



CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA NOTA TÉCNICA 70/DAI/SGEP/MS

**ALTERAÇÕES NAS FICHAS DE QUALIFICAÇÃO DO CADERNO DE
DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2013 - 2015**

CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA NOTA TÉCNICA

70/DAI/SGEP/MS

ALTERAÇÕES NAS FICHAS DE QUALIFICAÇÃO DO CADERNO DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2013 - 2015

1. Introdução

Em 28 de fevereiro de 2013 foram pactuadas em reunião da Comissão Intergestores Tripartite as premissas para pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde para os anos de 2013-2015, que resultaram na publicação da Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013.

Esta resolução (anexo 1), em seu artigo 3º, estabelece “um rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012”.

Este Rol, pactuado na CIT compõe o Anexo da citada resolução. A metodologia para seu cálculo, porém, não passou por qualquer discussão tripartite. Estas foram detalhadas em “fichas de qualificação” elaboradas pelas áreas técnicas específicas do Ministério da Saúde e publicadas ainda em 2013 pela SGEP/MS no “Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015”.

No transcorrer do processo de elaboração, cálculo, discussão e pactuação dos indicadores e metas foram surgindo diversas dúvidas e questionamentos em relação à metodologia proposta, que foram encaminhadas ao Departamento de Articulação Interfederativa – DAI da



Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP, diretamente por estados e municípios ou por intermédio do CONASS e Conasems.

O DAÍ/SGEP/MS encaminhou estes questionamentos às diversas áreas técnicas, que elaboraram propostas de alteração das metodologias ou da definição de suas especificações como universais ou específicos, ou no nome do indicador. Algumas alterações foram também propostas em relação a indicadores/metas que não haviam sido objeto de questionamento por estados e municípios.

Estas propostas vindas das diversas áreas técnicas foram encaminhadas para discussão no GT de Gestão da Câmara Técnica da CIT. A avaliação das mesmas resultou em documento elaborado pelo CONASS (anexo 2) e encaminhado aos demais componentes do GT, onde foi apresentada a avaliação dos indicadores para os quais existia divergência com a proposta das áreas técnicas do Ministério da Saúde, tanto por considerar a necessidade de alguma alteração, como por não acatar alterações sugeridas pelo Ministério da Saúde.

Esta nota técnica apresenta uma avaliação da Nota Técnica 70/DAI/SGEP/MS em relação aos indicadores e metas que foram objeto da citada avaliação e à discussão realizada em reunião do GT de Gestão.

Destacaremos aqui os seguintes indicadores e metas:

- Indicador 02 – Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).
- Indicador 07 – Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.
- Indicador 08 – Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
- Indicador 09 – Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.
- Indicador 22 – Número de testes de sífilis por gestante.



- Indicador 36 – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
- Indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.
- Indicador 45 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
- Indicador 54 - Percentual de municípios na região de saúde com o Sistema HORUS implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService.
- Indicador 61 - Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS, com vínculos protegidos.

2. Indicador 02 – Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).

As considerações encaminhadas pelo CONASS (em anexo) foram consideradas, sendo excluídas como causas sensíveis as causas 22.0 a 22.9 e incluída como causa sensível a Síndrome da Rubéola congênita (P 35.0)

Conforme discussão sobre o tema em reunião do GT de Gestão da CIT as causas G41, G45-G46, I63-I67, I69, J43-J44, J46-J47, J81, K25-K28, K92.0-K92.2, N10-N12 e O23, apesar de inseridas pela Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008 como condições sensíveis à atenção primária, estas não foram incluídas no rol a ser considerado para fim de avaliação deste indicador. Na citada reunião acatou-se a posição da representação do MS de utilizar um subgrupo de causas que responderiam de forma mais ágil ao aprimoramento do cuidado na APS.

As alterações realizadas contemplam, portanto o consenso obtido na discussão tripartite sobre o tema.

3. Indicador 07 – Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.

As considerações encaminhadas pelo CONASS (anexo 2) e o consenso obtido na reunião do GT de Gestão da Câmara Técnica da CIT foram desconsiderados.

Consideramos que este indicador deveria ser Específico ao invés de Universal, uma vez que há muitos municípios que possuem apenas o nível básico de atenção à saúde. Esta proposta foi também objeto de consenso na reunião do GT de Gestão, mas não foi contemplada na NT 70/DAI/SGEP/MS.

Propomos inicialmente (anexo 2) considerar no cálculo deste indicador somente as informações provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA. Considerando, porém a argumentação de que vários destes procedimentos, notadamente em municípios médios e pequenos são realizados em ambiente hospitalar, optou-se na reunião do GT de Gestão, por considerar neste indicador o acesso a um grupo selecionado de procedimentos de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, incluindo, inclusive, o procedimento 040505037-2 (Facoemulsificação com implante de lente intra-ocular dobrável) - apesar deste estar incluído na relação de procedimentos de alta complexidade. Optou-se assim, na discussão tripartite por acatar a metodologia de cálculo proposta pelo DEMAS / SE / MS, alterando, porém a descrição do indicador, que passaria a ser denominado como “Razão de procedimentos selecionados de média complexidade e população residente”.

Na proposta constante na NT 70/DAI/SGEP/MS são contempladas somente as alterações metodológicas propostas pela equipe do Ministério da Saúde e acordadas na citada reunião, mas as adequações na tipificação (como indicador específico) e denominação do indicador acordadas não foram incluídas.

4. Indicador 08 – Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

Considerando o acordo realizado na discussão tripartite, ao se aceitar a alteração metodológica do indicador 07, as alterações propostas na NT 70/DAI/SGEP/MS contemplam o consenso obtido quanto à descrição da metodologia de cálculo da ficha de qualificação.

Cabe destacar, porém, pelas mesmas razões expostas no item anterior, que deveria ter sido contemplada, conforme acordado, a alteração da tipificação deste indicador de Universal para Específico.

5. Indicador 09 – Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.

Considerando o acordo realizado no processo de discussão da metodologia de cálculo dos indicadores 07 a 09, as alterações propostas na NT 70/DAI/SGEP/MS para este indicador contemplam o consenso obtido.

6. Indicador 22 – Número de testes de sífilis por gestante.

A metodologia proposta na NT 70/DAI/SGEP/MS contempla as discussões realizadas na reunião do GT de Gestão e as considerações realizadas pelo CONASS (anexo 2).

Cabe destacar, que a Portaria SAS/MS nº 1.362, de 04, de dezembro de 2013, inclui a possibilidade de registro do procedimento 020203117-9 (VDRL para detecção de sífilis em gestante) tanto pelo BPA-C, como pelo BPA-I. A informação deste procedimento pelo BPA-C (dados consolidados sem identificação) inviabiliza, porém o registro da realização deste exame de gestantes provenientes de municípios diversos de onde o mesmo está sendo



realizado, o que pode prejudicar o alcance da meta de municípios de menor porte. Por este motivo, fizemos a proposta de se emitir recomendação no sentido de que para o registro deste procedimento se utilize exclusivamente o BPA-I. Esta proposta, porém não foi objeto de consenso, por discordância do representante do Conasems.

7. Indicador 36 – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

A NT 70/DAI/SGEP/MS altera somente o texto referente às responsabilidades da União para o alcance da meta, mantendo a metodologia de cálculo e tipificação do indicador como universal, atendendo assim à discussão realizada no GT de Gestão e as considerações realizadas pelo CONASS.

8. Indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.

Quando da realização da discussão tripartite os representes do Ministério da Saúde informaram ainda não ter a posição da área técnica específica (DSAST / SVS) a respeito do posicionamento do CONASS, que considerava inadequada a avaliação deste indicador segundo local de residência.

Conforme destacado nas considerações do CONASS (vide anexo 2), ao contrário das doenças transmissíveis, as doenças e agravos relacionados ao trabalho podem não guardar maior relação com o município de residência, tendo em vista que a ocorrência do agravio pode estar localizada em município divergente.

Consideramos assim que, como o objetivo do indicador é mensurar a cobertura da notificação, visando ampliar a captação das notificações, melhor



seria se o indicador fosse calculado segundo Município/Unidade de Saúde notificante.

Não houve qualquer retorno do Ministério da Saúde em relação a esta posição do CONASS até a publicação da NT 70/DAI/SGEP/MS, que propõe alteração da metodologia de cálculo em sentido contrário ao entendimento da área técnica do CONASS, indicando a avaliação deste indicador segundo local de residência.

9. Indicador 45 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

A metodologia proposta na NT 70/DAI/SGEP/MS contempla as considerações destacadas pelo CONASS, com a mensuração dos casos Paucibacilares (PB) diagnosticados no ano anterior ao de avaliação e os casos Multibacilares (MB) diagnosticados dois anos antes.

10. Indicador 54 – Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService.

Foi consenso na discussão realizada no GT de Gestão, conforme já havia sido destacado nas considerações encaminhadas pelo CONASS, que tanto nas metas estaduais como municipais deveria ser substituído o termo “RECEBER” por ENVIAR, uma vez que os estabelecimentos/municípios enviam o conjunto de dados, tanto através do Hórus como através do serviço webservice.

Na NT 70/DAI/SGEP/MS, a descrição tanto do objetivo nacional (item 42.1) como do indicador (item 42.3) e método de cálculo (item 42.4) estão corretas, porém o erro persiste na descrição das metas (item 42.2), tanto para os municípios (que deveriam implantar o sistema Hórus ou “receber” o conjunto de dados por meio do serviço webservice), como para regiões e estados (onde a avaliação seria em relação ao percentual de municípios nesta situação)

11. Indicador 61 - Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS, com vínculos protegidos.

Tanto CONASS (anexo 2), como Conasems se manifestaram contrários a qualquer alteração ao conceito de vínculo protegido a ser utilizado, o que já havia sido objeto de discussão e pactuação na CIT. Na reunião do GT de Gestão ficou acordado que esta discussão deveria ser realizada no GT do Trabalho e Educação em Saúde da Câmara Técnica da CIT, onde se manteve o mesmo entendimento. Conforme pactuado, a NT 70/DAI/SGEP/MS não indica qualquer alteração na avaliação deste indicador.

11. Conclusão e encaminhamentos

Com base no exposto, cabe recomendar ao CONASS solicitar ao Ministério da Saúde a revisão da Nota Técnica 70/DAI/SGEP/MS, especialmente quanto ao conteúdo referente aos indicadores 7, 8, 40 e 54, bem como nova discussão sobre os mesmos, caso necessário, em reunião do GT de Gestão da CIT e/ou nos GTs relacionados aos temas específicos.

Propõe-se também discutir com o Conasems e Ministério da Saúde / SAS a respeito da necessidade de se aprimorar a informação do Sistema de Informações Ambulatoriais de forma a evitar prejuízos aos municípios de menor porte quanto à avaliação do indicador 22, recomendando-se a alimentação das informações referentes à realização de sorologia de sífilis em gestantes (VDRL) através do BPA-I.

ANEXO 1



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

RESOLUÇÃO Nº 5, DE 19 DE JUNHO DE 2013

Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o 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 (Lei Orgânica da Saúde), 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 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 o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde 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. 24 da Resolução nº 3/CIT, de 30 de janeiro de 2012, que dispõe que os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão serão incorporados, no que couber, no Indicador Nacional de Garantia do Acesso, expresso no Indicador de Desempenho do SUS (IDSUS), de observância nacional e obrigatória;

Considerando a Resolução nº 4/CIT, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou suas respectivas diretrizes operacionais;

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 24 de novembro de 2011 sobre as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS; e



Considerando as premissas para pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde para os anos de 2013-2015, pactuadas na reunião da CIT em 28 de fevereiro de 2013, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as regras do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Art. 2º No processo de planejamento do SUS, as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pactuados devem estar expressos harmonicamente nos diferentes documentos adotados pelos gestores de saúde, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo.

§ 1º Para fins do disposto no “caput”, os documentos adotados são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório de Gestão, os Relatórios Quadrimestrais e Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o COAP, quando da sua elaboração, formalização e atualização.

§ 2º O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento das metas de saúde.

§ 3º O monitoramento e a avaliação de que trata o “caput” servirão para indicações de adoção de medidas corretivas necessárias, o exercício do controle social e a retroalimentação do ciclo de planejamento.

Art. 3º Fica estabelecido rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 1º As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para pactuação nos anos de 2013-2015 são os constantes no Anexo, com possibilidade de serem submetidos, quando necessário, a ajuste anual mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 2º Para a pactuação nos anos de 2013-2015 será considerado indicador universal aquele de pactuação comum e obrigatória nacionalmente e indicador específico aquele que expressa especificidade local, sendo de tal forma obrigatória a sua pactuação nesse território.

§ 3º O ente federado poderá incluir outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 4º Os entes federados que não assinarem o COAP farão o registro, a cada ano, da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO.

§ 1º A pactuação regional precederá a pactuação estadual, sendo as metas municipais e estaduais registradas no SISPACTO.

§ 2º A pactuação seguirá o seguinte fluxo:

I - pactuação municipal:



a) pontuação em nível regional na Comissão Intergestores Regional (CIR) das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes à esfera municipal, observadas as especificidades locais;

b) aprovação da pontuação pelo Conselho Municipal de Saúde; e

c) formalização do processo de pontuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias Municipais de Saúde mediante registro e validação no SISPACTO, com posterior homologação pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde; e

II - pontuação estadual e do Distrito Federal:

a) pontuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes, respectivamente, à esfera estadual e do Distrito Federal;

b) aprovação da pontuação pelo respectivo Conselho de Saúde; e

c) formalização do processo de pontuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal mediante registro e validação no SISPACTO.

§ 3º O SISPACTO será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sispacto.

Art. 5º No processo de formalização e aditamento do COAP, os entes federados observarão a Resolução nº 3/CIT, de 30 de janeiro de 2012, que dispõe sobre as normas gerais e fluxos do COAP no âmbito do SUS, no que se refere à pontuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.

§ 1º Os Estados e Municípios que assinaram o COAP até a data de publicação desta Resolução, quando do aditamento do contrato, utilizarão o rol único de indicadores constantes do Anexo.

§ 2º Os Estados e Municípios que fizerem a pontuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no SISPACTO e no mesmo exercício assinarem o COAP deverão observá-los adequando-os à realidade regional.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

WILSON ALECRIM
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde



ANEXO

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2013-2015

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.			
<u>Objetivo 1.1- Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a atenção básica.</u>			
N	Tipo	Meta	Indicador
1	U	Aumentar a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
2	U	Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica.	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)
3	U	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família
4	U	Aumentar a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal
5	U	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
6	E	Reducir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
<u>Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento a política de atenção básica e da atenção especializada.</u>			
N	Tipo	Meta	Indicador
7	U	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente
8	U	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
9	E	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente
10	E	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.
11	E	Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.			
<u>Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências</u>			
N	Tipo	Meta	Indicador



12	U	Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.
13	E	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
14	E	Reducir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
15	E	Reducir óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
16	E	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.

N	Tipo	Meta	Indicador
17	E	Aumentar o percentual de Internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero

N	Tipo	Meta	Indicador
18	U	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
19	U	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade

N	Tipo	Meta	Indicador
20	U	Aumentar o percentual de parto normal	Proporção de parto normal
21	U	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
22	U	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS	Número de testes de sífilis por gestante
23	U	Reducir o número de óbitos maternos	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
24	U	Reducir a mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil
25	U	Investigar os óbitos infantis e fetais.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
26	U	Investigar os óbitos maternos.	Proporção de óbitos maternos investigados



27	U	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
28	U	Reducir a incidência de sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

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

Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

N	Tipo	Meta	Indicador
29	E	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

N	Tipo	Meta	Indicador
30	U	Reducir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	<u>Para município/região com menos de 100 mil habitantes:</u> Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) <u>Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF:</u> Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

Objetivo 6.1 - Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

N	Tipo	Meta	Indicador
31	E	Alcançar, no mínimo, 75% de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo	Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo
32	E	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados
33	E	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas.	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados
34	E	Investigar os óbitos de mulher indígena em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados.

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

Objetivo 7.1- Fortalecer a promoção e vigilância em saúde



N	Type	Meta	Indicador
35	U	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
36	U	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
37	U	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
38	U	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
39	U	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação
40	U	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados
41	U	<u>Meta Regional, Estadual e DF:</u> 100% dos municípios ou regiões administrativas, no caso do DF, executando todas ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias <u>Meta Municipal:</u> realizar 100% das ações de vigilância sanitária no município	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
42	U	Reducir a incidência de aids em menores de 5 anos	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
43	E	Reducir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm ³
44	E	Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados
45	E	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
46	E	Garantir exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
47	E	Reducir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral
48	E	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
49	E	Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários
50	E	Reducir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária
51	E	Reducir o número absoluto de óbitos por	Número absoluto de óbitos por dengue



		dengue	
52	E	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue

Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.

N	Tipo	Meta	Indicador
53	U	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

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

Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

N	Tipo	Meta	Indicador
54	E	<u>Meta Regional e Estadual:</u> Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em X% dos municípios <u>Meta Municipal e DF:</u> Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica	Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado

Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.

N	Tipo	Meta	Indicador
55	E	<u>Meta Regional e Estadual:</u> x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de saúde ou estado <u>Meta Municipal e DF:</u> x% de serviços farmacêuticos estruturados no município	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados

Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.

N	Tipo	Meta	Indicador
56	E	100% das indústrias de medicamentos inspecionadas no ano	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano

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

Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS

N	Tipo	Meta	Indicador
---	------	------	-----------



57	U	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas
58	E	X % de Expansão dos Programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde da Família/Saúde Coletiva	Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência em de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva
59	E	X% de expansão dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental	Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental
60	E	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados

Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.

N	Tipo	Meta	Indicador
61	U	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.

Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.

N	Tipo	Meta	Indicador
62	E	X Mesas (ou espaços formais) Municipais ou Estaduais de Negociação do SUS, implantados e em funcionamento	Número de Mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento

Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

N	Tipo	Meta	Indicador
63	U	X% de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde
64	U	Ampliar o percentual dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS	Proporção Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS

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

Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

N	Tipo	Meta	Indicador
65	E	<u>Meta Regional e Estadual:</u> 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado <u>Meta Municipal e DF:</u> Implantação de 01	Proporção de municípios com Ouvidoria Implantada



		serviço de Ouvidoria	
66	E	<u>Meta Regional:</u> Estruturação de, no mínimo um, componente municipal do SNA na região de saúde <u>Meta Municipal, Estadual e DF:</u> Estruturação do componente municipal/estadual do SNA	Componente do SNA estruturado
67	E	<u>Meta Regional e Estadual:</u> X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde <u>Meta Municipal, Estadual e DF:</u> Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde

Nota: Tipo do indicador – U= indicador universal e E = indicador específico

ANEXO 2:

CONSIDERAÇÕES – REVISÃO DE INDICADORES

- **Indicador 02 – Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).**

As considerações encaminhadas pelo CONASS (em anexo) foram consideradas, sendo excluídas de causas sensíveis as causas 22.0 a 22.9 e incluída como causa sensível a Síndrome da Rubéola congênita (P 35.0)

Conforme discussão sobre o tema em reunião do GT de Gestão da CIT as causas G41, G45-G46, I63-I67, I69, J43-J44, J46-J47, J81, K25-K28, K92.0-K92.2, N10-N12 e O23, apesar de inseridas pela Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008 como condições sensíveis à atenção primária, estas não foram incluídas no rol a ser considerado para fim de avaliação deste indicador. Na citada reunião acatou-se a posição da representação do MS de utilizar um subgrupo de causas que responderiam de forma mais ágil ao aprimoramento do cuidado na APS.

As alterações realizadas contemplam, portanto o consenso obtido na discussão tripartite sobre o tema,

- **Indicador 07 – Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.**

Esse é um indicador que deveria ser Específico ao invés de Universal, uma vez que há muitos municípios que possuem apenas o nível básico de atenção à saúde.

Os indicadores 07, 08, 09 e 10 objetivam medir o acesso da população local aos procedimentos segundo nível (ambulatorial ou hospitalar) e segundo complexidade (média ou alta).

Assim, para o indicador 07, ao considerarmos os procedimentos realizados em internações e faturados na AIH, não estaremos medindo o acesso aos mesmos em nível ambulatorial, e ainda estaremos superestimando um acesso que não existe (em nível ambulatorial). Portanto, o lógico é manter



como fonte de dados apenas o SIA, da mesma forma que o cálculo do indicador 09.

Em relação ao procedimento 040505037-2 (Facoemulsificação com implante de lente intra-ocular dobrável), o qual é de alta complexidade, o mesmo deve ser **excluído** do cálculo do indicador e, para sua medição, deve ser **incluído no indicador 09**, que mensura especificamente os procedimentos de alta complexidade realizados em nível ambulatorial.

- **Indicador 08 – Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.**

Não há que se excluir os procedimentos realizados em hospitais. Além disso, não precisam ser excluídos aqueles contabilizados no indicador 07, se para o cálculo daquele indicador for utilizada como fonte apenas o SIA.

- **Indicador 09 – Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.**

Deve ser incluído o procedimento 040505037-2 (Facoemulsificação com implante de lente intra-ocular dobrável), saindo, portanto, do cálculo do indicador 07, uma vez tratar-se de procedimento de alta complexidade.

- **Indicador 22 – Número de testes de sífilis por gestante.**

A Portaria SAS/MS nº 1.362, de 04, de dezembro de 2013, inclui a possibilidade de registro de procedimentos que antes era exclusivamente por meio do BPA-C para BPA-I, entretanto, sem obrigatoriedade especificamente em relação ao procedimento 020203117-9 (VDRL para detecção de sífilis em gestante), o qual atende ao cálculo do indicador.

Em Alagoas, foi publicada a Nota Técnica DIASS/SUVISA/SESAU nº 03/2014, recomendando aos municípios, especialmente aos que realizam o procedimento em seu território, que promovam os ajustes necessários junto aos estabelecimentos executantes, no sentido de registrar a produção por meio do BPA-I, sob pena de prejuízo no alcance de metas pactuadas.

- **Indicador 36 – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.**

A não ocorrência de notificação de casos não significa que não há transmissão em determinada localidade, principalmente conhecendo a situação epidemiológica da doença em escala nacional. Nesse sentido, discordamos em



alterar o indicador para Específico, pois um município sem casos notificados, pode naturalmente pactuar o indicador e, na continuidade de não ocorrência, expõe-se a condição, quando da mensuração de resultados e avaliação do indicador.

- **Indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.**

Ao contrário das doenças transmissíveis, as doenças e agravos relacionados ao trabalho podem não guardar maior relação com o município de residência, tendo em vista que a ocorrência do agravio pode estar localizada em município divergente.

Tomando Alagoas como exemplo, casos de pneumoconiose podem ocorrer entre trabalhadores da indústria de cimentos, a qual existe no município de São Miguel dos Campos, contudo a indústria emprega pessoal de outros municípios. Nesse caso não há qualquer relevância para o município de residência, mas antes, é importante observar o município de ocorrência a fim de intervir, bem como o município de notificação para estar sensível o suficiente para detectar e notificar os casos, conforme serviços de saúde existentes.

Assim, em ordem de importância para atuação da Vigilância dos agravos relacionados ao trabalho, temos:

- 1º. Município de ocorrência;
- 2º. Município de notificação; e,
- 3º. Município de residência.

Como o objetivo do indicador é *mensurar a cobertura da notificação, visando ampliar a captação das notificações* melhor será se o indicador for calculado segundo Município/Unidade de Saúde notificante.

- **Indicador 45 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.**

Conforme a observação contida na própria ficha de qualificação, devem ser mensurados os casos Paucibacilares (PB) diagnosticados no ano anterior ao de avaliação e os casos Multibacilares (MB) diagnosticados dois anos antes.



- **Indicador 54 - Percentual de municípios na região de saúde com o Sistema HORUS implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService.**

Nas metas, deve-se substituir o termo **RECEBER** por **ENVIAR**, uma vez que os estabelecimentos/municípios enviam o conjunto de dados.

- **Indicador 61 - Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS, com vínculos protegidos.**

A NT 004 do DEGERTS/SGTES apresenta uma proposta excluindo do indicador, na esfera pública as seguintes situações: o vínculo empregatício não especificado; o contrato por prazo determinado; o cargo comissionado; celetista contratado por OS e OSCIP; celetista contratado por ONG; o celetista contratado por entidade filantrópica; o celetista contratado por entidade privada; autônomos; os cooperativados e contrato verbal ou informal.

Essa proposta dá ao vínculo celetista interpretações diferentes: é considerado protegido quando aliado ao emprego público, e sem proteção, quando aliando às alternativas de gerencia. Sob que fundamento legal apresenta-se esta distinção?

Indica a Lei 8080/90 nas Disposições Preliminares, artigo 4º que dispõe que “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. (grifo nosso) e no § 2º que “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”. Portanto, os serviços da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público e a iniciativa privada atendem ao SUS quando conveniados ou contratualizados pela gestão. Ao fazer a exclusão proposta pelo DEGES/SGETS aí sim os resultados obtidos não refletiriam a realidade do trabalho na saúde nos estados e municípios. Portanto, somos contrários à alteração proposta.