

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SES/SP
CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE
SÃO PAULO – COSEMS/SP**

**ORIENTAÇÕES PARA A PACTUAÇÃO MUNICIPAL E
REGIONAL DOS INDICADORES DO SISPACTO - 2019**

**SÃO PAULO
OUTUBRO DE 2018**

Sumário

INTRODUÇÃO.....	2
ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DOS INDICADORES E CONSTRUÇÃO DA META REGIONAL.	7
ANEXOS	66

ORIENTAÇÕES PARA A PACTUAÇÃO MUNICIPAL E REGIONAL DOS INDICADORES DO SISPACTO - 2019

INTRODUÇÃO

A Resolução CIT nº 8 de 2016 dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores (SISPACTO) para os anos de 2017-2021, estabelecendo um rol de 23 indicadores, para os quais deverão ser pactuadas metas anuais para os estados, municípios e regiões de saúde. Dos 23 indicadores elencados no rol, 20 são de pactuação universal, ou seja, são de pactuação comum e obrigatória aos municípios e estados, sendo 3 indicadores específicos.

Para a pactuação do ano de 2019, conforme previsto na Resolução CIB nº 95 de 19 de outubro de 2018, o processo ocorrerá de forma ascendente e integrada, partindo do nível loco-regional até o nível estadual, obedecendo aos prazos pactuados de forma bipartite.

Destaca-se que o registro das pactuações municipais e regionais será realizada em formulários online disponibilizados pela SES/SP, pois ainda não temos o sistema do Ministério da Saúde disponibilizado.

Para o registro das metas e ações **municipais**, os municípios deverão acessar o formulário eletrônico disponível em: <https://goo.gl/forms/ZjBrVK57eTUbtF4q1>.

Para registro das metas e ações das **Regiões de Saúde** pactuadas nas Comissões Intergestores Regional (CIR), os técnicos de planejamento do DRS deverão acessar o formulário eletrônico disponível em: <https://goo.gl/forms/nQBslMnysmlir1eu1>.

Link para registro dos Municípios

- <https://goo.gl/forms/ZjBrVK57eTUbtF4q1>

Link para registro das Regiões de Saúde

- <https://goo.gl/forms/nQBslMnysmlir1eu1>

Ressalta-se que o preenchimento destes formulários **NÃO** substitui a obrigatoriedade de registrar as metas no novo sistema que será disponibilizado futuramente pelo Ministério da Saúde (DIGISUS – Módulo Planejamento).

Os formulários foram criados para permitir a realização de uma pactuação ascendente em tempo oportuno.

O prazo para o preenchimento dos formulários online será até o dia **15 de fevereiro de 2019**. Após este período, os formulários não estarão mais disponíveis para preenchimento.



15 de fevereiro de 2019
Prazo final para registro
das pactuações
Municipais e Regionais

Para cada indicador pactuado será necessário preencher as seguintes informações:

- **Para os Municípios:** Nome do Município, Código IBGE do Município, Nome do Departamento Regional de Saúde (DRS) do Município, Nome da Região de Saúde do Município, Análise do Indicador no Município, a meta pactuada, numerador e denominador pactuados e ações planejadas para o alcance da meta.
- **Para as Regiões de Saúde:** Nome do Departamento Regional de Saúde (DRS) da Região de Saúde, Nome da Região de Saúde, Análise do Indicador na Região, a meta pactuada, numerador e denominador pactuados e ações planejadas para o alcance da meta.

A seguir encontra-se disponível a padronização dos conceitos das informações solicitadas nos formulários para cada indicador:

Análise do Indicador

- Breve análise da situação do indicador no município, no caso da pactuação municipal, ou na Região de Saúde, no caso da pactuação regional. Observar qual a tendência histórica do indicador, se é de aumento ou diminuição, quais os principais problemas/gargalos que tem dificultado a melhora do indicador.

Meta pactuada 2019

- Meta definidas para o ano de 2019. Necessita ser inserida em valor numérico. Exemplo: 11,08. Para a sua definição leva-se em consideração a série histórica do indicador (observar pelo menos os últimos 5 anos) e as ações programadas.

Numerador pactuado

- Numerador pactuado para o alcance da meta.
- **Atenção:** não é o numerador utilizado para o cálculo do resultado do indicador em anos anterior ou meses anterior, mas sim O numerador utilizado para cálculo da meta do ano de 2019.

Denominador pactuado

- Denominador pactuado para o alcance da meta.
- **Atenção:** não é o denominador utilizado para o cálculo do resultado do indicador em anos anterior ou meses anterior, mas sim O denominador utilizado para cálculo da meta do ano de 2019.

Ações pactuadas

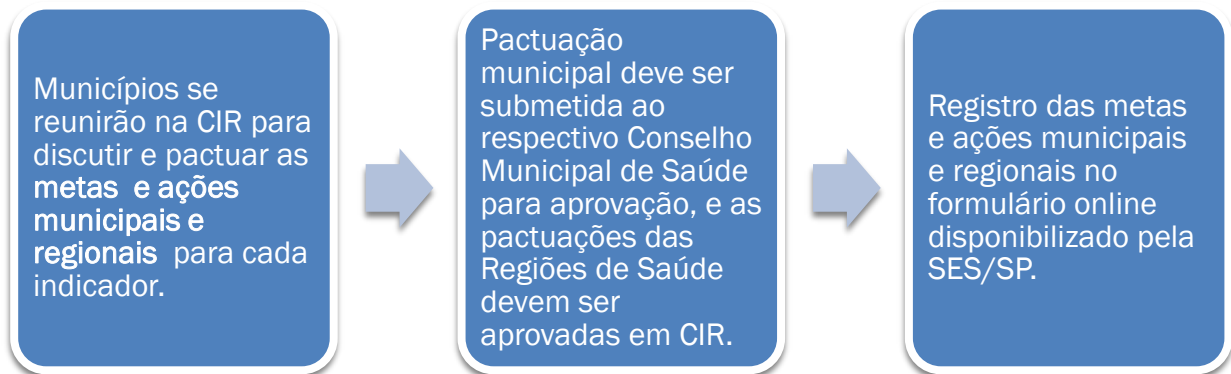
- Ações planejadas para o cumprimento da meta. Os municípios estabelecerão suas próprias ações e as ações regionais serão as consensuadas pelo grupo de municípios em CIR.

Cabe enfatizar que a definição das intervenções (ações) a partir da pactuação interfederativa de indicadores (SISPACTO) retrata os compromissos dos entes federados na organização das ações e serviços de saúde no âmbito da região de saúde, com foco em resultados sanitários. Cabe destacar também, que os indicadores que compõem este rol devem ser considerados nos instrumentos de planejamento de

cada ente (Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão).

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é a instância em que os gestores discutem, pactuam, monitoram e avaliam as intervenções definidas para a região de saúde, e definem as metas regionais e as responsabilidades de cada ente para o alcance das intervenções definidas.

Fluxo da pactuação municipal e regionais dos indicadores do SISPACTO



Observação importante: o novo sistema que será disponibilizado futuramente pelo Ministério da Saúde (DIGISUS - módulo Planejamento) também deverá ser preenchido.

Relatórios dos formulários de pactuação municipal

Os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) receberão todas as segundas-feiras, por e-mail, um relatório dos municípios de sua região que já preencheram o formulário de pactuação. Neste relatório, os técnicos dos DRS poderão visualizar o que cada município preencheu e filtrar por Região de Saúde. Os relatórios também podem ser solicitados nos seguintes e-mails: czanatta@saude.sp.gov.br e tattizani@saude.sp.gov.br.

Em caso de dúvidas sobre o preenchimento dos formulários ou sobre o recebimento dos relatórios, entrar em contato nos seguintes números: (011)3066-8247 ou 3066-8490.

Cronograma da Pactuação 2019.

Data	SISPACTO 2019
15/02/2019	Prazo para os Municípios e Regiões de Saúde pactuarem metas e ações nas Comissões Intergestores Regional (CIR) e nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).
21/03/2019	Prazo para encerrar a definição de metas e ações do Estado, com encaminhamento para apreciação do Conselho Estadual de Saúde (CES).
30/03/2019	Prazo para realizar a discussão em CIB, aprovação no CES e registro das metas do Estado no sistema do SISPACTO.

ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DOS INDICADORES E CONSTRUÇÃO DA META REGIONAL

Sugestão de passos para análise dos indicadores e definição de metas

- Ter como referências:
 - Plano Municipal (PMS) e Estadual de Saúde (PES) vigentes;
 - Programação Anual de Saúde (PAS) municipal e estadual; e
 - Relatório Anual de Gestão (RAG) do período anterior, municipal e estadual.
- Analisar a série histórica do indicador dos últimos 5 anos para observar a variação do resultado, bem como definição da linha de base – último resultado disponível, que está indicado na ficha de indicadores.
 - Link para acessar o Tabnet da SES/SP que contém série histórica dos indicadores da Pactuação Interfederativa (SISPACTO) 2017 a 2021: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/indicadores-de-saude-tabulacao-dos-indicadores-atraves-do-tabulador-tabnet/rol-de-indicadores-diretrizes-objetivos-e-metas-2017-2021>
- Propor as metas baseadas na realidade de cada território, contemplando a capacidade de execução pelos gestores.

Observação: O Tabnet da SES/SP contém a série histórica dos indicadores, com os seus respectivos resultados anuais, acompanhados de seu numerador de denominador, conforme demonstrado nas figuras a seguir.

Figura 1: Tela do Tabnet da SES/SP, ilustrando o processo para a tabulação do indicador de número 1.

The screenshot shows the configuration interface for the indicator "1 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DCNT".

- Linha (Rows):**
 - Year (Ano): 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011
 - Municipality (Município): DRS, RRAS, Região de Saúde
- Coluna (Columns):**
 - Not active (Não ativa): DRS, RRAS
- Conteúdo (Content):**
 - Nº óbitos prematuros (Numerador)
 - Pop 30 a 69 anos (Denominador)
 - Taxa óbitos prematuros DCNT (Resultado do indicador)
- PERÍODOS DISPONÍVEIS (Available Periods):** 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011
- SELEÇÕES DISPONÍVEIS (Available Selections):**
 - Município
 - DRS
 - RRAS
 - Região de Saúde

Figura 2: Tela do Tabnet da SES/SP ilustrando o resultado da tabulação para o indicador de número 1.

► 1 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DCNT

Nº óbitos prematuros, Pop 30 a 69 anos, Taxa óbitos prematuros DCNT segundo Ano
Município:
Período:

Ano	Nº óbitos prematuros	Pop 30 a 69 anos	Taxa óbitos prematuros DCNT
2013	533	186.011	286,54
2014	557	190.252	292,77
2015	526	194.219	270,83
2016	496	198.129	250,34
2017	571	198.129	288,20

Destaca-se que os exemplos de procedimento para a definição das metas municipais e regionais encontram-se no tópico correspondente ao indicador.

Observação importante:

Caso a meta para a região definida a partir das propostas do conjunto dos municípios fique muito distante da série histórica e da capacidade de realização pelo conjunto dos gestores (municípios e estado), será necessário ajustar as pactuações.

Indicador 1 - Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).**a) Para município e região com menos de 100 mil habitantes:**

Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

b) Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal:

Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Diretriz Estadual

- Aprimorar o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.
- Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção básica.
- Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção especializada.

Objetivo e Relevância do Indicador

Reduzir a mortalidade prematura das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltado aos portadores de doenças crônicas.

Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual

a) para município com menos de 100 mil habitantes: número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local;

b) para município/região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta:

Numerador: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local.

Denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.

Fator de multiplicação: 100.000.

Unidade de Medida: óbito.

Exercício hipotético de definição de meta para município com 100 mil ou mais habitantes:

O município se propõe a reduzir 30 óbitos por DNCT no ano de 2018 em relação ao último resultado apurado do ano de 2016 (571 óbitos ocorridos – 30 óbitos que pretende reduzir em 2018 = 541 óbitos estimados). Considerando uma população de 198.129 habitantes (população RIPSAs 2015 – última disponível), a meta pactuada 2018 será de uma taxa de 273,05 por 100 mil habitantes (541/198.129 x 100.000).

Indicador 1 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).				
Ano	Numerador - número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local.	Varição	Denominador - população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.	Resultado do indicador - Taxa óbitos prematuros por DCNT
2013	533	-	186.011	286,54
2014	557	24	190.252	292,77
2015	526	-31	194.219	270,83
2016	496	-30	198.129	250,34
2017	571	75	198.129	288,20

Exercício hipotético para a definição da meta da Região de Saúde, com 100 mil ou mais habitantes:

O cálculo do indicador da Região de Saúde deverá ser a soma dos numeradores pactuados e dos denominadores pactuados dos municípios que as compõem, conforme ilustração abaixo:

$$\frac{\text{Soma do número de óbitos por DCNT pactuados pelos municípios da região}}{\text{Soma da população dos municípios da região}} \times 100.000$$

Pactuação 2018 - Região de Saúde "X"			
INDICADOR 1 – Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)			
Município	Numerador pactuado	Denominador pactuado	Taxa
Município 1	101	29.916	337,61
Município 2	32	9.794	326,73
Município 3	18	4.483	401,52
Município 4	37	14.104	262,34
Município 5	5	2.331	214,50

Município 6	12	6.071	197,66
Município 7	39	16.117	241,98
Município 8	9	2.367	380,23
Município 9	6	1.589	377,60
Município 10	52	12.835	405,14
Município 11	11	3.845	286,09
Município 12	5	1.871	267,24
Total Região	327	105.323	310,47

Observação: Neste exemplo para o cálculo municipal todos os municípios utilizariam o número absoluto, pois todos eles têm menos de 100.000 habitantes.

Meta da Região de Saúde = soma dos numeradores pactuados pelos municípios da região "X" / soma dos denominadores pactuados pelos municípios da região "X".

- Então, neste exercício a meta para a Região de Saúde seria = $327/105.323 * 100.000 = 310,47$

Pontos norteadores para discussão:

- Realizar campanhas sobre alimentação com pouco sal e seus impactos,
- Implantar academias da saúde,
- Implementar linha de cuidado de hipertensão e diabetes,
- Monitorar as redes de cardiologia e de doenças crônicas,
- Implementar ações de promoção e prevenção na rede de atenção básica,
- Implementar rastreamento para detecção precoce de câncer de mama e de colo do útero, etc..

Fonte:

Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM; RIPSAs para estimativas de população por município, sexo e idade 2000 - 2015

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento e avaliação anual

Responsável pelo monitoramento no Estado de São Paulo

CVE - DCNT

e-mail: dvdcnt@saude.sp.gov.br

Indicador 2 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.

Tipo de Indicador

Específico

Diretriz Nacional

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Diretriz Estadual

Aprimorar a atenção à saúde da Mulher.

Objetivo e Relevância do Indicador

Reduzir a mortalidade materna. Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.

Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual

Numerador: total de óbitos de MIF investigados

Denominador: total de óbitos notificados de MIF

Fator de multiplicação: 100

Exercício hipotético de definição de meta para município:

Inicialmente o município precisa olhar o desempenho do indicador, analisando a sua série histórica, conforme tabela abaixo.

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados Município "XXX" – 2015 a 2017

Ano	Óbitos investigados	Óbitos notificados	% óbitos investigados
2015	164	220	74,55
2016	165	210	78,57
2017	193	203	95,07
Pactuação 2018 e 2019			
2018	Resultado parcial do 1º semestre* - 97	Resultado parcial do 1º semestre* - 94	Resultado parcial do 1º semestre* - 96,9%
2019	-	-	Meta - 100%

*consultar planilha em Excel com os resultados do 1º semestre de 2018

Por exemplo: em 2017, o município investigou 193 óbitos, de um total de 203 óbitos, o que correspondeu a um percentual de investigação de 95% do total de óbitos. Para o ano de 2019, a expectativa é de ampliar a capacidade de instigação, visando aumentar em 5% as

investigações dos óbitos de mulheres em idade fértil em relação ao ano anterior. Nesse sentido, a proposta de meta deste município para 2019 será de 100%.

Para este indicador, não haverá espaço para a inserção de numerador e denominador pactuado no formulário online. Será pactuado apenas a proporção de óbitos que o município pretende investigar em 2019.

Exercício hipotético para a definição da meta da Região de Saúde:

Para a definição da meta das Regiões de Saúde, devemos observar o desempenho do indicador, por meio da sua série histórica, verificando a sua tendência (se é de redução ou aumento), e estipular um aumento que pode ser aplicado em relação ao último resultado do indicador, considerando o que cada município da região se propôs a pactuar e as ações que serão realizadas.

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados na Região de Saúde "ABCD" – 2013 a 2017

Região de Saúde	2013	2014	2015	2016	2017
Região de Saúde "ABCD"	93,54	94,9	92,4	94,21	94,71
% de aumento anual	-	1%	-3%	2%	1%

Conforme observado, na Região de Saúde "ABCD" a tendência é de manutenção da proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados nos últimos 5 anos.

Como todos os Municípios desta Região de Saúde pactuaram aumento do percentual de óbitos de mulheres em idade fértil que serão investigados no ano de 2019, planejando ações para a sua concretização, a perspectiva é de que o percentual de investigação aumente também na Região de Saúde. Desta forma, a proposta de meta para esta região no ano de 2019 é de aumentar 1% em relação ao resultado ao ano de 2017 (94,71%), chegando a um resultado de 96%.

Pontos norteadores para discussão:

- O objetivo principal do indicador é monitorar a investigação de todos os óbitos notificados, com vistas à redução dos mesmos.
- Todas regiões ou municípios devem ter um Grupo Técnico de Vigilância de Óbito – GTVO, conforme Portaria CCD 20 de 02/10/2017.
- Encaminhar semanalmente todos os óbitos (MIF e Materno) inseridos pela equipe do SIM para equipe de investigação.
- Os hospitais de ocorrência deverão realizar a investigação das MIF e encaminhar ao município de ocorrência para discussão e fechamento dos casos.
- Realizar capacitação de investigação epidemiologia de MIF em hospitais, equipes das UBS e equipes municipais.
- Cumprir os fluxos e prazos estabelecidos na investigação de MIF.
- Monitorar se todas as ações recomendadas pelo Comitê de Mortalidade Materna foram implantadas.

Fonte

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - sistema local.

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação.

Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após o término do ano. O ano de referência para pactuação 2019 terá como base o ano de 2017.

Recomendações, observações e informações adicionais

O numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do SIM e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo módulo.

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância à saúde – CIVS/ Secretaria Executiva CEVMMI.

E-mail: cmartinez@saude.sp.gov.br e comitemortalidadematerna@saude.sp.gov.br

Indicador 3 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Diretriz Estadual

Subsidiar a formação de Políticas Públicas e o Planejamento Estadual de forma ascendente e participativa.

Objetivo e Relevância do Indicador

Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.

Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual

Numerador: total de óbitos não fetais com causa básica definida (CBD).

Denominador: total de óbitos não fetais.

Fator de multiplicação: 100

Exercício hipotético de definição de meta para município:

Inicialmente o município precisa olhar o desempenho do indicador, analisando a sua série histórica, conforme tabela abaixo.

Proporção de óbitos com Causa Básica Definida (CBD) Município "XXX" – 2015 a 2017

Ano	Nº óbitos CBD	Nº total de óbitos	% óbitos com CBD
2015	4932	4989	98,86
2016	5061	5126	98,73
2017	5329	5367	99,29
Pactuação 2018 e 2019			
2018	Resultado parcial do 1º semestre* - 2630	Resultado parcial do 1º semestre* - 2680	Resultado parcial do 1º semestre* - 98,1%
2019	-	-	Meta - 100%

*consultar planilha em Excel com os resultados do 1º semestre de 2018

Por exemplo: em 2017, o município teve 5.329 óbitos com causa definida, de um total de 5.367 óbitos, o que correspondeu a um percentual de 99,29%. Para o ano de 2019, a expectativa é de ampliar o percentual de óbitos com causa básica definida, visando aumentar em 1% em relação ao resultado do ano de 2017. Nesse sentido, a proposta de meta deste município para 2019 será de 100%.

Para este indicador, não haverá espaço para a inserção de numerador e denominador pactuado no formulário online. Será pactuado apenas a meta anual - proporção de óbitos com causa básica definida.

- Exemplo:
 - Meta 2019 – 99%

Exercício hipotético para a definição da meta da Região de Saúde:

Para a definição da meta das Regiões de Saúde, devemos observar o desempenho do indicador, por meio da sua série histórica, verificando a sua tendência (se é de redução ou aumento), e estipular um aumento que pode ser aplicado em relação ao último resultado do indicador, considerando o que cada município da região se propôs a pactuar e as ações que serão realizadas.

Proporção de óbitos com Causa Básica Definida na Região de Saúde “ABCD”
- 2013 a 2017

Região de Saúde	2013	2014	2015	2016	2017
Região de Saúde "ABCD"	98,22	98,24	98,22	99,36	98,87
% de aumento anual	-	0%	0%	1%	0%

Conforme observado, na Região de Saúde “ABCD” a tendência é de manutenção da proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados nos últimos 5 anos, com uma melhora no indicador no ano de 2016, que não se manteve no ano de 2017.

Como todos os Municípios desta Região de Saúde pactuaram aumento do percentual de óbitos que terão a causa básica definida no ano de 2019, planejando ações para a sua concretização, a perspectiva é de que o percentual de definição dos óbitos aumente também na Região de Saúde. Desta forma, a proposta de meta para esta região no ano de 2019 é de aumentar 1% em relação ao resultado ao ano de 2017 (98,87%), chegando a um resultado de 100%.

Importante destacar que a pactuação deste indicador para o município e para a região requer análise da série histórica: do numerador, do denominador e a variação da relação de ambos. O objetivo principal do indicador é monitorar a definição de causa básica de todos os óbitos, com vistas à redução dos mesmos.

Pontos norteadores para discussão:

- Causas básicas mal definidas são as classificadas no CID R 99 (Outras causas mal definidas e as não especificadas), e no “Garbage Codes” que inclui as causas básicas de óbito não especificadas, com diagnósticos indefinidos ou incompletos que oferecem pouca ou nenhuma possibilidade de indicação de políticas públicas;
- Capacitar profissionais para o adequado preenchimento da Declaração de Óbito;
- Realizar investigação nos óbitos mal definidos a fim de reconhecer as causas do óbito;
- Encaminhar os corpos com a Guia de encaminhamento de Cadáver - GEC para os serviços de SVO de referência;
- Estabelecer fluxo de informação entre os profissionais de emergência e os profissionais das UBS/ ESF, para obtenção de mais informações sobre para o preenchimento da causa básica de óbito.

Fonte

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após o término do ano. O ano de referência para pactuação 2019 terá como base o ano de 2017

Responsável pelo Monitoramento

Coordenadoria de Controle de Doenças /CIVS

E-mail: cmartinez@saude.sp.gov.br

Indicador 4 - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Diretriz Estadual

- Fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos.
- Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção básica.

Objetivo e Relevância do Indicador

Manter elevadas coberturas vacinais (CV) do calendário básico de vacinação. As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual:

- A vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenza tipo B e hepatite B;
- A vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil;
- A vacina Poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e,
- A vacina Tríplice Viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.

Método de cálculo Municipal, Regional e Estadual

Numerador: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada.

Denominador: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral.

Fator de multiplicação: 100

Unidade de Medida: Percentual.

Exercício hipotético de definição de meta para município:

Inicialmente deve-se observar a série histórica das coberturas vacinais das 4 vacinas selecionadas (pentavalente, pneumocócica, poliomielite e tríplice viral).

Série histórica da cobertura vacinal do Município “xxx” – 2014 a 2017

ANO	PENTAVALENTE	PNEUMOCÓCICA	POLIOMIELITE	TRÍPLICE VIRAL
2014	92,4 %	91,8 %	95,6 %	96,3 %
2015	95,4 %	94,5 %	93,8 %	95,7 %
2016	99,7 %	95,4 %	97,8 %	97,2 %
2017	93,7 %	93,8 %	93,1 %	94,99 %

O segundo passo é verificar o número de vacinas selecionadas com cobertura adequada (95%), conforme tabela abaixo.

Série história do número de vacinal com cobertura preconizada alcançada e o percentual de cobertura do Município “xxx” – 2014 a 2017

Ano	Nº de vacinas com cobertura alcançada	Nº de vacinas selecionadas	% Vacina alcançada
2014	2	4	50
2015	2	4	50
2016	4	4	100
2017	0	4	0

O município “xxx” ao longo do tempo alcançou cobertura adequada entre 50% (2) e 100% (4) das vacinas preconizadas, com um desempenho pior no ano de 2017(0). Dessa forma, o município pactuará como meta para o ano de 2019, o valor de 50%.

- Numerador: 2
- Denominador: 4
- Meta 2019: 50%

Exercício hipotético para a definição da meta da Região de Saúde:

Inicialmente deve-se observar a coberturas vacinais das 4 vacinas selecionadas (pentavalente, pneumocócica, poliomielite e tríplice viral) na Região de Saúde, conforme quadro abaixo.

Cobertura vacinal das vacinas selecionadas da Região de Saúde “xxx” - 2017

ANO	PENTAVALENTE	PNEUMOCÓCICA	POLIOMIELITE	TRÍPLICE VIRAL
2017	96,4%	94,6%	95,8%	96,9%

O segundo passo é verificar o número de vacinas selecionadas com cobertura adequada (95%), conforme tabela abaixo.

Número de vacinal com cobertura preconizada alcançada e o percentual de cobertura do Região de Saúde “xxx” –2017

ANO	NUMERADOR (Nº de vacinas que alcançaram a cobertura preconizada – 95 %)	DENOMINADOR (4 vacinas selecionadas)	RESULTADO
2017	3	4	75,0 %

Como todos os município desta Região de Saúde pactuaram alcançar o percentual de cobertura vacinal recomendado para as quatro vacinas, a meta do ano de 2019 para a Região de Saúde será de 100%.

Observação: Para calcular a meta da região de saúde, não deve ser considerado o valor total agrupado por DRS, RRAS, Região de Saúde e Estado, deve-se obter a cobertura das 4 vacinas da região desejada e depois calcular a proporção de vacinas com cobertura alcançada.

Primeiro passo: Gerar a cobertura para cada vacina da região de saúde

- Numerador: soma das doses aplicadas de todos os municípios
- Denominador: soma da população alvo de todos os municípios
- Resultado: Cobertura Vacina XXXX % = numerador/denominador x 100

Segundo passo: Avaliar quantas das 04 vacinas selecionadas alcançaram a cobertura preconizadas e dividir por 4 x 100.

Importante: para região de saúde a fonte é SI-PNI e não TABNET.

Pontos norteadores para discussão:

- Monitorar a cobertura das vacinas básicas mês a mês;
- Avaliar as coberturas reconhecendo e propondo ações para alcance das metas estabelecidas;
- Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes;
- Utilizar os dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno;
- Implementar medidas de intervenção adequadas.

Fonte

Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo

Centro de Vigilância Epidemiológica/Divisão de Imunização

E-mail: dvimuni@saude.sp.gov.br

Indicador 5 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Diretriz Estadual

Fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos.

Objetivo e Relevância do Indicador

Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do SINAN.

Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual

Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação.

Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação.

Fator de multiplicação: 100.

Unidade de Medida: Percentual.

Exercício hipotético de definição de meta para município:

Primeiramente deve-se realizar a análise do desempenho do indicador, por meio de sua série histórica. A tabela abaixo ilustra os últimos 6 anos do Município “xxx” com o resultado do número de DNCI encerradas em 60 dias (numerador), bem como o total de DNCI notificadas ao longo dos anos (denominador), e o percentual de DNCI encerradas dentro de 60 dias a partir da data de notificação – resultado do indicador.

DNCI encerradas e notificadas em até 60 dias – Município “xxx” – 2013 a 2017

Ano	Total DNCI encerradas em 60 dias	Total DNCI notificadas	% DNCI em até 60d
2013	315	332	94,88
2014	82	105	78,10
2015	516	582	88,66
2016	479	563	85,08
2017	668	778	85,86

O município hipotético, considerando as suas ações programadas, se propõe a aumentar 5% o percentual de DCNI encerradas em 60 dias a partir de sua notificação no ano de 2019 em relação ao último resultado apurado do ano de 2107 (85,86%), como pretende aumentar 5% em 2019, a meta será de 90% de DNCI encerradas em 60 dias.

Exercício hipotético para a definição da meta da Região de Saúde:

O cálculo do indicador da Região de Saúde deverá ser a soma dos numeradores e dos denominadores pactuados dos municípios que as compõem, multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Soma da pactuação dos registros de DNCI encerrados dentro de 60 dias pelos municípios da região}}{\text{Soma da pactuação dos registros de DNCI notificados pactuados pelos municípios da região}} \times 100$$

É importante que esse cálculo das pactuações municipais seja confrontado com a série histórica deste indicador na Região de Saúde.

Pactuação Municipal da proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação – Região de Saúde “ABCD”

Municípios	Numerador	Denominador	%DNCI 60 dias – Meta 2019
Município 1	600	670	89,55
Município 2	282	294	95,92
Município 3	74	78	94,87
Município 4	30	30	100,00
Município 5	668	778	85,86
Município 6	828	864	95,83
Município 7	310	316	98,10
Total	2792	3030	92,15

- Desta forma, a meta desta Região de Saúde será = $2792/3030 * 100 = 92,15$

Pontos norteadores para discussão:

- Para este indicador, foram definidas, em virtude de sua magnitude e relevância, os seguintes eventos e doenças de notificação imediata nacional (Portaria 204GM 17/01/2016): Antraz pneumônico, Arenavírus, Botulismo, Cólera, Dengue (óbitos), Ebola, Febre amarela, Febre do Nilo ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública, Febre maculosa e outras riquetisioses, Febre purpúrica brasileira, Hantavirose, Influenza humana produzida por novo subtipo viral, Lassa, Malária na região extra Amazônica, Marburg, Poliomielite por poliovírus selvagem, Peste, Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika, Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya, Raiva humana, Rubéola, Sarampo, Síndrome de paralisia flácida aguda, Síndrome da rubéola congênita, Síndrome respiratória aguda grave associada à coronavírus, Tularemia, Varíola e outras emergências de saúde pública.
- As doenças listadas (DNCI) devem ser notificadas em 24 horas e registradas no SINAN no prazo de 7 dias.
- No caso de epidemias de Dengue, Zika e Chikungunya, a prioridade é investigar os óbitos, que são de notificação imediata.
- Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes.
- Avaliar em tempo oportuno, a situação do seu quadro epidemiológico.
- Adotar quando necessário, a implementação de medidas de intervenção adequadas.

Fonte

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação:

Semana epidemiológica, mensal, trimestral, semestral e anual.

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo

Centro de Vigilância Epidemiológica/NIVE

E-mail: nive@saude.sp.gov.br

Indicador 6 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Diretriz Estadual

- Aprimorar ações de vigilância para as doenças em eliminação.
- Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção básica.

Objetivo e Relevância do Indicador

Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela Hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.

Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual

Numerador: Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação.

Denominador: Número total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes.

Fator de multiplicação: 100.

Exercício hipotético de definição de meta para município:

A tabela abaixo ilustra a análise da série histórica dos últimos 4 anos de um determinado município, com os casos novos de hanseníases curados(numerador), bem o total de casos novos de hanseníases (denominador), e percentual de cura dos casos novos – resultado do indicador.

Série histórica de casos novos curados de hanseníase no Município “xxx” – 2014 a 2017

Ano	Casos_novos_curados	Total_casos_novos	Percentual_cura_casos_novos
2014	5	5	100
2015	0	1	0
2016	4	4	100
2017	4	5	80

Nessa situação hipotética, o município se propõe a aumentar o percentual de cura dos casos novos de hanseníases, chegando a 83% no ano de 2019. Desta forma, será pactuado um aumento de 4% em relação ao último resultado de ano de 2017, estabelecendo uma meta para o ano de 2019 de 83% de cura dos casos novos.

Exercício hipotético da definição da meta regional:

O cálculo do indicador da Região de Saúde deverá ser a soma dos numeradores pactuados e dos denominadores pactuados dos municípios que as compõem, multiplicado por 100.

Soma do número de casos novos de hanseníase pactuados de residentes e diagnosticados nos anos das coortes e curados nos municípios das regiões de saúde

X 100

Soma do total de casos novos pactuados de residentes em determinado local e diagnosticados nos municípios das regiões de saúde.

Processar os dados no TABWIN, de acordo com os seguintes passos:

Primeiro passo

Tabulação Paucibacilar: Linha UF Res Atual ou Mun. Res AT Coluna Tipo de Saída Incremento Frequência Desmarcar: Suprimir Linhas Zeradas Suprimir Colunas Zeradas Seleções Disponíveis Ano Diagnóstico: subtrair 1 ao ano de avaliação (ex.: se ano de avaliação for 2016, selecionar o ano diagnóstico 2015). Modo Entrada: Caso Novo. Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS1 Class Oper Atual: PAUCIBACILAR (PB) Esq Terap Atual: PQT/PB/6 DOSES Não Classificados Marcar: Ignorar

Observação: Para avaliação municipal, desmarcar transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarcar transferências para outros municípios fora da regional de referência, outros estados e outros países. Para avaliação estadual, excluir transferências para outros estados e outros países.

- Renomear a coluna Cura para Cura PB, clicando com o botão direito do mouse na palavra cura e editando o texto;
- Renomear a coluna Total para Total PB, clicando com o botão direito do mouse na palavra total e editando o texto;
- Digitar o Título da tabela e a fonte dos dados e data de atualização no Rodapé nos respectivos campos disponíveis na tela ou na janela que se abre antes da impressão da tabela;

- Salvar a tabela, clicando no menu Arquivo/Salvar como com o nome Cura CN PB.tab.

Segundo passo

Tabulação Multibacilar: Clicar novamente em EXECUTAR TABULAÇÃO no Menu Arquivo e clique em ABRE DEF. Alterar os seguintes campos da tabulação anterior: ano de diagnóstico para 2 anos antes da avaliação, Classificação Operacional Atual para Multibacilar e Esquema Terapêutico Atual para PQT/MB/12 DOSES, conforme descrito abaixo: Linha UF Res Atual ou Mun Res AT Coluna Tipo de Saída Incremento Frequência Desmarcar: Suprimir Linhas Zeradas Suprimir Colunas Zeradas Seleções Disponíveis Ano Diagnóstico: subtrair 2 ao ano de avaliação (ex. se ano de avaliação for 2016, selecionar o ano diagnóstico 2014) Modo Entrada: Caso Novo Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS[1] ClassOper Atual: MULTIBACILAR (MB) EsqTerap Atual: PQT/MB/12 DOSES Não Classificados Marcar: Ignorar.

Observação: Para avaliação municipal, desmarque transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarque transferências para outros municípios fora da sua regional, outros estados e outros países. Para avaliação estadual, exclua transferências para outros estados e outros países.

- Renomear a coluna Cura para Cura MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra Cura e editando o texto;
- Renomear a coluna Total para Total MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra Total e editando o texto;
- Atribuir Título e Rodapé à tabela (conforme orientado anteriormente);
- Salvar a tabela, clicando no menu Arquivo/Salvar como com o nome Cura CN MB.tab.

Terceiro passo

Cálculo do Indicador Para calcular a proporção de cura de todos os casos novos (MB+PB) é necessário somar as duas tabelas, conforme orientação abaixo: Como a tabela de casos novos multibacilares está aberta, incluir os dados dos paucibacilares procedendo da seguinte forma:

- No menu Arquivo/Incluir Tabela, selecionar e abrir o arquivo Cura CN PB;
- No menu Operações, clicar em Somar, marcar as colunas Cura PB e Cura MB, clicar em OK;
- Renomear a coluna Soma para Cura PB+MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra Soma e editando o texto;
- No menu Operações, clicar em Somar, marcar as colunas Total PB e Total MB, clicar em OK;
- Renomear a coluna Soma para Total PB+MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra soma e editando o texto;
- No menu Quadro, clicar em Eliminar Coluna, selecionar todas as opções, utilizando a tecla ctrl, exceto Cura PB+MB e Total PB+MB, clicar em OK;
- Digitar o Título da tabela, a Fonte e a data de atualização dos dados no rodapé nos respectivos campos disponíveis na tela ou na janela que se abre antes da impressão da tabela;
- Salvar a tabela, clicando no menu Arquivo/Salvar como %Cura CN Hans.tab ou imprimir.
- Obter uma coluna com a proporção de casos novos curados, clicando no menu Operações em Calcular Indicador, selecionando:
 - Numerador - Cura PB + MB
 - Denominador - Total PB + MB
 - Escala - 100

- Casas decimais – 0 ou 1
- Título da coluna – % Cura;

· Digitar o Título da tabela, a fonte e data de atualização dos dados no rodapé, nos respectivos campos disponíveis na tela ou na janela que se abre antes da impressão da tabela. Unidade de medida: proporção.

Pontos norteadores para discussão:

- Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional SINAN, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária.
- A implementação de medidas de intervenção adequadas.
- Realizar reuniões preparatórias para a Campanha de Combate à Hanseníase;
- Realizar Web conferências de mobilização para a campanha;
- Realizar web conferência para divulgação de sinais e sintomas da Hanseníase para a população;
- Realizar reunião Técnica de avaliação das Ações de Controle da Hanseníase;
- Realizar reuniões Técnicas de Discussão de Caso Clínico;
- Realizar treinamento teórico de coleta de baciloscopia (raspado intradermico);
- Realizar treinamento Teórico de Prevenção e Tratamento de Feridas;

Fonte

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento anual.

Avaliação anual.

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo

Centro de Vigilância Epidemiológica-CVE /Divisão Técnica de Hanseníase

E-mail: dvhansen@saude.sp.gov.br

Indicador 7 - Número de casos autóctones de Malária.

*Não se aplica para o estado de São Paulo.

Indicador 8 - Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Diretriz Estadual

- Fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos transmissíveis.
- Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção básica.
- Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção especializada (partos).

Objetivo e Relevância do Indicador

O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da Sífilis e, conseqüentemente, a Sífilis Congênita.

Método de Cálculo Municipal

Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.

Unidade de Medida: Número absoluto.

Exercício hipotético de definição de meta para município:

Série histórica do número de casos de Sífilis Município "x" – 2012 a 2017

Ano	Num_Casos_Sífilis
2012	33
2013	60
2014	71
2015	85
2016	86
2017	79

O município se propõe a reduzir 9 casos novos no ano de 2019 (79 casos – 9 casos = 70 casos, esta é a meta para 2019).

Exercício hipotético para a definição da meta da Região de Saúde:

O cálculo do indicador da Região de Saúde deverá ser a soma da meta pactuada pelos municípios que compõem a região.

Soma da Meta município 1+ Meta município 2 + Meta município 3 + Meta município 4 da Região de Saúde X.

Municípios da Região X	Numerador pactuado
Município 1	101
Município 2	32
Município 3	18
Município 4	37
Município 5	5
Município 6	12
Município 7	39
Município 8	9
Município 9	6
Município 10	52
Município 11	11
Município 12	5
Total Região	327

Desta forma, a meta de 2019 para a Região de Saúde X será igual a 327.

Pontos norteadores para discussão:

- Sensibilização dos gestores e profissionais de maternidades públicas e privadas para: testagem rápida para sífilis, assistência e prevenção da sífilis adquirida, gestante e congênita.
- Atingir uma cobertura de 100% de pré-natal em gestantes com sífilis.
- Realizar reuniões com a Atenção Básica e Área Técnica da Saúde da Mulher para discutir pré-natal.
- Atingir uma cobertura 100% de crianças com sífilis congênita tratadas.
- Atingir uma cobertura de 100% no tratamento com penicilina para as gestantes com sífilis no pré-natal.
- Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes,
- Utilizar seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno,
- Indicar a implementação de medidas de intervenção adequadas.
- As taxas de incidência dos municípios com menos de 1.000 nascidos vivos por ano devem ser analisadas com cautela.

- Considerando as dificuldades de diagnóstico da Sífilis Congênita, casos oligossintomáticos podem ser sub-representados.
- A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos.
- Os gestores deverão elencar as ações planejadas em suas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) para o alcance da meta pactuada

Fonte

Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento e avaliação anual.

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

CRT DST/AIDS – Coordenação Estadual DST/AIDS de São Paulo.

E-mail: epidemiologia@crt.saude.sp.gov.br

Indicador 9 - Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Diretriz Estadual

- Fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos transmissíveis.
- Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção básica.
- Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção especializada.

Objetivo e Relevância do Indicador

Expressa o número de casos novos de AIDS na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado, medindo o risco de ocorrência de casos novos de AIDS nessa população.

Unidade de Medida: número absoluto.

Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual

Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.

Exercício hipotético de definição de meta para município:

Série histórica do número de casos novos de AIDS no Município X

Ano	Num_Casos_de_AIDS_em_<5_anos
2012	20
2013	11
2015	7
2016	8
2017	5

Nesta situação, o município se propõe a reduzir 3 casos novos no ano de 2019 (5 casos – 3 casos = 2 casos, esta é a meta para o ano de 2019).

Exercício hipotético para a definição da meta da Região de Saúde:

O cálculo do indicador da Região de Saúde deverá ser a soma da meta pactuada pelos municípios que compõem a região.

Soma da Meta município 1+ Meta município 2 + Meta município 3 + Meta município 4 da Região de Saúde X.

Região de Saúde X

Municípios Região	Número pactuado
Município 1	01
Município 2	05
Município 3	00
Município 4	01
Total Região	07

Desta forma, a meta de 2019 para a Região de Saúde X será igual a 07.

Pontos norteadores para discussão:

- Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas. - - Sensibilizar os profissionais de maternidades da rede SUS e privadas: para discussão de testagem rápida para HIV e assistência ao parto e puerpério da TV e HIV
- Incentivar a participação do interlocutor de DST/Aids e representantes dos Programas Municipais de DST/Aids municipais nos Comitês e GTs de mortalidade materno infantil regional e municipal, para investigar, discutir e propor medidas para redução e eliminação da TVHIV na sua área de abrangência, utilizando protocolo pré-estabelecido do Ministério da Saúde.
- Atingir uma cobertura de 100% de pré-natal em gestantes com HIV.
- Propor reuniões com a Atenção Básica e Área Técnica da Saúde da Mulher para discutir pré-natal.
- Atingir uma cobertura 100% de ARV na gestação com HIV, parto e puerpério.

Limitações:

Esse indicador sofre a influência da capacidade de detecção e notificação de casos pelos serviços e da cobertura da utilização do SISCEL e SICLOM. Mudanças nos critérios de definição de casos de AIDS com fins de vigilância epidemiológica podem influenciar a evolução temporal da taxa de incidência.

Fontes

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Anual.

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

CRT DST/AIDS – Coordenação Estadual DST/AIDS de São Paulo.

E-mail: epidemiologia@crt.saude.sp.gov.br

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

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Diretriz Estadual

Aprimorar as ações de vigilância de fatores ambientais de riscos e agravos à saúde.

Objetivo e Relevância do Indicador

Avalia a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.

Método de Cálculo Municipal, Regional e Estadual

Numerador: Número de amostras analisadas no ano.

Denominador: Número de amostras previstas no ano.

Fator de multiplicação: 100.

Exercício hipotético de definição de meta para município:

Parâmetros para definição da meta 2019 para as amostras encaminhadas aos laboratórios da Rede do Instituto Adolfo Lutz

Se a proporção de amostras analisadas atingiu:

- 1) Até 29% do previsto na Diretriz Nacional: ampliar para 40%
- 2) Entre 30 e 59% do previsto na Diretriz Nacional: ampliar para 60%
- 3) Entre 60 e 100% do previsto na Diretriz Nacional: manter o número de amostras analisadas em 2018
- 4) Acima de 100% do previsto na Diretriz Nacional: reduzir até a proporção de 100% da Diretriz Nacional

Observação:

- Não existe impedimento para pactuação e ampliação da proporção de amostras a ser analisadas para os municípios que dispõem de laboratórios de Saúde Pública habilitados.

- A Diretriz Nacional (DN) está definida na Portaria de Consolidação MS nº 05/2017 com os respectivos valores para 2018 por município.

Exercício hipotético:

Ano	Nº amostras_real_Coli/ amostras analisadas	Total_de_amostra_Obrig (DN)	Prop_anal_Rea_Coli_tot_PCT (%)
2014	105	147	71,43
2015	103	147	70,07
2016	102	156	65,38
2017	95	156	60,9
2018	103	156	66,02

Meta pactuada para 2019: 66,02%

Método de Cálculo da Meta Regional

O cálculo do indicador da Região de Saúde deverá ser a soma do numerador e do denominador dos municípios que as compõem, multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Soma das amostras analisadas pelos municípios da região de saúde}}{\text{Soma das amostras previstas na Diretriz Nacional para os municípios da região de saúde}} \times 100$$

Exercício hipotético de definição de meta para Região de Saúde:

Município	Nº amostras_real_Coli/ amostras analisadas	Total_de_amostra_Obrig (DN)	Prop_anal_Rea_Coli_tot_PCT (%)	Meta pactuada para 2019 (%)
Mun 1	103	156	66,02	66,02
Mun 2	148	144	102,78	100
Mun 3	42	72	58,33	60
Mun 4	24	82	29,27	40
Mun 5	28	82	34,15	60
TOTAL	345	536	64,37	64,37

Pontos norteadores para discussão:

- Os municípios devem alimentar regularmente a base de dados nacional (SISÁGUA), de acordo com as normativas vigentes, e também utilizar seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.
- Programação dos recursos necessários para cumprir as metas pactuadas.
- Monitoramento regular do cumprimento da programação.

Fonte

Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA). Observação: Os dados necessários para esses cálculos estão disponíveis em <<http://sisagua.saude.gov.br/sisagua>>

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento anual

Avaliação anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo

Grupo Técnico de Saneamento/SAMA/CVS

E mail: rjunior@cvs.saude.sp.gov.br e proagua@cvs.saude.sp.gov.br

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

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na Atenção Básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Diretriz Estadual

Ampliar a razão de exames para mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos.

Objetivo e Relevância do Indicador

Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos e subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.

Método de Cálculo Municipal

Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento

÷ 3

População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano.

Método de Cálculo da Meta Regional

O cálculo da meta regional corresponde à soma dos numeradores e denominadores propostos pelos municípios, dividido por 3.

Soma do número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, pactuados pelos municípios da região de saúde

÷ 3

Soma da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos da região de saúde

Lembrando-se de sempre avaliar a série histórica e a realidade do território e quais são as principais ações propostas pelos municípios e pelo estado nos planos municipais e estadual de saúde.

Definição da meta da Região de Saúde:

Para calcular a meta de cada região de saúde é preciso considerar a soma dos numeradores e dos denominadores pactuados pelos municípios da região de saúde.

Pontos norteadores para discussão:

- Considerar estratégias para a captação destas mulheres para a coleta do exame, com o objetivo de aumentar a detecção precoce de Câncer de colo uterino na faixa etária preconizada (25 a 64 anos);
- Considerar o número adequado de profissionais que realizam a coleta bem como o treinamento adequado para a realização da coleta;
- Considerar a adequação do fluxo com laboratórios e o tempo oportuno (30 dias) para a devolutiva dos resultados;
- Considerar a imunização de meninas e meninos contra o HPV.

Observação:

Para cálculo do numerador, utilizar os seguintes procedimentos da tabela SIA/SUS (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento).

Fonte

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)
População RIPSA (2015)

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento trimestral
Avaliação anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo

CRS/AB/Área Técnica da Saúde da Mulher
saudedamulher@saude.sp.gov.br

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

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Diretriz Estadual

Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.

Objetivo e Relevância do Indicador

Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Permite análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames diagnósticos para câncer de mama da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.

Método de Cálculo Municipal

$$\frac{\text{Quantidade apresentada de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, por município de residência e ano de atendimento.}}{\text{População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano.}} \div 2$$

Método de Cálculo da Meta Regional

O cálculo da meta regional corresponde à soma dos numeradores e denominadores propostos pelos municípios, dividido por 2.

$$\frac{\text{Soma da quantidade de mamografias para rastreamento em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos pactuada pelos municípios da região de saúde}}{\text{Soma da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos da região de saúde}} \div 2$$

Lembrando-se de sempre avaliar a série histórica e a realidade do território e quais são as principais ações propostas pelos municípios e pelo estado nos planos municipais e estadual de saúde.

Definição da meta da Região de Saúde:

Para calcular a meta de cada região de saúde é preciso considerar a soma dos numeradores e dos denominadores pactuados pelos municípios da região de saúde.

Pontos norteadores para discussão:

- Analisar a produtividade dos equipamentos (mamógrafos), considerando-se que o estado de São Paulo possui equipamentos em número suficiente para atender à demanda de exames, porém deve-se observar a baixa produtividade e buscar otimização;
- Analisar o acesso das mulheres ao exame através da regulação, já que a oferta de exames deveria atender às demandas da população;
- Considerar as estratégias de rastreamento das mulheres de 50 a 69 anos para acesso à mamografia;
- Considerar a adequação dos procedimentos (fluxos) para as mulheres com exames (mamografias) alterados - Birrads 4 ou 5, considerando o acesso aos exames diagnósticos.

Observação:

Para cálculo do numerador, utilizar o seguinte procedimento da tabela SIA/SUS (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento)

Fonte

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)
População RIPSA (2015)

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento trimestral
Avaliação anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo

CRS/AB/Área Técnica da Saúde da Mulher
saudedamulher@saude.sp.gov.br

Indicador 13- Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Diretriz Estadual

Aumentar a proporção de parto normal no Estado.

Objetivo e Relevância do Indicador

Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.

Método de Cálculo Municipal

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos de mães residentes em determinado local e ano.}}{\text{Número de nascidos vivos de todos os partos ocorridos de mães residentes em determinado local e ano.}} \times 100$$

Método de Cálculo da Meta Regional

O cálculo da meta regional corresponde à soma dos numeradores e denominadores propostos pelos municípios, multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Soma do número de nascidos vivos por parto normal de mães residentes pactuados pelos municípios da região de saúde}}{\text{Soma do número de nascidos vivos de todos os partos de mães residentes pactuados pelos municípios da região de saúde}} \times 100$$

Lembrando-se de sempre avaliar a série histórica e a realidade do território e quais são as principais ações propostas pelos municípios e pelo estado nos planos municipais e estadual de saúde.

Pontos norteadores para discussão:

- Estratégias e processos nas unidades básicas de saúde que estimulem o parto normal;
- Estratégias e processos junto às maternidades para redução do parto cesáreo (incentivo à contratação de enfermeiras obstétricas/obstetrizes, utilização de indicadores para monitoramento, etc.)
- Abordagem da Rede Suplementar para a diminuição das taxas de cesárea;
- Considerar oportunidade e viabilidade para instalação de fóruns e instâncias colegiadas para acompanhamento dos processos de atenção ao parto na região.

Observação:

Tempo de fechamento do SINASC: 18 meses

Fonte

Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento anual

Avaliação anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo

CRS/AB/Área Técnica da Saúde da Mulher

Email: saudedamulher@saude.sp.gov.br

Indicador 14- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.

Tipo do indicador

Universal.

Diretriz nacional

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Diretriz Estadual

Ampliar a divulgação da saúde sexual e reprodutiva na faixa etária de 10 a 19 anos, bem como aumento na distribuição de métodos anticoncepcionais.

Objetivo e Relevância do Indicador

- Contribuir para a avaliação da adequação ao acesso a métodos contraceptivos pela população na faixa etária de 10 a 19 anos.
- Analisar a variação geográfica e temporal no acesso a métodos contraceptivos pela população na faixa etária de 10 a 19 anos, identificando situações de desigualdades e tendências que demandem ações e estudos e situações específicas.
- Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a Saúde do Adolescente.

Método de Cálculo Municipal

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos, residentes em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$$

Método de Cálculo da Meta Regional

O cálculo da meta regional corresponde à soma dos numeradores e denominadores propostos pelos municípios, multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Soma do número dos nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período pactuados pelos municípios da Região de Saúde}}{\text{Soma número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período pactuados pelos municípios da Região de Saúde}} \times 100$$

Lembrando-se de sempre avaliar a série histórica e a realidade do território e quais as principais ações que cada município propôs em seus planos municipais de saúde.

Pontos norteadores para discussão:

- Ampliar a divulgação da saúde sexual e reprodutiva na faixa etária de 10 a 19 anos.
- Aumentar a distribuição de métodos anticoncepcionais.
- Definir estratégias para a captação desta população para consulta e qual o número de profissionais envolvidos nesta atividade.
- Rastrear o número de adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 19 anos.

Fonte

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento: trimestral

Avaliação: anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

CRS/PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Email: saudeadolescente@saude.sp.gov.br

Indicador 15- Taxa de mortalidade infantil.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Diretriz Estadual

Aprimorar a atenção à saúde da criança.

Objetivo e Relevância do Indicador

Avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas praticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda o acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de Saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário.

Método de Cálculo Municipal

É importante acompanhar a Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes, pois, a taxa de mortalidade neonatal vem caindo em menor velocidade comparado a mortalidade infantil pós-neonatal. No período neonatal concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais; com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

Recomenda-se a análise de monitoramento e avaliação dos componentes separadamente: Primeiras 24 horas, Neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias), Pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano.

Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce = (número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.

Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia = (número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.

Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal = (número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.

Método de Cálculo da Meta Regional

O cálculo da meta regional corresponde à soma dos numeradores e denominadores propostos pelos municípios, multiplicado por 1.000.

Taxa de Mortalidade Infantil = (número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade proposto pelos municípios / número de nascidos vivos de mães residentes proposto pelos municípios) * 1.000.

Soma do número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade pactuados pelos municípios da região de saúde

X 1.000

Soma do número de nascidos vivos de mães residentes pactuados pelos municípios da região de saúde.

Lembrando-se de sempre avaliar a série histórica e a realidade do território e quais são as principais ações propostas pelos municípios e pelo estado nos planos municipais e estadual de saúde.

Pontos norteadores para discussão:

- Considerar a qualidade da atenção à gestante nas UBS, tendo em vista as recomendações contidas na Linha de Cuidado da Gestante, incluindo a vinculação da gestante ao local do parto;
- Considerar a necessidade e oportunidade de processos de implantação das linhas de cuidado da gestante e da criança;
- Considerar a necessidade e oportunidade de processos de formação/capacitação de profissionais da Atenção Básica e das maternidades (especialmente em salas de partos e unidades neonatais);
- Considerar a atenção à gestante de alto risco na região.

Observações:

Requer correção da sub numeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos. Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

Fonte

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento anual

Avaliação anual, mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede.

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

CRS/AB/Área Técnica da Saúde da Criança

Email: rricardes@saude.sp.gov.br; lborder@saude.sp.gov.br

Indicador 16- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Diretriz Estadual

Diminuir o número de óbitos maternos no Estado.

Objetivo e Relevância do Indicador

- Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto e puerpério.
- Analisa variações geográficas e temporais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.

Método de Cálculo Municipal

Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.

Número de óbitos maternos (morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais) em determinado período e local de residência.

Método de Cálculo da Meta Regional

A meta regional deve considerar a soma dos óbitos pactuados pelos municípios.

Soma do número de óbitos maternos pactuados pelos municípios da região de saúde.

Lembrando-se de sempre avaliar a série histórica e a realidade do território e quais são as principais ações propostas pelos municípios e pelo estado nos planos municipais e estadual de saúde.

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos. O óbito materno aponta para a baixa qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar prestado às mulheres.

Pontos norteadores para discussão:

- Considerar a qualidade da atenção à gestante nas UBS, tendo em vista as recomendações contidas na Linha de Cuidado da Gestante, incluindo a vinculação da gestante ao local do parto;
- Considerar a necessidade e oportunidade de processos de implantação das linhas de cuidado da gestante;
- Considerar a atenção à gestante de alto risco na região;
- Avaliar o acesso da gestante aos exames complementares para o alto risco;
- Considerar a atuação dos comitês de investigação de óbito materno e a articulação com os pontos de assistência, com vistas à discussão e implementação das recomendações;
- Considerar a rede de maternidades e a qualidade da assistência;
- Considerar a necessidade e oportunidade de processos de formação/capacitação de profissionais da Atenção Básica e das maternidades (especialmente em salas de partos e unidades neonatais).

Observações e Limitações

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

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento mensal
Avaliação anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

CRS/AB/Área Técnica da Saúde da Mulher
Email: saudedamulher@saude.sp.gov.br

Indicador 17- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Diretriz Estadual

Aperfeiçoar o acesso e a qualidade da Atenção Básica.

Objetivo e Relevância do Indicador

Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Método de Cálculo Municipal

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de eSF} \times 3.450 + (\text{N}^\circ \text{ eAB} + \text{N}^\circ \text{ eSF equivalente}) \text{ em determinado local e período} \times 3.000)}{\text{Estimativa da populacional do ano anterior}} \times 100$$

Numerador: N° de eSF x 3.450 + (N° eAB + N° eSF equivalente) x 3.000 em determinado local e período

Denominador: Estimativa da populacional do ano anterior

Fator de multiplicação: 100

I – Como identificar os tipos de equipes e a ponderação de acordo com as portarias de cadastramento.

O levantamento dos tipos de equipes de saúde da família, equipes de Atenção Básica e equipes equivalentes, devem ser realizados no CNES.

Passo 1 (n° eSF)

O número de equipes de Saúde da Família com os códigos de 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39. As equipes de códigos 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011, equivalendo: códigos 24 a 26 = 1 equipe; códigos 27 a 29 = 2 equipes; códigos 30 a 32 = 3 equipes; código 33 a 35 = 0,85 equipe; código 36 a 38 = 0,6 equipe.

Passo 2 (n° eAB)

Número de equipes de Atenção Básica parametrizadas códigos de 16 a 21 deverão ser ponderadas conforme Portaria nº 576/2011, equivalendo: códigos 16 e 19 = 1 equipe; códigos 17 e 20 = 2 equipes; cód 18 e 21 = 3 equipes

Passo 3 (nº eSF equivalentes)

A cada 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe.

Para a identificação dos profissionais médicos e enfermeiros para compor essas equipes serão considerados as seguintes famílias de CBO:

CBOs médicos: 225125 médico clínico; 225170 médico generalista; 225124 médico pediatra; 225250 médico ginecologista e obstetra; 225142 médico da estratégia saúde da família; 225130 médico de família e comunidade.

CBOs enfermagem: família 2235 enfermeiros e afins

II – Como realizar as críticas de carga horária dos profissionais, lotação dos profissionais e natureza jurídica dos estabelecimentos.

Passo 4

Deverá ser realizadas críticas de carga horária e lotação dos profissionais, bem como a natureza jurídica do estabelecimento, de acordo com as regras abaixo:

Crítica da carga horária: não será contabilizada a carga horária de profissionais que tiverem registradas no CNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho. Lotação: profissionais lotados diretamente nos seguintes tipos de estabelecimentos no CNES – 01 posto de saúde; 02 centro de saúde / unidade básica de saúde; 32 unidade móvel fluvial; 40 unidade móvel terrestre. Natureza jurídica: 1000 - administração pública; 1015 - órgão público do poder executivo federal; 1023 - órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal; 1031 - órgão público do poder executivo municipal; 1104 - autarquia federal; 1112 - autarquia estadual ou do distrito federal; 1120 - autarquia municipal; 1139 - fundação federal; 1147 - fundação estadual ou do distrito federal; 1155 - fundação municipal; 1163 - órgão público autônomo federal; 1171 - órgão público autônomo estadual ou do distrito federal; 1180 - órgão público autônomo municipal; 1210 - associação pública; 1228 - consórcio público de direito privado; 1236 - estado ou distrito federal; 1244 - município; 1252 - fundação pública de direito privado federal; 1260 - fundação pública de direito privado estadual ou do distrito federal; e 1279 - fundação pública de direito privado municipal.

III – Estimativa populacional a ser considerada

Passo 5

Para estimativa populacional será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro, para fins do cálculo do indicador.

A série histórica desse indicador para os municípios e as regiões de saúde está disponível no site do Ministério da Saúde, no seguinte link:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=AYBFnttSkk3MiAYUzDrgWnh1>

Observação:

O Estado de São Paulo tem uma cobertura considerável de equipes de Atenção Básica e, utiliza para cálculo de cobertura valores divergentes dos propostos pelo Ministério da Saúde: % Cobertura equipes atenção básica: % de população coberta estimada pelas equipes de atenção básica tendo como referência 3 mil habitantes por equipe (cálculo a partir da carga

horária de médicos de AB padronizado para 40 horas semanais nas unidades básicas) no total de habitantes residentes.

A forma de cálculo padronizada pelo Ministério da Saúde prejudica a análise da cobertura no estado.

Observação importante: Para este indicador não haverá espaço para a inserção de numerador e denominador pactuado no formulário online. Será pactuado apenas a meta anual - percentual de cobertura populacional pelas equipes de atenção básica.

- Exemplo:
 - Meta 2019 – 80%

Método de Cálculo da Meta Regional

Para a definição da meta das Regiões de Saúde, devemos observar o desempenho do indicador, por meio da sua série histórica, verificando a sua tendência (se é de redução ou aumento), e estipular um aumento que pode ser aplicado em relação ao último resultado do indicador, considerando o que cada município da região se propôs a pactuar e as ações que serão realizadas.

Lembrando-se de sempre avaliar a série histórica e a realidade do território e quais são as principais ações propostas pelos municípios e pelo estado nos planos municipais e estadual de saúde.

Pontos norteadores para discussão:

Embora possa haver municípios e ou regiões com coberturas inferiores à média do estado, considera-se que a ênfase deva ser na qualificação das ações e processos da Atenção Básica em todo o estado.

Limitação:

A principal limitação desse indicador está no fato de ele mensurar a carga horária de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles. Ele constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços na Atenção Básica, e não o acesso efetivamente proporcionado.

Fontes

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES/DATASUS
<https://egestorab.saude.gov.br/>

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento semestral
Avaliação anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

CRS/Atenção Básica - AB

Email: asala@saude.sp.gov.br

Indicador 18- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção Básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Diretriz Estadual

Não há uma diretriz específica definida no Plano Estadual de Saúde, cabe ao estado o acompanhamento da execução do programa.

Objetivo e Relevância do Indicador

Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.

Método de Cálculo Municipal

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

Método de Cálculo da Meta Regional

O cálculo da meta regional corresponde à soma dos numeradores e denominadores propostos pelos municípios, multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Soma do número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica pactuado pelos municípios da região de saúde}}{\text{Soma do número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde pactuado pelos municípios da região de saúde}} \times 100$$

Lembrando-se de sempre avaliar a série histórica e a realidade do território e quais são as principais ações propostas pelos municípios e pelo estado nos planos municipais de saúde.

Pontos norteadores para discussão:

- Ampliar as estratégias de busca das famílias que não cumprem as condicionalidades;
- Estabelecer/pactuar protocolos e fluxos para as famílias do BF dentro dos serviços;
- Ampliar a articulação intersetorial (saúde, educação e assistência social) no município;
- Ampliar a compreensão do Programa junto aos trabalhadores.

Observação

Considerar como o resultado do ano o percentual de acompanhamento da segunda vigência.

Fonte

Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS. Link: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento semestral.

Avaliação anual. (Considerar como o resultado do ano o percentual de acompanhamento da segunda vigência).

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

CRS/Atenção Básica - AB

Email: cbfeitosa@saude.sp.gov.br

Email: rricardes@saude.sp.gov.br

Indicador 19- Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica

Tipo de Indicador

Universal

Objetivo do Indicador

Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Método de Cálculo Municipal

$$\frac{[(n^{\circ} \text{ eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{ eSB equivalentes} * 3.000)] \text{ em determinado local e período}}{\text{Estimativa populacional}} \times 100$$

A série histórica desse indicador para os municípios e as regiões de saúde está disponível no site do Ministério da Saúde, no seguinte link:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaS.B.xhtml;jsessionid=AYBFnttSkk3MiAYUzDrgWnh1>

Observação importante: Para este indicador, não haverá espaço para a inserção de numerador e denominador pactuado no formulário online. Será pactuado apenas a meta anual - percentual de cobertura populacional de saúde bucal na atenção básica.

- Exemplo:
 - Meta 2019 – 50%

Método de Cálculo da Meta Regional

Para o cálculo da meta proposta, os municípios do Estado de São Paulo foram classificados em 5 grupos de acordo com a cobertura realizada em agosto de 2017. Atribuiu-se a cada faixa a média de cobertura e sob este resultado, extraiu-se a média de déficit.

Sobre este valor, propõe-se que as metas regionais sejam balizadas com as propostas dos municípios, considerando-se o déficit e o que se deseja compensar anualmente ao longo dos próximos 4 anos de vigência dos planos municipais, levando-se sempre em conta que a melhora do indicador em questão, está vinculado à disponibilidade de contratação em nível municipal.

	Faixa de Cobertura de equipes de S. Bucal na AB	Média de Cobertura grupo municípios (excluídos com cobertura 0%)	Média de déficit (excluídos municípios com cobertura de 100%)
Grupo 1	75 a 100%	94,94%	5%

Grupo 2	50 a 75%;	62,68%	37,32%
Grupo 3	30 e 50%	39,83%	60,18%
Grupo 4	20 e 30%	21,72%	78,28%
Grupo 5	0 e 10%	6,69%	93,31%

Para a definição da meta das Regiões de Saúde, devemos observar o desempenho do indicador, por meio da sua série histórica, verificando a sua tendência (se é de redução ou aumento), e estipular um aumento que pode ser aplicado em relação ao último resultado do indicador, considerando o que cada município da região se propôs a pactuar e as ações que serão realizadas.

Pontos norteadores para discussão:

- Estabelecer estratégias para ampliação de cobertura.
- Capacitar os municípios para qualificação da assistência e classificação de risco.

Fonte

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento trimestral
Avaliação anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

CRS/Atenção Básica - AB/Área Técnica da Saúde Bucal

Indicador 20- Percentual de municípios que realizam no mínimo 6 (seis) grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional e Estadual

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo/Relevância do Indicador

Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.

Método de cálculo Municipal

- Se foram realizados até 6 (seis) grupos de ações de Vigilância Sanitária (VS) consideradas necessárias, aplicar o cálculo abaixo: (Número de grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município) / (6) X 100
- Se foram realizados os 7 (sete) grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias, a meta atingida será 100%.

Método de Cálculo da Meta Regional

O cálculo do indicador da Região de Saúde deverá ser a soma do número de grupo de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias, realizada pelo município, dividido pelo número de municípios que compõem a região multiplicado por 6 e, posteriormente, multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Número de municípios que realizam de 6 a 7 grupos de ações de Visa consideradas necessárias}}{\text{Total de municípios da Região de Saúde}} \times 100$$

Fonte

Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento semestral

Avaliação anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

Centro de Vigilância Sanitária/CVS

Email: planejamento@cvs.saude.sp.gov.br

Indicador 21 - Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica

Tipo de indicador

Indicador específico Especificidade: Aplica-se apenas a municípios com CAPS habilitados (população maior ou igual a 15.000 hab).

Diretriz nacional

Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Diretriz Estadual

Aprimorar a atenção à saúde mental.

Objetivo e relevância do indicador

A integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (“Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e bem estar”). Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº-3.088/ 2011). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão.

Método de cálculo municipal

(Nº de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano / total de CAPS habilitados) x 100 (Média mínima esperada: 12 registros por ano)
Unidade de Medida: percentual (%)

Método de cálculo regional

O cálculo da meta regional corresponde à soma dos numeradores e denominadores propostos pelos municípios, multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Soma do número de CAPS proposto pelos municípios da região com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano}}{\text{Soma do total de CAPS habilitados na região de saúde}} \times 100$$

(Média mínima esperada: 12 registros por ano)

Lembrando-se de sempre avaliar a série histórica e a realidade do território e quais são as principais ações propostas pelos municípios e pelo estado nos planos municipais de saúde.

Pontos norteadores para discussão:

- Ampliar o número de registros de matriciamento.
- Ampliar a integração com a atenção básica.
- Promover ações de EP e capacitações com foco no matriciamento.

Fonte da informação

Código do procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial - SIASUS

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento anual
Avaliação anual

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

CRS/AB/Área Técnica da Saúde Mental
Email: relias@saude.sp.gov.br

Indicador 22 - Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável. Objetivo e Relevância do Indicador evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.

Diretriz Estadual

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças transmissíveis. Objetivo do indicador é avaliar imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.

Método de Cálculo Municipal

1º passo -

Cobertura por ciclo.

Numerador

Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue.

Denominador

Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado.

Fator de multiplicação 100.

2º passo -

Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.

Unidade de Medida

Número absoluto.

Método de Cálculo Regional

Pactuação apenas municipal.

Observações e Limitações

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

Fontes

Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR). Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCDD). Sistema SISAWEB – online, hospedado na SUCEN.

Observação

Os municípios possuem, em âmbito local, os dados referentes ao indicador aqui tratado, registrados no SISAWEB. A consolidação nacional desses dados é feita através do envio dos dados ao Programa Nacional de Controle da Dengue. O estado também alimenta os dados no Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR).

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação Monitoramento

Monitoramento quadrimestral.
Avaliação anual.

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo:

Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN)
Email: sucen-dcv@sucen.sp.gov.br

Indicador 23- Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

Tipo de Indicador

Universal

Diretriz Nacional

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Diretriz Estadual

Aprimorar as ações de vigilância em saúde e atenção integral ao trabalhador.

Relevância do Indicador

Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.

Método de Cálculo Municipal

$$\frac{\text{Nº de agravos com o campo Ocupação preenchido}}{\text{Total de agravos notificados}} \times 100$$

Numerador: Número de notificações de agravos(1) com o campo “Ocupação”(2) preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência(3) do caso.

Denominador: Número total de casos de agravos(1) relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência(3).

Fator de multiplicação: 100.

Fonte

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Informações adicionais

(1)Relação de agravos relacionadas ao trabalho:

- a) acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
- b) acidente de trabalho grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes);
- c) intoxicação exógena relacionada ao trabalho.

(2) Ocupação:

Considerar como campo preenchido as ocupações classificadas pela CBO + estudante+ dona de casa+ presidiário +desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter. Todos os CBO válidos contam como numerador, excluindo os ignorados e os em branco.

(3) Local de Ocorrência:

O campo na ficha do SINAN corresponde ao município onde ocorreu o acidente. Na ficha de acidente de trabalho grave/fatal e em menores de 18 anos corresponde ao campo 53_município de ocorrência do acidente; Acidente com exposição a material biológico corresponde ao campo 38_município e Intoxicação exógena relacionada ao trabalho campo 38_município do estabelecimento.

Relação de agravos ⁽¹⁾	Local de Ocorrência ⁽³⁾ (campo na ficha Sinan)	Ocupação ⁽²⁾
Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;	Campo 38 - município	Considerar como campo preenchido as ocupações classificadas pela CBO + estudante+ dona de casa+ presidiário +desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter. Todos os CBO válidos contam como numerador, excluindo os ignorados e os em branco.
Acidente de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes);	Campo 53 - município de ocorrência do acidente	
Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho.	Campo 38 - município do estabelecimento	

Método de Cálculo Regional

O cálculo do indicador da Região de Saúde deverá ser a soma do numerador e do denominador dos municípios que as compõem, multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Soma do número de agravos com o campo ocupação preenchido pactuados pelos municípios da região de saúde}}{\text{do número total de agravos notificados pactuados pelos municípios da região de saúde}} \times 100 \text{ Soma}$$

Pontos norteadores para discussão:

- Implementar a construção da Análise da Situação de Saúde do Trabalhador como Ferramenta Epidemiológica.
- Monitorar as notificações das doenças e dos acidentes relacionados ao trabalho registradas em 2019 no Sinan.

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação

Monitoramento mensal e Avaliação anual.

Responsável pelo Monitoramento no Estado de São Paulo

Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador. Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho-Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (DVST-CEREST).

Apoio: Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica do Centro de Vigilância Epidemiológica (NIVE/CVE).

Email: dvst@cvs.saude.sp.gov.br

ANEXOS

Anexo I

RESOLUÇÃO CIT Nº 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016.

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

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso I do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e o art. 32 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4º Os instrumentos de planejamento referidos no Art. 3º são o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório de gestão, nos termos da Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.

Parágrafo único. Os indicadores que compõem este rol devem ser considerados nos instrumentos de planejamento de cada ente.

Art. 5º Os gestores nas três esferas de governo são responsáveis pelo monitoramento e avaliação das respectivas metas pactuadas, de modo que os resultados retroalimentem o planejamento em saúde.

Parágrafo único. Os gestores são responsáveis por calcular os resultados alcançados, utilizando informações disponibilizadas nas bases nacionais, estaduais e locais.

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

Art. 7º A pactuação seguirá o seguinte fluxo:

I - pactuação municipal e regional:

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

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

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

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

II - pactuação estadual e do Distrito Federal:

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

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

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

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

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

RICARDO BARROS
 Ministro de Estado da Saúde
 JOÃO GABBARDO DOS REIS
 Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde
 MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA
 Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

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

Indicadores	Classificação
1 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.	Universal
2- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (Indicador específico).	Específico
3- Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Universal
4- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade.	Universal
5- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Universal
6- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Universal
7- Número de casos autóctones de malária (Indicador específico)	Específico
8 - Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	Universal
9- Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	Universal
10- Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Universal
11- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	Universal
12- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Universal
13- Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	Universal
14- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	Universal
15- Taxa de mortalidade infantil.	Universal

16- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Universal
17- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Universal
18- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Universal
19- Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica.	Universal
20- Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	Universal
21- Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (Indicador específico).	Específico
22- Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Universal
23- Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Universal

Anexo II

Deliberação CIB nº 95, de 19-10-2018

Considerando o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que estabelece em seu artigo 19 que compete a Comissão Intergestores Bipartite pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com o planejamento estadual;

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

Considerando a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 8, de 24/11/2016, que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde;

Considerando a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 37, de 22/03/2018, que dispõem sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo em sua 283ª Reunião realizada em 18/10/2018 aprova as orientações para a pactuação municipal, regional e estadual dos indicadores do SISPACTO para o ano de 2019, conforme **Anexo I**.

ANEXO I

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES (SISPACTO).

1. O processo de pactuação interfederativa das metas e ações dos indicadores do SISPACTO para o ano de 2019 ocorrerá de forma ascendente, partindo do nível local até o estadual, conforme o fluxo descrito a seguir:

1.1 Pactuação municipal e regional:

- a)** Os municípios se reunirão na Comissão Intergestores Regional (CIR) para discutir e pactuar as metas municipais e regionais (por Região de Saúde), para o ano de 2019, bem como as respectivas ações para o alcance das metas;
- b)** A pactuação municipal deverá ser submetida ao respectivo Conselho Municipal de Saúde para aprovação;
- c)** A pactuação regional deverá ser aprovada pela Comissão Intergestores Regional (CIR);
- d)** As pactuações municipais e regionais de 2019 deverão ser encerradas impreterivelmente até o dia 05 de fevereiro de 2019.
- e)** O registro das metas e ações municipais e de cada Região de Saúde deverá ser realizado em formulário online que será disponibilizado no Manual de Orientações para a pactuação municipal e regional e também por e-mail aos Departamento Regional de Saúde (DRS);
- f)** O preenchimento do formulário online tratado no item “e” desta deliberação não substituirá a necessidade do preenchimento do novo sistema que será disponibilizado futuramente pelo Ministério da Saúde.

1.2 Pactuação estadual:

- a)** A pactuação estadual terá como base as pactuações dos municípios e das Regiões de Saúde e será discutida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde (CES);
- b)** A pactuação estadual deverá ser encerrada, com apreciação do Conselho Estadual de Saúde (CES), até 30 de março de 2019.
- c)** Após a apreciação do CES a pactuação estadual deverá ser registrada no sistema de informação que será disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

2. As ações e metas pactuadas deverão ser consideradas na Programação Anual de Saúde dos entes federados.

3. Será atualizado o Manual de Orientações para a Pactuação Municipal e Regional para ser disponibilizado aos municípios e técnicos dos DRS a partir de 31 de outubro de 2018, no site da SES/SP, acessível no seguinte endereço eletrônico:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-emsaude/pactuacao-interfederativa-de-indicadores-sispacto-2019>

4. A série histórica do rol de indicadores do SISPACTO de 2017 a 2021 poderá ser consultada na página TABNET SES - Indicadores de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com atualização até o ano de 2017. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/indicadores-de-saude-tabulacao-dosindicadores-atraves-do-tabulador-tabnet/rol-de-indicadores-diretrizes-objetivos-e-metas-2017-2021>

5. Será divulgada em planilha Excel os resultados preliminares do primeiro semestre de 2018 dos indicadores que compõem o elenco do SISPACTO. O objetivo é auxiliar no processo de avaliação e monitoramento, além de subsidiar o planejamento de metas e ações para o ano de 2019. Os resultados preliminares estarão disponíveis a partir de 31/10/2018, no site da SES/SP acessível no seguinte endereço eletrônico:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-emsaudefpactuacao-interfederativa-de-indicadores-sispacto-2019>