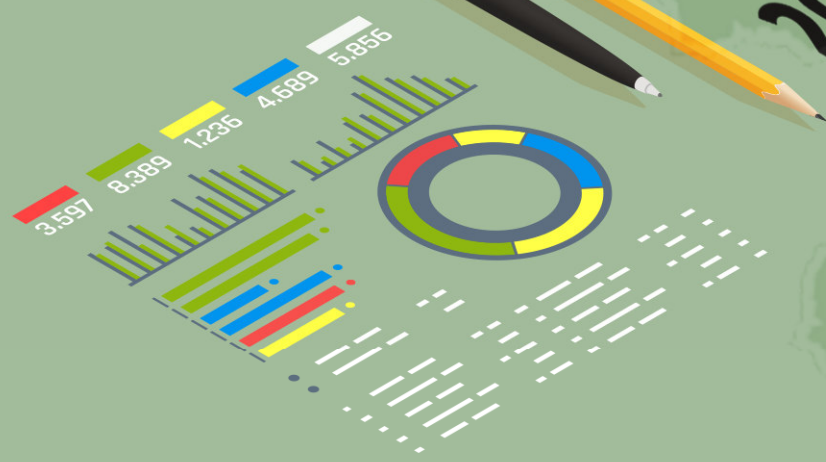


# Pactuação Interfederativa de Indicadores: 2017-2021

Manual de Orientação da Bahia  
Ano 2021



SECRETARIA DA SAÚDE

**PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES: 2017 – 2021**

**Manual de Orientação da Bahia**

**Ano 2021**

**Fevereiro, 2021**

Rui Costa

GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

Fábio Vilas-Boas Pinto  
SECRETÁRIO DA SAÚDE

Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho  
SECRETÁRIA DA SAÚDE

Emanuele Figueredo Barbosa  
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO – APG

Luiz Henrique Gonzales d'Utra  
SUPERINTENDENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA EM SAÚDE – SAFTEC

Igor Lobão Ferraz Ribeiro  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS

Jerusa Martins Paz Coelho  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA  
ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS

Rivia Mary de Barros  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE - SUVISA

## **EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ATUALIZAÇÃO DO MANUAL**

### **Assessoria de Planejamento e Gestão**

#### **Coordenação de Planejamento Regional Integrado – COPRI**

Joana Angélica Oliveira Molesini

Cristiane Câmara Macêdo

Eneida Manuela Barqueiro Sena Gomes

Jamille dos Santos Queiroz

Lucitânia Rocha de Aleluia

Renato Sena Gomes Júnior

Tânia Margarida de Novaes Rocha

#### **Coordenação de Planejamento – COPLAN**

Maria Aparecida dos Santos

Daíse Pereira Pimentel

### **Superintendência de Atenção Integral à Saúde**

#### **Assessoria Técnica**

Joana Angélica Simão Demarchi

#### **Diretoria de Atenção Básica – DAB**

Márcia Edmeia Costa de Matos

Pedro Hernando Pairazaman Diaz

#### **Diretoria de Atenção Especializada - DAE**

Maria Alcina Romero Boullosa

Ticiania Castelo Branco Borges

#### **Diretoria de Gestão do Cuidado – DGC**

Clarissa Leite Campos

Liana Figueiredo Almeida de Souza

Olga Cristina Lima Sampaio

Cândida Maria Pimentel Pereira

Aline Franco Fritsch

Márcia Maciel Porto  
Margareth Hamdan Melo Coelho  
Sônia Cristina Sales Pereira

**Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde**

**Assessoria Técnica**

Edivânia Lucia Araujo Santos Landim

**Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador - DIVAST**

Delsuc Evangelista Filho  
João Paulo Freire de Lima  
Kamile Miranda Lacerda Serravalle  
Letícia Coelho da Costa Nobre  
Milene Baqueiro Wasconcellos  
Rosanita Ferreira e Baptista

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP**

Ana Cláudia Fernandes Nunes da Silva  
Ana Franceska Cotrim Silva  
Carla Tatiana Cointeiro Bressy  
Cristiane Ribeiro da Silva Castro  
Edna Pereira Rezende  
Eleuzina Falcão  
Francisco dos Santos Santana  
Greice Quele dos Santos Cruz  
Jamile Oliveira Lima  
Joselito Ramos de Andrade  
Marta Santana Lima Pereira  
Renato Queiroz dos Santos Júnior  
Sandra Maria de Oliveira da Purificação  
Simone Portugal Caldas  
Tiago Jordão de Freitas Pinheiro Gomes  
Vânia Rebouças Barbosa Vanden Broucke

Vandinei Alberto dos Santos

Virgínia de Souza Aguiar

Zilda Afonso Torres Almeida

Zenaide Calazans Oliveira

**Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental - DIVISA**

Adilson Bispo Sacramento

Clériston Sampaio Martins Gonçalves

Enio Roberto Matui

Ericka Helena Costa Martins

Tânia Maria de Oliveira Cordeiro

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	9
ROL DE DIRETRIZES, INDICADORES E METAS 2021 .....	11
Indicador 1: Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).....	11
Indicador 3: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. ....	15
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 coberturas vacinais preconizadas.....	18
Indicador 5: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.....	21
Indicador 6: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.....	24
Indicador 8: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.....	33
Indicador 9: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.....	36
Indicador 10: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.....	39
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.....	44
Indicador 12: Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária.....	47

Indicador 13: Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.....	50
Indicador 14: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos. ....	53
Indicador 15: Taxa de Mortalidade infantil. ....	55
Indicador 16: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.....	58
Indicador 17: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. ....	64
Indicador 18: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF). ....	69
Indicador 19: Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.....	72
Indicador 23: Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. ....	77



## APRESENTAÇÃO

---

O processo de pactuação interfederativa teve início nos anos 90 e ao longo do tempo foi editado um conjunto de normas regulamentadoras estabelecendo diretrizes, objetivos, indicadores e metas, com vistas à melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira. Trata-se, portanto, de um processo de negociação entre os entes federados, envolvendo as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, o que implica a assunção de responsabilidades compartilhadas para alcance dos resultados de gestão, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021 é resultante desse processo de negociação e de gestão compartilhada, traduzida em Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, de modo que este Manual apresenta a ficha técnica de cada um dos indicadores, com recomendações para pactuação no território regional, com base na análise da série histórica, observando-se o cenário por macrorregião e municípios adscritos. Nesse sentido, as recomendações propostas para cada um dos indicadores consideraram a heterogeneidade do território baiano, as distintas dinâmicas territoriais e a capacidade de resposta em âmbito localregional.

Contudo, essas recomendações não prescindem do alcance da meta estabelecida para o elenco de indicadores, uma vez que se trata de compromisso compartilhado pela gestão do sistema de saúde nas três esferas de governo, haja vista a necessidade premente em garantir o direito constitucional à saúde da população, com equidade, integralidade e resolubilidade.

Sendo assim, a Pactuação Interfederativa de Indicadores para o ano de 2021 seguiu seu curso político de negociação nas instâncias decisórias do SUS, com participação ativa do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia (Cosems-Ba) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/BA).

Em se tratando de um processo técnico e político, a implementação da Pactuação Interfederativa de Indicadores exigirá o envolvimento direto das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), a quem compete a execução das ações no território, com apoio institucional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), por meio das equipes de nível central e regional. Destaca-se, ainda, a

importância das instâncias de pactuação regional, através das Comissões Intergetores Regionais (CIR) e do controle social.

Imbuídos do caráter intransferível da responsabilidade sanitária com a gestão unificada do sistema de saúde, espera-se que a Pactuação Interfederativa de Indicadores de 2021, traduza-se em resultados significativos para a qualidade de vida e saúde da população baiana.

Fábio Vilas-Boas Pinto  
**Secretário da Saúde**

Stela dos Santos Souza  
**Presidente do Cosems-Ba**

## ROL DE DIRETRIZES, INDICADORES E METAS 2021

<b>Indicador 1: Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).</b>	
<b>Indicador por base populacional</b>	<p>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).</p> <p>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).</p>
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes evitáveis, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p>a) para município com menos de 100 mil habitantes: número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local;</p> <p>b) para município/região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta:</p> <p><u>Numerador</u>: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local.</p> <p><u>Denominador</u>: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.</p> <p><u>Fator de multiplicação</u>: 100.000.</p> <p><u>Unidade de Medida</u>: óbito.</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Observações</u>:</p> <p>Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.</p> <p>Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p>

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>Para estudos acadêmicos, sugere-se que o cálculo do indicador seja aperfeiçoado, utilizando dados de mortalidade corrigidos. A população adotada para o cálculo do indicador é referente à distribuição populacional por sexo e faixa etária para o ano de 2020, que se encontra disponível no site do Datasus, (<a href="http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&amp;id=6942">http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&amp;id=6942</a>).</p> <p>A meta nacional de redução da mortalidade prematura por DCNT, atualmente em vigência, é de 2% ao ano, que se encontra no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011 a 2022), baseado no documento da Organização Mundial da Saúde - Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report, publicado em 2005. Disponível em: <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43314/1/9241563001eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43314/1/9241563001eng.pdf</a></p> <p><u>Limitações:</u></p> <p>Por se trabalhar com unidades diferentes (número absoluto de óbitos e taxa por 100 mil habitantes, em função do porte populacional dos municípios, a comparabilidade entre os municípios fica comprometida.</p> <p>Há uma diferença de 14 meses entre a disponibilidade dos dados da base nacional e o período ao qual eles se referem.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Estimativa populacional de 2020 – IBGE.</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p>

<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB/ SUVISA / Diretoria de Vigilância Epidemiológica</b></p>	<p>Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA  Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP  Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – CODANT  Coordenação de Planejamento e Monitoramento - COPLAM  E-mail: <a href="mailto:divep.dant@gmail.com/">divep.dant@gmail.com/</a>  <a href="mailto:divep.coplam@saude.ba.gov.br/">divep.coplam@saude.ba.gov.br/</a>  Telefone: (71) 3316-0045 / 0052 / 3116-4611</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>Redução de 2%</p>
<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p><u>Para todas as Macrorregiões:</u></p> <p>Para os Municípios com menos de 100 mil habitantes, deve-se considerar uma redução do número de óbitos em relação ao ano anterior.</p> <p>Para os Municípios com população <math>\geq</math> a 100 mil habitantes, deve-se reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade.</p>

<b>Indicador 3: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF: <u>Numerador</u> : Total de óbitos não fetais com causa básica definida, por local de residência*. <u>Denominador</u> : Total de óbitos não fetais, por local de residência. <u>Fator de multiplicação</u> : 100. * (óbito com causa básica distinta do capítulo XVIII da CID-10). <u>Unidade de Medida</u> : óbito.
<b>Observações e Limitações</b>	<u>Observações</u> : Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.  Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p> <p><u>Limitações:</u></p> <p>O percentual, entre os meses, pode variar em função da entrada tardia de resultados de investigações de óbitos com causa mal definida pelas equipes de vigilância ou dos serviços de verificação do óbito, atualizados no SIM.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.</p> <p>O monitoramento deve ser realizado pelo <b>Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10</b>, que apresenta os dados mais recentes notificados pelos municípios no SIM, disponível em:</p> <p><a href="http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw">http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw</a></p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p>
<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB/ SUVISA / Diretoria de Vigilância Epidemiológica</b></p>	<p>Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA  Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP  Coordenação de Agravos e Doenças não Transmissíveis – CODANT</p> <p>E-mail: <a href="mailto:divep.maldef@saude.ba.gov.br">divep.maldef@saude.ba.gov.br</a>  <a href="mailto:divep.codant@saude.ba.gov.br">divep.codant@saude.ba.gov.br</a></p> <p>Telefone: (71) 3116 0022</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>90%</p>



<b>Recomendações para Pactuação Interfederativa para Municípios por Macrorregião</b>	<b>Sugestão de meta para Macrorregião:</b>		
	<b>Macrorregião</b>	<b>Média 2010/2019</b>	<b>Meta 2021</b>
	<b>Centro Leste</b>	80,4	90
	<b>Centro Norte</b>	86,1	90
	<b>Extremo Sul</b>	90,6	90
	<b>Leste</b>	94,6	90
	<b>Nordeste</b>	83,1	90
	<b>Norte</b>	82,7	90
	<b>Oeste</b>	84,1	90
	<b>Sudoeste</b>	85,6	90
<b>Sul</b>	83,8	90	

<p><b>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 coberturas vacinais preconizadas.</b></p>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância</b>	<p>As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual. Propõe-se estimular a vigilância das coberturas vacinais, com objetivo de manter altas coberturas e realização de ações que proporcione o alcance dessas metas, com intuito de manter a população protegida de doenças imunopreveníveis pelas seguintes vacinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B, e é utilizada como indicador para comparação em âmbito internacional devido ao componente DTP;</li> <li>• Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil;</li> <li>• Poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e,</li> <li>• Tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.</li> </ul>

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p><u>Numerador</u>: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada.</p> <p><u>Denominador</u>: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral.</p> <p>Fator de multiplicação: 100. Unidade de Medida: Percentual.</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Observações</u>:</p> <p>Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.</p> <p>Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p> <p>A idade adequada para aplicação de cada vacina selecionada obedecerá ao Calendário Nacional de Vacinação atualizado e publicado pelo Ministério da Saúde nos termos da Lei nº 6.259, de 30 de Outubro de 1975, regulamentada pelo Decreto nº78.231, de 12 de Agosto de 1976.</p> <p>Parâmetro nacional de referência: 100% em 2020.</p>
<p><b>Fontes</b></p>	<p>Numerador: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI).</p> <p>Denominador: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p>

<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB/ SUVISA / Diretoria de Vigilância Epidemiológica</b></p>	<p>Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA  Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP  Coordenação de Imunizações e Vigilância Epidemiológica de Doenças Imunopreveníveis - CIVEDI  Coordenação de Planejamento e Monitoramento - COPLAM  E-mail: <a href="mailto:sesab.imune@saude.ba.gov.br">sesab.imune@saude.ba.gov.br</a> / <a href="mailto:divep.coplam@saude.ba.gov.br">divep.coplam@saude.ba.gov.br</a>  Telefone: (71) 3116-0036 / 3116-4611</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>Meta de 75%, correspondendo a cobertura de <math>\geq 95\%</math> para, no mínimo, três dos quatro imunobiológicos selecionados.</p>
<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p>Critério por estrato de alcance de proporção dos municípios por Macrorregião de Saúde:</p> <p>Estrato 1 – Municípios com até 2 vacinas com cobertura abaixo do preconizado, ampliar para 3 vacinas com cobertura ideal (<math>\geq 95\%</math>);</p> <p>Estrato 2 – Municípios com 3 vacinas com cobertura <math>\geq 95\%</math>, ampliar para 4 vacinas com cobertura ideal;</p> <p>Estrato 3 – Municípios com 4 vacinas com a cobertura de <math>\geq 95\%</math>, manter a cobertura ideal para os quatro imunobiológicos.</p>

<b>Indicador 5: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:  <u>Numerador</u> : Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. <u>Denominador</u> : Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. <u>Fator de multiplicação</u> : 100. <u>Unidade de Medida</u> : Percentual.
<b>Observações e Limitações</b>	<u>Observações</u> : Para este indicador, foram definidos os eventos e doenças de notificação imediata nacional, abaixo listados, em observância à Portaria GM/MS nº 1.061, de 18 de maio de 2020, em virtude de sua magnitude e relevância.  Botulismo, Cólera, Dengue (óbitos), Doenças com suspeita de disseminação intencional (Antraz pneumônico, Tularemia, Varíola), Doenças febris hemorrágicas

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>emergentes/reemergentes: (Arenavírus, Ebola, Marburg, Lassa, Febre purpúrica brasileira), Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública, Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação, Febre amarela, Febre do Nilo ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública, Febre maculosa e outras rickettsioses, Hantavirose, Influenza humana produzida por novo subtipo viral, Malária na região extra Amazônica, 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 e outras emergências de saúde pública.</p> <p>É importante ressaltar que a Síndrome de Rubéola Congênita e a Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus estão listadas na referida portaria, mas não terão seus dados processados na tabulação desse indicador, pelos seguintes motivos. No primeiro caso, o tempo de encerramento é de 180 dias, porque para a confirmação ou descarte do caso suspeito pelo critério laboratorial é necessário coletar a primeira amostra de espécimes clínicos para identificação viral no nascimento da criança e, depois, a segunda amostra aos 6 meses de vida, com o objetivo de avaliar a excreção viral dessa criança. No segundo caso, essa síndrome é notificada ao CIEVS Nacional, através do Notifica, que utiliza e-mail ou formulário eletrônico Formsus e não por meio do Sinan.</p> <p>As doenças listadas (DNCI) devem ser notificadas em 24 horas e registradas no Sinan no prazo de 7 dias.</p> <p>No caso de epidemias de Dengue, Zika e Chikungunya, a prioridade é investigar os óbitos, que são de notificação imediata.</p>
--	--

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.</p> <p>Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção. Cabe a SESA/MS, a investigação de casos que envolvam a população indígena.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p>
<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB/ SUVISA / Diretoria de Vigilância Epidemiológica</b></p>	<p>Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA  Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP  Coordenação de Suporte Estratégico e Tecnológico – COSET  Coordenação de Planejamento e Monitoramento - COPLAM  E-mail: <a href="mailto:divep.coset@saude.ba.gov.br">divep.coset@saude.ba.gov.br</a> / <a href="mailto:divep.coplam@saude.ba.gov.br">divep.coplam@saude.ba.gov.br</a>  Telefone: (71) 3116-0025 / 3116-4611</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>75%</p>
<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p>Para todas as Macrorregiões e respectivos municípios, pactuar conforme os intervalos abaixo:</p> <p>Municípios abaixo de 50%, ampliar para 60%;  Municípios com 50,1% a74,9%, ampliar para 75%;  Municípios com 75%, manter ou ampliar.</p>

<b>Indicador 6: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p>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.</p> <p>Denominador: Número total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p> <p>Processar os dados no TABWIN, de acordo com os seguintes passos:</p>



<b>Método de Cálculo</b>	1º passo – Tabulação Paucibacilar:	
	Linha	UF Res Atual ou Mun Res AT
	Coluna	Tipo de Saída
	Incremento	Frequência
	Desmarcar	Suprimir Linhas Zeradas Suprimir Colunas Zeradas
	Seleções Disponíveis	Ano Diagnóstico: subtrair 1 ao ano de avaliação (ex.: se ano de avaliação for 2016, selecionar o ano diagnóstico 2015).
		Modo Entrada: Caso Novo
		Tipo de Saída: Marcar todos exceto
		ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS <sup>1</sup>
		Class Oper Atual: PAUCIBACILAR (PB)
	Esq Terap Atual: PQT/PB/6 DOSES	
Não Classificados	Marcar: Ignorar	
<p><sup>1</sup>Para avaliação municipal, desmarcar transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarcar transferências para outros municípios fora da regional de referência, outros estados e outros países. Para avaliação estadual, excluir transferências para outros estados e outros países.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renomear a coluna Cura para Cura PB, clicando com o botão direito do mouse na palavra cura e editando o texto;</li> <li>• Renomear a coluna Total para Total PB, clicando com o botão direito do mouse na palavra total e editando o texto;</li> <li>• Digitar o Título da tabela e a fonte dos dados e data de</li> </ul>		

<b>Método de Cálculo</b>	<p>atualização no Rodapé nos respectivos campos disponíveis na tela ou na janela que se abre antes da impressão da tabela;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salvar a tabela, clicando no menu Arquivo/Salvar como com o nome Cura CNPB.tab.</li> </ul>																
	<p>2º passo - Tabulação Multibacilar:</p> <p>Clicar novamente em EXECUTAR TABULAÇÃO no Menu Arquivo e clique em ABRE DEF. Alterar os seguintes campos da tabulação anterior: ano de diagnóstico para 2 anos antes da avaliação, Classificação Operacional Atual para Multibacilar e Esquema Terapêutico Atual para PQT/MB/12 DOSES, conforme descrito abaixo:</p>																
	<table border="1"> <tr> <td>Linha</td> <td>UF Res Atual ou Mun Res AT</td> </tr> <tr> <td>Coluna</td> <td>Tipo de Saída</td> </tr> <tr> <td>Incremento</td> <td>Frequência</td> </tr> <tr> <td>Desmarcar</td> <td>Suprimir Linhas Zeradas Suprimir Colunas Zeradas</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Seleções Disponíveis</td> <td>Ano Diagnóstico: subtrair 2 ao ano de avaliação (ex. se ano de avaliação for 2016, selecionar o ano diagnóstico 2014)</td> </tr> <tr> <td>Modo Entrada: Caso Novo</td> </tr> <tr> <td>Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS<sup>1</sup></td> </tr> <tr> <td>ClassOper Atual: MULTIBACILAR (MB)</td> </tr> <tr> <td>EsqTerap Atual: PQT/MB/12 DOSES</td> </tr> <tr> <td>Não Classificados</td> <td>Marcar: Ignorar</td> </tr> </table>	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 <sup>1</sup>	ClassOper Atual: MULTIBACILAR (MB)	EsqTerap Atual: PQT/MB/12 DOSES	Não Classificados	Marcar: Ignorar
	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 <sup>1</sup>															
ClassOper Atual: MULTIBACILAR (MB)																	
EsqTerap Atual: PQT/MB/12 DOSES																	
Não Classificados	Marcar: Ignorar																

	<p><sup>1</sup>Para avaliação municipal, desmarque transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarque transferências para outros municípios fora da sua regional, outros estados e outros países. Para avaliação estadual, exclua transferências para outros estados e outros países.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renomear a coluna Cura para Cura MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra Cura e editando o texto;</li> <li>• Renomear a coluna Total para Total MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra Total e editando o texto;</li> <li>• Atribuir Título e Rodapé à tabela (conforme orientado anteriormente);</li> <li>• Salvar a tabela, clicando no menu Arquivo/Salvar como com o nome Cura CNMB.tab.</li> </ul>
<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>3º passo – Cálculo do Indicador:</p> <p>Para calcular a proporção de cura de todos os casos novos (MB+PB) é necessário somar as duas tabelas, conforme orientação abaixo:</p> <p>- Como a tabela de casos novos multibacilares está aberta, incluir os dados dos paucibacilares procedendo da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No menu Arquivo/Incluir Tabela, selecionar e abrir o arquivo Cura CNPB;</li> <li>• No menu Operações, clicar em Somar, marcar as colunas Cura PB e Cura MB, clicar em OK;</li> <li>• Renomear a coluna Soma para Cura PB+MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra Soma e editando o texto;</li> <li>• No menu Operações, clicar em Somar, marcar as</li> </ul>

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>colunas Total PB e Total MB, clicar em OK;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renomear a coluna Soma para Total PB+MB, clicando com o botão direito do mouse na palavra soma e editando o texto;</li> <li>• No menu Quadro, clicar em Eliminar Coluna, selecionar todas as opções, utilizando a tecla ctrl, exceto Cura PB+MB e Total PB+MB, clicar em OK;</li> <li>• Digitar o Título da tabela, a Fonte e a data de atualização dos dados no Rodapé nos respectivos campos disponíveis na tela ou na janela que se abre antes da impressão da tabela;</li> <li>• Salvar a tabela, clicando no menu Arquivo/Salvar_Como %Cura CN Hans.tab ou imprimir.</li> <li>• Obter uma coluna com a proporção de casos novos curados, clicando no menu Operações em Calcular Indicador, selecionando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerador: Cura PB +MB</li> <li>• Denominador: Total PB +MB</li> <li>• Escala: 100</li> <li>• Casas decimais: 0 ou1</li> <li>• Título da coluna: %Cura;</li> </ul> </li> <li>• Digitar o Título da tabela e a fonte e data de atualização dos dados no Rodapé nos respectivos campos disponíveis na tela ou na janela que se abre antes da impressão da tabela.</li> </ul> <p>Unidade de medida: proporção.</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Observações:</u> Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro</p>

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.</p> <p>Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p> <p>Parâmetro nacional de referência:</p> <p>Bom <math>\geq 90\%</math></p> <p>Regular 75,0 a 89,9%</p> <p>Precário <math>&lt; 75\%</math></p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p>
<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB/ SUVISA / Diretoria de Vigilância Epidemiológica</b></p>	<p>Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA</p> <p>Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP</p> <p>Coordenação de Agravos – COAGRAVOS</p> <p>Coordenação de Planejamento e Monitoramento - COPLAM</p> <p>E-mail: <a href="mailto:divep.coagravos@saude.ba.gov.br">divep.coagravos@saude.ba.gov.br</a> / <a href="mailto:divep.coplam@saude.ba.gov.br">divep.coplam@saude.ba.gov.br</a></p> <p>Telefone: (71) 3116-0076 / 3116- 4611</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p><math>\geq 88\%</math></p>
<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p>Para o cálculo da média do percentual de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes das Macrorregionais foi utilizado o período da série histórica de 2010 a 2019.</p> <p>A meta para cada município será definida de acordo com a média da Macrorregional correspondente.</p>

<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p><b><u>Macrorregião Leste</u> / Média: 79,7%</b></p> <p>Municípios com média igual ou inferior a 79,6% terá como parâmetro de referência o valor de 79,7% .</p> <p>Municípios com média de 79,7% a 87,9% terá como parâmetro de referência 88%</p> <p>Municípios com média de <math>\geq 88\%</math> terá como parâmetro de referência <math>\geq 90\%</math></p> <p><b><u>Macrorregião Centro Leste</u> / Média: 79,5%</b></p> <p>Municípios com média igual ou inferior a 79,4% terá como parâmetro de referência o valor de 79,5% .</p> <p>Municípios com média de 79,5% a 87,9% terá como parâmetro de referência 88%</p> <p>Municípios com média de <math>\geq 88\%</math> terá como parâmetro de referência <math>\geq 90\%</math></p> <p><b><u>Macrorregião Nordeste</u> / Média: 75,5%</b></p> <p>Municípios com média igual ou inferior a 75,4% terá como parâmetro de referência o valor de 75,5% .</p> <p>Municípios com média de 75,5% a 87,9% terá como parâmetro de referência 88%</p> <p>Municípios com média de <math>\geq 88\%</math> terá como parâmetro de referência <math>\geq 90\%</math></p> <p><b><u>Macrorregião Norte</u> / Média: 87,2%</b></p> <p>Municípios com média igual ou inferior a 87,1% terá como parâmetro de referência o valor de 87,2% .</p> <p>Municípios com média de 87,2% a 87,9% terá como parâmetro de referência 88%</p> <p>Municípios com média de <math>\geq 88\%</math> terá como parâmetro de referência <math>\geq 90\%</math></p>
---	---

<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p><b><u>Macrorregião Centro Norte</u> / Média: 81,4%</b></p> <p>Municípios com média igual ou inferior a 81,3% terá como parâmetro de referência o valor de 81,4% .</p> <p>Municípios com média de 81,4% a 87,9% terá como parâmetro de referência 88%</p> <p>Municípios com média de <math>\geq 88\%</math> terá como parâmetro de referência <math>\geq 90\%</math></p> <p><b><u>Macrorregião Oeste</u> / Média: 84,3%</b></p> <p>Municípios com média igual ou inferior a 84,2% terá como parâmetro de referência o valor de 84,3% .</p> <p>Municípios com média de 84,3% a 87,9% terá como parâmetro de referência 88%</p> <p>Municípios com média de <math>\geq 88\%</math> terá como parâmetro de referência <math>\geq 90\%</math></p> <p><b><u>Macrorregião Sudoeste</u> / Média: 81,2%</b></p> <p>Municípios com média igual ou inferior a 81,1% terá como parâmetro de referência o valor de 81,2% .</p> <p>Municípios com média de 81,2% a 87,9% terá como parâmetro de referência 88%</p> <p>Municípios com média de <math>\geq 88\%</math> terá como parâmetro de referência <math>\geq 90\%</math></p> <p><b><u>Macrorregião Sul</u> / Média: 82,9%</b></p> <p>Municípios com média igual ou inferior a 82,8% terá como parâmetro de referência o valor de 82,9% .</p> <p>Municípios com média de 82,9% a 87,9% terá como parâmetro de referência 88%</p> <p>Municípios com média de <math>\geq 88\%</math> terá como parâmetro de referência <math>\geq 90\%</math></p>
---	---

<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p><b><u>Macrorregião Extremo Sul / Média: 77,1%</u></b></p> <p>Municípios com média igual ou inferior a 77% terá como parâmetro de referência o valor de 77,1% .</p> <p>Municípios com média de 77,1% a 87,9% terá como parâmetro de referência 88%</p> <p>Municípios com média de <math>\geq 88\%</math> terá como parâmetro de referência <math>\geq 90\%</math></p>
---	---



<b>Indicador 8: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância</b>	O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:  Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.  Unidade de Medida: Número absoluto.
<b>Observações e Limitações</b>	<u>Observações:</u> Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.  Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p> <p>Vale ressaltar que 249 municípios baianos, encontram-se silenciosos quanto à notificação de casos de sífilis congênita, tendo como base de cálculo 25% de transmissão vertical dos casos estimados de sífilis em gestantes, ano base 2019 e prevalência Nordeste de gestantes com sífilis de 1,14 (CUNHA, A. R. C da; MERCHAN-HAMANN, E. Estudo Sífilis em Parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados. In: <b>Rev Panam Salud Publica</b> 38(6), 2015). Fonte: SINAN, acesso em 10/11/2020 (Datusus/Tabwin).</p> <p><u>Limitações:</u></p> <p>Considerando as dificuldades de diagnóstico da sífilis congênita, casos oligossintomáticos podem ser sub-representados. A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p>
<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB/ SUVISA / Diretoria de Vigilância Epidemiológica</b></p>	<p>Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA</p> <p>Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP</p> <p>Coordenação de Agravos – COAGRAVOS</p> <p>Coordenação de Planejamento e Monitoramento - COPLAM</p> <p>E-mail: <a href="mailto:divep.coagravos@saude.ba.gov.br">divep.coagravos@saude.ba.gov.br</a> / <a href="mailto:divep.coplam@saude.ba.gov.br">divep.coplam@saude.ba.gov.br</a></p> <p>Telefone: (71) 3116-0013/3116-4611</p>

<b>Meta Estadual</b>	Reduzir em 20% a ocorrência de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano.
<b>Recomendações para Pactuação Interfederativa para Municípios por Macrorregião</b>	<p>Para todas as Macrorregiões de Saúde, recomenda-se:</p> <p>Para municípios com notificação de casos segundo a estimativa de 2019, reduzir em 20%;</p> <p>Para municípios com notificação abaixo da estimativa de 2019, recomenda-se aumento na captção das notificações segundo a mesma;</p> <p>Para municípios silenciosos, aumentar a notificação segundo a estimativa de casos do ano base de 2019.</p>

<b>Indicador 9: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Expressa o número de casos novos de aids na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado, medindo o risco de ocorrência de casos novos de aids nessa população.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:  Número de casos novos de aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.  Unidade de Medida: Número absoluto.
<b>Observações e Limitações</b>	<u>Observações:</u> Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.  Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.  Utilizou-se como referência os dados linkados dos Sistema

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) /Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) / Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) /Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), devido a alta subnotificação do Sinan (<a href="http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def">http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def</a>).</p> <p>Contudo, salienta-se a importância da notificação.</p> <p><u>Limitações:</u></p> <p>Esse indicador sofre a influência da capacidade de detecção e notificação de casos pelos serviços e da cobertura da utilização do Siscel e Siclom. Além disso, observa-se a subnotificação dos dados no Sinan.</p> <p>Mudanças nos critérios de definição de casos de aids com fins de vigilância epidemiológica podem influenciar a evolução temporal da taxa de incidência.</p>
<p><b>Fontes</b></p>	<p>SINAN.</p> <p>Para obtenção de dados mais fidedignos com a realidade territorial, recomenda-se utilizar os sistemas, abaixo citados, para cruzamento dos dados.</p> <p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)</p> <p>Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom)</p> <p>Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel)</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p>

<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB/ SUVISA / Diretoria de Vigilância Epidemiológica</b></p>	<p>Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA  Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP  Coordenação de Agravos - COAGRAVOS  Coordenação de Planejamento e Monitoramento - COPLAM  E-mail: <a href="mailto:divep.coagravos@saude.ba.gov.br">divep.coagravos@saude.ba.gov.br</a> / <a href="mailto:divep.coplam@saude.ba.gov.br">divep.coplam@saude.ba.gov.br</a>  Telefone: (71) 3116-0013 / 3116-4611</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>Reduzir em 20%</p>
<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p>Para todas as Macrorregiões de Saúde, recomenda-se:   Municípios que tiverem registro de ocorrência de casos novos de aids em menores de 5 anos, reduzir em 20% em relação ao ano anterior (2020).</p>

<b>Indicador 10: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Avalia a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p><u>Passo 1</u> – Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT):  <u>Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância</u> x 100  Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais.</p> <p><u>Passo 2</u> – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (PT):  <u>Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância</u> x 100  Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez.</p>

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p><u>Passo 3</u> – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (PCRL):</p> <p><u>Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância</u> x 100</p> <p>Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre.</p> <p><u>Passo 4</u> – Calcular a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez:</p> <p><u>(1,2 X PCT) + (1,0 X PT) + (1,0 X PCRL) / 3,2</u></p> <p><u>Atenção:</u></p> <p>O método de cálculo utilizado para avaliar o atendimento do indicador considera a média aritmética ponderada dos percentuais de análises realizadas para os parâmetros coliformes totais, turbidez e cloro residual livre.</p> <p>Os pesos foram estabelecidos de acordo com a importância sanitária dos parâmetros de avaliação da qualidade da água para consumo humano. Estabeleceu-se o maior peso (1,2) para o Percentual de Análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT), uma vez que sua presença pode ser interpretada como ausência de cloro residual livre e presença de organismos patogênicos que indicam a falha ou insuficiência do tratamento da água e potenciais riscos à saúde pública.</p> <p>Para os parâmetros cloro residual livre (PCRL) e turbidez (PT) o peso é 1.</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Observações:</u></p> <p>Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma</p>



<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.</p> <p>Em municípios onde existam terras indígenas, dados similares devem ser considerados com base nos instrumentos utilizados para registrá-los, de forma a possibilitar o conhecimento da situação específica com vista a adoção de medidas adequadas de intervenção.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).</p> <p>Observação: Os dados necessários para esses cálculos estão disponíveis em &lt;<a href="http://sisagua.saude.gov.br/sisagua">http://sisagua.saude.gov.br/sisagua</a>&gt;</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p>
<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB / SUVISA / DIVISA</b></p>	<p>Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA</p> <p>Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental – DIVISA</p> <p>Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental</p> <p>E-mail: <a href="mailto:divisa.coviam@saude.ba.gov.br">divisa.coviam@saude.ba.gov.br</a></p> <p>Telefone: (71) 3103-6330/6331</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>100% dos municípios realizando análise de amostra de água para os três parâmetros (coliformes totais, cloro residencial e turbidez).</p>
<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p><b>Parâmetros de escalonamento com base no ano de 2019</b></p> <p><b>Macrorregião Centro Leste</b></p> <p><b>Média: 64,83%</b></p> <p>Municípios de 0 a 65% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 75%</p> <p>Municípios de 65,1 a 100% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 100%</p> <p>Municípios acima de 100% = Manter</p>

<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p><b>Macrorregião Centro Norte</b>  <b>Média: 33,12%</b>  Municípios de 0 a 33% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 75%  Municípios de 33,1 a 100% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 100%  Municípios acima de 100% = Manter</p> <p><b>Macrorregião Extremo Sul</b>  <b>Média: 60,29%</b>  Municípios de 0 a 60% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 75%  Municípios de 60,1 a 100% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 100%  Municípios acima de 100% = Manter</p> <p><b>Macrorregião Leste</b>  <b>Média: 77,50%</b>  Municípios de 0 a 78% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 90%  Municípios de 78,1 a 100% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 100%  Municípios acima de 100% = Manter</p> <p><b>Macrorregião Nordeste</b>  <b>Média: 57,92%</b>  Municípios de 0 a 58% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 75%  Municípios de 58,1 a 100% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 100%  Municípios acima de 100% = Manter</p>
---	---

<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p><b>Macrorregião Norte</b>  <b>Média: 50,86%</b>  Municípios de 0 a 51% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 75%  Municípios de 51,1 a 100% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 100%  Municípios acima de 100% = Manter</p> <p><b>Macrorregião Oeste</b>  <b>Média: 47,65%</b>  Municípios de 0 a 48% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 75%  Municípios de 48,1 a 100% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 100%  Municípios acima de 100% = Manter</p> <p><b>Macrorregião Sudoeste</b>  <b>Média: 80,65%</b>  Municípios de 0 a 81% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 90%  Municípios de 81,1 a 100% = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 100%  Municípios acima de 100% = Manter</p> <p><b>Macrorregião Sul</b>  <b>Média: 61,18%</b>  Municípios de 0 a 61 = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 75%  Municípios de 61,1 a 100 = o parâmetro de referência passa a ser, no mínimo, 100%  Municípios acima de 100 = Manter</p>
---	---

<b>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.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
<b>Objetivo e Relevância</b>	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. O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal e do Distrito Federal:  Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento.</p> <p>População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3.</p> <p>Numerador: Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008- 6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento.</p> <p>Denominador: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3.</p> <p>Unidade de Medida: Procedimento (Exame citopatológico) por mulher na faixa etária.</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Limitações:</u></p> <p>As secretarias estaduais e municipais de saúde têm um prazo de até 90 dias para apresentar a produção. Portanto os dados não podem ser obtidos em tempo real (Regramento do SIA). Além disso, uma vez apresentada a produção, estes dados só estarão disponíveis no sistema de consulta após dois meses, em média. Exemplo: quando os dados são extraídos no mês de janeiro de 2021 obtêm-se os dados de 2020 somente até o mês de outubro/2020.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual. Para o quadrimestre apurado, o alcance do índice foi de 90%, em relação ao esperado. Avaliação do indicador será realizada anualmente, conforme periodicidade da informação.</p>

<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB</b></p>	<p>DAE e DGC/SAIS/SUVISA – População  Responsável pela análise: SAIS/DAE/CRAE  E-mail: <a href="mailto:dae.crae@saude.ba.gov.br">dae.crae@saude.ba.gov.br</a>  Telefone: (071) 3115-4260</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>Considerando a série histórica deste indicador entre os municípios baianos no ano de 2019, sugerimos como escalonamento de metas:</p> <p>Município que alcançou resultado menor ou igual a 0,2 pactuar (0,3);</p> <p>Município que alcançou resultado maior que 0,2 e menor ou igual a 0,4 pactuar (0,5);</p> <p>Município que alcançou resultado maior que 0,4 e menor ou igual a 0,6 pactuar (0,7);</p> <p>Município que alcançou resultado maior que 0,6 e menor ou igual a 0,7 aumentar para (0,8);</p> <p>Município que alcançou resultado maior que 0,7 e menor que 1,0 aumentar para (1,0); e</p> <p>Município que alcançou resultado igual 1,0 manter razão.</p>

<b>Indicador 12: Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população da mesma faixa etária.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal/ estadual/ regional:  Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 – Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento.  População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2.  Numerador: Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 – Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento.  Denominador: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2.  Unidade de Medida: Procedimento (Mamografia bilateral para rastreamento) por mulher na faixa etária.</p> <p>(Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/COASS – SIA/SUS (dados sujeitos a alterações, processados em 16/07/2020).</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Limitações:</u>  As secretarias estaduais e municipais de saúde têm um prazo de até 90 dias para apresentar a produção. Portanto os dados não podem ser obtidos em tempo real (Regramento do SIA). Além disso, uma vez apresentada a produção, estes dados só estarão disponíveis no sistema de consulta após dois meses, em média. Exemplo: quando os dados são extraídos no mês de janeiro de 2021, obtêm-se os dados de 2020 somente até o mês de outubro/2020.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual  Para o quadrimestre apurado, o alcance do índice foi de 75,6%, em relação ao esperado. Avaliação do indicador será realizada anualmente, conforme periodicidade da informação.</p>
<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB</b></p>	<p>Responsável pela análise: SAIS/DAE/CRAE  E-mail: <a href="mailto:dae.crae@saude.ba.gov.br">dae.crae@saude.ba.gov.br</a>  Telefone: (071) 3115-4260</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>Considerando a série histórica deste indicador entre os municípios baianos no ano de 2019, sugerimos como escalonamento de metas:</p> <p>Município que alcançou resultado menor ou igual a 0,2 pactuar (0,3);</p>



<b>Meta Estadual</b>	<p>Município que alcançou resultado maior que 0,2 e menor ou igual a 0,4 pactuar (0,5);</p> <p>Município que alcançou resultado maior que 0,4 e menor ou igual a 0,6 pactuar (0,7);</p> <p>Município que alcançou resultado maior que 0,6 e menor ou igual a 0,7 aumentar para (0,8);</p> <p>Município que alcançou resultado maior que 0,7 e menor que 1,0 aumentar para (1,0); e</p> <p>Município que alcançou resultado igual 1,0 manter razão.</p>
----------------------	--

<b>Indicador 13: Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde
<b>Objetivo e Relevância</b>	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. 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. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
<b>Método de Cálculo</b>	<p><b>Método de cálculo municipal, estadual e regional:</b></p> $\frac{\text{Número de nascido vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano}}{\text{Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano.}} \times 100$

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p><u>Numerador</u>: número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano;</p> <p><u>Denominador</u>: número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano.</p> <p><u>Fator de Multiplicação</u>: 100</p> <p><u>Unidade de Medida</u>: Porcentagem</p> <p><u>Parâmetro nacional de referência</u>: 70% de partos normais, admitindo-se até 30% de partos cesáreos. Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos (Fonte: OMS, 1996).</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Limitações</u>:</p> <p>Tempo de fechamento do SINASC: 18 meses</p> <p>Os dados disponibilizados pelo Sistema de Nascido Vivo (SINASC) medem os resultados de partos realizados no SUS e partos realizados na Saúde Suplementar, dessa forma, precisa ser avaliado com cuidado o indicador, pois não temos gestões sobre as unidades privadas que não atendem SUS. Destaca-se a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores de unidades privadas.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>SINASC</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p>
<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB</b></p>	<p>SAIS/DGC/CCVG e SUVISA/DIVEP</p> <p>Área Técnica de Saúde da Mulher</p> <p>E-mail: <a href="mailto:dgc.saudedamulher@saude.ba.gov.br">dgc.saudedamulher@saude.ba.gov.br</a></p> <p>Telefone: (71) 3115-4245/ 3115-4345</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p><b>60% de parto normal para o ano de 2021</b></p> <p>Considerando que a Bahia atingiu 53,9% de parto normal em 2019, sugerimos manter a meta estadual de 60% de parto normal para o ano de 2021. Apesar de observarmos uma redução na proporção de partos normais de 2016 a 2019, é</p>

<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>fundamental o estímulo ao parto normal, configurando-se como uma importante estratégia para fortalecer e ampliar as ações voltadas para a saúde materna e infantil.</p>
<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p>A avaliação de resultados alcançados pelos municípios, com relação à <b>proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar</b>, referente a 2019, verificou-se dentre os 417 municípios baianos, 36 municípios (8,63%) alcançaram resultados menor que 40%, 69 municípios (16,54%) alcançaram resultados entre 40 e 49,9%, 124 municípios (29,73%) alcançaram resultados entre 50 a 59,9%, 132 municípios (31,65%) alcançaram resultados entre 60 a 69,9% e 56 municípios (13,42%) alcançaram resultado igual ou maior que 70%. Dessa forma, sugerimos o seguinte escalonamento da meta:</p> <p><b><u>Escalonamento</u></b></p> <p>Municípios que alcançaram resultado &lt; 40% em 2019 <b>pactuar ≥ 55%</b></p> <p>Municípios que alcançaram de 40% a 49,99% em 2019 <b>pactuar ≥ 60%</b></p> <p>Municípios que alcançaram de 50% a 59,99% em 2019 <b>pactuar ≥ 65%</b></p> <p>Municípios que alcançaram 60% a 69,99% em 2019 <b>pactuar ≥ 70%</b></p> <p>Municípios que alcançaram resultado ≥ 70% em 2019 <b>pactuar ≥ ao resultado obtido.</b></p>

<b>Indicador 14: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Monitora a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal, estadual, regional e Distrito Federal:</p> $\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Numerador: Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período.</p> <p>Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p>

<b>Observações e Limitações</b>	<u>Limitações:</u> Tempo de fechamento do sistema de informação SINASC: 18 meses
<b>Fonte</b>	SINASC.
<b>Periodicidade para avaliação</b>	Anual Para o quadrimestre apurado, o alcance do índice foi de 83,3%, em relação ao índice esperado. Avaliação do indicador será realizada <b>anualmente</b> , conforme periodicidade da informação.
<b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB</b>	SAIS/DGC/CCVG e SUVISA/DIVÉP Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem E-mail: <a href="mailto:dgc.saudedoadolescente@saude.ba.gov.br">dgc.saudedoadolescente@saude.ba.gov.br</a> Telefone: (71) 3115-4245/ 3115-4345.
<b>Meta Estadual</b>	Meta do Estado da Bahia para este indicador o ano de 2021 é de 16,5%.
<b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b>	Proposta de escalonamento, conforme desempenho dos municípios baianos na vigência de 2019: Municípios com proporção $\leq 14,99\%$ , pactuar redução de 0,4; Municípios com proporção de 15 a 19,99%, pactuar redução de 0,5; Municípios com proporção de 20 a 24,99%, pactuar redução de 0,6; Municípios com proporção de 25 a 33,32%, pactuar redução de 0,8; Municípios com proporção de 33,33% ou mais, pactuar redução de 1,0.

<b>Indicador 15: Taxa de Mortalidade infantil.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
<b>Objetivo e Relevância</b>	<p>A taxa de mortalidade infantil (TMI) é indicadora das condições de vida e saúde de uma população por expressar principalmente determinações de ordem socioeconômica e ambiental (VERMELHO; COSTA, 2009). Atualmente, grande parte dos óbitos infantis ocorre nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma estreita relação entre o componente neonatal precoce da mortalidade infantil, que corresponde ao intervalo de 0-6 dias de vida com a assistência ao parto e ao nascimento (PAULA JUNIOR et al, 2010).</p> <p>A mortalidade neonatal precoce revela a qualidade da assistência pré-natal, da vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto (evitando a sua peregrinação) e das boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Enquanto a mortalidade neonatal tardia e a pós neonatal revela a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano de idade. 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 Brasil e em nosso Estado. A taxa de mortalidade neonatal na Bahia representa 72 % da mortalidade infantil, sendo que 80% ocorre de 0 a 6 dias de vida (neonatal precoce) e 10% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida.</p>

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p><b>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.</b></p> <p><b>Método de cálculo municipal, estadual, regional e Distrito Federal</b></p> <p><b>Taxa de Mortalidade Infantil</b> = (número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000. <b>Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce</b> = (número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000. <b>Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia</b> = (número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000. <b>Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal</b> = (número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.</p> <p><b>OBS.</b> Para municípios com população menor que 100 mil habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças nas primeiras 24 horas, Neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias), Pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano.</p> <p><b>Unidade de Medida:</b></p> <p>Taxa para municípios acima de 100.000 habitantes. Número absoluto para municípios com menos de 100.000 habitantes.</p> <p><b>Parâmetro nacional de referência:</b> O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos.</p>
---------------------------------	---



<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Limitações:</u>  Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos. Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>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. Isto é, em fevereiro de 2020 os dados fechados foram relativos ao ano de 2018.</p>
<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB</b></p>	<p>SAIS/DGC/CCVG e SUVISA/DIVEP  Área Técnica de Saúde da Criança  E-mail: <a href="mailto:dgc.saudedacrianca@saude.ba.gov.br">dgc.saudedacrianca@saude.ba.gov.br</a>  Telefone: (71) 3115-4245/ 3115-4345.</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p>A meta do Estado da Bahia para este indicador no ano de 2021 é de: 15,1 óbitos para cada 1.000 NV.</p>
<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p>Tendo em vista o ano atípico por conta da pandemia do Sars Cov 2, que resultou na diminuição da assistência materno infantil, a ATSC sugere que se mantenha ou diminua a mesma meta que foi alcançada em 2019: 15,1 óbitos para cada 1.000 NV.</p>

<b>Indicador 16: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões saúde.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis. Considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais. Analisar variações geográficas e temporais do número de óbitos maternos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do número de óbitos maternos entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal/ estadual e regional  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,

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais) em determinado período e local de residência.</p> <p>Unidade de Medida: nº de óbitos</p> <p><b>Categorias de análise:</b> raça/cor (população negra) e faixa etária.</p>
<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Limitações:</u></p> <p>Tempo de 14 meses para validação final no SIM. O número de morte materna precisa ser comparada com os nascidos vivos para acompanhar a evolução da Razão de Morte Materna (RMM). O percentual (%) de investigação de óbito em Mulheres em Idade Fértil (MIF) e óbitos maternos em tempo oportuno precisa ser ampliado. Com a dificuldade do % de investigação em tempo oportuno gerou a necessidade do MS desenvolver um fator de correção para cálculo da RMM que só é possível para abrangência estadual e só foi viável de calcular para as regiões sul e sudeste. A comparação do número absoluto de óbitos maternos precisa ser comparada com os anos anteriores.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).</p> <p>Conceito de óbito materno – A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. As mortes maternas são causadas por afecções do capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério (com exceção das mortes fora do período do puerpério de 42 dias – códigos O96 e O97) e por afecções classificadas em outros capítulos da CID,</p>

<b>Fonte</b>	<p>especificamente: (i) Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez (campo 44 da Declaração de Óbito DO assinalado “sim”) ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte (campo 44 da DO em branco ou assinalado “ignorado”). (ii) Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte. Para isso devem ser considerados os casos em que o campo 43 da DO (morte durante gravidez, parto e aborto) esteja marcado “sim” ou o campo 44 (morte durante o puerpério) assinalado “sim, até 42 dias”. (iii) São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério. Entretanto, essas mortes, para efeito do cálculo da Razão de Mortalidade Materna, não serão incluídas, tanto pela baixa frequência de ocorrência, quanto pela dificuldade da sua identificação na base de dados de mortalidade. A CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Esses casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.</p>
--------------	--

<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p> <p>Observação: os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, 2016, os dados fechados são relativos ao ano de 2014.</p>
<p><b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB</b></p>	<p>SAIS/DGC/CCVG e SUVISA/DIVEP</p> <p>Área Técnica de Saúde da Mulher</p> <p>E-mail: <a href="mailto:dgc.saudedamulher@saude.ba.gov.br">dgc.saudedamulher@saude.ba.gov.br</a></p> <p>Telefone: (71) 3115-4245/ 3115-4345</p>
<p><b>Meta Estadual</b></p>	<p><b>Pactuar 100 para esse ano de 2021.</b></p> <p>Considerando que a Bahia apresentou 101 óbitos em 2019 e que estamos vivendo um período atípico devido a pandemia pelo SARS-COV-2 e que até 08/01/2021 já temos registrado no Sistema de Informação sobre Mortalidade(SIM) 137 óbitos maternos para o ano de 2020, sugerimos como meta estadual <b>pactuar 100 para o ano de 2021.</b></p>
<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p>A avaliação dos resultados alcançados pelos municípios, com relação ao número de óbitos maternos, ocorridos em 2019, considerando o local de residência das mulheres, verificou-se que dentre os 417 municípios baianos, 349 municípios (83,69%) não apresentaram óbitos, 55 municípios (13,18%) apresentaram 01 óbito, 13 municípios (3,11%) apresentaram de 02 a 03 óbitos, sendo que Salvador apresentou 17 óbitos. Ressaltamos que esses 13 Municípios concentraram 45,54% dos óbitos maternos do Estado nesse ano. Dessa forma, sugerimos o seguinte escalonamento da meta:</p> <p><u>Escalonamento:</u></p> <p>Municípios que tiveram de 0 a 1 óbito em 2019, reduzir para 0 óbito em 2021.</p> <p>Municípios que tiveram de 2 a 3 óbitos em 2019, reduzir no mínimo 01 óbito em 2021.</p> <p>Salvador que teve 17 óbitos em 2019 reduzir no mínimo 03</p>

<p><b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b></p>	<p>óbitos em 2021.</p> <p>A pandemia Covid-19, causada pelo SARS-CoV-2, em nosso Estado vem aumentando de forma assimétrica nos municípios, e ainda estamos em fase crítica da pandemia em várias regiões.</p> <p>Conforme o Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19, do Ministério da Saúde, embora a maioria dos relatos de literatura mostre que grande parte das gestantes apresenta quadros clínicos leves ou moderados (Sutton et al. 2020) e que de 1 a 5% necessitam de suporte ventilatório e/ou cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI), com o aumento do número de casos em diversos países e a análise dos casos ocorridos, foi verificado maior risco de complicações maternas principalmente no último trimestre da gravidez e no puerpério, inclusive com casos de morte materna (Rasmussen et al. 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para Covid-19. Principalmente nos países em desenvolvimento, as razões de morte materna, neste período de pandemia, mostraram-se aumentadas (Hantoushzadeh et al. 2020). Na Bahia, até 08/01/2021 já temos registrado no Sistema de Informação sobre Mortalidade(SIM) 137 óbitos maternos para o ano de 2020.</p> <p>Ainda conforme o Manual do Ministério da Saúde, na vigência da pandemia pelo SARS-CoV-2, torna-se extremamente necessária a reorganização da Rede para a adequada assistência e acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal, evitando a desassistência. O cuidado pré-natal é de extrema importância na gestação em relação à classificação de risco e demais cuidados de rotina. Neste período de pandemia,</p>
---	---

<b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios por Macrorregião</b>	precisa ser feito ajustes para que esse cuidado não seja comprometido. Deve-se ressaltar a manutenção do cuidado pré-natal, dos exames mínimos de pré-natal e do calendário vacinal. A vigilância com as gestantes de alto risco deve ser ainda maior. Outro ponto essencial é manter atendimento obstétrico hospitalar adequado. Na vigência de intercorrências obstétricas ou trabalho de parto, as gestantes devem continuar a ser orientadas a procurar o atendimento na maternidade de referência. O cuidado puerperal é outra atividade essencial que não deve ser abandonada, especialmente em situações de pacientes de risco.
--	--

<b>Indicador 17: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais e regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.
<b>Método de Cálculo</b>	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de eSF} \times 3.450) + ((\text{N}^\circ \text{ eAB param} + \text{N}^\circ \text{ eSF equivalente}) \times 3.000)}{\text{População}} \times 100$ <p><b>Numerador:</b> (Nº de eSF x 3.450) + (Nº eAB + Nº eSF equivalente) x 3.000 em determinado local e período</p> <p><b>Denominador:</b> população</p> <p><b>Fator de multiplicação:</b> 100</p> <p>Nº eSF: número de equipes de Saúde da Família com códigos 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES. As equipes de 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011 (24 a 26 = 1 equipe; 27 a 29 = 2 equipes; 30 a 32 = 3 equipes; 33 a 35 = 0,85 equipe; 36 a 38 = 0,6 equipe).</p>



<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>Nº eAB param.: número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com códigos de 16 a 21, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES. As equipes serão ponderadas conforme Portaria nº 576/2011 (16 e 19 = 1 equipe; 17 e 20 = 2 equipes; 18 e 21 = 3 equipes).</p> <p>Nº eSF equivalentes: O mínimo de 60h de carga horária ambulatorial médica e mínimo de 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe. Considera-se sempre o menor valor entre os quocientes, desde que o resultado seja no mínimo 1.</p> <p><u>CBOs médicos:</u> 225125 médico clínico; 225170 médico generalista; 225124 médico pediatra; 225250 médico ginecologista e obstetra; 225142 médico da estratégia saúde da família; 225130 médico de família e comunidade.</p> <p><u>CBOs enfermagem:</u> família 2235 enfermeiros e afins.</p> <p><u>Crítica da carga horária:</u> não será contabilizada a carga horária de profissionais que tiverem registradas no SCNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho.</p> <p><u>Lotação:</u> profissionais não vinculados a equipes e lotados nos seguintes tipos de estabelecimentos no SCNES – 01 posto de saúde; 02 centros de saúde / unidade básica de saúde; 32 unidades móveis fluviais; 40 unidades móveis terrestres.</p>
---------------------------------	--

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p><u>Natureza jurídica:</u> 1000 - administração pública; 1015 - órgão público do poder executivo federal; 1023 - órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal; 1031 - órgão público do poder executivo municipal; 1040 - órgão público do poder legislativo federal; 1058 - órgão público do poder legislativo estadual ou do distrito federal; 1066 - órgão público do poder legislativo municipal; 1074 - órgão público do poder judiciário federal; 1082 - órgão público do poder judiciário estadual; 1104 - autarquia federal; 1112 - autarquia estadual ou do distrito federal; 1120 - autarquia municipal; 1139 - fundação federal; 1147 - fundação estadual ou do distrito federal; 1155 - fundação municipal; 1163 - órgão público autônomo federal; 1171 - órgão público autônomo estadual ou do distrito federal; 1180 - órgão público autônomo municipal; 1198 - comissão polinacional; 1201 - fundo público; 1210 - associação pública; 1228 - consórcio público de direito privado; 1236 - estado ou distrito federal; 1244 - município; 1252 - fundação pública de direito privado federal; 1260 - fundação pública de direito privado estadual ou do distrito federal; e 1279 - fundação pública de direito privado municipal.</p> <p><u>Parâmetro:</u> Considera o valor de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de Saúde da Família, e 3.000 indivíduos cobertos pelas equipes de atenção básica parametrizadas e equipes equivalentes, resultados da média aritmética entre os valores mínimo e máximo definidos na PNAB 2011.</p> <p><u>Estimativa populacional:</u> será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro, para fins de cálculo do indicador.</p>
---------------------------------	---

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Observações:</u></p> <p>Para fazer o cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador.</p> <p>O indicador de cobertura não deve passar de 100%; caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador a “Estimativa populacional”.</p> <p>São excluídas do cálculo do indicador as equipes de Saúde da Família que apresentarem irregularidade por duplicidade no cadastro de profissionais no SCNES (em toda série histórica) ou suspensão por não envio de produção ao SISAB (a partir de janeiro de 2017).</p> <p>Os resultados do indicador estão disponíveis em:  <a href="http://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml">http://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml</a></p> <p><u>Limitações:</u></p> <p>A principal limitação desse indicador está no fato de ele mensurar a carga horária de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles. Ele constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços na Atenção Básica, e não o acesso efetivamente proporcionado.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual  Mês de referência: <b>dezembro</b> de cada ano.</p>

<b>Responsável pelo Monitoramento na Ssecretaria da Saúde do Estado</b>	Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Diretoria de Atenção Básica – COAM E-mail: <a href="mailto:dab.coam@saude.ba.gov.br">dab.coam@saude.ba.gov.br</a> Telefone: (71) 3115-8335/ 3115-8379/ 3115-4353
<b>Recomendações do Governo da Bahia / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia</b>	<p>Considerando a série histórica dos municípios baianos, o valor do último ano e as características locaisé proposto o seguinte escalonamento para pactuação municipal:</p> <p>Municípios com cobertura <math>\leq 59,99\%</math> em 2020: <b>pactuar: 65% em 2021.</b></p> <p>Municípios com cobertura <math>\geq a 60,00\%</math> e <math>\leq 69,99\%</math> em 2020, <b>pactuar: 75% em 2021.</b></p> <p>Municípios com cobertura de <math>\geq 70,00\%</math> e <math>\leq 84,99\%</math> em 2020, <b>pactuar: 90% em 2021.</b></p> <p>Municípios com cobertura de <math>\geq 85\%</math> em 2020, <b>pactuar: 100% em 2021</b></p> <p><i><b>NOTA:</b> É importante salientar que esta é uma sugestão de pactuação buscando a ampliação dos serviços da AB. Entretanto, cabe aos gestores municipais avaliar a viabilidade da ampliação da estratégia para o ano vigente, observando o Plano Municipal de Saúde.</i></p>

<b>Indicador 18: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Específico Especificidade: Aplica-se apenas aos beneficiários do PBF, portanto, famílias em maior vulnerabilidade social.
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Monitorar beneficiários do PBF em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde, no que se refere às Condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.
<b>Método de Cálculo</b>	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF  Número beneficiários do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na <u>última vigência do ano</u> _____ X 100  Número total de beneficiários do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano.  <u>Numerador:</u> Número de beneficiários do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano.  <u>Denominador:</u> Número total de beneficiários do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano.  <u>Fator de multiplicação:</u> 100.  <u>Unidade de Medida:</u> Porcentagem.

<b>Observações e Limitações</b>	<p><u>Observação:</u></p> <p>Salienta-se a situação excepcional de saúde pela qual ainda passa o país, no qual as atividades da atenção primária no âmbito do SUS estão sendo fortemente impactadas pela situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), declarada pela Portaria GM/MS nº 188/2020, em decorrência da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19).</p> <p>Destaca-se, também, o Ofício nº 30/2020/DEPROS/SAPS/MS, constante no Processo SEI nº 25000.120195/2020-96, que orienta para a segunda vigência de 2020 a não obrigatoriedade do registro do acompanhamento de condicionalidades para crianças e mulheres não gestantes e, na medida do possível, a realização do registro para as gestantes identificadas.</p> <p>Portanto, observa-se a redução de acompanhamentos/registros do percentual do supra indicador.</p> <p>A lista com todos beneficiários para o acompanhamento é disponibilizada pelo MS para todos os municípios no início de cada vigência, bem como as atualizações referentes ao Sistema, com acesso restrito aos municípios na página <a href="https://bfa.saude.gov.br">https://bfa.saude.gov.br</a> .</p> <p><u>Limitações:</u></p> <p>Indicador não reflete a baixa capacidade de mobilização e articulação intersetorial (saúde, educação e assistência social) nos estados e municípios. Embora haja duas vigências por ano, considerar como o resultado do ano o</p>
---------------------------------	---

<b>Observações e Limitações</b>	percentual de acompanhamento da segunda vigência. Municípios de grande porte, que concentram a maioria dos beneficiários do PBF a serem, acompanhados apresentam maiores dificuldades no acompanhamento das Condicionais de Saúde do PBF.
<b>Fonte</b>	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionais de Saúde do PBF – DATASUS/MS.
<b>Periodicidade para avaliação</b>	Anual
<b>Responsável na Secretaria Estadual de Saúde</b>	SAIS/DGC/CPT E-mail: <a href="mailto:dgc.cpt@saude.ba.gov.br">dgc.cpt@saude.ba.gov.br</a> Telefone: (071) 3115-8421/ 3115-4382
<b>Meta Estadual</b>	A meta do Estado da Bahia para este indicador é de 82,38% para o ano de 2020 e 2021.
<b>Recomendações para Pactuação Interfederativa com os Municípios</b>	Apresentamos a seguir a proposta de <b>escalonamento</b> , conforme desempenho dos municípios baianos na 2ª vigência de 2019:  Alcance < 40%, pactuar ≥ 40%  Alcance ≥ 40% e < 50%, pactuar ≥ 50%  Alcance ≥ 50% e < 60%, pactuar ≥ 60%  Alcance ≥ 60% e < 70%, pactuar ≥ 70%  Alcance ≥ 70% e < 75%, pactuar ≥ 75%  Alcance ≥ 75%, pactuar ≥ ao resultado obtido na 2ª vigência de 2019.

<b>Indicador 19: Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal/ estadual/ regional:</p> $\frac{((n^{\circ} \text{ eSFSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{ eABSB param} + n^{\circ} \text{ eSFSB equivalentes} * 3.000))}{\text{População}} \times 100$ <p><u>Numerador</u>: ((n° eSFSB*3.450)+(n° eABSB param + n° eSFSB equivalentes*3.000)) em determinado local e período.</p> <p><u>Denominador</u>: população no mesmo local e período.</p> <p><u>Fator de multiplicação</u>: 100.</p> <p>N° eSFSB: número de equipes de Saúde da Família com saúde bucal com códigos 2, 3, 10, 11, 13, 15, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 e 39 e equipes de agentes</p>



<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p>comunitários com saúde bucal com códigos 10 e 11, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES. As equipes de 25 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011 (25 e 26 = 1 equipe; 28 e 29 = 2 equipes; 31 e 32 = 3 equipes; 34 e 35 = 0,85 equipe; 37 e 38 = 0,6 equipe).</p> <p>Nº eABSB param.: número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com saúde bucal com códigos 19, 20 e 21, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES. As equipes serão ponderadas conforme Portaria nº 576/2011 (19 = 1 equipe; 20 = 2 equipes; 21 = 3 equipes).</p> <p>nº eSFSB equivalentes: a cada 40h de carga horária ambulatorial de cirurgiões-dentistas na Atenção Básica equivale a uma equipe.</p> <p><u>CBOs dentistas</u>: 223208 cirurgião dentista - clínico geral; 223272 cirurgião dentista de saúde coletiva; 223293 cirurgião dentista da estratégia de saúde da família.</p> <p><u>Crítica da carga horária</u>: não será contabilizada a carga horária de profissionais que tiverem registradas no SCNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho.</p> <p><u>Lotação</u>: profissionais não vinculados a equipes e lotados nos seguintes tipos de estabelecimentos no SCNES – 01 posto de saúde; 02 centro de saúde / unidade básica de saúde; 22 consultório isolado; 32 unidade móvel fluvial; 40 unidade móvel terrestre; ou lotados em equipes de saúde bucal (códigos 43 e 44, na base do SCNES).</p>
---------------------------------	--

<p><b>Método de Cálculo</b></p>	<p><u>Natureza jurídica:</u> 1000 - administração pública; 1015 - órgão público do poder executivo federal; 1023 - órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal; 1031 - órgão público do poder executivo municipal; 1040 - órgão público do poder legislativo federal; 1058 - órgão público do poder legislativo estadual ou do distrito federal; 1066 - órgão público do poder legislativo municipal; 1074 - órgão público do poder judiciário federal; 1082 - órgão público do poder judiciário estadual; 1104 - autarquia federal; 1112 - autarquia estadual ou do distrito federal; 1120 - autarquia municipal; 1139 - fundação federal; 1147 - fundação estadual ou do distrito federal; 1155 - fundação municipal; 1163 - órgão público autônomo federal; 1171 - órgão público autônomo estadual ou do distrito federal; 1180 - órgão público autônomo municipal; 1198 - comissão polinacional; 1201 - fundo público; 1210 - associação pública; 1228 - consórcio público de direito privado; 1236 - estado ou distrito federal; 1244 - município; 1252 - fundação pública de direito privado federal; 1260 - fundação pública de direito privado estadual ou do distrito federal; e 1279 - fundação pública de direito privado municipal.</p> <p><u>Parâmetro:</u> Considera o valor de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de Saúde da Família, e 3.000 indivíduos cobertos pelas equipes de atenção básica parametrizadas e equipes equivalentes, resultados da média aritmética entre os valores mínimo e máximo definidos na PNAB 2011.</p> <p><u>Estimativa populacional:</u> será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro, para fins de cálculo do indicador.</p>
---------------------------------	---

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p><u>Observações:</u></p> <p>Para fazer o cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador.</p> <p>O indicador de cobertura não deve passar de 100%; caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador a “Estimativa populacional”.</p> <p>São excluídas do cálculo do indicador as equipes de Saúde da Família que apresentarem irregularidade por duplicidade no cadastro de profissionais no SCNES (em toda série histórica) ou suspensa por não envio de produção ao SISAB (a partir de janeiro de 2017).</p> <p>Os resultados do indicador estão disponíveis em: <a href="http://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml">http://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml</a></p> <p><u>Limitações:</u></p> <p>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 de Saúde Bucal na Atenção Básica, e não o acesso efetivamente proporcionado.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</p>
<p><b>Periodicidade para avaliação</b></p>	<p>Anual</p> <p>Mês de referência: <b>dezembro</b> de cada ano, exceto 2020 que o dado disponível é <b>Novembro</b>.</p>
<p><b>Responsável pelo Monitoramento na Secretaria da Saúde do Estado</b></p>	<p>Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Diretoria de Atenção Básica – COAM</p> <p>E-mail: <a href="mailto:dab.coam@saude.ba.gov.br">dab.coam@saude.ba.gov.br</a></p> <p>Telefone: (71) 3115-8335/ 3115-8379/ 3115-4353</p>

<p><b>Recomendações do Governo da Bahia / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia</b></p>	<p>Considerando a série histórica dos municípios baianos, o valor do último ano e as características locais é proposto o seguinte escalonamento para pactuação municipal:</p> <p>Municípios com cobertura <math>\leq 34,99\%</math>, em 2020, <b>pactuar 40% em 2021</b></p> <p>Municípios com cobertura de <math>\geq 35,00\%</math> e <math>\leq 49,99\%</math> em 2020, <b>pactuar 55% em 2021</b></p> <p>Municípios com cobertura de <math>\geq 50\%</math> e <math>\leq 69,99\%</math> em 2020, <b>pactuar 75% em 2021</b></p> <p>Municípios com cobertura de <math>\geq 70\%</math> e <math>\leq 84,99\%</math> em 2020, <b>pactuar 90%</b></p> <p>Municípios com cobertura de <math>\geq 85\%</math> em 2020, <b>pactuar 100% em 2021</b></p> <p><b>NOTA:</b> <i>É importante salientar que esta é uma sugestão de pactuação buscando a ampliação dos serviços de Saúde Bucal na AB. Entretanto, cabe aos gestores municipais avaliar a viabilidade da ampliação da estratégia para o ano vigente, observando o Plano Municipal de Saúde.</i></p>
--	--

<b>Indicador 23: Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	Universal.
<b>Diretriz Nacional</b>	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
<b>Objetivo e Relevância</b>	Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.
<b>Método de Cálculo</b>	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p><u>Numerador</u>: Número de notificações de agravos com o campo “Ocupação” preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso (excluir do processamento os registros, cujo campo estiver em branco ou com a informação de ignorado).</p> <p><u>Denominador</u>: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência.</p> <p><u>Fator de multiplicação</u>: 100.</p> <p><u>Unidade de Medida</u>: Percentual.</p>

<p><b>Observações e Limitações</b></p>	<p>A partir da Nota Informativa nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS, que Orienta sobre as notificações dos agravos e doenças relacionados ao trabalho quanto a novas definições de caso das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), a orientação da Ficha de Qualificação é que para o cálculo do indicador considere os seguintes agravos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidente de trabalho com exposição a material biológico;</li> <li>• Acidente de trabalho;</li> <li>• Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho.</li> </ul> <p>Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.</p> <p>O Ministério da Saúde ao publicar a Portaria nº 1.520, de 30 de maio de 2018, inclui este indicador “Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho”, como o Indicador 13 do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS, com a mesma meta de 95%, por município, das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).</p> <p>Em face do exposto, o município que não possuir registro de notificação de agravos relacionados ao trabalho em seu território, no Sinan, não pontua para o PQA-VS.</p>
<p><b>Fonte</b></p>	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>

<b>Periodicidade para avaliação</b>	Anual
<b>Responsáveis pelo Monitoramento na SESAB/ SUVISA / Diretoria de Vigilância e Atenção Saúde do Trabalhador</b>	<p>Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA</p> <p>Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador- DIVAST</p> <p>Núcleo de Informação em Saúde do Trabalhador – NISAT</p> <p>Coordenação de Planejamento</p> <p>E-mail: <a href="mailto:delsuc@gmail.com">delsuc@gmail.com</a> /</p> <p><a href="mailto:joaopaulo.freire@saude.ba.gov.br">joaopaulo.freire@saude.ba.gov.br</a> /</p> <p><a href="mailto:rosanita.baptista@saude.ba.gov.br">rosanita.baptista@saude.ba.gov.br</a> /</p> <p><a href="mailto:mwasconcellos@gmail.com">mwasconcellos@gmail.com</a></p> <p>Telefone: (71) 3103-2224</p>
<b>Meta Estadual</b>	95%
<b>Recomendações para Pactuação Interfederativa para Municípios por Macrorregião</b>	Para todas as macrorregiões de saúde, alcançar a meta de 95%, em observância à Portaria nº 1.520, de 30 de maio de 2018.