		X			X			129.
	<b>São Bernardo do Campo</b>	X	X		X				130.
	São José do Rio Preto		X			X			131.
	São José dos Campos		X		X	X			132.
	<b>São Paulo</b>	X	X		X	X		X	133.
	Sorocaba		X		X	X			134.
	Sumaré		X		X	X			135.
	<b>Taboão da Serra</b>	X			X				136.
<b>Guarujá</b>						<b>X</b>		137.	
<b>Suzano</b>						<b>X</b>		138.	
<b>Mogi das Cruzes</b>						<b>X</b>		139.	
<b>Piracicaba</b>						<b>X</b>		140.	

UF	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS 1	SVS 2	SVS 3	IDOSO	FINAL
	<b>Bauru</b>						X		141.
	<b>Franca</b>						X		142.
	<b>Barretos</b>						X		143.
	<b>Cubatão</b>						X		144.
	<b>Atibaia</b>						X		145.
	<b>São Vicente</b>						X		146.
TO	Palmas					X		X	147.
	<b>Araguaína</b>						X		148.

Nota: os que estão em negrito são novos municípios

## ANEXO II

**TABELA 1: CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO OU VULNERABILIDADE PARA VIOLÊNCIAS 2010**

Coluna	Critério	Comentário
Agenda Social	Inclusão na Agenda Social da Presidência da República	Em negrito e amarelo, critério suficiente
Mulher	Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas na População Feminina Coeficiente de Internação no SUS por Agressão na População Feminina Município com ao menos um caso de AIDS em Mulher Município com Exploração Sexual em Criança ou Adolescente Município pertencente a faixa de fronteira	Sugeridos pela Área Técnica de Saúde da Mulher, estes critérios foram adotados para organizar um ranqueamento, do qual foram selecionados os cem municípios com maiores índices.
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Território Nacional	Programa da SEDH/PR
SVS1	Mortalidade por acidentes de trânsito Mortalidade por homicídios Mortalidade por suicídios Mortalidade por homicídios por armas de fogo $N = 0,4N_H + 0,4N_I + 0,3 N_S + 0,3 N_T$	Ranking calculado segundo a fórmula abaixo, em que $N_H$ = homicídios, $N_I$ = homicídio por arma de fogo não intencional, $N_S$ = suicídios e $N_T$ = acidentes de trânsito.
SVS2	Projetos selecionados pelo Edital N°3, em 2006 (resultados publicados pelo Edital N° 5/2006) Projetos selecionados pelo Edital N°1, em 2007 (resultados publicados pelo Edital N° 5/2007) Adesão ao projeto de "Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela - VIVA"  Núcleos integrantes da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (conforme Portaria N° 936/2004)	Para inclusão, basta estar inserido em um desses programas da SVS
SVS3	Mortalidade por acidentes de trânsito – ano de 2006 para população de 100 mil e mais habitantes Mortalidade por homicídios – ano de 2006 para população de 100 mil e mais habitantes	
IDOSO	Integrar a relação de municípios prioritários da Área Técnica de Saúde da Pessoa idosa	

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



## Anexo III

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Departamento de Análise de Situação de Saúde  
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede,  
1º andar, sala 148 - CEP 70.058-900  
Tel. 61 - 3315 3419/ 3498 /3784

*Nota Técnica n° 22 /2008 GT-SINAN/CGDT/DEVEP/SVS/MS e CGDANT/DASIS/SVS/MS*

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

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

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

### **Aspectos Legais:**

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

### **Componentes da VIVA:**

#### **Vigilância Pontual: Inquérito de Acidentes e Violências**

7. O inquérito foi realizado em serviços de urgência e emergência (pronto-socorros, pronto-atendimentos, dentre outros) definidos pelas SES e SMS durante 30 dias referentes ao mês de setembro ou outubro nos anos de 2006 e 2007. A coleta foi por amostragem, em turnos alternados, com a utilização da **Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Serviços de Urgência e Emergência**. Para a entrada dos dados utilizou-se o *software Epi Info Windows (VIVA Epi Info)* por meio um questionário específico desenvolvido pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes. Esse componente não será implantado no SINAN Net.
8. Essa vigilância tem como objetivos específicos: descrever o perfil das violências (interpessoais ou auto provocadas) e acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros) atendidos em unidades de urgência e emergência indicadas pelas SMS em articulação com as SES. Outro objetivo é a análise da tendência das violências e acidentes.
9. Após análise dos resultados e avaliação da implantação do projeto VIVA, chegou-se à conclusão que este componente será realizado bi-anualmente. Portanto, a realização do próximo inquérito está prevista para 2009.

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

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

### **Crítérios de Seleção de Municípios:**

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

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

#### **VIVA – Componente de Vigilância Contínua e SINAN Net:**

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

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

16. O processo de implantação do Módulo Violências\_VIVA no SINAN Net (VIVA SINAN Net) será gradual e realizado em parceria com as SES e SMS, considerando-se a estruturação da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) em cada secretaria de saúde, como também prioridades já definidas no processo de implantação da VIVA. O uso do VIVA SINAN Net será implantado em Estados e Municípios onde a VIVA encontra-se estruturado e implantado com clara definição de serviços e gestores, e em articulação com a Gerência Técnica do SINAN.
17. A previsão do início dessa implantação será no **segundo semestre de 2008**, iniciando-se nos Estados e Municípios que já fazem notificação contínua de violências e têm a vigilância de DANT estruturada em relação às causas externas. Portanto, iniciaremos em 27 municípios de 20 estados (Anexo I) selecionados a partir

das Portarias nº 1.356/2007 e nº 1.384/2007<sup>8</sup>, que implantaram o componente de vigilância contínua da VIVA e que aderirem ao uso do VIVA SINAN Net, permitindo a validação do mesmo. Caso esses municípios optem por não implantar o uso do SINAN Net para notificação de violências em 2008, e já utilizem o sistema VIVA *Epi Info*, deverão continuar a digitar as fichas de violências nesse sistema até dezembro de 2008, objetivando fornecer dados oportunos para o desenvolvimento de ações de prevenção, de atenção e de proteção social às vítimas de violências. Isso evitará o acúmulo de fichas, além de contribuir para a consolidação de uma rotina de vigilância de causas externas. Para tanto, será disponibilizado o VIVA *Epi Info* (versão 3.4.3), que contém o questionário específico referente à **Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências** no padrão do SINAN Net. Ressalta-se que **não** haverá migração das fichas digitadas no VIVA *Epi Info* para o VIVA SINAN Net.

18. Os quatorze municípios (Anexo II) que implantaram somente o componente de vigilância pontual (inquérito) da VIVA iniciarão a digitação no VIVA SINAN Net em 2009, também por adesão.
19. Os municípios participantes da **Rede Nacional de NPVP**<sup>9</sup> e que não se encontram entre os 39 entes federados que aderiram ao projeto VIVA, implantarão a VIVA e iniciarão a digitação no VIVA SINAN Net em 2009, de acordo com cronograma a ser definido junto com as SES em articulação com o MS.
20. Dessa forma, a partir de 2009, todos os municípios que implantarem a VIVA deverão utilizar o VIVA SINAN Net.

#### **Fluxo da Notificação pelo SINAN Net:**

21. A ficha de notificação/investigação deverá ser preenchida em duas vias. A primeira via deverá ser enviada pela unidade de saúde para o local no qual será feita a digitação e análise dos dados, conforme o fluxo do SINAN estabelecido no Estado. A segunda via deverá ser arquivada na própria unidade de saúde.
22. Nos casos de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deverá ser feita em três vias, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Nessa situação, a terceira via deverá ser encaminhada obrigatoriamente para o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente da localidade e/ou autoridades competentes.

---

<sup>8</sup> A relação dos 39 Entes Federados, que constam das Portarias nº 1.356 de 23/06/2006 e nº 1.384 de 12/06/2007, foi definida de acordo com critérios prioritários definidos pelo MS e pactuados com CONASS e CONASSEMS.

<sup>9</sup> As SES e SMS previstas para implantação do Módulo de Violência\_VIVA no SINAN NET em 2009 pertencem à Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde conforme Editais nº 03 de 11/09/2006 e nº 01 de 14/09//2007, além dos Núcleos conveniados com MS.

23. O fluxo da **Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências** deve seguir a rotina já definida e padronizada em relação ao SINAN<sup>10</sup>, conforme normas operacionais adequadas pelas SES e SMS.
24. A coordenação estadual de DANT deve articular-se com a gerência estadual do SINAN para estabelecer claramente o fluxo das fichas, local de digitação e outros aspectos operacionais do uso do SINAN Net para notificação de violências. As SMS responsáveis pela vigilância de violências devem participar desse processo. O processo de digitação deve respeitar as regras de ética profissional e confidencialidade dos dados.
25. As gerências municipal e estadual do SINAN disponibilizarão os dados da notificação de violências para as coordenações responsáveis pela vigilância de violências nas respectivas SMS e SES.
26. As SMS e SES que realizam a vigilância de violências são responsáveis pela qualidade dos dados e realização das análises epidemiológicas. As análises, tanto epidemiológica como gerencial, devem verificar inconsistências e produzir informações e relatórios periódicos. Ressalta-se que a análise dos dados deve ser feita em articulação e integração com o NPVP.
27. Portanto, o fluxo de dados segue as normas operacionais do SINAN. Ressalta-se que deve haver um *feedback* de informações entre as diversas esferas de governo participantes dessa vigilância.

#### **Responsabilidades e atribuições:**

28. O MS, representado pela Gerência Técnica do SINAN e a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, é o responsável pela coordenação em nível nacional do processo de implantação/implementação da vigilância e notificação de violências no SINAN Net em parceria com as SES e SMS selecionadas.
29. A SES, por meio das coordenações da vigilância de DANT, Núcleos de PVPS e SINAN, é a responsável pela coordenação do processo de implantação/implementação da vigilância e notificação de violências no estado em parceria com as SMS participantes.
30. A SMS, por meio das coordenações da vigilância de DANT, Núcleo de PVPS e SINAN, é a responsável pela coordenação e execução do processo de implantação/implementação da vigilância e notificação de violências no município.

---

<sup>10</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN: normas e rotinas. 2ª Edição. Brasília/DF, 2007.

31. A impressão, distribuição e controle da ficha de notificação pré-numerada para os municípios são de responsabilidade da SES, podendo ser delegados para o município, conforme normas operacionais do SINAN.
32. A distribuição e o controle da ficha de notificação pré-numerada para as unidades de saúde e outras fontes notificadoras participantes da vigilância de violências são de responsabilidade da SMS, conforme normas operacionais do SINAN.

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

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

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

Encaminhe-se ao GAB/SVS, para providências.

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

De acordo.

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Gerson Penna  
Secretário

## Anexo

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

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



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

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

**Implantação VIVA SINAN NET a partir de 2009.**

REGIÃO E UNIDADE FEDERADA	Nº	MUNICÍPIO
<b>NORTE</b>		
AMAPÁ	1	MACAPÁ
PARÁ	2	BELÉM
RORAIMA	3	BOA VISTA
<b>NORDESTE</b>		
ALAGOAS	4	MACEIÓ
RIO GRANDE DO NORTE	5	NATAL
PERNAMBUCO	6	OLINDA
PERNAMBUCO	7	JABOATÃO DOS GUARARAPES
PIAUÍ	8	TERESINA
<b>SUDESTE</b>		
SÃO PAULO	9	CAMPINAS
SÃO PAULO	10	SÃO PAULO

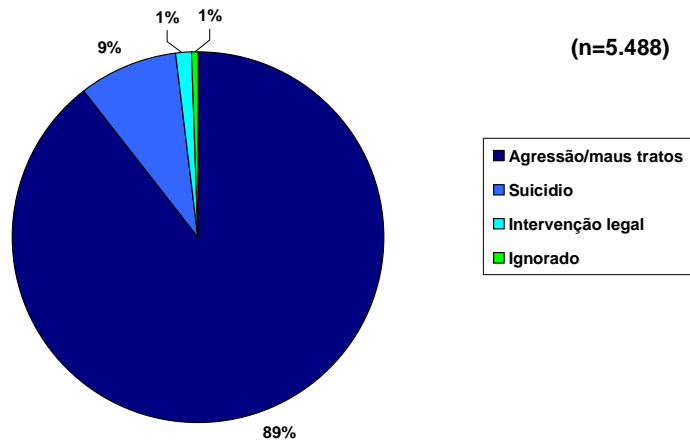
<b>SÃO PAULO</b>	<b>11</b>	<b>SOROCABA</b>
<b>CENTRO OESTE</b>		
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	<b>12</b>	<b>BRASÍLIA</b>
<b>MATO GROSSO</b>	<b>13</b>	<b>VÁRZEA GRANDE</b>
<b>MATO GROSSO</b>	<b>14</b>	<b>CÁCERES</b>

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

## Anexo IV Dados

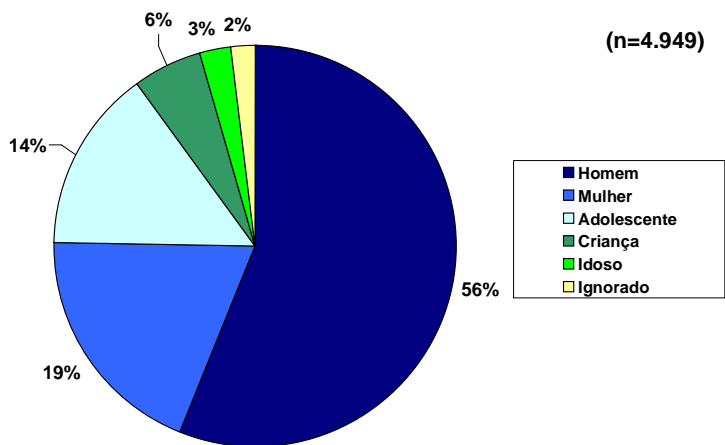
### Resultados

#### Tipos de Violência, VIVA 2007



### Resultados

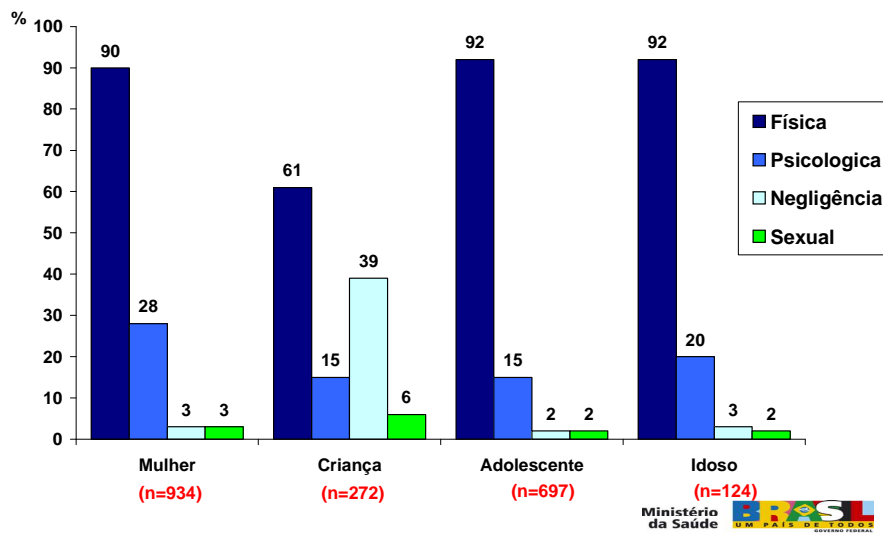
#### Vítimas de Agressões/Maus tratos segundo grupo populacional, VIVA 2007



**Obs:** homem e mulher = acima de 18 anos

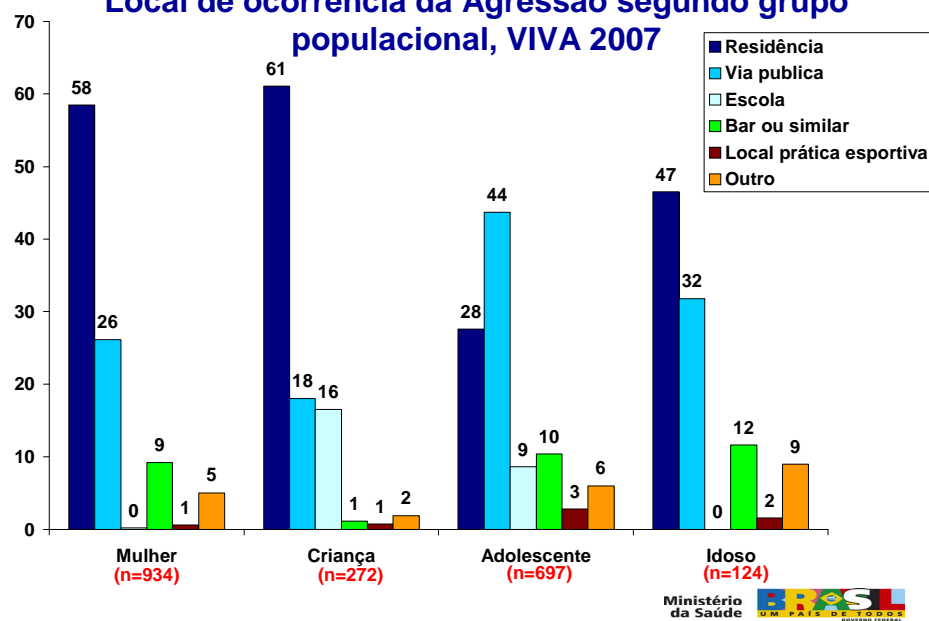
## Resultados

Tipo de Agressão sofrida segundo grupo populacional, VIVA 2007



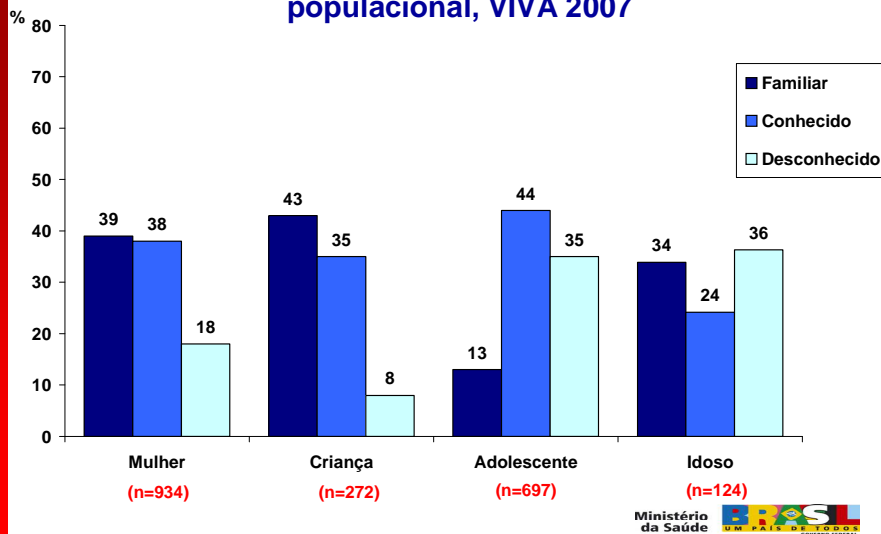
## Resultados

Local de ocorrência da Agressão segundo grupo populacional, VIVA 2007



## Resultados

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



## Prioridade XI – SAÚDE DO HOMEM

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

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

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

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais	Implantar a política de atenção integral à saúde do homem nos 26 estados, Distrito Federal e 26 municípios selecionados.	-	Este Indicador não será pactuado em 2011.

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

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

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

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

**Registro no SISPACTO:** número absoluto.

**Fonte:** Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

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

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS

e-mail: [dapes.sas@saude.gov.br](mailto:dapes.sas@saude.gov.br)

## Prioridade XI – SAÚDE DO HOMEM (cont.)

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

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

Indicador	Meta Brasil	
	2010	2011
Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência	Ampliar em 10% o número Prostatectomia Suprapúbica, em relação ao ano anterior	Ampliar em 10% o número Prostatectomia Suprapúbica, em relação ao ano anterior

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

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

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

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

**Registro no SISPACTO:** número absoluto.

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

### Recomendações, observações e informações adicionais:

Durante o processo de pactuação realizado em 2010 houve esclarecimento, por meio de nota técnica expedida pela ATSH em 08/03/2010, informando que os estados deviam orientar os Municípios que não realizam o procedimento, que colocassem no campo relativo a essa meta o número 0 (zero). “Isso representava não se aplica”.



Para o processo de ajuste de metas de 2011, os Municípios que não realizam o procedimento de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica devem utilizar a opção “não se aplica” disponibilizada no Sispecto.

Quadro 1: Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil, 2007, 2008, 2009, Jan-Ago/2010 (AIH pagas por Região/UF e Ano processamento)

Região/UF	2007*	2008**	2009**	2010**
<b>Região Norte</b>	<b>1.198</b>	<b>957</b>	<b>1017</b>	<b>714</b>
Rondônia	26	31	56	29
Acre	30	33	23	9
Amazonas	233	169	177	133
Roraima	39	27	24	12
Pará	716	531	606	443
Amapá	38	47	65	18
Tocantins	116	119	66	70
<b>Região Nordeste</b>	<b>4.023</b>	<b>4302</b>	<b>4117</b>	<b>3007</b>
Maranhão	363	386	358	227
Piauí	648	905	832	501
Ceará	437	505	496	359
Rio Grande do Norte	256	276	241	215
Paraíba	290	254	225	232
Pernambuco	683	595	507	450
Alagoas	79	40	54	64
Sergipe	123	154	184	121
Bahia	1.144	1187	1220	838
<b>Região Sudeste</b>	<b>2.966</b>	<b>3097</b>	<b>3076</b>	<b>2313</b>
Minas Gerais	893	949	778	481
Espírito Santo	106	108	83	63
Rio de Janeiro	727	789	914	723
São Paulo	1.240	1251	1301	1046
<b>Região Sul</b>	<b>1.430</b>	<b>1475</b>	<b>1530</b>	<b>1175</b>
Paraná	549	485	538	408
Santa Catarina	290	370	364	285
Rio Grande do Sul	591	620	628	482
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>610</b>	<b>642</b>	<b>677</b>	<b>543</b>
Mato Grosso do Sul	181	177	170	101
Mato Grosso	96	102	111	116
Goiás	219	211	246	162
Distrito Federal	114	152	150	164
<b>Total</b>	<b>10.227</b>	<b>10473</b>	<b>10417</b>	<b>7752</b>

Fonte: SIH/SUS – dado preliminar em 01/11/2010, sujeito a novas atualizações.

\* Procedimento: 31005110 PROSTECTOMIA SUPRA PÚBLICA

\*\* Procedimento: 0409030023 PROSTATECTOMIA SUPRAPUBLICA

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS

e-mail: [dapes.sas@saude.gov.br](mailto:dapes.sas@saude.gov.br)

## **RESPONSABILIDADES DO PACTO DE GESTÃO**

### **I - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS**

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

#### **Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

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

#### **Meta Brasil:**

<b>Indicador</b>	<b>Meta Brasil</b>	
	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	76% ou mais de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	78% ou mais de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação

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

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

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

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

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

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

**Fonte:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

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

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

OBS: O indicador não inclui os casos de dengue clássico, pois essa forma clínica não é de investigação obrigatória durante as epidemias. Em determinadas situações epidêmicas, quando o volume de notificações é grande, nem sempre é possível investigar todos os casos. Portanto, se fosse incluído o dengue clássico no

cálculo do indicador, haveria prejuízo ou subestimação na avaliação do encerramento oportuno do conjunto das doenças de notificação compulsória.

### Série histórica do indicador e análise

Tabela 1- Proporção de notificações encerradas oportunamente por ano de notificação, segundo unidade federada e região de residência, Brasil, 2003 a 2009.

UF/Região de residência	Proporção de encerramento oportuno						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Região Norte</b>	<b>71,3</b>	<b>71,9</b>	<b>77,4</b>	<b>75,9</b>	<b>69,9</b>	<b>74,6</b>	<b>75,2</b>
Rondônia	67,5	62,7	70,4	71,0	63,4	63,8*	75,6
Acre	81,9	85,0	86,4	92,7	80,2	84,3**	78,5
Amazonas	41,9	61,0	75,5	65,3	61,7	76,9*	81,7
Roraima	87,4	82,9	89,8	71,3	72,3	83,4*	92,5
Pará	63,8	70,2	67,0	66,7	69,4	67,4*	68,4
Amapá	74,6	60,1	67,9	76,5	75,3	66,2*	68,3
Tocantins	81,8	81,2	84,5	87,7	75,6	80,0*	77,0
<b>Região Nordeste</b>	<b>61,3</b>	<b>65,6</b>	<b>66,8</b>	<b>72,1</b>	<b>66,9</b>	<b>70,3</b>	<b>71,6</b>
Maranhão	75,8	69,2	63,5	74,0	65,7	73,6*	70,5
Piauí	69,6	70,7	72,1	80,1	63,9	82,0*	85,3
Ceará	52,5	56,8	61,9	66,6	73,6	77,6*	81,3
Rio Grande do Norte	39,8	57,1	54,5	56,2	52,0	50,3*	61,1
Paraíba	49,2	59,2	58,9	63,3	57,5	63,0**	65,9
Pernambuco	72,8	73,2	74,3	81,0	74,0	69,9*	72,3*
Alagoas	65,6	74,7	79,3	79,7	72,3	68,1**	78,5
Sergipe	76,7	81,3	84,5	89,4	83,3	89,3*	87,0
Bahia	49,4	48,3	52,2	58,8	59,3	58,7*	63,4
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>74,7</b>	<b>74,4</b>	<b>79,6</b>	<b>78,6</b>	<b>67,9</b>	<b>76,6</b>	<b>81,3</b>
Mato Grosso do Sul	84,6	83,9	81,5	81,5	68,8	81,1*	88,7
Mato Grosso	75,2	70,2	68,4	72,4	53,9	70,2*	79,0
Goiás	70,8	72,9	80,5	75,8	74,8	77,0**	80,8
Distrito Federal	68,3	70,7	87,9	84,6	76,5	78,1*	87,6
<b>Região Sul</b>	<b>79,7</b>	<b>81,2</b>	<b>82,4</b>	<b>83,9</b>	<b>81,4</b>	<b>82,1</b>	<b>86,2</b>
Paraná	79,1	79,9	81,1	87,6	84,4	85,0*	84,4
Santa Catarina	79,9	79,8	81,8	83,7	78,5	80,9*	89,2
Rio Grande do Sul	80,0	83,9	84,3	80,5	80,7	80,3*	86,1
<b>Região Sudeste</b>	<b>66,5</b>	<b>72,7</b>	<b>76,3</b>	<b>75,5</b>	<b>74,3</b>	<b>78,2</b>	<b>84,3</b>
Minas Gerais	70,7	76,4	79,3	82,0	81,9	80,7*	83,1
Espírito Santo	76,0	75,8	87,1	79,6	80,8	81,2*	84,0
Rio de Janeiro	49,6	64,3	66,5	62,3	53,0	67,7*	76,3
São Paulo	69,8	74,3	72,2	78,3	77,0	83,0*	87,3
<b>Brasil</b>	<b>67,6</b>	<b>71,7</b>	<b>73,3</b>	<b>75,7</b>	<b>72,5</b>	<b>76,3</b>	<b>80,0</b>

Fonte:

Dados de 2008: (\*) Sinan/SVS/MS (dados 2008 atualizados em 01/03/2010); (\*\*) SISPACTO; Os erros existentes na versão do Sinan Net em uso em 2008 e 2009 implicaram em diferenças entre as bases de dados das três esferas de governo. Para não prejudicar a avaliação estadual dos estados que não atingiram a meta do indicador quando calculado com dados da base nacional, optou-se por considerar o maior valor obtido com dados da base estadual e registrado no SISPACTO.

Dados de 2009: resultados registrados no SISPACTO pelas SES de cada UF com base nos dados estaduais do Sinan, exceto \*PE (Sinan/SVS/MS -11/2010)

Os resultados anuais do indicador nacional apresentam tendência crescente, com um incremento de 4,9% em 2009 em relação ao ano anterior.

Todas as regiões apresentaram aumento no resultado do indicador em 2009, destacando-se as regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste pelos bons resultados alcançados (acima de 80%).

É evidente a melhora nos resultados estaduais em 2009: dos vinte e sete estados apenas cinco apresentaram valores inferiores ao ano anterior, ainda assim dois conseguiram atingir sua respectiva meta.

No entanto observa-se ainda uma grande amplitude dos resultados estaduais alcançados, variando em 2009, de 61% a 92,5%, indicando a necessidade de se aprimorar não só o sistema de informação, mas principalmente a vigilância epidemiológica, especialmente nos estados com resultados bem abaixo da sua meta anual.

Observa-se uma redução nos resultados do indicador na maioria das Unidades Federadas no ano de 2007 podendo ser decorrente da mudança da plataforma do Sinan Windows para o Sinan NET. Os erros existentes na versão do Sinan Net em uso em 2008 e em 2009 implicaram ainda em diferenças entre as bases de dados das três esferas de governo.

Os resultados estaduais considerados em 2009 correspondem aqueles registrados no SISPACTO. A comparação desses resultados com os obtidos com dados da base nacional identificou diferenças significativas apenas para PE e RO. Esses resultados são sujeitos à revisão, pois foram calculados antes da atualização da versão (com o patch 4.1) nos estados e do retorno do funcionamento da rotina do fluxo de retorno do Sinan NET.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Gerência técnica do Sinan/CIEVS

Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS

Telefone: (61) 3315 36 61/3662

e-mail: [dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)

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

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

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

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

### Método de cálculo:

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

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

**Fonte:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

### Recomendações, observações e informações adicionais:

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

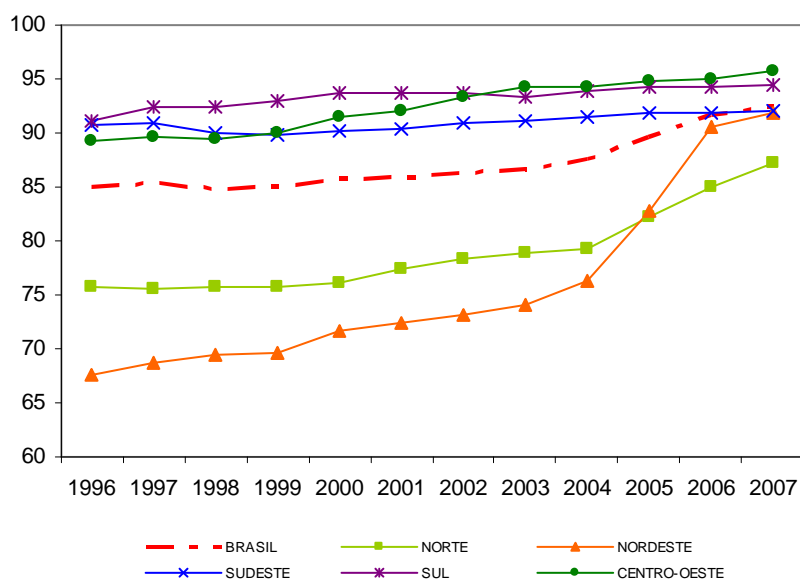
Para incorporar o uso da informação na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da assistência, as ações de vigilância (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos) devem ser implementadas.

Acesse a página da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde sobre a Vigilância de Óbito no seguinte endereço eletrônico [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1585](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1585) e encontrem os manuais, fichas, fluxogramas e portarias que são os instrumentos necessários para a execução das ações de vigilância de óbitos recomendados pelo Ministério da Saúde, particularmente o **“Manual para a Investigação do óbito com Causa Mal Definida”** e os seus instrumentos de coleta de dados e fluxos de investigação.

### Análise descritiva

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

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



Quadro 1: Evolução da proporção de óbitos com causa básica definida, segundo UF e região, Brasil, 2002 a 2007.

UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% variação 2006/07
<b>BRASIL</b>	<b>86,3</b>	<b>86,7</b>	<b>87,6</b>	<b>89,6</b>	<b>91,7</b>	<b>92,3</b>	<b>0,7</b>
<b>Região Norte</b>	<b>78,4</b>	<b>78,8</b>	<b>79,2</b>	<b>82,3</b>	<b>85,0</b>	<b>87,2</b>	<b>2,6</b>
Rondônia	88,9	87,6	88,8	90,6	92,2	92,4	0,2
Acre	76,5	75,1	70,7	92,3	91,7	92,6	1,0
Amazonas	74,8	74,6	77,4	78,7	79,4	82,4	3,8
Roraima	95,6	93,3	92,0	93,8	94,4	94,9	0,6
Pará	73,7	74,6	74,3	77,6	82,3	85,6	4,0
Amapá	87,6	84,6	85,4	85,7	84,6	83,4	-1,4
Tocantins	88,2	93,4	95,0	94,5	97,0	96,4	-0,6
<b>Região Nordeste</b>	<b>73,2</b>	<b>74,1</b>	<b>76,3</b>	<b>82,8</b>	<b>90,5</b>	<b>91,9</b>	<b>1,6</b>
Maranhão	59,7	62,6	63,4	83,4	89,7	91,8	2,4
Piauí	74,1	73,8	75,7	77,9	93,5	95,7	2,4
Ceara	74,5	73,9	75,2	80,9	93,8	94,9	1,1
Rio Grande do Norte	73,0	75,1	80,0	91,5	95,0	96,4	1,4
Paraíba	59,5	65,1	70,3	84,4	88,8	91,8	3,4
Pernambuco	81,0	82,3	83,8	90,0	94,1	94,7	0,7
Alagoas	71,8	72,8	74,8	86,5	89,6	93,0	3,7
Sergipe	76,5	76,2	89,4	90,5	91,8	92,8	1,0
Bahia	74,6	74,3	75,2	74,7	85,1	85,9	0,9
<b>Região Sudeste</b>	<b>90,9</b>	<b>91,1</b>	<b>91,5</b>	<b>91,9</b>	<b>91,8</b>	<b>92,0</b>	<b>0,2</b>
Minas Gerais	86,9	87,0	87,6	88,5	88,3	88,8	0,5
Espírito Santo	88,2	93,6	95,4	95,6	96,5	97,0	0,5
Rio de Janeiro	89,2	89,2	90,3	90,7	91,0	90,9	-0,1
São Paulo	93,5	93,6	93,6	93,7	93,5	93,6	0,1
<b>Região Sul</b>	<b>93,7</b>	<b>93,3</b>	<b>93,8</b>	<b>94,2</b>	<b>94,2</b>	<b>94,5</b>	<b>0,3</b>
Paraná	95,4	95,0	94,9	95,2	95,1	95,3	0,3
Santa Catarina	88,7	89,6	90,7	91,3	90,9	91,4	0,5
Rio Grande do Sul	94,3	93,5	94,3	94,6	94,9	95,1	0,1
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>93,4</b>	<b>94,3</b>	<b>94,2</b>	<b>94,8</b>	<b>95,1</b>	<b>95,7</b>	<b>0,7</b>
Mato Grosso do Sul	96,8	97,6	98,4	98,2	98,4	98,3	-0,1
Mato Grosso	91,8	94,1	91,7	93,6	94,1	96,5	2,6
Goiás	92,0	92,4	92,7	92,8	93,0	93,4	0,4
Distrito Federal	95,4	95,7	96,5	97,7	97,8	97,6	-0,2

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

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



SE, TO, AM, PA e MT. A coordenação estuda a possibilidade de contratação de um consultor para os estados de menor porte da região Norte, AC, RR, RO e AP.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Coordenação geral de Informações e Análises Epidemiológicas

Departamento de Análise da Situação de Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: [dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)

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

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

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

### Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de crianças menores de um ano de idade vacinadas com} \\ \text{terceiras doses da vacina DTP+Hib}}{\text{população < 1 ano de idade}^*} \times 100$$

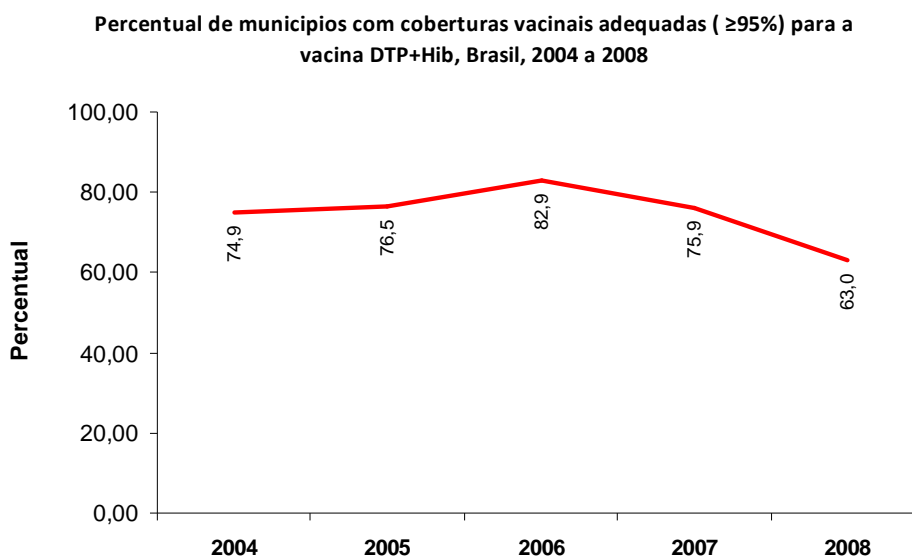
\*dados <1 ano de idade obtidos dos registros do Sinasc a partir da base nacional mais atualizada.

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

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

### Recomendações, observações e informações adicionais:

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



Fonte: SI-API/CGPNI/SVS

### Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:

Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

e-mail: [dagvs@saude.gov.br](mailto:dagvs@saude.gov.br)

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

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

### Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

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

### Meta Brasil:

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

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

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

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

### Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de amostras de coliformes totais realizadas pela vigilância}}{\text{total de amostras de coliformes totais obrigatórias}} \times 100$$

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

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

## Recomendações, observações e informações adicionais:

Tabela 1: Média de percentuais de cumprimento de amostras de coliformes totais, de acordo com a Diretriz Nacional do VIGIAGUA, alcançados por UF, no ano de 2008 e 2009 até setembro.

UF	% de cumprimento	
	2008	2009
Acre	19	36
Alagoas	27	21
Amazonas	7	8
Amapá	13	14
Bahia	10	20
Ceará	26	66
Distrito federal	100	5
Espírito Santo	30	25
Goiás	12	17
Maranhão	1	1
Minas Gerais	4	6
Mato Grosso do Sul	21	31
Mato grosso	7	17
Pará	6	6
Paraíba	3	6
Pernambuco	4	5
Piauí	11	23
Paraná	25	39
Rio de Janeiro	7	19
Rio Grande do Norte	2	5
Rondônia	1	2
Roraima	1	6
Rio Grande do Sul	43	42
Santa Catarina	21	37
Sergipe	21	19
São Paulo	13	12
Tocantins	20	34
<b>Brasil</b>	<b>15</b>	<b>20</b>

Fonte: Sisagua – dez/2010

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**  
Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental  
Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador  
e-mail: dagvs@saude.gov.br

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

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

### **Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

- Capacitação técnica da VISA estadual para realização de oficinas de apoio à elaboração dos planos de ação municipais.

### **Meta Brasil:**

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

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

**Esferas de pactuação:** Federal, Estadual, DF.

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

### **Método de cálculo:**

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

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

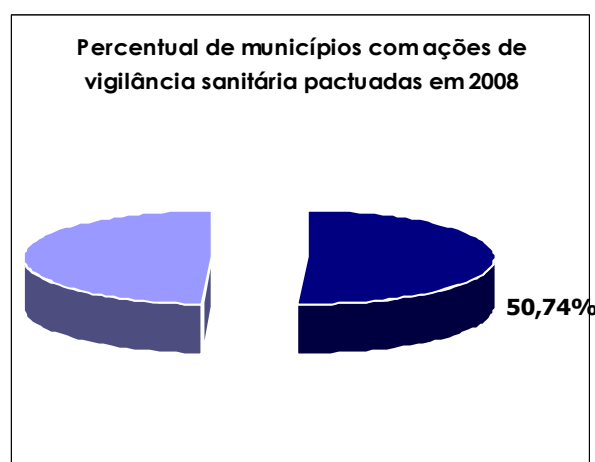
**Fonte:** Resoluções das Comissões Intergestores Bipartite, com as homologações dos Planos de Ação em Visa pactuados. Estas informações são enviadas ao Fundo Nacional de Saúde para o repasse dos recursos, documentos os quais o Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária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

## Recomendações, observações e informações adicionais:

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

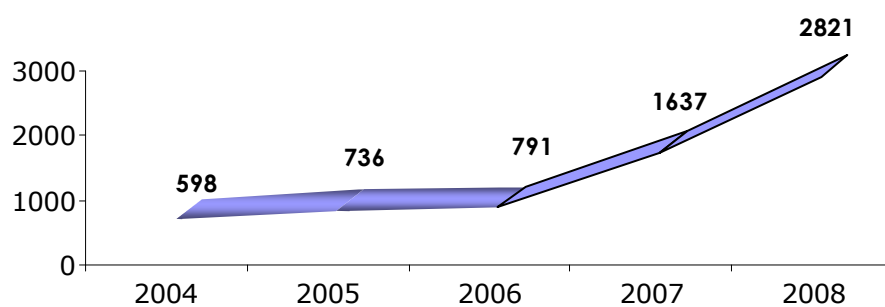
Ano	Nº municípios pactuados no país	% de pactuação no país	Instrumento de pactuação
2004	598	10,76%	Termo de Ajuste e Metas <sup>11</sup>
2005	736	13,23%	Termo de Ajuste e Metas
2006	791	14,22%	Termo de Ajuste e Metas
2007	1637	29,44%	Plano de Ação em VISA
2008	2821	50,74%	Plano de Ação em VISA

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



<sup>11</sup> O Termo de Ajuste e Metas (TAM) era um instrumento de parceria celebrado entre a Anvisa, os estados e alguns dos grandes e médios municípios brasileiros, no qual se pactuavam metas fixas referentes a atividades de vigilância sanitária, muito mais segundo a lógica da complexidade da ação do que propriamente pela lógica da responsabilidade sanitária pelo risco local. Teve um mérito indiscutível com relação à estruturação dos serviços de Visa para os entes que aderiram, porém, devido ao seu caráter de pactuação das ações mais complexas, dificilmente se expandiria para todos os municípios brasileiros (ao contrário do que se pretende com os atuais Planos de Ação em Visa, os quais se coadunam com a lógica do Pacto pela Saúde).

### Nº de municípios com ações de Visa pactuadas em esfera bipartite



**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

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

E-mail: [nadav@anvisa.gov.br](mailto:nadav@anvisa.gov.br)

Fone: (61) 3462-6921



## II – RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

**Objetivo:** Constituir Colegiados de Gestão Regional (CGR).

**Meta Brasil:**

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

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

**Esferas de pactuação:** Federal, Estadual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comparar meta proposta com meta alcançada

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

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

**Informações adicionais:**

A constituição dos CGR deve ocorrer no bojo do processo da proposta de regionalização estadual por meio da utilização dos instrumentos de planejamento regional: PDR, PDI e PPI.

As metas da proporção de CGR constituídos para 2010 devem ser estabelecidas a partir do cumprimento das metas anteriores 2009.

As metas da proporção de CGR constituídos para 2011 devem ser estabelecidas a partir do cumprimento das metas de 2010.

A constituição dos CGR ocorre mediante homologação na CIB e informação à CIT.

As Secretarias de Estado, baseadas no PDR e nas orientações contidas nas publicações da Série Pactos pela Saúde, Volumes 10 e 3, devem definir qual a abrangência territorial correspondente à Região de Saúde.

O repasse de incentivo financeiro para apoiar as ações de regionalização no SUS será feito de acordo com a Portaria GM/MS nº. 2.691, de 19/10/2007, mediante informações do reconhecimento dos CGR pela CIB à CIT.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada/(DAGD)

Secretaria Executiva - SE/MS

e-mail: descentralizacao@saude.gov.br

### III – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

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

**Meta Brasil:**

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.	100%	100%	Serão consideradas, para o cálculo deste indicador, as informações enviadas à Comissão Intergestores Tripartite até 31/05 – para os RAG estaduais; e até 30/06 – RAG municipais, conforme Portaria GM/MS 3.176/08.

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

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

**Descrição do indicador:** Este indicador mede quantitativamente, a aprovação, nos Conselhos de Saúde, dos relatórios de gestão estadual e municipal.

A informação de aprovação do Relatório de Gestão, no Conselho Municipal de Saúde, deve ser encaminhada à Comissão Intergestores Bipartite e esta deve encaminhá-la à Comissão Intergestores Tripartite, até **30 de junho de cada ano**, de acordo com a Portaria GM nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008, assim como a informação da aprovação do Relatório de Gestão Estadual no Conselho Estadual de Saúde, deverá ser enviada à CIT até **31 de maio**. Sendo assim, a pactuação refere-se aos Relatórios de Gestão do ano anterior, aprovados pelos Conselhos de Saúde, e que deve ser informada à CIT, conforme estabelecido na referida Portaria.

**Método de cálculo:**

$$\frac{\text{Número de Municípios do Estado com Relatório de Gestão Municipal aprovado no Conselho Municipal de Saúde}}{\text{Número de municípios do Estado}} \times 100$$

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

**Fonte:** Comissão Intergestores Tripartite

## Recomendações, observações e informações adicionais:

### Série Histórica

RAG		2007		2008		2009	
UF/ Região	Nº de municípios	RGE aprovado	% RGM aprovado	RGE aprovado	% RGM aprovado	RGE aprovado	% RGM aprovado
<b>Brasil</b>	<b>5563</b>	<b>5</b>	42,04	<b>7</b>	47,58	<b>1</b>	52,04
<b>Região Norte</b>	<b>449</b>	<b>1</b>	<b>31,85</b>	<b>2</b>	<b>52,78</b>	<b>0</b>	<b>32,74</b>
Acre	22	0	50,00	0	0,00	0	100,00
Amazonas	62	0	20,97	0	35,48	0	11,29
Amapá	16	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Pará	143	0	0,00	0	45,45	0	0,70
Rondônia	52	0	5,77	0	46,15	0	46,15
Roraima	15	0	0,00	1	53,33	0	6,67
Tocantins	139	1	83,45	1	84,89	0	66,19
<b>Região Nordeste</b>	<b>1793</b>	<b>2</b>	<b>30,41</b>	<b>2</b>	<b>31,85</b>	<b>0</b>	<b>46,29</b>
Alagoas	102	0	3,92	0	48,04	0	24,51
Bahia	417	1	35,01	1	42,21	0	42,21
Ceará	184	0	91,30	0	82,07	0	72,28
Maranhão	217	1	63,13	1	0,00	0	50,23
Paraíba	223	0	11,66	0	36,77	0	98,21
Pernambuco	184	0	4,35	0	15,76	0	34,78
Piauí	224	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rio Grande do Norte	167	0	18,56	0	43,11	0	31,14
Sergipe	75	0	33,33	0	16,00	0	69,33
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>465</b>	<b>1</b>	<b>49,03</b>	<b>2</b>	<b>47,96</b>	<b>1</b>	<b>60,22</b>
Goiás	246	0	23,98	0	35,77	0	70,73
Mato Grosso do Sul	78	0	75,64	1	56,41	1	42,31
Mato Grosso	141	1	78,01	1	64,54	0	51,77
<b>Região Sudeste</b>	<b>1668</b>	<b>1</b>	<b>29,26</b>	<b>1</b>	<b>65,05</b>	<b>0</b>	<b>76,50</b>
Espírito Santo	78	0	0,00	1	61,54	0	62,82
Minas Gerais	853	0	0,00	0	59,32	0	70,93
Rio de Janeiro	92	0	59,78	0	55,43	0	0,00
São Paulo	645	1	67,13	0	74,42	0	96,43
<b>Região Sul</b>	<b>1188</b>	<b>0</b>	<b>78,62</b>	<b>0</b>	<b>44,70</b>	<b>0</b>	<b>30,47</b>
Paraná	399	0	80,70	0	92,48	0	90,23
Rio Grande do Sul	496	0	90,12	0	7,06	0	0,00
Santa Catarina	293	0	56,31	0	43,34	0	0,68

Fonte: CIT, julho de 2008, 2009, 2010

Elaboração: DEMAGS/SGEP/MS

**Observações:**

- Para efeitos de pactuação é importante ressaltar que a esfera estadual deverá pactuar o percentual de aprovação dos RAG de seus municípios referente ao ano anterior. Assim, para 2011, os estados irão pactuar a aprovação dos RAG municipais de 2010.
- No que diz respeito ao monitoramento e avaliação realizado pela esfera federal, serão analisados tanto a aprovação dos RAG estaduais, a partir do número absoluto de estados que informaram à CIT, até a data de 31/05, a aprovação do seu RAG no CES, bem como o percentual alcançado pelos estados, no processo de pactuação deste indicador, relativo à aprovação dos RAG municipais pelos respectivos CMS, informados à CIT até 30/06 de cada ano, conforme prazos estabelecidos na Portaria GM/MS nº 3.176/08.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Coordenação-Geral do Sistema de Monitoramento e Avaliação  
Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS- DEMAGS  
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS  
e-mail: [demags@saude.gov.br](mailto:demags@saude.gov.br)

#### IV – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

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

**Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

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

**Meta Brasil:**

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

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

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

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

**Método de cálculo:**  $n^{\circ}$  de bases CNES enviadas/12 meses do ano x 100%

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

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

**Fonte:** CNES

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

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

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

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

## V – RESPONSABILIDADES DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

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

### **Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:**

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

**Meta Brasil:** Ampliar o percentual de CIES em funcionamento para 70% em 2010 e para 100% em 2011.

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

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

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

### **Descrição do indicador:**

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

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

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

Assim, o **Percentual de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento por estado**, mostra, qualitativamente, a articulação e o planejamento regional de ações educativas de acordo com as necessidades e a realidade local e as prioridades do Pacto pela Saúde, bem como a participação dos gestores do SUS e demais atores na execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.



**Método de cálculo:**

$$\frac{\text{Número de CIES em funcionamento}}{\text{Número de CIES constituídos}} \times 100$$

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

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

O indicador é novo. As portarias que dispõem sobre o PNEPS são: Portaria GM/MS no. 1.996/2007 e Portaria GM/MS no. 2.813/2008.

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

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

## VI – RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

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

### Meta Brasil:

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

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

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

**Descrição do indicador:** Afere a implantação de Ouvidorias do SUS nos estados, DF e capitais, conforme os seguintes critérios:

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

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

O total de ouvidorias implantadas no ano tem como base os critérios estabelecidos e o número de ouvidoria estadual implantada, o número de ouvidoria de capital implantada e o número de ouvidoria de município implantada.

**Registro no SISPACTO:** Número absoluto.

**Fonte:** Secretarias de Saúde dos estados, DF e capitais. Esses dados são consolidados pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.

### **Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES

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

e-mail: [doges@saude.gov.br](mailto:doges@saude.gov.br)

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

**Objetivo II:** Fortalecer o controle social no SUS.

**Meta Brasil:**

Indicador	Meta Brasil		Observação
	2010	2011	
Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos 2009	100% de conselheiros estaduais e 100% de conselheiros municipais dos municípios prioritários capacitados.	–	As metas são explicitadas nos Plano de Saúde estaduais e municipais pactuados nas respectivas CIBs e aprovados pelos Conselhos de Saúde.

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

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

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

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

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

**Método de cálculo:**

**Estados:**

Número de conselheiros estaduais capacitados por ano X100

-----  
Total de conselheiros estaduais

**Municípios Prioritários:**

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

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

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

**Recomendações, observações e informações adicionais:**

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

**Municípios Prioritários conforme Portaria GM/MS Nº 2.433/2009**

UF	MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS
<b>REGIÃO NORTE</b>	
ACRE	CRUZEIRO DO SUL
	RIO BRANCO
AMAZONAS	MANAUS
	PARINTINS
AMAPÁ	LARANJAL DO JARÍ
	MACAPÁ
PARÁ	ANANINDEUA
	BELÉM
	CAPANEMA
	MARABÁ
RONDÔNIA	JI-PARANÁ
	PARAUPEBAS
	PORTO VELHO
	SANTARÉM
RORAIMA	BOA VISTA
	CANTÁ
TOCANTINS	ARAGUAÍNA
	PALMAS
<b>REGIÃO NORDESTE</b>	
ALAGOAS	ARAPIRACA
	MACEIÓ
	TAQUARANA
BAHIA	ALAGOINHAS
	BARREIRAS
	FEIRA DE SANTANA
	ITABUNA
	JUAZEIRO
	LAURO DE FREITAS
	MATA DE SÃO JOÃO
	SALVADOR
SANTO ANTÔNIO DE JESUS	

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

UF	MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS
	BARBACENA
	BETIM
	CONTAGEM
	DIVINÓPOLIS
	GOVERNADOR VALADARES
	ITABIRA
	JUIZ DE FORA
	MONTES CLAROS
	PASSOS
	PATOS DE MINAS
	POÇOS DE CALDAS
	RIBEIRÃO DAS NEVES
	TEÓFILO OTONI
	UBERABA
UBERLÂNDIA	
RIO DE JANEIRO	ANGRA DOS REIS
	BELFORD ROXO
	CABO FRIO
	CAMPOS DOS GOYTACAZES
	DUQUE DE CAXIAS
	NITERÓI
	NOVA IGUAÇU
	PETRÓPOLIS
	RIO DE JANEIRO
	SÃO GONÇALO
	SÃO JOÃO DE MERITI
SÃO PAULO	VOLTA REDONDA
	AMERICANA
	ARAÇATUBA
	ARARAQUARA
	BARRETOS
	BARUERI
	BAURU
	CAMPINAS
	CARAPICUÍBA
	DIADEMA
	EMBU
	FRANCA
	FRANCO DA ROCHA
	GUARUJÁ
	GUARULHOS
	INDAIATUBA
	ITAQUAQUECETUBA
	JANDIRA
	JUNDIAÍ
	LIMEIRA
	MARÍLIA
	MAUÁ
	MOGI DAS CRUZES

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

**Departamento/Secretaria responsável pelo indicador:**

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS

E-mail: [dagep@saude.gov.br](mailto:dagep@saude.gov.br)