



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Articulação Interfederativa

NOTA TÉCNICA nº. 70/DAI/SGEP/MS

Brasília, 20 de junho de 2014.

Referência: Processo de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014
Interessado: Gestores e técnicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde
Assunto: Alterações/esclarecimentos das fichas de qualificação dos indicadores

1. Trata a presente Nota Técnica de alterações das fichas de qualificação constantes no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, conforme previsto no § 1º do artigo 3º da Resolução CIT nº 5 de 19 de junho de 2013, visando orientar os entes federados sobre o processo de pactuação para o ano 2014.

2. Os ajustes resultam da avaliação das demandas encaminhadas por estados e por áreas técnicas do Ministério da Saúde, consensuados no GT de Gestão da Comissão Intergestores Triparte. Para facilitar a compreensão acerca das alterações introduzidas no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, 2ª edição, e subsidiar o processo de pactuação, segue abaixo quadro síntese:

Quadro/Indicador	Campo do Quadro/Ficha de Qualificação
Quadro 3 – Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.	Indicadores 17, 54 e 57.
Quadro 4 - Indicador 1: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Método de Cálculo.
Quadro 5 - Indicador 2: Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).	Fonte.
Quadro 7 - Indicador 4: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	Método de Cálculo.
Quadro 10 - Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.	Método de Cálculo e Fonte.
Quadro 11 - Indicador 8: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente. ¹	Fonte.
Quadro 12 - Indicador 9: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.	Fonte.
Quadro 13 - Indicador 10: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente. ¹	Fonte.
Quadro 15 - Indicador 12 – Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	Relevância do Indicador; Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação; Recomendações, observações e informações adicionais; Responsabilidade da União para o alcance da meta.

Quadro 16 - Indicador 13: Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.	Método de Cálculo e Fonte.
Quadro 17 - Indicador 14: Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	Fonte.
Quadro 20 - Indicador 17: Proporção das internações de urgência e emergência reguladas	Indicador excluído. Motivo: Sistema de Informação de averiguação (SISREG) não está universalmente implantado, implicando na impossibilidade de aferir resultados.
Quadro 21 - Indicador 18: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	Fonte.
Quadro 22 - Indicador 19: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	Fonte.
Quadro 25 - Indicador 22: Número de testes de sífilis por gestante	Método de Cálculo; Recomendações, observações e informações adicionais; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 26 - Indicador 23: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação.
Quadro 27 - Indicador 24: Taxa de mortalidade infantil.	Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação.
Quadro 28 - Indicador 25: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação; Recomendações, observações e informações adicionais; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 29 - Indicador 26: Proporção de óbitos maternos investigados	Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 30 - Indicador 27: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 31 - Indicador 28: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 33 - Indicador 30a – Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Indicador 30b – Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estado e DF: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Meta; Indicador; Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação; Recomendações, observações e informações adicionais; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 38 - Indicador 35: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	Método de Cálculo; Recomendações, observações e informações adicionais; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 39 - Indicador 36: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 40 - Indicador 37: Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 41 - Indicador 38: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação; Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 42 - Indicador 39: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação*	Recomendações, observações e informações adicionais; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.

Quadro 43 - Indicador 40: Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados	Método de Cálculo; Recomendações, observações e informações adicionais; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 44 - Indicador 41: Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.	Método de Cálculo
Quadro 45 - Indicador 42: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	Fonte; Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 46 - Indicador 43: Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3.	Fonte; Recomendações, observações e informações adicionais; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 47 - Indicador 44: Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.	Método de Cálculo; Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 48 - Indicador 45: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Método de Cálculo; Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 49 - Indicador 46: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 50 - Indicador 47: Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.	Recomendações, observações e informações adicionais; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 51 - Indicador 48: Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	Fonte; Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 52 - Indicador 49: Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.	Indicador; Recomendações, observações e informações adicionais; e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 53 - Indicador 50: Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.	Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 54 - Indicador 51: Número absoluto de óbitos por dengue.	Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 55 - Indicador 52: Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.	Método de Cálculo; Recomendações, observações e informações adicionais; Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 56 - Indicador 53: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 57 - Indicador 54: Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado.	Título; Objetivo Nacional, Meta, Indicador, Método de cálculo; fonte; Recomendações, Observações e Informações Adicionais e Responsabilidade da União para o alcance da meta
Quadro 58 - Indicador 55: Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	Meta, Método de cálculo; Recomendações, Observações e Informações Adicionais e Responsabilidade da União para o alcance da meta.
Quadro 60 - Indicador 57: Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	Tipo do indicador.
Quadro 69 - Indicador 66: Componente do SNA estruturado	Recomendações, observações e informações adicionais

3. Na sequência, consta o detalhamento das alterações que foram observadas no quadro acima.

1) Quadro 3 – Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.

1.1) Objetivo 2.2 – Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS:

Nº 17, exclusão do indicador - 17: Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.

1.2) Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS:

a) Indicador nº 54, alteração no campo meta:

De:

“Meta regional e estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos municípios. Meta municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica”

Para:

“Meta regional e estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou receber o conjunto de dados por meio do serviço Webservice, em X% dos municípios. Meta municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou receber o conjunto de dados por meio do serviço Webservice, em X% dos estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica”

b) Indicador nº 54, alteração no campo indicador:

De:

“Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado”

Para:

“Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço Webservice”.

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

a) Indicador nº 55, alteração no campo meta:

De:

“Meta regional e estadual: x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de Saúde ou estado. Meta municipal e DF: x% de serviços farmacêuticos estruturados no município”.

Para:

“Meta Regional e Estadual: x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de saúde ou estado. Meta Municipal: x% de estabelecimentos farmacêuticos (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico) estruturados, no município”.

1.4) Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS: Indicador nº 57, alteração no campo tipo:

De: “Universal”

Para: “Específico”

2) Quadro 4 - Indicador 1: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.

2.1) Alteração no método de cálculo, conforme Nota Técnica DAB/SAS/MS, de 23 de agosto de 2013. Essa alteração foi realizada em agosto de 2013, entretanto, não havia sido incorporada ao Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. A alteração aconteceu no campo método de cálculo no item I, passo 6:

De: "Ocupação-Único"

Para: "Ocupação-Múltiplo"

Foi incluída a seguinte observação após Passo IV do item II:

"A base de cálculo para o Nº de ESF utiliza-se o mês de competência de pagamento. Este se refere aos dados de cadastro das equipes na competência CNES do mês anterior. Exemplo: para a competência de pagamento Julho/2013 usa-se o CNES competência Junho/2013".

3) Quadro 5 - Indicador 2: Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).

Alterações no campo fonte, conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMAS/SE/MS, de 08 de abril de 2014. No rol de condições sensíveis, número 8. Bronquites, foi excluído os códigos J22.0 a J22.9 da lista CID-10 e foi incluída a condição sensível de nº 17, Síndrome da Rubéola Congênita (P35.0). Houve nova redação da lista CID 10 para melhor descrição dos códigos, conforme descrito abaixo:

De:

Condições Sensíveis	Lista CID – 10
1. Doenças preveníveis por imunização e outras DIP	A15-A199; A33-A379; A50-A539; A95-A959; B05-B069; B16-B169; B26-B269; B50-B549; B77-B779; G000; I00-I029.
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	A00-A099; E86-E869.
3. Anemia	D50-D509.
4. Deficiências nutricionais	E40-E469; E50-E649.
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66-H669; J00-J009; J01-J019;
6. Pneumonias bacterianas	J13-J139; J14-J149; J153-J154; J158-J159; J181.
7. Asma	J45-J459.
8. Bronquites	J20-J229; J40-J429.
9. Hipertensão	I10-I109; I11-I119.
10. Angina	I20-I209.
11. Insuficiência cardíaca	I50-I509.
12. Diabetes <i>mellitus</i>	E10-E149.
13. Epilepsias	G40-G409.
14. Infecção no rim e trato urinário	N30-N309; N34-N349; N390.
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46-A469; L01-L019; L02-L029; L03-L039; L04-L049; L08-L089.
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70-N709; N71-N719; N72-N729; N73-N739; N75-N759; N76-N769.

Para:

Condições Sensíveis	Lista dos CID 10 (todos do intervalo especificado)
1. Doenças evitáveis por imunização e outras DIP	A15.0-A19.9, A33.0-A37.9; A50.0-A53.9, A95.0-A95.9, B05.0-B06.9, B16.0-B16.9, B26.0-B26.9, B50.0-B54.9, B77.0-B77.9, G00.0, I00-I02.9,
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	A00.0-A09.9; E86.0-E86.9
3. Anemia	D50.0-D50.9
4. Deficiências nutricionais	E40-E46.9, E50.0-E64.9
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66.0-H66.9, J00, J01.0-J03.9, J06.0-J06.9, J31.0-J31.9
6. Pneumonias bacterianas	J13, J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
7. Asma	J45.0-j45.9
8. Bronquites	J20.0 -J21.9, J40-J42
9. Hipertensão	I10, I11.0-I11.9
10. Angina	I20.0-I20.9
11. Insuficiência cardíaca	I50.0-I50.9
12. Diabetes mellitus	E10.0-E14.9
13. Epilepsias	G40.0-G40.9
14. Infecção no rim e trato urinário	N30.0-N30.9, N34.0-N34.3, N39.0
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01.0-L04.9, L08.0-L08.9
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70.0-N73.9, N75.0-N76.8
17. Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Ainda no campo fonte, houve nova redação para descrição dos códigos SIA e SIH, conforme descrição abaixo:

De:

Códigos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e

SIH das internações clínicas

1- Códigos de procedimentos usados para selecionar as internações clínicas usadas como denominador da proporção média de internações sensíveis à Atenção Básica, de residentes dos municípios de referência

Procedimentos obstétricos clínicos: 0303100010, 0303100028, 0303100036, 0303100044, 0303100052

Tratamentos clínicos: 0303010010, 0303010029, 0303010037, 0303010045, 0303010053, 0303010061, 0303010070, 0303010088, 0303010096, 0303010100, 0303010118, 0303010126, 0303010134, 0303010142, 0303010150, 0303010169, 0303010177, 0303010185, 0303010193, 0303010207, 0303010215, 0303020032, 0303020040, 0303020059, 0303020067, 0303020075, 0303020083, 0303030011, 0303030020, 0303030038, 0303030046, 0303030054, 0303030062, 0303040017, 0303040025, 0303040033, 0303040041, 0303040050, 0303040068, 0303040076, 0303040084, 0303040092, 0303040106, 0303040114, 0303040122, 0303040130, 0303040149, 0303040157, 0303040165, 0303040173, 0303040181, 0303040190, 0303040203, 0303040211, 0303040220, 0303040238, 0303040246, 0303040254, 0303040262, 0303040270, 0303040289, 0303040297, 0303050136, 0303050144, 0303060018, 0303060026, 0303060034, 0303060042, 0303060050, 0303060069, 0303060077, 0303060085, 0303060093, 0303060107, 0303060115, 0303060123, 0303060131, 0303060140, 0303060158, 0303060166, 0303060174, 0303060182,

0303060255, 0303060263, 0303060271, 0303060280, 0303060298, 0303060301,
0303070064, 0303070072, 0303070080, 0303070099, 0303070102, 0303070110,
0303070129, 0303080043, 0303080051, 0303080060, 0303080078, 0303080086,
0303080094, 0303090138, 0303090197, 0303090200, 0303090235, 0303090243,
0303090286, 0303090294, 0303090316, 0303110015, 0303110023, 0303110031,
0303110040, 0303110058, 0303110066, 0303110074, 0303110082, 0303110090,
0303110104, 0303110112, 0303120010, 0303130016, 0303130024, 0303130032,
0303130040, 0303130059, 0303130067, 0303130075, 0303130083, 0303140020,
0303140038, 0303140046, 0303140054, 0303140062, 0303140070, 0303140089,
0303140097, 0303140100, 0303140119, 0303140127, 0303140135, 0303140143,
0303140151, 0303150017, 0303150025, 0303150033, 0303150041, 0303150050,
0303150068, 0303160012, 0303160020, 0303160039, 0303160047, 0303160055,
0303160063, 0303160071, 0303180013, 0303180030, 0303180048, 0303180056,
0303180064, 0303180072, 0303190019, 0304010049, 0304010057, 0304010065,
0304010111, 0304010162, 0304080020, 0304080039, 0304080047, 0304080063,
0304090018, 0304090026, 0304090034, 0304090042, 0304100013, 0304100021,
0305010174, 0305020013, 0305020021, 0305020030, 0305020048, 0305020056,
0308010019, 0308010027, 0308010035, 0308010043, 0308020022, 0308020030,
0308030010, 0308030028, 0308030036, 0308040015, 0308040023
Diagnosticos e/ou Atendimentos de Urgência: 0301060010, 0301060070,
0301060088

Para:

Códigos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e

SIH das internações clínicas

1- Os códigos de procedimentos usados para selecionar as internações clínicas usadas como denominador da proporção média de internações sensíveis à Atenção Básica, de residentes dos municípios de referência, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos abaixo, classificados como de média complexidade.

Procedimentos obstétricos clínicos: Do código 0303100010 ao 0303109999

Tratamentos clínicos: Do código 0303010010 ao 0303099999, do código 0303110010 ao 0303169999, do código 0303180010 ao 0305029999, do código 0306020010 ao 0306029999, do código 0308010010 ao 0309069999

Diagnósticos e/ou Atendimentos de Urgência:, Do código 0301060010 ao 0301069999

4) Quadro 7 – Indicador 4: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.

4.1) Alteração no método de cálculo, conforme Nota Técnica DAB/SAS/MS, de 23 de agosto de 2013. Essa alteração foi realizada em agosto de 2013, entretanto, não havia sido incorporada ao Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. A alteração aconteceu no campo método de cálculo no item I, passo 6:

De: "Ocupação-Único"

Para: "Ocupação-Múltiplo".

Foi incluída a seguinte observação após Passo IV:

"A base de cálculo para o N° de ESF utiliza-se o mês de competência de pagamento. Este se refere aos dados de cadastro das equipes na competência CNES do mês anterior. Exemplo: para a competência de pagamento Julho/2013 usa-se o CNES competência Junho/2013".

Atenção! O indicador de cobertura não deve passar de 100%, caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador o "Número total de habitantes residentes".

5) Quadro 10 – Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.

5.1) Nova redação no método de cálculo, conforme Nota Técnica nº 43 DAI/SGEP/MS, de 11 de setembro de 2013. Essa alteração foi realizada em setembro de 2013, entretanto, não havia sido incorporada ao Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.

De:

Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade X 100

População residente mesmo local e período

Para:

Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade realizados nos ambulatórios (BPAI e APAC) + o subconjunto destes procedimentos realizados nos hospitais (SIH) _____ X 100
População residente mesmo local e período

5.2) No campo fonte, ainda conforme Nota Técnica nº 43 DAI/SGEP/MS, de 11 de setembro de 2013:

a) alteração no campo fonte:

De:

“Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI). Quantidade aprovada. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”.

Para:

“Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI) e APAC. Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Quantidade aprovada. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”.

b) Após relação dos procedimentos no campo fonte, inclusão do seguinte texto, conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMÁS/SE/MS:

“Observação: Alguns destes procedimentos podem ser realizados tanto nos ambulatórios, quanto nos hospitais. O procedimento 0405050372 é de alta complexidade, pois como é uma cirurgia para catarata foi somado aos demais de média complexidade, para a mesma finalidade.

Para os procedimentos realizados nos hospitais e tabulados do SIH, devem-se selecionar os seguintes motivos de saída:

Motivo Saída/Perm: Alta curado | Alta melhorado | Alta a pedido

Alta com previsão de retorno p/acomp do paciente | Alta por evasão

Alta por outros motivos

Transferência para internação domiciliar

Óbito com DO fornecida pelo médico assistente
Óbito com DO fornecida pelo IML | Óbito com DO fornecida pelo SVO
Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido
Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido
Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido
Alta da mãe/puérpera com óbito fetal | Óbito da gestante e do concepto
Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido
Óbito da mãe/puérpera e permanência recém-nascido.”

6) Quadro 11 – Indicador 8: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

6.1) Conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMAS/SE/MS, de 08 de abril de 2014, alteração no campo fonte:

De:

“Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Complexidade do procedimento = Média complexidade

Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhamento do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Para consultar os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, ver Apêndice.”

Para:

“Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

Quantidade aprovada

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Complexidade do procedimento = Média complexidade.

Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhamento do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe-puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido.

Os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos abaixo, classificados como de média complexidade:

Procedimentos para diagnose: Do código 0201010010 ao 0201010159, do código 0201010170 ao 0201010579, do

código 0201010590 ao 0201010599, do código 0201010610 ao 0201010659, do código 0201010670 ao 0202030229, do código 0202030240 ao 0205010029, do código 0205010040 ao 0211099999, do código 0211120010 ao 0211129999

Intern. Clínicas: Do código 0303010010 ao 0303099999, do código 0303110010 ao 0303169999, do código 0303180010 ao 0305029999, do código 0306020010 ao 0306029999, do código 0308010010 ao 0309069999

Inten. obstétricas clínicas: Do código 0303100010 ao 0303109999

Out. Cirurgias Obstétricas: Do código 0411010010 ao 0411010019, do código 0411010050 ao 0411020059

Intern. Cirúrgicas: Do código 0401010010 ao 0405050089, do código 0405050120 ao 0405050149, do código 0405050160 ao 0405050369, do código 0405050380 ao 0409040239, do código 0409040250 ao 0409050079, do código 0409050090 ao 0410019999, do código 0412010010 ao 0414019999, do código 0415010010 ao 0416139999

Observação: Foram excluídos os procedimentos realizados em hospitais e que foram selecionados e contabilizados no numerador do Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente”

Obs: Mediante referida alteração, o apêndice, referente a este indicador, nas páginas 139 a 142, foi excluído.

7) Quadro 12 – Indicador 9: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente

7.1) Conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMAS/SE/MS, de 08 de abril de 2014, alteração no campo fonte:

De:

“Tabela de Procedimentos Unificada do SIA, SIH e IBGE

Códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador:

0201010542, 0202030024, 0202031071, 0204060028, 0205010016, 0206010028, 0206010036, 0206010079, 0206020031, 0206030010, 0206030029, 0206030037, 0207010013, 0207010030, 0207010048, 0207010056, 0207010064, 0207020019, 0207020035, 0207030014, 0207030022, 0208010025, 0208010033, 0208020110, 0208030026, 0208030042, 0208040056, 0208040102, 0208050035, 0208070036, 0208070044, 0208080040, 0208090010, 0210010045, 0210010053, 0210010061, 0210010070, 0210010096, 0210010100, 0210010118, 0210010126, 0210010134, 0210010150, 0210010177, 0210010185, 0211020010, 0211020028, 0301110018, 0301120048, 0301130019, 0303120061, 0303120070, 0304010120, 0304020010, 0304020028, 0304020036, 0304020044, 0304020052, 0304020060, 0304020079, 0304020087, 0304020095, 0304020109, 0304020117, 0304020125, 0304020133, 0304020141, 0304020150, 0304020168, 0304020176, 0304020184, 0304020192, 0304020206, 0304020214, 0304020222, 0304020230, 0304020249, 0304020257, 0304020265, 0304020273, 0304020281, 0304020290, 0304020303, 0304020311, 0304020320, 0304020338, 0304020346, 0304020354, 0304020362.”

Para:

“Tabela de Procedimentos Unificada do SIA, SIH e IBGE

Quantidade aprovada

Os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos abaixo, classificados como de **alta complexidade**:

Do código 0201010010 ao 0211129999

Do código 0303010010 ao 0303189999

Do código 0306020010 ao 0306029999

Do código 0309010010 ao 0309049999

Do código 0401010010 ao 0405050369

Do código 0405050380 ao 0414019999

Do código 0416010010 ao 0416139990

Do código 0304020010 ao 0304079999

Do código 0418010010 ao 0418010039

Observação: *Foi excluído o procedimento 0405050372, selecionado e contabilizado no numerador do Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente”*

8) Quadro 13 – Indicador 10: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.

8.1) Conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMAS/SE/MS, de 08 de abril de 2014, alteração no campo fonte:

De:

“Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Tipo de AIH = Normal.

Complexidade do procedimento = Alta complexidade;

Motivo Saída/Permanência= Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhamento do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Para consultar os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, ver Apêndice.”

Para:

“Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Quantidade aprovada

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Tipo de AIH = Normal.

Complexidade do procedimento = Alta complexidade;

Motivo Saída/Permanência= Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhamento do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido.

Os códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos abaixo, classificados como de **alta complexidade**:

Procedimentos para diagnose: Do código 0201010010 ao 0201010159, do código 0201010170 ao 0201010579, do código 0201010590 ao 0201010599, do código 0201010610 ao 0201010659, do código 0201010670 ao 0202030229, do código 0202030240 ao 0205010029, do código 0205010040 ao 0211099999, do código 0211120010 ao 0211129999

Intern. Clínicas: Do código 0303010010 ao 0303099999, do código 0303110010 ao 0303169999, do código 0303180010 ao 0305029999, do código 0306020010 ao 0306029999, do código 0308010010 ao 0309069999

Inten. obstétricas clínicas: Do código 0303100010 ao 0303109999

Out. Cirurgias Obstétricas: Do código 0411010010 ao 0411010019, do código 0411010050 ao 0411020059

Intern. Cirúrgicas: Do código 0401010010 ao 0405050089, do código 0405050120 ao 0405050149, do código 0405050160 ao 0405050369, do código 0405050380 ao 0409040239, do código 0409040250 ao 0409050079, do código 0409050090 ao 0410019999, do código 0412010010 ao 0414019999, do código 0415010010 ao 0416139999

Transplantes: Do código 0505010010 ao 0505029999

Intercorrências pós transplantes: Do código 0506020010 ao 0506029999”

Obs: Mediante referida alteração, o apêndice, referente a este indicador, nas páginas 142 a 144, foi excluído.

9) Quadro 15 – Indicador 12: Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.

9.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Relevância do Indicador:

De:

“Possibilita o acompanhamento da ampliação da cobertura da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências para atender à legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública, que são as violências doméstica, sexual e outras violências”

Para:

“Possibilita o acompanhamento e monitoramento da ampliação do uso da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências para atender à legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública; mede a sensibilidade da rede de atenção à saúde às notificações de violência; permite acompanhar a adesão da unidade de saúde à notificação”.

9.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação:

De:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: janeiro. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral. Periodicidade para avaliação: anual”.

Para:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Setembro. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral. Periodicidade para avaliação: anual”.

9.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Recomendações, observações e informações adicionais.

De:

“Parâmetro Nacional para Referência: Ampliar em 20%, anualmente, o número de unidade de Saúde notificando. Quando não existir unidade de Saúde notificando, implantar, pelo menos, uma”.

Para:

“Parâmetro Nacional para Referência: Ampliar em 20%, anualmente, o número de unidade de Saúde notificando. Quando não existir unidade de Saúde notificando, implantar, pelo menos, uma”.

Nota: Considera-se Unidade de Saúde os estabelecimentos de saúde dos três níveis de atenção, compreendendo os cuidados primários, de atenção especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência, de acordo com a Portaria 4.279/2010 (Redes de Atenção à Saúde) – Exemplos: Unidade de Saúde da Família, centros de saúde, CAPS, CEREST, serviços de referência, policlínicas, hospitais, prontos socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), maternidades, dentre outros.

9.4) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Responsabilidade da União para o alcance da meta.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a prevenção de violências e de promoção da saúde. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de prevenção das violências. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de prevenção das violências. Financiar, com estados e municípios, ações de prevenção das violências. Realizar estudos sobre a ocorrência de violências na região. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a ocorrência de violências no País. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde”.

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância das ocorrências de violências. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre a ocorrência de violências. Promover ações de capacitação, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador”.

10) Quadro 16 – Indicador 13: Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente

10.1) Conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMÁS/SE/MS, de 08 de abril de 2014, nova redação no método de cálculo.

De:

“Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

Número de óbitos hospitalares por acidente _____ X 100

Número total de óbito por acidente em determinado local e período”

Para:

“Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

Número de residentes acidentados atendidos nos hospital e que foram a óbito _____ X 100

Número total de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período.”

10.2) Conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMÁS/SE/MS, de 08 de abril de 2014, alteração no campo fonte.

De:

“Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Seleção: causa do óbito com CID, segundo a CID-10, de V01 a X59, cujo local de ocorrência do óbito marcado na declaração de óbito tenha sido o hospital”.

Para:

“Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Seleção: causa do óbito por acidente segundo a CID-10, de V01 a X59. Numerador: óbitos cujo local de ocorrência do óbito marcado na declaração de óbito tenha sido o hospital. Denominador: todos os óbitos por acidente”.

11) Quadro 17 – Indicador 14: Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

11.1) Alteração no campo fonte, conforme Nota Técnica DAB/SAS/MS, de 23 de agosto de 2013. Essa alteração foi realizada em agosto de 2013, entretanto, não havia sido incorporada ao Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.

De:

“Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Critérios: Óbitos de pacientes acima de 20 anos internados por IAM. Internações de pacientes acima de 20 anos por IAM.”

Para:

“Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS.

Critérios: Óbitos de pacientes acima de 20 anos internados por IAM. Internações de pacientes acima de 20 anos por IAM

Numerador

Tipo de AIH = Normal; Faixas etárias = 20-24a, 25-29a, 30-34a, 35-39a, 40-44a, 45-49a, 50-54a, 55-59a, 60-64a, 65-69a, 70-74a, 75-79a, 80e+a

Diagnóstico CID10 (categorias): I21 Infarto agudo do miocárdio; I22 Infarto do miocárdio recorrente; I23 Algumas complicações atuais subsequentes infarto agudo miocárdio.

Motivo de Saída- campo de dados do SIH - selecionados das internações por IAM com óbito: • Óbito com DO fornecida pelo médico assistente; • Óbito com DO fornecida pelo IML; • Óbito com DO fornecida pelo SVO

Denominador

Tipo de AIH = Normal; Faixas etárias = 20-24a, 25-29a, 30-34a, 35-39a, 40-44a, 45-49a, 50-54a, 55-59a, 60-64a, 65-69a, 70-74a, 75-79a, 80e+a

Diagnóstico CID10 (categorias): I21 Infarto agudo do miocárdio; I22 Infarto do miocárdio recorrente; I23 Algumas complicações atuais subsequentes infarto agudo miocárdio.

Motivo de Saída- campo de dados do SIH - selecionados das internações por IAM: • Alta curado; • Alta melhorado; • Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente; • Óbito com DO fornecida pelo médico assistente

• Óbito com DO fornecida pelo IML; • Óbito com DO fornecida pelo SVO.”

12) Quadro 20 – Indicador 17: Proporção das internações de urgência e emergência reguladas

12.1) indicador excluído do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, conforme Nota Técnica da SAS, de 16 de abril de 2014.

13) Quadro 21 – Indicador 18: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária

13.1) Nova redação no campo fonte, conforme Nota Técnica nº 43 DAI/SGEP/MS, de 11 de setembro de 2013. Essa alteração foi realizada em setembro de 2013, entretanto, não havia sido incorporada ao Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. A referida nota incluiu o termo “*quantidade apresentada*”.

13.2) Conforme Nota Técnica nº 1/2014/DEMAS/SE/MS, de 08 de abril de 2014, foi incluído no campo fonte o procedimento 0203010060 Exame citopatológico cervico vaginal- rastreamento.

De:

“Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

*Código do Procedimento: 0203010019 – exame citopatológico
cérvico-vaginal/microflora”*

Para:

“Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Quantidade apresentada

*Código do Procedimento: 0203010019 – exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora.
0203010060 Exame citopatológico cervico vaginal- rastreamento.”*

14) Quadro 22 – Indicador 19: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

Nova redação no campo fonte, conforme Nota Técnica nº 43 DAI/SGEP/MS, de 11 de setembro de 2013. Essa alteração foi realizada em setembro de 2013, entretanto, não havia sido incorporada ao Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. A referida nota incluiu o termo “*quantidade apresentada*”.

De:

“Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento”

Para:

“Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Quantidade apresentada. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento”.

15) Quadro 25 – Indicador 22: Número de testes de sífilis por gestante.

15.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Método de Cálculo.

De:

“Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

(Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e local/ Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local).

Observação:

1. Para o numerador considerar os seguintes procedimentos ambulatoriais:

0202031179 VDRL P/ DETECAO DE SIFILIS EM GESTANTE.

0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE.

2. Para o denominador considerar o total de internações pelo SUS dos seguintes procedimentos:

0310010039 PARTO NORMAL.

0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO.

0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO.

0411010034 PARTO CESARIANO.

0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA”

Para:

“Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

(Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e por local de residência/ Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local de residência).

Observação:

1. Para o numerador considerar os seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECAO DE SIFILIS EM GESTANTE.

0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE.

2. Para o denominador considerar o total de internações pelo SUS dos seguintes procedimentos:

0310010039 PARTO NORMAL.

0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO.

0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO.

0411010034 PARTO CESARIANO.

0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.”

15.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Recomendações, observações e informações adicionais.

De:

“Parâmetro Nacional para Referência: Realizar, pelo menos, dois testes de sífilis, conforme preconizado em normativa específica. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita)”.

Para:

“Parâmetro Nacional para Referência: Realizar, pelo menos, dois testes de sífilis, conforme preconizado em normativa específica. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita). No final de 2013, foi inserido, no SIA, o campo Residência para o registro de dados referentes ao VDRL, por parte do município executor do exame”.

15.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, alteração no campo Responsabilidade da União para o alcance da meta.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a saúde das gestantes e da criança. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para as gestantes e crianças. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de saúde voltadas para as gestantes e crianças. Financiar, com estados e municípios, ações de Vigilância em Saúde voltadas para as gestantes e crianças. Realizar estudos sobre a saúde das gestantes e crianças. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a saúde das gestantes e crianças. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador”.

16) Quadro 26 – Indicador 23: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência

16.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o mês de fechamento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) passou de junho para fevereiro. Esse indicador não está sob a responsabilidade da SVS, contudo, sua fonte de informação é o SIM. Dessa maneira, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral. Periodicidade para avaliação: anual.”

Para:

“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 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral Periodicidade para avaliação: anual”

17) Quadro 27 – Indicador 24: Taxa de mortalidade infantil

17.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o mês de fechamento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) passou de junho para fevereiro. Esse indicador não está sob a responsabilidade da SVS, contudo, sua fonte de informação é o SIM. Dessa maneira, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho – os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual. Periodicidade para avaliação: anual”

Para:

“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 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual”.

18) Quadro 28 – Indicador 25: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

18.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e fetal <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Periodicidade para avaliação: anual”

Para:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo

Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso.

Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e fetal. <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Os dados também poderão ser consultados no site: <http://datasus.saude.gov.br/> > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o link (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm>). Periodicidade para avaliação: anual”.

18.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De: “Parâmetro Nacional para Referência: 2013 = 40%”

Para: “Parâmetro Nacional para Referência: 2013 = 70%”

18.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de óbitos infantis e fetais. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das investigações de óbitos infantis e fetais. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de investigação de óbitos infantis e fetais. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a investigação de óbitos infantis e fetais. Realizar estudos sobre as mortalidades infantil e fetal. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os formulários necessários ao registro das informações da investigação de óbitos infantis e fetais. Disponibilizar informações sobre as mortalidades infantil e fetal. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde”.

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância dos óbitos. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador”.

19) Quadro 29 – Indicador 26: Proporção de óbitos maternos investigados

19.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de

Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Periodicidade para avaliação: anual”

Para:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparando com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Os dados também poderão ser consultados no site: <http://datasus.saude.gov.br/> > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o link (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm>)Periodicidade para avaliação: anual”.

19.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de óbitos maternos. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das investigações de óbitos maternos. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de investigação de óbitos maternos. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a investigação de óbitos maternos. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os formulários necessários ao registro das informações da investigação de óbitos maternos. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância dos óbitos. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador”.

20) Quadro 30 – Indicador 27: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados

20.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral,

comparado com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Periodicidade para avaliação: anual”

Para:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: quadrimestral, comparado com o ano anterior no mesmo período. O monitoramento deve ser realizado pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, que apresenta os dados mais recentes (notificação e investigação) que os municípios encaminham. Esses dados são do próprio ano, com poucos meses de atraso. Site para monitoramento: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Os dados também poderão ser consultados no site: <http://datasus.saude.gov.br/> > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o link (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm>). Periodicidade para avaliação: anual”

20.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das investigações de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Realizar estudos sobre a mortalidade de mulheres em idade fértil. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os formulários necessários ao registro das informações da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Disponibilizar informações sobre a mortalidade de mulheres em idade fértil. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde”.

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância dos óbitos. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador”.

21) Quadro 31 – Indicador 28: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças sexualmente transmissíveis. Realizar estudos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde”.

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador”.

22) Quadro 33 – Indicador 30a: Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas; e Indicador 30b - Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

22.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo meta foi alterado.

De:

“Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)”*

Para:

“Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)”.

22.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo indicador foi alterado.

De:

“Indicador 30a – Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças*

respiratórias crônicas). *Indicador 30b – Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estado e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos*) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)”.*

Para:

“Indicador 30a – Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Indicador 30b – Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estado e DF: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)”.

22.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual. Periodicidade para avaliação: anual”

Para:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: anual. Periodicidade para avaliação: anual”

22.4) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

“Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 2% ao ano”

Para:

“Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 2% em relação ao ano anterior”

22.5) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a prevenção de fatores de risco e promoção da saúde. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Realizar estudos, análises, pesquisas sobre fatores de risco à saúde. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre fatores de risco e promoção da saúde. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância de óbitos. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre mortalidade. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

23) Quadro 38 – Indicador 35: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas

23.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, foram incluídos no campo método de cálculo os parâmetros nacionais de referência de cada vacina. Anteriormente, os referidos parâmetros estavam descritos no campo Recomendações, observações e informações adicionais.

23.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

“Parâmetro Nacional para Referência: Em menores de 1 ano de idade

a)BCG- ID ≥90%

b)Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH) ≥90%

c)Pentavalente (DTP+Hib+HepB) ≥95%

No segundo semestre de 2012, a vacina combinada Tetravalente (DTP/ Hib) foi substituída pela combinação Pentavalente (DTP/ Hib/HB).

d) Vacina contra Poliomielite ≥95%

No segundo semestre de 2012 o esquema vacinal passou a utilizar a vacina inativada poliomielite para a 1ª dose (2 meses) e 2ª dose (4 meses) e a vacina oral poliomielite para a 3ª dose (6 meses) com reforço aos 15 meses.

e) Vacina Pneumocócica Conjugada (PnC10v) ≥95%

f) Vacina Meningocócica Conjugada C (MnC) ≥95%

g) Vacina Hepatite B ≥95%

h) Febre amarela (para as áreas com recomendação da vacina) 100%

Em crianças de 1 ano de idade Vacina triplice viral 95%. Em crianças de 6 meses a <2 anos de idade (CV em campanha anual).

Influenza (INF) ≥ 80%”

Para:

“ 1. Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) = No segundo semestre de 2012, a vacina combinada Tetravalente (DTP/ Hib) foi substituída pela combinação Pentavalente (DTP/ Hib/HB).

2. Vacina contra Poliomielite = No segundo semestre de 2012, o esquema vacinal passou a utilizar a vacina inativada poliomielite para a 1ª dose (2 meses) e 2ª dose (4 meses) e a vacina oral poliomielite para a 3ª dose (6 meses) com reforço aos 15 meses.

Informações adicionais sobre imunos aplicados podem ser acessados por meio do sistema:
<http://pni.datasus.gov.br>

23.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças imunopreveníveis. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de vacinação. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças imunopreveníveis.

Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças imunopreveníveis. Realizar estudos sobre as doenças imunopreveníveis. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os imunobiológicos constantes do Programa Nacional de Imunizações. Disponibilizar informações sobre doenças imunopreveníveis. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Disponibilizar os imunobiológicos do Calendário Básico de Vacinação da Criança. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância da cobertura vacinal. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações relacionados à vacinação. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

24) Quadro 39—Indicador 36: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

24.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para o controle da tuberculose. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de controle da tuberculose. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para o controle da tuberculose. Realizar estudos sobre a tuberculose e seu controle. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a tuberculose e as ações de controle. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância da tuberculose. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o

desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

25) Quadro 40 – Indicador 37: Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

23.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para o controle da tuberculose. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para o controle da tuberculose. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para o controle da tuberculose.

Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para o controle da tuberculose.

Realizar estudos sobre a tuberculose e seu controle. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar medicamentos para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre a tuberculose e as ações de controle. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários ao diagnóstico e tratamento. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador”.

26) Quadro 41 – Indicador 38: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

26.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: junho, 18 meses após término do ano. Isto é, em junho de 2012, os dados fechados foram relativos ao ano de 2010. Periodicidade para monitoramento: anual. Periodicidade para avaliação: anual.”

Para:

“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: anual. Periodicidade para avaliação: anual.”

26.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para

o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o registro de óbitos e definição da causa básica. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de vigilância dos óbitos. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a vigilância dos óbitos. Realizar estudos sobre mortalidade. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os formulários necessários ao registro das informações referentes a óbitos. Disponibilizar informações sobre mortalidade. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância de óbitos. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre mortalidade. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

27) Quadro 42 – Indicador 39: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação

27.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

“Parâmetro Nacional para Referência: ≥ 80% das doenças de notificação compulsória imediata encerradas dentro de até 60 dias após notificação. Foram elencadas as 14 doenças com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata, sendo: botulismo, cólera, coqueluche, dengue (somente os casos que evoluíram com complicações, síndrome do choque ou febre hemorrágica), difteria, febre amarela, febre maculosa, hantavirose, leptospirose, meningite, paralisia flácida aguda, raiva, rubéola ou sarampo)”

Para:

“Parâmetro Nacional para Referência: ≥ 80% das doenças de notificação compulsória imediata encerradas dentro de até 60 dias após notificação. Foram elencadas as 14 doenças com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata, sendo: botulismo, cólera, coqueluche, dengue (somente os casos que evoluíram com complicações, síndrome do choque ou febre hemorrágica), difteria, febre amarela, febre maculosa, hantavirose, leptospirose, meningite, paralisia flácida aguda, raiva, rubéola ou sarampo). Segundo a Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011.”

27.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a notificação de doenças e agravos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações de notificação. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a notificação de doenças e agravos. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a notificação de doenças e agravos. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância das DNCI. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre DNCI. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

28) Quadro 43 – Indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados

28.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Método de Cálculo foi alterado.

De:

“Método de cálculo regional e estadual

Número de municípios com casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados X 100

Número total de municípios na região ou estado

Método de cálculo municipal e DF

Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados”

Para:

“Método de cálculo regional e estadual

Nº de municípios com casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados por local de residência x 100

Número total de municípios na região ou estado

Método de cálculo municipal e DF

Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados por local de residência.”

28.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

“Parâmetro Nacional para Referência: 80% dos municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados. CID das doenças ou agravos relacionados ao trabalho: L 98.9 – Dermatoses. Ocupacionais; Z 57.9 – LER/DORT; F 99 – Transtornos Mentais; C 80 – Câncer relacionado ao trabalho; Z 20.9 – Acidente com exposição à material biológico; H 83.3 – PAIR; J 64 – Pneumoconioses; T 65.9 – Intoxicação exógena relacionadas ao trabalho; Y 96 – Acidente de trabalho grave. Para o cálculo do indicador o numerador deve captar os casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho notificado por município de residência. Dessa forma serão captadas as informações da proporção de municípios que, no recorte anual, tiveram pelo menos um caso de trabalhador ou trabalhadora notificado no Sinan. No âmbito municipal e no DF, deve ser trabalhada a existência de pelo menos um caso de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificado.”

Para:

“Parâmetro Nacional para Referência: 80% dos municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados. CID das doenças ou agravos relacionados ao trabalho: L 98.9 – Dermatoses Ocupacionais; Z 57.9 – LER/DORT; F 99 – Transtornos Mentais; C 80 – Câncer relacionado ao trabalho; Z 20.9 – Acidente com exposição à material biológico; H 83.3 – PAIR; J 64 – Pneumoconioses; T 65.9 – Intoxicação exógena relacionadas ao trabalho; Y 96 – Acidente de trabalho grave. No âmbito municipal e no DF, deve ser trabalhada a existência de pelo menos um caso de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificado.”

28.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para as ações relacionadas à saúde do trabalhador, incluindo a notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Prestar apoio técnico a estados e municípios em saúde do trabalhador. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a saúde do trabalhador. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Realizar estudos sobre saúde do trabalhador. Disponibilizar informações sobre a saúde do trabalhador. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Gerenciar sistemas de informação voltados à vigilância da saúde do trabalhador. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação).

Realizar e disponibilizar dados e informações sobre saúde do trabalhador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

29) Quadro 44 – Indicador 41: Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

29.1) Ajuste no método de cálculo.

De:

"Método de Cálculo Regional, Estadual e DF

Número de municípios que executam todas as ações de Vigilância Sanitárias consideradas necessárias X 100

Número de municípios

Observação: No método de cálculo para o DF deverão ser substituídos os municípios pelas regiões administrativas.

Método de Cálculo Municipal

Número de ações de vigilância sanitária realizadas no município X 100*

*Total de ações de vigilância**

Observação: Numerador – Considerar 1 (um) para cada ação realizada. Denominador – sempre será 7 (somatório das ações que deverão ser realizadas)

**São consideradas ações de vigilância: i)cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) Instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias."*

Para:

"Método de Cálculo Regional e Estadual

*Número de municípios que executam todas as ações
de Vigilância Sanitárias consideradas necessárias X 100*

Número de municípios

Método de Cálculo Municipal e DF

*Número de ações de vigilância sanitária
consideradas necessárias, realizadas no município X 100*

*Total de ações de vigilância sanitária consideradas
necessárias*

Observação: as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias são: i)cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) Instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias."

30) Quadro 45 – Indicador 42: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos

30.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Fonte foi alterado.

De:

“Para obter as informações consolidadas, acessar www.aids.gov.br > dados e pesquisa > tabulação de dados > casos de aids – acessar o sistema (http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados_aids.asp). Esses dados são extraídos dos seguintes sistemas de informação: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).*

() As informações do SISCEL são validadas com informações dos indivíduos que estão em tratamento (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – Siclom).”*

Para:

“Para obter as informações consolidadas, acessar:

1- www.aids.gov.br > dados e pesquisa > tabulação de dados > casos de aids – acessar o sistema (http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados_aids.asp).

2 – <http://datasus.saude.gov.br/> > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações – acessar o sistema (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm>)

Esses dados são extraídos dos seguintes sistemas de informação:

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel).*

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

() As informações do SISCEL são validadas com informações dos indivíduos que estão em tratamento (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – Siclom).”*

30.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação foi alterado.

De:

*“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: janeiro. Periodicidade para monitoramento: anual
Periodicidade para avaliação: anual.”*

Para:

*“Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Fevereiro Periodicidade para monitoramento: anual
Periodicidade para avaliação: anual”*

30.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Financiar, junto com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças sexualmente transmissíveis. Realizar estudos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis para as Secretarias Estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento da aids.

Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

31) Quadro 46 – Indicador 43: Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³

31.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Fonte foi alterado.

De:

“Informações processadas para os cálculos estão disponíveis online em <http://www.aids.gov.br/anexos_campanhas/2012/52596>. Esses dados são extraídos do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel).”

Para: *“Informações processadas para os cálculos estão disponíveis em:*

1- <http://www.aids.gov.br/dadosCOAP>.

2- <http://datasus.saude.gov.br/> > informações de saúde> tabnet> indicadores de saúde> pactuações -- acessar o sistema (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/coapcirmap.htm>)”

31.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

“Parâmetro Nacional para Referência: Reduzir em 10% ao ano.”

Para:

“Parâmetro Nacional para Referência: Reduzir em 10% referente ao ano anterior.”

31.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças sexualmente transmissíveis. Realizar estudos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento da aids.

Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

32) Quadro 47 – Indicador 44: Número de testes sorológicos anti-HCV realizados

32.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Método de Cálculo foi alterado.

De:

“Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

Número de testes sorológicos anti-HCV realizado no ano para diagnóstico da hepatite C.”

Para:

“Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

Número de testes sorológicos anti-HCV realizado no ano para diagnóstico da hepatite C por local de residência.”

32.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução

de doenças sexualmente transmissíveis. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças sexualmente transmissíveis. Realizar estudos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Disponibilizar informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento da Hepatite C. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

33) Quadro 48 – Indicador 45: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

33.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Método de Cálculo foi alterado.

De:

“Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes – PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação – e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação

X 100

Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local”

Para:

“Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes –Paucibacilares (PB) diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e Multibacilares (MB) diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação – e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação

x 100

Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local”

33.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a eliminação da hanseníase. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-

científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para a eliminação da hanseníase. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a eliminação da hanseníase. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a eliminação da hanseníase. Realizar estudos sobre hanseníase e sua eliminação. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde.

Disponibilizar informações sobre a hanseníase e as ações voltadas para a sua eliminação. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

34) Quadro 49 – Indicador 46: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados

34.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a eliminação da hanseníase. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para a eliminação da hanseníase. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a eliminação da hanseníase. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a eliminação da hanseníase. Realizar estudos sobre hanseníase e sua eliminação. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde.

Disponibilizar medicamentos para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre a hanseníase e as ações voltadas para a sua eliminação. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador.

Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

35) Quadro 50 – Indicador 47: Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral

35.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

“Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 20% ao ano, nos municípios e regiões com 8 ou mais óbitos por leishmaniose visceral. No caso de municípios e regiões com até 7 óbitos, a redução deve ser de 1 óbito em cada município e região.”

Para:

“Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 20% em relação ao ano anterior, nos municípios e regiões com 8 ou mais óbitos por leishmaniose visceral. No caso de municípios e regiões com até 7 óbitos, a redução deve ser de 1 óbito em cada município e região em relação ao ano anterior.”

35.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças de transmissão vetorial. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças de transmissão vetorial. Realizar estudos sobre as doenças de transmissão vetorial.

Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle das doenças de transmissão vetorial para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças de transmissão vetorial. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e o indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento da LV.

Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

36) Quadro 51 – Indicador 48: Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina

36.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Fonte foi alterado.

De:

"Para 2013 essas informações serão disponibilizadas por meio do sistema: SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

Site: <<http://pni-hmg.datasus.gov.br>>"

Para:

"Para 2013 essas informações serão disponibilizadas por meio do sistema: <http://pni.datasus.gov.br/> > consultas > antirrábica – acessar o sistema (http://pni.datasus.gov.br/consulta_antirabica_13_selecao.asp)"

36.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

"Propor políticas públicas voltadas para a redução de zoonoses. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de vacinação antirrábica. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de zoonoses. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução de zoonoses. Realizar estudos sobre as zoonoses. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar vacinas antirrábicas para as Secretarias Estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre zoonoses. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde."

Para:

"Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar vacinas e soros antirrábicos. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador."

37) Quadro 52 – Indicador 49: Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários

37.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Indicador foi alterado.

De:

"Indicador 49 – Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários"

Para:

"Indicador 49 – Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários (Portarias MS/GM nº 3.208, de 29 de dezembro de 2011, MS/GM nº 3.206, de 29 de dezembro de 2011, e MS/GM nº 3.269, de 30 de dezembro de 2011)."

37.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

“1 – Municípios prioritários são aqueles que estão listados nas Portarias MS/GM nº 3.208, de 29 de dezembro de 2011, MS/GM nº 3.206, de 29 de dezembro de 2011, e MS/GM nº 3.269, de 30 de dezembro de 2011. 2 – Escalonamento da Meta: nos municípios com população total igual ou maior que 50 mil habitantes, estimar em 5% dessa população, como o número de escolares de 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública. 3 – Também podem ser incluídos outros municípios da região que, apesar de não constarem das portarias citadas, são considerados prioritários para o tracoma na região.”

Para:

“1– Escalonamento da Meta: nos municípios com população total igual ou maior que 50 mil habitantes, estimar em 5% dessa população, como o número de escolares de 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública. 2 – Também podem ser incluídos outros municípios da região que, apesar de não constarem das portarias citadas, são considerados prioritários para o tracoma na região. 3 – Apesar dos estados poderem complementar a relação de municípios definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde, em função do quadro epidemiológico local, apenas esses deverão ser considerados para efeito do método de cálculo estabelecido por nesta ficha.”

37.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a eliminação de doenças relacionadas à pobreza. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para a eliminação de doenças relacionadas à pobreza. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a eliminação de doenças relacionadas à pobreza. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a eliminação de doenças relacionadas à pobreza. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar insumos para prevenção e controle das doenças relacionadas à pobreza para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças relacionadas à pobreza e as ações voltadas para a sua eliminação. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

38) Quadro 53 – Indicador 50: Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária

38.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças de transmissão vetorial. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças de transmissão vetorial. Realizar estudos sobre as doenças de transmissão vetorial. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle das doenças de transmissão vetorial para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças de transmissão vetorial. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, controle e tratamento da malária.

Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

39) Quadro 54 – Indicador 51: Número absoluto de óbitos por dengue

39.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças de transmissão vetorial. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças de transmissão vetorial. Realizar estudos sobre as doenças de transmissão vetorial. Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle das doenças de transmissão vetorial para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças de transmissão vetorial. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle da dengue. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover

ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

40) Quadro 55 – Indicador 52: Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue

40.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Método de Cálculo foi alterado.

De:

“Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF

Número de imóveis visitados nos municípios em, pelo menos,

quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue X 100

Número de imóveis de áreas urbanas”

Para:

“Método de cálculo municipal e DF

Passo 1:

Numerador: *Número de imóveis visitados em cada um dos 6 ciclos preconizados.*

Denominador: *Número de imóveis da área urbana¹ do município (Reconhecimento Geográfico²).*

Fator de multiplicação: *100*

Passo 2:

Somatório do número de ciclos realizados que atingiram 80% ou mais dos imóveis visitados.

Método de cálculo regional e estadual

Numerador: *Número de municípios infestados que atingiram, pelo menos, 4 ciclos de visita com 80% ou mais de imóveis visitados.*

Denominador: *Número de municípios da região de saúde ou do estado, excluindo os municípios não infestados.*

Fator de multiplicação: *100”*

40.2) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado.

De:

“Parâmetro Nacional para Referência: Pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo.”

Para:

¹Consideram-se imóveis da área urbana, aqueles localizados em áreas com características urbanizadas com a presença de vetor e potencial para circulação da doença. Aos municípios sem a presença do vetor não será exigida a realização de visitas domiciliares, não sendo considerados, conseqüentemente, nos cálculos para região e estado.

² Define-se como reconhecimento geográfico: determinação do quantitativo, localização e especificação, por tipo, dos imóveis de uma determinada área, bem como identificação e numeração de quarteirões.

- Parâmetro Nacional para Referência: Pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares com 80% ou mais dos imóveis visitados em cada um.

- O Programa Nacional de Controle da Dengue preconiza visitas domiciliares bimestrais em 100% dos imóveis, ou seja, 6 ciclos de visitas anuais.

- Não existe limite máximo de ciclos a serem realizados pelo município.

- Devem ser incluídas somente as visitas de rotina para cálculo do indicador.

- Nos municípios não endêmicos, as áreas onde serão feitas as visitas domiciliares devem ser restritas somente àquelas onde a presença do vetor é persistente.”

40.3) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças de transmissão vetorial. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças de transmissão vetorial. Financiar, com estados e municípios, as ações de Vigilância em Saúde voltadas para a redução das doenças de transmissão vetorial. Realizar estudos sobre as doenças de transmissão vetorial.

Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle das doenças de transmissão vetorial para as secretarias estaduais de Saúde. Disponibilizar informações sobre doenças de transmissão vetorial. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção e controle da dengue. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

41) Quadro 56 – Indicador 53: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

41.1) Conforme Nota Técnica DEGEVS nº 02/2014, de 7 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado.

De:

“Propor políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade da água. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para as ações relacionadas à qualidade da água. Prestar apoio técnico a estados e municípios no desenvolvimento de ações de vigilância da qualidade da água. Financiar, com estados e municípios, as ações voltadas para a vigilância da qualidade da água. Realizar estudos sobre a qualidade da água e seu controle.

Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde. Disponibilizar informações sobre a qualidade da água. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.”

Para:

“Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.”

42) Quadro 57 – Indicador 54: Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço Webservice

42.1) Conforme Nota Técnica nº 16/CGAFB/DAF/SCTIE/MS, de 08 de abril de 2014, o campo Objetivo nacional foi alterado.

De:

“Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.”

Para:

“Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) e do envio do conjunto de dados por meio do serviço Webservice como estratégia para o fortalecimento do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.”

42.2) Conforme Nota Técnica nº 16/CGAFB/DAF/SCTIE/MS, de 08 de abril de 2014, o campo Meta foi alterado.

De:

“Meta regional e estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos municípios. Meta municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica.”

Para:

“Meta regional e estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou receber o conjunto de dados por meio do serviço Webservice, em X% dos municípios. Meta municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou receber o conjunto de dados por meio do serviço Webservice, em X% dos estabelecimentos farmacêuticos (farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico) da atenção básica.”

42.3) Conforme Nota Técnica nº 16/CGAFB/DAF/SCTIE/MS, de 08 de abril de 2014, o campo Indicador foi alterado

De:

“Indicador 54 – Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado”

Para:

“Indicador 54 – Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço Webservice.”

42.4) Conforme Nota Técnica nº 16/CGAFB/DAF/SCTIE/MS, de 08 de abril de 2014, o campo Método de Cálculo foi alterado

De:

“Método de cálculo regional e estadual

Número de municípios com Sistema Hórus Implantado na região de saúde ou estado X 100

Número total de municípios na região de Saúde ou estado

Método de cálculo municipal e DF

Número de serviços farmacêuticos da Atenção Básica com o Sistema Hórus implantado no município X 100

Número total de serviços farmacêuticos da Atenção Básica no município”

Para:

“Método de cálculo regional e estadual

Número de municípios com Sistema Hórus implantado ou enviando o

conjunto de dados por meio de Webservice na região de saúde ou estado X 100

Número total de municípios na região de saúde ou estado

Método de cálculo municipal e DF

Número de estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica com Sistema Hórus

implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço Webservice no município X 100

Número total de estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica no município”

42.5) Conforme Nota Técnica nº 16/CGAFB/DAF/SCTIE/MS, de 08 de abril de 2014, o campo Fonte foi alterado

De:

“Sistema Hórus”

Para:

“Base Nacional de dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Portaria MS/GM nº 271 de 27 de fevereiro de 2013)”

42.6) Conforme Nota Técnica nº 16/CGAFB/DAF/SCTIE/MS, o campo Recomendações, observações e informações adicionais foi alterado

De:

“O indicador mede a evolução da implantação do Sistema Hórus nos municípios, considerando município implantado aquele que finaliza as quatro fases de adesão e está utilizando regularmente o Sistema Hórus nos serviços farmacêuticos da Atenção Básica (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico) para os processos de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (aquisição – distribuição – dispensação).

Fase de adesão:

1ª FASE: Cadastro de Adesão – Questionário com o objetivo de identificar como os municípios estão estruturados (mobiliário, equipamentos, recursos humanos) e seu interesse em aderir ao Sistema Hórus.

2ª FASE: Termo de Adesão – Oficializa a adesão e os compromissos do gestor federal, estadual e municipal com o Sistema Hórus.

3ª FASE: Capacitação – Objetiva preparar os profissionais para utilização do Sistema Hórus.

4ª FASE: Disponibilização e Implantação do Sistema Hórus – Liberação da senha para implantação do Sistema Hórus.”

Para:

“O indicador mede a evolução da implantação do Sistema Hórus e do envio do conjunto de dados por meio do serviço Webservice nos municípios e nas regiões de saúde.

Sistema Hórus:

Considera-se município implantado aquele que finaliza as quatro fases de adesão e está utilizando regularmente o Sistema regularmente nos estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico) para os processos de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (aquisição – distribuição – dispensação).

Fase de adesão:

1ª FASE: Cadastro de Adesão – Questionário com o objetivo de identificar como os municípios estão estruturados (mobiliário, equipamentos, recursos humanos) e seu interesse em aderir ao Sistema Hórus.

2ª FASE: Termo de Adesão – Oficializa a adesão e os compromissos do gestor federal, estadual e municipal com o Sistema Hórus.

3ª FASE: Capacitação – Objetiva preparar os profissionais para utilização do Sistema Hórus.

4ª FASE: Disponibilização e Implantação do Sistema Hórus – Liberação da senha para implantação do Sistema Hórus.

Serviço Webservice:

A transmissão do conjunto de dados por meio do serviço Webservice, para os municípios, estados e DF, caso optem por solução informatizada própria, deve atender ao disposto na Portaria MS/GM nº 271 de 27 de fevereiro de 2013 que institui a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).”

42.7) Conforme Nota Técnica nº 16/CGAFB/DAF/SCTIE/MS, de 08 de abril de 2014, o campo Responsabilidade da União para o alcance da meta foi alterado

De:

“Apoiar tecnicamente a região de Saúde no processo de adesão ao Sistema Hórus. Capacitar os profissionais da região de Saúde para utilização do Sistema Hórus. Oferecer suporte técnico para implantação e utilização do Sistema Hórus, por meio do apoio institucional centralizado e descentralizado DAF/SCTIE/MS. Garantir a manutenção e o aprimoramento contínuo do Sistema Hórus, por meio do DATASUS/SGEP/MS. Atualizar trimestralmente a Secretaria Estadual de Saúde sobre a situação de implantação nos municípios de região de Saúde.”

Para:

“Sistema Hórus: Apoiar tecnicamente os municípios no processo de adesão ao Sistema Hórus; Capacitar os profissionais da região de Saúde para utilização do Sistema Hórus; Oferecer suporte técnico para implantação e utilização do Sistema Hórus, por meio do apoio institucional centralizado e descentralizado DAF/SCTIE/MS; Garantir a manutenção e o aprimoramento contínuo do Sistema Hórus, por meio do DATASUS/SGEP/MS; Atualizar trimestralmente a Secretaria Estadual de Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos estados sobre a situação de implantação nos municípios.

Serviço Webservice:

Disponibilizar no sítio eletrônico www.saude.gov.br/qualifarsus as instruções sobre as configurações técnicas mínimas exigidas para transmissão dos dados, assim como os requisitos e as especificações dos padrões de transmissão de dados, para viabilizar o desenvolvimento ou a atualização dos sistemas próprios utilizados pelos estados, Distrito Federal e municípios; Garantir a manutenção do Serviço Webservice, por meio do DATASUS/SGEP/MS; Atualizar trimestralmente a Secretaria Estadual de Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos estados sobre a situação de implantação nos municípios.”

43) Quadro 58 – Indicador 55: Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados.

43.1) Alteração no campo Meta

De:

“Meta regional e estadual: x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de saúde ou estado. Meta municipal e DF: x% de serviços farmacêuticos estruturados no município.”

Para:

“Meta Regional e Estadual: x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de saúde ou estado.

Meta Municipal: x% de estabelecimentos farmacêuticos (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico) estruturados, no município.”

43.2) Alteração no campo Método de Cálculo:

De:

“Método de cálculo regional e estadual

Número de municípios da extrema pobreza com serviços de Assistência Farmacêutica estruturados na região de Saúde ou estado

Número total de municípios da extrema pobreza na região de Saúde ou estado X 100

Método de cálculo municipal e DF

Número de serviços farmacêuticos da Atenção Básica estruturados no município X 100

Número total de serviços farmacêuticos da Atenção Básica no município”

Para:

“Método de Cálculo Regional e Estadual

Número de municípios da extrema pobreza com serviços de Assistência Farmacêutica estruturados na região de saúde ou estado

Número total de municípios da extrema pobreza na região de saúde ou estado X 100

Número total de municípios da extrema pobreza na região de saúde ou estado

Método de Cálculo Municipal

Número de estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica estruturados no município

-----X 100

Número total de estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica no município”

43.3) Alteração no campo Recomendações, observações e informações adicionais.

De:

“O indicador mede o número de municípios com população em extrema pobreza com serviços farmacêuticos da Atenção Básica (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico) estruturados, no que diz respeito a equipamentos e mobiliários, conforme as diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS.”

Para:

“O indicador mede o número de municípios com população em extrema pobreza com estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico) estruturados, no que diz respeito a equipamentos e mobiliários, conforme as Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS.”

43.4) Alteração no campo Responsabilidade da União para o alcance da meta.

De:

“Disponibilizar as diretrizes para a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Apoiar a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica da Atenção Básica, dos municípios habilitados no programa Qualifar-SUS, no Eixo Estrutura, com recurso para equipamento, mobiliários e manutenção de serviços. Prestar cooperação técnica articulado com as secretarias estaduais de Saúde e regiões de Saúde, para implementação das ações necessárias a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.”

Para:

“Disponibilizar as diretrizes para a estruturação dos estabelecimentos de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; Apoiar a estruturação dos estabelecimentos de Assistência Farmacêutica da Atenção Básica, dos municípios habilitados no programa QUALIFAR-SUS, no Eixo Estrutura, com recurso para equipamento, mobiliários e manutenção de serviços; Prestar cooperação técnica articulado com as Secretarias Estaduais de Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos estados para implementação das ações necessárias a estruturação dos estabelecimentos de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.”

44) Quadro 60 – Indicador 57: Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas

44.1) Alteração no campo Tipo de Indicador.

De:

“Universal”

Para:

“Específico”

45) Quadro 69 – Indicador 66: Componente do SNA estruturado

45.1) Alteração de redação no campo Recomendações, observações e informações adicionais.

De:

“Bem como, aquele que utiliza sistema informatizado e procedimentos padronizados na realização da ação de auditoria, devendo esta ser emitida ao menos uma vez por ano.”

Para:

“Bem como, aquele que utiliza sistema informatizado e procedimentos padronizados na realização da ação de auditoria, devendo esta ser realizada ao menos uma vez por ano.”

4. Oportunamente, informa-se que o indicador 07 – Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, indicador 8 – Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e indicador 40 – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados encontram-se pendentes de apreciação triparte: os dois primeiros no que se refere à tipologia e o último quanto ao método de cálculo.



DORIAN CHIM SMARZARO

Analista Técnico de Políticas Sociais
Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da
Gestão Interfederativa-DAI/SGEP/MS



NÚBIA DE LIMA FREIRE

Administradora
Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da
Gestão Interfederativa-DAI/SGEP/MS

Em 24 / 06 / 2014.



GISELA DA COSTA MASCARENHAS

Coordenadora-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa/DAI/SGEP/MS