



**PACTUAÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS E INDICADORES  
2017-2021 (SISPACTO)**

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO 2017**



**PACTUAÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS E INDICADORES  
2017-2021 (SISPACTO)  
MANUAL DE ORIENTAÇÃO 2017**

**Março, 2017**

Rui Costa  
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

João Leão  
VICE-GOVERNADOR

Fábio Vilas Boas Pinto  
SECRETÁRIO DA SAÚDE

Roberto José da Silva Badaró  
SUBSECRETÁRIO

Luis Claudio Guimarães de Souza  
CHEFE DE GABINETE

Jassicon Queiroz dos Santos  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS

Rívia Mery de Barros  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE - SUVISA

Maria do Rosário Costa Muricy  
SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE - SUPERH

Ana Paula Dias de Santana Andrade  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À  
SAÚDE - SUREGS

Gilmar Barros Vasconcelos  
SUPERINTENDENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM  
SAÚDE – SAFTEC

Romulo Souza Cravo  
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO – APG

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	6
ROL DE DIRETRIZES, INDICADORES, METAS E AÇÕES 2017.....	7
Indicador 01.a: Para município/região com menos de 100 mil habitantes:.....	7
Indicador 02 – Proporção de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados.....	8
Indicador 03 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.....	8
Indicador 04 – Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.....	10
Indicador 05 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.....	12
Indicador 06 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes....	15
Indicador 07 - Número de casos autóctones de malária.....	18
Indicador 08– Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. ....	18
Indicador 09 – Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. ....	21
Indicador 10 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.....	23
Indicador 11 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa Etária.....	26
Indicador 12 - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.....	29
Indicador 13 - Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.....	32
Indicador 14 - Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.....	34
Indicador 15 - Taxa de mortalidade infantil.....	39
Indicador 16 - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.....	42
Indicador 17 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.....	46
Indicador 18 - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).....	47
Indicador 19 - Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.....	49

Indicador 20 - Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano .....	50
Indicador 21 - Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica .....	52
Indicador 22 – Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.....	52
Indicador 23 - Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho .....	55

## APRESENTAÇÃO

---

O processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2017-2021 (SISPACTO) articulado com as Ações de Vigilância e Atenção em Saúde vem sendo realizado no Estado da Bahia desde 2013. A cada ano, representantes da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (Sesab) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia (Cosems/BA) atuam na coordenação para discutir as adequações que conduzirão as discussões no ano em curso.

O seguimento do processo é a pactuação em oficinas envolvendo os 417 municípios baianos. Deste modo, em 2017 ocorrerão nove oficinas de pactuação nas sedes dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), onde os municípios serão distribuídos pelas 28 Comissões Intergestores Regionais (CIR) correspondentes a cada Região de Saúde (RS) do Estado. Como indicado pela Resolução CIT nº 08 de 24/11/2016, após a pactuação na CIR os gestores municipal e estadual devem apresentar as suas metas aos respectivos Conselhos de Saúde.

Para apoiar as discussões nas CIR o manual elaborado em 2013 é revisado e feito adequações, resultando nesta versão que apresentamos, com o rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para 2017. Deste modo, o Estado da Bahia permanecerá com os 20 indicadores sendo obrigatório a pactuação para todos os entes.

Com a realização das oficinas, o estado e os municípios iniciam o ciclo da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2017-2021 na Bahia, como no Brasil. Por fim, ressaltamos que o processo de pactuação estará finalizado com o preenchimento, validação e homologação das metas no sistema de informação do SISPACTO (<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto>).

## ROL DE DIRETRIZES, INDICADORES, METAS E AÇÕES 2017

---

**Indicador 01.a: Para município/região com menos de 100 mil habitantes:** Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – Doenças do Aparelho Circulatório, Câncer, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas (DCNT); e **Indicador 1.b: Para município/região com 100 mil ou mais habitantes e estado:** Taxa de mortalidade prematura de (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis - Doenças do Aparelho Circulatório, Câncer, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas (DCNT)

### Meta Estadual e Municipal:

Redução de **2%** ao ano.

### Avaliação da Série Histórica:

Este indicador reflete a mortalidade pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis por 74% das mortes no Brasil em 2012. Essas doenças têm em comum quatro principais fatores de risco (inatividade física, alimentação não saudável, tabagismo e uso nocivo do álcool). Vale ressaltar que, dada a magnitude das DCNT no contexto da Saúde Pública mundial, foi definida em reunião da ONU/2010 que as três esferas de governo elaborassem o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, 2011-2022, enquanto estratégia para redução da morbimortalidade por essas doenças, o que reforça a importância desse indicador. Na Bahia, comparando-se os resultados de **2014 (16.705/266,3)** em relação a **2015 (16.749/265,6)**, observa-se um aumento de 0,26% do número e redução de 0,26% da taxa de óbitos pelas quatro principais DCNT. Ressalte-se a importância de desagregar as DCNT e verificar qual a tendência de cada uma das quatro no território, de modo a propor ações que possam contribuir para redução do indicador conforme a realidade local.

**Tabela 1** - Número de óbitos prematuros e taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT\*, Bahia, 2013 a 2016

ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de óbitos	15.938	16.101	16.516	16.705	16.749	15.947
Taxa de mortalidade prematura	272,7	273,9	264,7	266,3	265,6	251,7

**Fonte:** SESAB/DIVEP/CODANT/DIS\*DCNT (Doenças do Aparelho Circulatório, Câncer, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas). Dados preliminares, elaborados com informações processadas até 13.02.2017

### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Elaborar informes contendo análises sobre a ocorrência de DCNT, seus fatores de risco e medidas de prevenção. Esta ação busca ampliar o conhecimento sobre a ocorrência de DCNT, seus fatores de risco e medidas de prevenção.

A2 – Publicar informe para disseminar informações epidemiológicas obtidas a partir das análises sobre a ocorrência de DCNT, seus fatores de risco e medidas de prevenção. Esta ação busca divulgar as informações sobre DCNT e seus fatores de risco para gestores, profissionais de saúde e para a população em geral, com vista à adoção de medidas de prevenção e de hábitos saudáveis.

A3 – Capacitar gestores e profissionais do SUS e de outros setores para a vigilância e prevenção das DCNT. Esta ação visa ampliar a capacidade dos profissionais da rede atenção à saúde, para implementação de ações de prevenção e controle das DCNT e dos seus fatores de riscos.

A4 – Elaborar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e incluir as ações desse no Plano Municipal de Saúde. Esta ação visa sistematizar e contribuir para a realização das atividades dos três eixos do plano (vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e atenção integral) de acordo a análise da situação de saúde, para implementação das ações de prevenção e controle das DCNT e dos seus fatores de riscos.

**Responsável Pelo Monitoramento:** Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – CODANT/DIVEP/SUVISA. E-mail: [divep.dant@saude.ba.gov.br](mailto:divep.dant@saude.ba.gov.br). tel: (71) 3116-0045

## **Indicador 02 – Proporção de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados**

Este indicador é específico e o Estado da Bahia por decisão em CIB não pactuará.

## **Indicador 03 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida**

### **Meta Estadual e Municipal:**

Tomando como parâmetro o valor 85,7% de óbitos com causa definida em 2015 e, com o objetivo de atingir a meta de 95,5% para este indicador em 2019, a proposta é de elevar este percentual em **2,0% para o ano de 2017, de 2,5% em 2018 e de 3,0% em 2019**, acumulando no período, uma



elevação de 7,5%%, alcançando assim o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde para este último ano.

### **Avaliação da Série Histórica:**

Valores elevados do percentual de óbitos com causa definida indicam um registro mais adequado das causas de óbito por parte dos profissionais responsáveis pela assistência médica aos pacientes, maior acesso aos serviços de saúde e aos meios de diagnóstico, além de refletir os resultados da atividade de investigação de óbitos por causas mal definidas. Para a análise da distribuição da mortalidade por causas, é importante que este indicador corresponda a um valor mínimo aceitável de 90%, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

No Estado da Bahia, as mortes por causas definidas vêm apresentando tendência crescente desde 2006, ano em que foi iniciada a atividade de investigação das mortes sem definição de causa, no Estado, como uma ação integrada das áreas de vigilância e informação da Sesab, conforme mostra a tabela abaixo.

**Tabela 2** - Proporção de óbitos por causa definida e variação percentual. Estado da Bahia, 2005 - 2016

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção de óbitos por causa definida (%)	74,7	85,7	86,4	85,5	86,4	87,0	86,7	87,3	87,5	86,9	85,7	83,1
Variação Percentual 2005/2015 e 2005/2016	(2005/15) 14,8% (2005/16) 11,3%											

**Fonte:** Sesab/Suvisa/DIS – SIM \*Dados preliminares, processados em 22.02.2017

Observa-se um aumento de 14,8% de óbitos com causa definida, sendo que o percentual médio para esta proporção foi de 86,2, no período de 2005 a 2015, ano com base de dados em fase de consolidação final (Portaria SVS nº116/2009). Ressalta-se que os percentuais referentes aos anos de 2015 e 2016 devem se elevar, visto que estas bases de dados encontram-se em fase de crítica e correção, para a divulgação das informações definitivas, pelo Ministério da Saúde.

Analisando-se os 417 municípios da Bahia, observa-se que estes valores são bastante heterogêneos, variando de 100,0% a 40,2% no ano de 2015. Entretanto, ao se analisar estas proporções deve-se atentar que, alguns municípios alcançam elevados percentuais de definição de causas de morte, por

não captação de todos os eventos ocorridos, especialmente nas áreas rurais ou localidades mais isoladas e com deficiências na assistência médica. Já outros municípios com baixos percentuais, apresentam uma adequada cobertura do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, o que significa que fazem a captação de todas ou da maioria das mortes ocorridas nas suas áreas de abrangência (com e sem assistência médica). Assim, deve-se avaliar os percentuais de definição de causas de morte, levando-se em consideração a adequação da captação dos eventos.

#### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Intensificar a coleta das declarações de óbitos (DO). Esta ação objetiva aumentar a coleta de declaração de óbitos nos municípios com grandes deficiências na cobertura do SIM, visando à captação de todos os eventos ocorridos no Estado e obtenção de dados confiáveis para a análise da situação de saúde. O critério para estabelecer essa deficiência é o Cálculo Geral de Mortalidade - CGM bruto (média de 03 anos) menor que 4,4 óbitos por 1.000 habitantes, em municípios com população inferior a 50.000 habitantes, e menor que 5,3 óbitos por 1.000 habitantes, em municípios com população maior ou igual a 50.000 habitantes. Estas taxas representam os valores mínimos aceitáveis.

A2 – Garantir o envio de dados ao SIM com regularidade. A regularidade é um indicador de assiduidade da informação que mede a oportunidade com a qual ela é disponibilizada para a tomada de decisões. Quanto maior a regularidade, mais condições o gestor terá de calcular indicadores diretamente do sistema e tomar decisões mais fundamentadas.

A3 – Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). As causas de óbito estão listadas nos capítulos da CID-10, entretanto as causas classificadas com os códigos de R00 a R99, do Capítulo XVIII (Sinais, Sintomas e Achados Anormais ao Exame Clínico e Laboratorial), correspondem a causas mal definidas de mortalidade.

### **Indicador 04 – Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada**

#### **Meta Estadual e municipal:**

Alcançar a cobertura preconizada  $\geq 75\%$

Manter elevadas coberturas vacinais (CV) das quatro vacinas selecionadas (Pentavalente; Poliomielite, Pneumocócica conjugada-10 e Tríplice viral) do calendário básico de vacinação para crianças em  $\geq 95\%$ .

### **Avaliação da Série Histórica:**

Durante muitos anos o registro de doses aplicadas foi realizado em um sistema que não permitia distinguir quem recebia a dose, e somente registrava o número de doses aplicadas. Em 2012, o Ministério da Saúde, com o suporte do DATASUS, criou o SI-PNI (Sistema de Informação do Programa de Imunizações), cujo objetivo era de apresentar informações relevantes para o planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das atividades de vacinação por meio do registro nominal de doses aplicadas em relação à população alvo, permitindo não só conhecer a cobertura vacinal, mas também identificar o (a) vacinado (a) para a partir disso, aplicar métodos e estratégias para buscar os não vacinados nos respectivos territórios.

No entanto, entre os anos 2013 a 2016 foram apresentados resultados insatisfatórios, que tem dificultado a averiguação das reais coberturas vacinais, estes problemas podem ter relação com a implantação do SI-PNI nos municípios. Nesse período, os municípios estariam utilizando mais de um sistema, o API/SI-PNI ou APIWEB/SIPNI. O uso paralelo de dois sistemas, para registro de doses aplicadas, também trouxe um viés de análise, uma vez que os sistemas não são integrados e por isso, os dados do segundo não migram para primeiro. Além do exposto acima, alguns fatores tem contribuído para esse resultado a exemplo de problemas operacionais, tem sido identificado que muitos municípios vêm assinalando o campo de “registro de vacinação anterior” erroneamente, ocasionando uma diminuição das doses válidas e erro na exportação dos dados do SI-PNI.

Inserir o indicador de Proporção de Vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinal adequada é um desafio para todas as esferas de governo, porque exige dos gestores e profissionais de saúde o investimento na implantação do SI-PNI (nominal) e a inserção no cotidiano das ações de imunização, de outros indicadores que convidam para a organização do serviço e cumprimento das boas práticas em vacinação.

**Tabela 3** - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinal adequada. 2012 a 2016, Bahia.

Ano	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	25%	50%	25%	25%	0%
Nº de	4	4	4	4	4

<b>imunobiológicos</b>					
------------------------	--	--	--	--	--

Fonte: DATASUS/DIVEP. Dados de 15/02/2017

**Observações relevantes:** os dados apresentados na série histórica e nesta nota técnica seguem os preconizados pelo Ministério da Saúde. Para o cálculo das coberturas das quatro vacinas do SIPNI utilizará apenas a população de nascidos vivos no ano.

**Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Distribuir vacinas na rede de serviços locais. Na medida em que a existência das vacinas nas Unidades de Saúde é indispensável para o alcance das coberturas preconizadas, a logística de sua distribuição e de seu armazenamento exige organização bem definida.

A2 – Aplicar vacina Pentavalente em menor de 1 ano.

A3 – Aplicar vacina contra Poliomielite em menor de 1 ano.

A4 – Aplicar vacina Pneumocócica conjugada em menor de 1 ano.

A5 – Aplicar vacina Tríplice viral crianças de 1 ano de idade.

A6 – Monitorar o avanço mensal das coberturas de cada vacina. O monitoramento mensal das coberturas vacinais permite detectar oportunamente baixas coberturas, possibilitando a identificação de possíveis fatores responsáveis por essa situação, com o objetivo de adotar medidas para revertê-la.

A7 – Implantar o sistema de informação nominal e por procedência referente à vacinação (SI-PNI), nas salas de vacinas. Esta ação visa implantar o SI-PNI nas salas de vacinas para permitir, de forma ágil e segura, o registro da identificação do indivíduo vacinado, sua procedência. Esse sistema possibilitará análises das coberturas vacinais mais consistentes, subsidiando o PNI na gestão das ações de imunizações.

**Responsável Pelo Monitoramento:** Coordenação Estadual de Imunizações e Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis – CIVEDI/ DIVEP/ SUVISA. Email: [sesab.imune@saude.ba.gov.br](mailto:sesab.imune@saude.ba.gov.br)/ Tel: (71) 3116-0036.

**Indicador 05 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação**

**Meta Estadual e Municipal:**

75% dos casos encerrados oportunamente

### **Avaliação da Série Histórica:**

A série histórica de encerramento oportuno de doenças de notificação compulsória na Bahia, segundo o Plano Plurianual (PPA 2012-2015) o Plano Estadual de Saúde (PES 2012–2015), apresenta uma média acima de 75% de encerramento oportuno (Tabela 4). Observa-se, no entanto, que embora haja tendência da manutenção na proporção de casos de DNCI encerradas em até 60 dias há uma tendência decrescente do número de casos notificados na série histórica inclusive com aumento no número de municípios silenciosos ao longo da série principalmente a partir de 2015. No ano de 2016 houve 1.445 notificações destas, 1.065 foram investigados e encerrados em tempo oportuno.

O resultado da investigação concluída oportunamente fornece o conhecimento de casos confirmados e descartados e, por conseguinte, permite orientar a aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil.

**Tabela 4** – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação, Bahia, 2012 e 2016

<b>Ano da Notificação</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Proporção de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerradas oportunamente	77,7	79,0	76,4	78,2	73,7*
Número de Casos Notificados de Doenças de Notificação Compulsória (DNC)	4.177	3.597	4.555	2.418	<b>1.445*</b>

**Fonte:** Sinan-Relatório/ Versão 4.7 Coap/ (\*dados parciais) dados atualizados 10.02.2017.

No âmbito Nacional foram definidos para este indicador, em virtude de sua magnitude e relevância, os seguintes eventos e doenças de notificação imediata nacional: Antraz pneumônico, Arenavírus, Botulismo, Cólera, Dengue (óbitos), Ebola, Febre amarela, Febre do Nilo ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública, Febre maculosa e outras rickettsioses, Febre purpúrica brasileira, Hantavirose, Influenza humana produzida por novo subtipo viral, Lassa, Malária na região extra Amazônica, Marburg, Poliomielite por poliovírus selvagem, Peste, Óbito

com suspeita de doença pelo vírus Zika, Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya, Raiva humana, Rubéola, Sarampo, Síndrome de paralisia flácida aguda, Síndrome da rubéola congênita, Síndrome respiratória aguda grave associada a coronavírus, Tularemia, Variola e outras emergências de saúde pública.

O estado da Bahia orienta que estes agravos supracitados deverão ser monitorados pelos municípios e pelo estado através do Programa de Qualidade das Ações de Vigilância em Saúde PQA-VS; e, também, por outros instrumentos de planejamento e acompanhamento da Gestão do SUS.

Para o SISPACTO, o indicador proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação, o Estado considerou as 14 doenças com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata, sendo: botulismo, cólera, coqueluche, dengue ("Dengue Grave e sinais de alarme"), difteria, febre amarela, febre maculosa, hantavirose, leptospirose, meningite, paralisia flácida aguda, raiva, rubéola e sarampo, em consonância PPA/PES 2016-2019.

**Nota : \*as formas de DENGUE COM SINAIS DE ALARME, DENGUE GRAVE e ÓBITOS não migram para o Sinan-Relatório do Sinan –On-line e devem ser acompanhadas paralelamente pelos municípios e estado, conforme quadro 1 e 2.**

Quadro 1. Casos de notificação de dengue com sinais de alarme encerrados em tempo oportuno por município de residência, Bahia, 2016

MUNICÍPIOS	Nº CASOS	ENCERRADOS OPORTUNO	TEMPO
Caetité	1	sim	
Itabuna	1	sim	
Porto Seguro	1	sim	
Presidente Jânio Quadros	1	sim	
Teixeira de Freitas	1	sim	

Fonte: Divep/Sinan on-line .Data de Coleta: 20/02/2017

Quadro 2: Casos de notificação de dengue grave encerrados em tempo oportuno por município de residência, Bahia, 2016

MUNICÍPIOS	Nº CASOS	ENCERRADOS OPORTUNO	TEMPO	ÓBITOS
Buerarema	1	sim		Sim

Candeias	1	sim	Sim
Ilhéus	1	não	Sim
Itabuna	1	não	Sim
Prado	1	sim	-
Ruy Barbosa	1	sim	Sim

Fonte: Divep/Sinan on-line .Data de Coleta: 20/02/2017

### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Melhorar qualidade da vigilância epidemiológica para torná-la ágil e oportuna. O monitoramento do Sinan é uma ação que fortalece o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, uma vez que mantém atualizada a base de dados nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), subsidiando os gestores para tomada de decisão de forma oportuna. O encerramento da investigação dos casos notificados e suspeitos deverá ser efetuado conforme normativas vigentes.

A2 – Gerenciar sistema de informação assegurando envio de dados do SINAN com regularidade, conforme preconizado. A regularidade é um indicador de assiduidade da informação que mede a oportunidade com a qual ela é disponibilizada para a tomada de decisões. Quanto maior a regularidade, mais condições o gestor terá de calcular indicadores diretamente do sistema e tomar decisões mais fundamentadas.

<p><b><u>Responsável Pelo Monitoramento:</u></b> Coordenação de Ações Estratégicas (CAEST/DIVEP /SUVISA). Email: <a href="mailto:caest.divep@gmail.com">caest.divep@gmail.com</a> Tel: 3116-0054</p>
--

## **Indicador 06 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes**

### **Meta Estadual e Municipal:**

Alcançar em **≥ 88%** a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.

### **Avaliação da Série Histórica:**

É um indicador que avalia a efetividade do serviço, possibilitando a inferência sobre a qualidade do atendimento e acompanhamento dos casos e a disponibilidade de PQT/OMS. A cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas. O retardo na atualização e transferência dos dados de altas pelos municípios/regionais de saúde

implica em limitação para análise desse indicador, uma vez que a alta acaba por não acontecer em tempo oportuno. Nos últimos anos, orientações do Ministério da Saúde a respeito de datas diferentes para fechamento da base de dados anual provocaram modificações na estrutura da série histórica, produzindo dados conflitantes nas páginas oficiais do Ministério da Saúde, e mesmo dentro do próprio estado. É importante destacar que para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os parâmetros são classificados em: **Bom**  $\geq 90\%$ ; **Regular** 89,9% a 75%; **Precário**  $< 75\%$ . Observa-se, na Tabela 5, que o Estado não atingiu na série histórica apresentada as metas pactuadas, permanecendo com o indicador na classificação “regular”.

**Tabela 5** – Proporção de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, Bahia – 2013 a 2016

	2013	2014	2015	2016
<b>% Pactuado</b>	85,0	90,0	90,0	90,0
<b>% Resultado</b>	76,3	80,5	83,7	81,6*

**Fonte:** Sinannet GT-Hanseníase/Coagravos/DIVEP/SESAB: Dados 2013 Sinannet com DBF de 01-04-2014. Dados 2014 Sinannet com DBF de 31-03-2015. Dados 2015 Sinannet com DBF de 11-04-2016. \*Dados 2016 Sinannet com DBF de 14-02-2017

#### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Identificar casos novos de hanseníase. Busca de casos novos de Hanseníase deve ser realizada através de exames de coletividade, demanda espontânea.

A2 – Notificar os casos de hanseníase no Sinan. Todos os casos confirmados de Hanseníase devem ser notificados ao Sinan.

A3 – Atualizar o Livro de Registro e Controle de Tratamento de Hanseníase. Os casos notificados exigem acompanhamento pela unidade de saúde e o registro de todas as informações dos pacientes que iniciaram o tratamento no *Livro de Registro e Controle de Tratamento de Hanseníase*. Desse livro serão retiradas as informações para o preenchimento do *Boletim de Acompanhamento de Hanseníase* do Sinan.

A4 – Atualizar mensalmente o boletim de acompanhamento de hanseníase no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A Vigilância Epidemiológica Municipal deve emitir o *Boletim de Acompanhamento de Hanseníase* mensalmente e encaminhar às Unidades de Saúde para complementação/atualização dos dados. As Unidades de Saúde devolvem o *Boletim de Acompanhamento de Hanseníase* preenchido/atualizado para Vigilância Epidemiológica Municipal, que deverá analisá-lo e inserir os dados no Sistema de Informação de Notificação de Agravos (Sinan). A última data de comparecimento do usuário deve ser registrada mensalmente no Sinan.



A5 - Assegurar consulta mensal durante o tratamento (médica/enfermagem). Agendar consulta mensal, para verificar evolução do tratamento e monitorar efeitos colaterais do medicamento. Para esta ação considerar o mínimo de 06 consultas por paciente com a forma paucibacilar e 12 para os pacientes multibacilares.

A6 – Realizar exame de rotina (hemograma, parasitológico, TGO, TGP, ureia e creatinina no momento do diagnóstico ou quando necessário nos pacientes com comorbidade.

A7 – Realizar busca ativa de faltoso ao tratamento. Pacientes apazados que não compareceram à consulta, a unidade deverá resgatá-lo no prazo de até 30 dias por meio de visita domiciliar realizada pela equipe da atenção básica.

A8 – Realizar prevenção de incapacidade dos casos que iniciam tratamento, no momento da alta e sempre que houver reações hansênicas com preenchimento dos formulários utilizados no prontuário. Ao receber alta, os pacientes deverão ser orientados sobre os cuidados pós-alta. Encaminhar para fisioterapeuta quando necessário.

A9 – Examinar contatos de casos novos dentre os registrados. A vigilância dos contatos consiste no exame dermatológico dos contatos de casos novos diagnosticados, independente da classificação operacional do paciente. A investigação epidemiológica tem por objetivo a identificação de novos casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. Para os contatos intradomiciliares que não comparecerem à unidade de saúde para a realização de exame dermatoneurológico deverão ser visitados em domicílio para reagendamento da consulta. Aplicar vacina BCG no contato intradomiciliar, sem a presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação (Seguir a recomendação das Diretrizes para Vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública, 2016)

A10 – Promover ações de educação permanente para profissionais da atenção básica visando a implementação das ações relacionadas ao indicador. Realizar encontros/reuniões/oficinas quadrimestral para atualização/capacitação e visitas técnicas.

A11 – Disponibilizar normas orientadoras do MS para a equipe da atenção básica e unidades de referência dos municípios visando o desenvolvimento das ações relacionadas à meta. Disponibilizar manuais/protocolos de Vigilância Epidemiológica para consulta nas unidades de atendimento e/ou meio eletrônico de fácil acesso.

**Responsável Pelo Monitoramento:** GT de Hanseníase/Coordenação de Vigilância e Controle de Agravos da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP/SUVISA). Email: [divep.hansenias@gmail.com](mailto:divep.hansenias@gmail.com) Tel (71) 3116-0081.

## **Indicador 07 - Número de casos autóctones de malária**

O Estado da Bahia não pactuará este indicador, no SISPACTO/2017, tendo em vista que não foram notificados casos autóctones no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2013 a 2016. os casos notificados na Bahia têm como local Provável da Infecção (LPI) a Região Amazônica e Continente Africano (Angola e república Democrática do Congo).

Considerando a relevância da vigilância epidemiológica da malária, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia através da Coordenação de Doenças Transmissíveis por vetores, se compromete a acompanhar os casos notificados para identificar as mudanças na dinâmica da transmissão da malária.

## **Indicador 08– Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.**

### **Meta Estadual e Municipal:**

Reduzir em 20% a transmissão vertical de sífilis e HIV

- 1) Considerando a série histórica e o incremento médio de casos de 19% ao ano no período 2013 a 2016, optou-se por reduzir a meta de 30% para 20%.
- 2) Para os municípios silenciosos, sem registro de casos de 2013 a 2016, nos quais se estima ocorrência de casos, recomenda-se que a meta seja o número de casos estimados.

### **Avaliação da Série Histórica:**

No Brasil, foi estabelecida a meta de redução da incidência de SC, tendo como parâmetro nacional < 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos, com base na meta definida com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) para os países da América Latina. Em 2015, a Bahia registrou 1.174 casos de sífilis congênita, o que corresponde a uma taxa de incidência de 5,7/1000 NV. Conforme orientações do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a estimativa de casos de sífilis congênita deve ser calculada a partir da prevalência de sífilis em gestante. Para a Bahia, utiliza-se a prevalência de sífilis em gestante da região Nordeste (Estudo Sentinela Parturientes, 2010). Estima-se que, 25% dos casos de sífilis em gestante correspondam aos casos esperados de SC. Para a Bahia, em 2017, estima-se 614 casos de sífilis congênita. Na série histórica de 2013 a 2016 abaixo está representado o número de casos e taxa de incidência da SC na Bahia,

demonstrando um incremento 66,6% no número de casos novos diagnosticados entre 2013 e 2016, superando em todos os anos as estimativas.

**Tabela 6** - Número de casos e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade, entre 2013 a 2016, Bahia

Ano da Notificação	2013	2014	2015	2016	Total
Nº casos	824	1033	1174	1373	4404
Taxa de incidência	4,1	5,1	5,7	7,0	-

Fonte: Divep/SINAN (até 06/02/2017)

**Nota: foram excluídos os casos classificados como descartados.**

**Observação:** Para o cálculo da estimativa de gestante utilizou-se dados preliminares de 2015 do SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) considerando que estes estão mais atualizados quando comparados a 2016. O Datasus ainda não publicou os dados referentes aos nascidos vivos de 2015.

**Ações necessárias para alcance da meta:**

A1- Implantar o Teste Rápido para sífilis nas unidades básicas/Estratégias de Saúde da Família. Esta ação é de extrema importância para qualificação do pré-natal.

A2 – Ampliar o número de executores (profissionais de saúde) do Teste Rápido na Atenção Básica. Esta ação visa possibilitar que as Unidades Básicas de Saúde ofereçam o teste rápido de sífilis para gestantes. Considerar para esta ação a possibilidade de mais de um executor realizando a testagem por unidade de saúde, além daquelas unidades sem profissionais capacitados.

A3 – Notificar e investigar gestantes com sífilis. Esta ação visa ampliar a sensibilidade do Sistema de Saúde para a detecção e notificação de gestantes com sífilis, visando o seu tratamento de forma a evitar a transmissão vertical. Para esta ação, é importante considerar a qualidade no preenchimento da ficha de notificação e investigação.

A4 – Monitorar a notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados. O monitoramento da notificação de casos de sífilis em gestantes deve ter como referência a estimativa de casos esperados, de forma a contribuir para a redução da subnotificação. Esse monitoramento permite medir a agilidade da vigilância epidemiológica em detectar casos e avaliar a qualidade do pré-natal.

A5 – Realizar testagem para sífilis no pré-natal. Instituir, na rotina do pré-natal, a testagem para sífilis em gestantes e em suas parcerias.

A6 – Realizar tratamento adequado nas gestantes com sífilis e nos seus parceiros. Esta ação visa instituir na rotina das UBS/ESF o tratamento adequado de gestantes com sífilis e nos seus parceiros, conforme protocolo estabelecidos pelo Ministério da Saúde. *A NOTA TÉCNICA CONJUNTA CREMEB/COREN-BA/MPBA Nº 001/2016 - CREMEB, COREN-BA E MPBA reiteram aos médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem a importância das ações de prevenção, assistência e controle da sífilis congênita, em todo o Estado da Bahia.*

A7 – Capacitar profissionais de saúde para realização do teste-rápido e tratamento da sífilis. Aumentar a capacidade técnica dos profissionais de saúde da atenção básica de saúde para a realização do teste rápido e manejo clínico de casos de sífilis (médicos e enfermeiros).

A8 – Capacitar profissionais do município no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (CBVETV). Capacitar profissionais da rede de atenção à saúde dos municípios, com vistas a aumentar a sensibilidade e especificidade da vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis no território. Para essa ação considerar a atuação dos profissionais nas diversas áreas (Atenção Básica, Maternidades, Serviço de Atenção Especializada, Hospitais de Referência, Núcleo de Epidemiologia Hospitalar, Serviços de Atenção Secundária, Equipe de Vigilância à Saúde e da Gestão do Cuidado).

A9- Realizar busca ativa de casos de SC em prontuários de maternidades e hospitais pediátricos, com base nos critérios de definição de caso. Aumentar a sensibilidade da Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita para captação de casos subnotificados de SC em menores de 2 anos.

A10- Rastrear registro de casos de SC em outros sistemas de informações, como SIH-SUS, SIM. Aumentar a sensibilidade da Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita para captação de casos subnotificados de SC em menores de 2 anos.

A11- Implantar Comitês de Investigação de Sífilis Congênita, com ação regional ou municipal (prioridade para municípios com população  $\geq 100.000$  habitantes, municípios silenciosos para sífilis e municípios com incidência de casos acima da média esperada para o estado da Bahia. Os Comitês de Investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C têm como objetivo propor medidas para redução dos casos de Transmissão Vertical visando à melhoria da qualidade da vigilância, assistência e da gestão. Estes comitês de investigação deverão reunir instituições governamentais, gestores, trabalhadores em saúde, conselhos de classe, membros da academia e integrantes da sociedade civil organizada.

A12- Implantar protocolo de investigação da transmissão vertical sífilis. O protocolo de investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C, permitirá identificar as possíveis falhas que ocasionaram a transmissão vertical da sífilis e poderá contribuir no

aprimoramento das ações assistenciais e de vigilância epidemiológica e permitir a qualificação de políticas públicas voltadas para a redução da Transmissão Vertical, visando sua eliminação.

A13 – Implantar o TR para sífilis na admissão de gestantes nas Maternidades, Casas de Parto e Hospitais que prestam assistência ao parto. O objetivo da vigilância da sífilis em gestante é desencadear as ações de prevenção e tratamento oportuno da infecção, a fim de evitar a ocorrência de casos de sífilis congênita. Dessa forma, se o diagnóstico materno for feito no momento do parto, o que significa que a mãe não foi tratada adequada e oportunamente, durante a gestação, não há como evitar o caso de sífilis congênita. Destaca-se que no caso das mulheres que tiverem diagnóstico de sífilis nas maternidades/hospitais, quando da admissão para parto, deverão ser notificadas como Sífilis Adquirida. Para esta ação considerar o número de serviços que não realizam testagem para sífilis.

**Responsável Pelo Monitoramento:** GT de DST/Aids/HIV da Coordenação de Vigilância Epidemiológica e Controle de Agravos (COAGRAVOS/DIVEP/SUVISA). Email: [dsthivaid.s.bahia@gmail.com](mailto:dsthivaid.s.bahia@gmail.com) e [dstaidsba.vigilancia@gmail.com](mailto:dstaidsba.vigilancia@gmail.com). Tel (71) 3116-0009/0076.

## **Indicador 09 – Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos.**

### **Meta Estadual e Municipal:**

Reduzir a incidência de Aids em menores de 5 anos em 20% ao ano.

### **Avaliação da Série Histórica:**

Este indicador representa uma aproximação (*proxy*) da transmissão vertical da infecção pelo HIV. O esforço da vigilância epidemiológica deve ser no sentido de notificar todos os casos no Sinan e recomendar medidas de prevenção e controle, de forma a zerar a ocorrência de casos de Aids em crianças menores de 5 anos, por meio de ações integradas de saúde. Em 2016, observou-se redução dos casos notificados no Sinan em relação aos anos anteriores. No entanto, comparando os dados do Sinan com a base de dados nacional (Sinan+Siscel/Siclom+SIM), verifica-se subnotificação de 53,5% de 2013 a 2016. Recomenda-se que a referência seja à base de dados nacional (<http://www.aids.gov.br/pagina/tabulacao-de-dados>).

**Obs.:** Ainda que ocorram casos de transmissão vertical do HIV, o tratamento deve ser instituído oportunamente para evitar que haja evolução para Aids. Foi utilizado como referência o ano de 2015, considerando que o banco de dados está mais atualizado.

O Estado e a União têm como responsabilidade apoiar técnico e institucionalmente os municípios para desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente em parcerias com municípios, disponibilizar normativas técnicas orientadoras para desenvolvimento das ações relacionadas à meta e indicador. Disponibilizar insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento da Aids.

**Tabela 7** - Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, entre 2013 a 2016, Bahia

Ano de diagnóstico	2013	2014	2015	2016	Total
Sinan (até 06/02/2017)	12	14	13	7	46
Base de dados nacional (Sinan (até 30/06/2017 +Siscel/Siclom+ Sim	36	29	22	12	99
% Subnotificação	66,7	51,7	40,9	41,7	53,5

Fonte: Divep/Sinan/Sim/Siscel e Siclom. Dados coletados em 06/02/2017

#### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 - Implantar o Teste Rápido para HIV nas unidades básicas/Estratégias de Saúde da Família. Esta ação é de extrema importância para qualificação do pré-natal. Para esta ação considerar as unidades que ainda não realizam o teste rápido de HIV para a gestante.

A2 – Implementar o TR para HIV na admissão de gestantes nas Maternidades, Centro de Parto Normal e Hospitais que prestam assistência ao parto. Reconhecemos que durante o pré-natal é o momento ideal para se realizar o aconselhamento e realizar o teste de anti-HIV. Porém, a maternidade deverá testar a gestante no momento da admissão com o objetivo de reduzir as chances de transmissão do HIV.

A3 – Capacitar profissionais de saúde para realização do teste rápido. Esta ação visa ampliar a capacidade técnica dos profissionais de saúde na realização do teste rápido. Esta ação deverá ser programada considerando a quantidade de unidades da atenção básica e maternidades/hospitais que realizam partos, uma vez que o TR deve ser oferecido a todas as gestantes durante o pré-natal e na admissão. Para essa ação considerar a possibilidade de mais de um profissional executando o teste, assim como aqueles profissionais das unidades de saúde que ainda não executam o TR.

A4 – Realizar a testagem rápida para o HIV no pré-natal, de acordo com as normativas vigentes. Esta ação visa aumentar a cobertura de testagem para o HIV no pré-natal.

A5 – Notificar gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas. Esta ação visa aumentar a cobertura de notificação das gestantes infectadas pelo HIV e de crianças expostas atendidas na rede de serviços.

A6 – Realizar ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes, parturientes e em crianças expostas, de acordo com as normativas vigentes. Esta ação refere-se à implementação das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV com foco na qualidade de toda linha de cuidado (Atenção Básica, SAE e Maternidade/hospitais). Utilização de antirretrovirais (ARV) como quimioprofilaxia para gestantes HIV positivas durante o pré-natal, parto e para crianças sabidamente expostas ao HIV.

A7 - Implantar Comitês de Investigação de Sífilis Congênita, com ação regional ou municipal (prioridade para municípios com população  $\geq 100.000$  habitantes, municípios silenciosos para sífilis e municípios com incidência de casos acima da média esperada para o estado da Bahia. Os Comitês de Investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C têm como objetivo propor medidas para redução dos casos de Transmissão Vertical visando à melhoria da qualidade da vigilância, assistência e da gestão. Estes comitês de investigação deverão reunir instituições governamentais, gestores, trabalhadores em saúde, conselhos de classe, membros da academia e integrantes da sociedade civil organizada.

A8- Implantar protocolo de investigação da transmissão vertical de HIV. O protocolo de investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C, permitirá identificar as possíveis falhas que ocasionaram a transmissão vertical da sífilis e poderá contribuir no aprimoramento das ações assistenciais e de vigilância epidemiológica e permitir a qualificação de políticas públicas voltadas para a redução da Transmissão Vertical, visando sua eliminação.

**Responsável Pelo Monitoramento:** GT de DST/AIDS/HIV da Coordenação de Vigilância Epidemiológica e Controle de Agravos (COAGRAVOS/DIVEP/SUVISA). Email: [dsthivaid.s.bahia@gmail.com](mailto:dsthivaid.s.bahia@gmail.com) e [dstaidsba.vigilancia@gmail.com](mailto:dstaidsba.vigilancia@gmail.com) Tel.: (71)-3116-0009/0076

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

**Meta Estadual e Municipal:**

100% dos municípios cumprindo o plano de amostragem para os parâmetros básicos (coliformes totais, cloro residual livre e turbidez).

Para os municípios realizar 100% do plano de amostragem para os parâmetros básicos.

### **Avaliação da Série Histórica:**

Os municípios que não possuem laboratórios de referência para realização das amostras, deverão realizar 100% do Plano de Amostragem para o parâmetro cloro residual livre, uma vez que não dependem de laboratório para realização dessa análise. Para os demais parâmetros, apresentar justificativa.

A vigilância da qualidade da água para consumo humano é dever da saúde previsto na lei 8080/90, e nas Resoluções CIB nº 249/2014 e 34/2016 que define o sistema estadual de vigilância da saúde, essa ação está prevista como responsabilidade de todos os municípios.

Desde 2015, a meta estabelecida para este indicador passou para **100%** de cumprimento do plano de amostragem para os parâmetros básicos, visto que quase todos os municípios baianos (417) pactuaram, junto ao Ministério da Saúde, 90% do número de amostras estabelecidas na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, para realização do parâmetro de coliforme total, no Programa de Qualidade das Ações de Vigilância à Saúde (PQA -VS).

Em 2016, os municípios baianos realizaram **26,08%** de análises em amostras de água para o parâmetro **cloro residual livre**, **32,08%** para o parâmetro **turbidez** e **32,93%** para o parâmetro **coliformes totais**, em relação ao total de amostras obrigatórias constante no plano de amostragem. Assim, o resultado alcançado pelo indicador no ano foi **30,52%**, abaixo do atingido em 2015, **40%**.

Quanto a meta estadual, apenas **17 (4,07%)** dos municípios cumpriram 100% do plano de amostragem.

### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Atualizar os dados de cadastro das formas de abastecimento de água, no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). O cadastramento das formas de abastecimento de água dos municípios é essencial para o conhecimento da situação local. Anualmente, o responsável pelo Vigiagua deve realizar a atualização do cadastro dos sistemas e das soluções alternativas de abastecimento de água e, quando necessário, realizar o cadastramento de novas formas de abastecimento identificadas. Quando o sistema de abastecimento de água for operado pela EMBASA, essa atualização será realizada pela



prestadora. O município irá apenas acompanhar a atualização pelo Sisagua. Essa ação visa subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, relacionadas à vigilância em saúde ambiental, visando à prevenção de riscos à saúde decorrente do consumo de água.

A2 – Registrar no Sisagua os resultados das análises de água realizadas pelo controle. Os dados das análises de controle de qualidade da água, realizadas pelos prestadores de serviço, devem ser enviados ao setor saúde para avaliação pela vigilância, e lançados no Sisagua, conforme preconizado pela Portaria de Potabilidade da Água (Portaria GM/MS nº 2.914). Nos sistemas de abastecimento de água, as prestadoras de abastecimento deverão alimentar o SISAGUA com os resultados de controle, conforme Portaria Estadual Nº 832/15, após serem treinadas pelos técnicos das vigilâncias municipais. As equipes de vigilância acompanharão a inserção dos dados no Sisagua. Esta ação permite ao setor saúde avaliar a qualidade da água distribuída para consumo humano, visando à adoção de medidas corretivas, junto aos responsáveis pelo abastecimento de água, quando detectados problemas na sua qualidade.

A3 – Realizar coleta de amostras de água e enviar aos Laboratórios de Saúde Pública, para análise. A realização de coleta de amostras de água e a avaliação dos resultados das análises são ações prioritárias, estabelecidas no Programa Vigiagua, para verificar a potabilidade da água de consumo humano. A análise microbiológica da água (coliformes totais) permite verificar a presença de microorganismos patogênicos que podem causar riscos à saúde. As análises rotineiras dos parâmetros Cloro Residual Livre e Turbidez também são indicativos de possíveis deficiências, no processo de tratamento, preservação e distribuição da água para consumo humano.

A4 – Registrar no Sisagua os resultados das análises de coliformes totais, de cloro residual livre e de turbidez realizadas pela vigilância. Os resultados das análises de água, realizadas pela vigilância, devem ser inseridos no Sisagua para sistematização, consolidação dos dados e geração de relatórios. Esta ação é essencial para subsidiar a atuação da vigilância em saúde ambiental, nas três esferas de governo.

**Responsável pelo Monitoramento na SESAB:** Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA) Coordenação de Saúde Ambiental / Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) / Telefone: 71 3270-5806 / 3270-5772

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

### **Meta Estadual:**

0,40

### **Meta Municipal:**

Municípios que alcançaram resultado menor ou igual a 0,2 **pactuar em 0,3**

Municípios que alcançaram resultado entre 0,3 e 0,4 **pactuar 0,5**

Municípios que alcançaram resultado entre 0,5 e 0,6 **pactuar 0,7**

Municípios que alcançaram resultado igual ou maior a 0,7 **manter ou aumentar para 0,8**

### **Avaliação da Série Histórica**

**Tabela 8** – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária. Bahia, 2010-2016

Ano	Razão
2010	0,57
2011	0,58
2012	0,52
2013	0,35
2014	0,32
2015	0,31
2016	*0,31

**Fonte:** SESAB/SUVISA/DIS/SINASC

\*Dados preliminares processados até 13/02/2017, sujeitos a alteração.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas o câncer. Dentre as metas nacionais definiu-se o aumento da cobertura de exame preventivo do câncer de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e o tratamento de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

Ao analisar o Indicador 11, conforme tabela acima, observa-se que o Estado da Bahia, a partir de 2013 vem mantendo a razão de exames citopatológicos do colo do útero em 0,3%, denotando a premente necessidade de ações estratégicas para aumento da cobertura do exame citopatológicos do colo do útero para população alvo.

Ao avaliar o ano de 2015, observa-se que o Estado da Bahia apresentou razão de 0,31. Sendo que na avaliação por Macrorregião de Saúde observa-se que as Macrorregiões Leste e Sul encontram-se com indicador abaixo da média estadual, na razão de 0,21% e 0,28%, respectivamente, ao passo que as Macrorregiões Centro Norte e Oeste estão acima do indicador estadual, na razão de 0,46% e 0,45% respectivamente. Ao avaliar os municípios individualmente, observa-se que dos 417 Municípios do Estado, 160 (38%) apresentaram razão igual ou menor a 0,2; 141 (34%) entre 0,3 a 0,4; 77 (18%) entre 0,5 a 0,6, e 39 (9%) igual ou superior a 0,7.

Dentre os motivos para a baixa cobertura para exame citopatológicos do colo do útero no Estado da Bahia observa-se a insuficiente coleta de material na Atenção Básica, secundário a deficiência na identificação da população alvo que não realizou exame, deficiência nas estratégias para difusão da informação e adesão da população alvo, falta de insumos necessários a coleta, e/ou capacitação dos profissionais para coleta, acondicionamento e transporte adequado das amostras; organização contratual dos prestadores de serviços com Municípios e Estado, falha ao considerar programação física aquém dos parâmetros do exame citopatológicos para a população alvo; necessidade de melhor organização da rede de laboratórios habilitados na Qualicito, de forma regionalizada, com necessidade de repactuações ao considerar a Programação Pactuada e Integrada/2010; deficiência ou falta de registro por município de residência.

A coleta de material para exame citopatológico do colo do útero é um procedimento realizado na Atenção Básica, não invasiva, que apesar de simples, torna-se complexo por seu detalhamento, devendo ser seguidas as recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, a fim de que a qualidade do exame e seu resultado não fiquem comprometidos. É necessário acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para melhoria da coleta do exame nas Unidades Básicas de Saúde;

O rastreamento na faixa etária preconizada é de 25 a 64 anos, com realização dos dois primeiros exames com intervalo anual e, se ambos forem negativos, os próximos deverão ser realizados a cada 3 anos.

É de grande importância que a Atenção Básica realize cadastro sistemático dos usuários da sua área adstrita, a partir do qual poderá identificar as mulheres da faixa etária para rastreamento. Ao cruzar

os dados entre as mulheres que devem realizar o exame e as que realizaram é possível definir a cobertura, priorizando as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que nunca realizaram o exame. Os profissionais necessitam adotar atitudes proativas, estimulando a adesão das mulheres, desde as ações preventivas até o tratamento da doença.

A Portaria GM/MS nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013, foi instituída entre outros com objetivo de incentivar o aumento da cobertura de realização do exame citopatológico do colo do útero na população feminina de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigente; promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero ofertados à população; promover a educação permanente dos profissionais de saúde; monitorar, através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou de outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, os indicadores de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero.

Em 2014 foi incluída no calendário nacional a vacina contra HPV para meninas na faixa etária de 11 a 13 anos. Em março de 2015 foi alterada para a faixa etária de 9 a 13 anos.

Para exames citopatológicos de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, considerando os resultados obtidos nesse indicador e sua série histórica, propomos como meta Estadual 0,40 para 2017.

#### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Número de exames citopatológicos do colo do útero em 1/3 das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. Anualmente, 1/3 do total de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, deverá realizar o exame citopatológico do colo do útero. Desta forma, ao final de 03 anos, 100% das mulheres nessa faixa etária terá realizado o exame. Para definição do quantitativo de mulheres a ser programado deve ser identificado o número de mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos, retirar aquelas com cobertura Assistencial Médica Suplementar dividir por 3, resultando no número de exames que deve ser feito.

A2 – Realizar levantamento das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero com vistas a realização do referido exame. Na faixa etária de 25 a 64 anos, as mulheres deverão realizar os dois primeiros exames com intervalo anual e, se ambos forem negativos, os próximos deverão ser realizados a cada 3 anos.

A3 – Implementar o SISCAN em todos os Municípios e prestadores de serviço. Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, o SISCAN deverá estar obrigatoriamente implantado nos laboratórios de citopatologia, públicos ou privados que atuam de forma complementar ao SUS, bem como nos Municípios, de acordo com o perfil. No que tange aos municípios, o SISCAN é utilizado para solicitação do exame (requisição), seguimento das usuárias

e acompanhamento das ações de controle do câncer. Para os laboratórios sob gestão municipal, os gestores deverão solicitar a imediata implantação e utilização do SISCAN.

A4 – Monitorar as informações do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e dar seguimento. A utilização do SISCAN permite a análise da distribuição dos resultados dos exames conforme indicação dos procedimentos de rastreamento, diagnóstico e confirmação diagnóstica, possibilitando o seguimento das mulheres com exames alterados e gestão de casos positivos, além de possibilitar a construção de indicadores para o Monitoramento Interno de Qualidade dos exames realizados pelos laboratórios.

A5 – Capacitação de profissionais de saúde e gestores em atenção integral a saúde na atenção oncológica. É fundamental a capacitação dos profissionais da Atenção Básica quanto a coleta do material para exame citopatológico do colo do útero, bem como acondicionamento e transporte adequado das lâminas. Da mesma forma há necessidade de capacitação na utilização do SISCAN, de acordo com o perfil.

A6 – Fortalecer junto aos gestores a aquisição e garantia dos insumos e materiais para a realização dos exames (a garantia deve ser dada pelo gestor municipal). O município deverá garantir o material necessário para realização da coleta de exame citopatológico, conforme descrito no Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama.

A7- Laboratórios habilitados na Qualicito com Monitoramento Interno de Qualidade implantado. Os Municípios deverão enviar as lâminas para leitura do exame citopatológico do colo do útero para laboratórios habilitados na Qualicito, conforme desenho da rede, obedecendo as pactuações.

A8- Realizar incentivo através da Atenção Básica da coleta de material para exame citopatológico do colo do útero para municípios com indicador abaixo de 0,2.

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

**Meta Estadual:** 0,45 para 2017

**Meta Municipal:**

Municípios que alcançaram resultado menor ou igual a 0,29 **pactuar 0,3**

Municípios que alcançaram resultado 0,30 a 0,49 **pactuar 0,5**

Municípios que alcançaram resultado igual ou maior que 0,50 **manter ou aumentar**

### **Avaliação da Série Histórica**

Dentre as metas nacionais estabelecidas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 estão aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

Conforme tabela abaixo, observa-se que o Estado da Bahia, desde 2012 vem apresentando melhora no indicador 12.

**Tabela 9** – Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária. Bahia, 2010-2016

Ano	Razão
2010	0,18
2011	0,22
2012	0,36
2013	0,34
2014	0,37
2015	0,38
2016	*0,44

**Fonte:** SESAB/SUVISA/DIS/SIM

\*Dados preliminares, processados até 13.02.2017- sujeitos a alteração.

Conforme resultados alcançados em 2015, o Estado da Bahia apresentou razão de 0,38, entretanto, ao avaliar por Macrorregião observa-se que as Macrorregiões Centro Leste (0,46), Extremo Sul (0,80), Norte (0,67) e Oeste (0,74) apresentam indicador maior que a média estadual, ao passo que as Macrorregiões Centro Norte (0,24), Leste (0,31), Nordeste (0,16), Sudoeste (0,27) e Sul (0,23) apresentam razão inferior a média Estadual. Ao avaliar os municípios individualmente, observa-se que dos 417 Municípios do Estado, 253(60%) apresentaram razão menor ou igual a 0,29, 48 (12%) entre 0,30 a 0,49, e 116 (28%) entre igual ou maior a 5.

Conforme revisão das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, publicada em 2015, a mamografia é o método preconizado para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. A mamografia de rotina é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.

É necessário capacitação dos profissionais da Atenção Básica no rastreamento do câncer de mama, fortalecer estratégias para difundir informações e mobilização social relativas à prevenção e detecção precoce do câncer de mama, a exemplo do Outubro Rosa.

O Programa Estadual de Rastreamento do Câncer de Mama vem realizando desde outubro de 2011, exames de mamografia de rastreamento, através do deslocamento de unidade móveis. Esta estratégia teve fundamental importância na ampliação do acesso a mamografias de rastreamento no Estado, aumentando desta forma a razão de exames de mamografia para a faixa etária recomendada.

A Portaria GM/MS nº 2.898, de 28 de novembro de 2013, atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), que tem como o desempenho da prestação dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia, com base em critérios e parâmetros referentes a qualidade da estrutura, do processo, dos resultados, da imagem clínica e do laudo, através das informações constantes no SISCAN.

#### **ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Número de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos. Para esta ação deve ser identificado o número de mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos e retirado aquelas que têm cobertura Assistencial Médica Suplementar dividindo por 2 para programar o número de exames que deve ser feito o cálculo considerando a razão do escalonamento. Considerando que a cada ano metade da população alvo deve realizar a mamografia para que ao final de 02 anos 100% das mulheres nessa faixa etária tenham realizado o exame.

A2 – Implementar o SISCAN em todos os Municípios do Estado. Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, o SISCAN deverá estar obrigatoriamente implantado nas unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia, públicos ou privados que atuam de forma complementar ao SUS, bem como nos Municípios, de acordo com o perfil. No que tange aos municípios o SISCAN é utilizado para solicitação do exame, seguimento das usuárias e acompanhamento das ações de controle do câncer. Para as unidades sob gestão municipal, os gestores deverão solicitar a imediata implantação e utilização do SISCAN.

A3 – Monitorar as informações do Sistema de Informação do Câncer – SISCAN e dar seguimento. Os municípios deverão monitorar o SISCAN na perspectiva de identificar as mulheres com exames positivo e dar seguimento através dos demais exames diagnósticos, com acompanhamento sistemático da Atenção Básica.

A4 – Capacitação de profissionais de saúde e gestores em atenção integral a saúde na atenção oncológica. Realizar capacitação dos profissionais (médicos e enfermeiros) no programa de

Controle do Câncer de Mama. Para os Municípios que estão com SISCAN implantado, é fundamental que sejam capacitados todos os profissionais das unidades no módulo municipal.

A5 – Realização de atividades educativas sobre a saúde da mama. Estas atividades são definidas como ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, desenvolvidas na unidade ou na comunidade pela atenção básica. Recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Ressaltamos que as atividades educativas em grupos podem ser realizadas em salas de espera permanentemente, além de campanhas educativas alusivas ao “outubro rosa”, “mês da mulher”, entre outros.

A6 – Qualificar os serviços de mamografia existentes no Estado. Os municípios que tiverem gestão do serviço de mamografia deverão pactuar o número de mamografia no seu território. Para os municípios que não existe serviço de mamografia ou estão sob gestão estadual não se aplica. Os municípios com gestão municipal só devem credenciar serviços para realização de mamografia que estejam de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.898/2013, que atualiza o Programa de Qualidade de Mamografia.

## **Indicador 13 - Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar**

### **Meta Estadual e Municipal:**

Considerando que a Bahia atingiu 56,9% de parto normal em 2015 e que esse indicador vem apresentando nos últimos 03 anos um crescimento de 1,7%, sugerimos como meta estadual **pactuar 60% de parto normal para esse ano.**

### **Avaliação da Série Histórica**

Observamos uma redução dos quantitativos de partos normais de 2013 a 2014 e um aumento em 2014 a 2016, conforme tabela abaixo, o que torna fundamental o estímulo ao parto normal, configurando-se como uma importante estratégia para fortalecer e ampliar as ações voltadas para a saúde materna e infantil. Devemos considerar a implementação da Rede Cegonha no estado que possibilita a discussão das boas práticas, evitando intervenções desnecessárias e construindo um modelo de atenção humanizado baseado em evidências científicas.



**Tabela 10** – Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar. Bahia, 2013-2016

Ano	Proporção
2013	56,6
2014	55,4
2015	56,9
2016 <sup>1</sup>	57,1

Fonte: SESAB/SUVISA/DIS/SINASC

<sup>1</sup>Dados processados até 13/02/2017, sujeitos a alteração.

Todos os Municípios devem pactuar esse indicador, pois apesar de não realizarem o parto no seu território devem articular com o Município de referência, a fim de promover as boas práticas na atenção ao parto das suas municípes. Lembramos ainda que o cálculo desse indicador é por residência e não ocorrência. O pré-natal, realizado nos Municípios, é o momento para motivar a gestante a dar continuidade ao adequado acompanhamento nessa fase, como também receber orientação quanto ao tipo de parto.

**Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Gestantes com partograma preenchido para os Municípios que realizam parto no seu território.

A2 – Gestantes utilizando a caderneta da gestante durante o pré-natal e o parto.

A3 – Capacitação de profissionais de saúde na atenção ao parto e nascimento saudáveis.

A4 - Realizar atividades educativas sobre a importância do parto normal e as suas vantagens. Estas atividades são definidas como ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, desenvolvidas na unidade ou na comunidade. Recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos, devendo ser registrada no SIA-SUS COD: 01.01.01.001-0, podem ser realizadas em salas de espera, em campanhas educativas alusivas ao tema, em forma de palestras, exposição de vídeos, entre outros.

A5 – Realizar a Vinculação da gestante. Os profissionais da atenção básica tanto dos Municípios que realizam parto quanto dos que não realizam partos no seu território deverão estar atentos para garantir a gestante um pré-natal de qualidade, atividades educativas, incentivando o parto normal e a vinculação da gestante com a unidade que vai realizar o parto.

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

### **Meta Estadual e Municipal:**

Considerando que a Bahia apresentou uma média de redução de 0,35% de acordo com série histórica analisada, sugerimos como meta estadual **pactuar redução para 19,7%** a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos para este ano. E os municípios a redução de 0,35% referente a meta de 2016.

### **Avaliação da Série Histórica**

A gravidez na adolescência, (que para a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde corresponde ao período de 10 a 19 anos), como pode ser visto na tabela abaixo, embora venha apresentando uma leve redução histórica, permanece no estado da Bahia com uma incidência preocupante (20,1%), em razão de não ser planejada (na maioria dos casos), principalmente em alguns municípios do Estado da Bahia, onde atinge índices até duas vezes maiores do que a média nacional (19%). Foi considerado o dado de 2015, já que 2016 apresenta um percentual ainda preliminar. Além disso, a iniciação sexual cada vez mais precoce tem trazido preocupação com relação à gravidez em menores de 14 anos, havendo municípios com incidência quatro vezes maior que a média nacional (0,9%). Ressalta-se que a média estadual é de 1,2%.

**Tabela 11** – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos. Bahia, 2010 – 2016\*

<b>Ano</b>	<b>Proporção</b>
2012	21,3
2013	21,2
2014	20,7
2015	20,1
2016*	19,9

Fonte: SESAB/SUVISA/DIS/SINASC

\* Dados preliminares, elaborados com informações processadas até 13.02.2017

Outros fatores relevantes têm sido: a alta incidência de DST/HIV/AIDS, o abortamento, a mortalidade materna e a baixa captação precoce de adolescentes grávidas no pré-natal. Com relação a esta última, temos observado que a maior incidência de ausência de consultas pré-natais e menor quantitativo de consultas têm sido de adolescentes.

É importante esclarecer que o Estado não espera apenas a redução da gravidez na adolescência, visto que a ideia não é de controle de natalidade e sim de assegurar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de adolescentes. A intenção é evitar uma gravidez que não seja planejada e que a mesma aconteça em período inoportuno para os/as adolescentes, provocando situações de conflitos, exposição a riscos como o de abortamento, abandono escolar e o comparecimento tardio da gestante às unidades de saúde para o acompanhamento pré-natal.

Vale ressaltar que a questão da gravidez na adolescência é multicausal sendo, para tanto, necessário um olhar sobre os diversos fatores que podem estar contribuindo para o elevado índice de natalidade na adolescência, reforçando o trabalho intersetorial.

Neste contexto, é importante ressaltar que o atendimento às adolescentes grávidas, não deve se restringir ao processo da gestação em si. Deve-se aproveitar a oportunidade do encontro para observar a adolescente como um todo, atentando para outras necessidades e demandas.

O indicador apresenta as perspectivas de prevenção de gravidez precoce não planejada, especialmente para as adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos; a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e a prevenção da segunda gravidez não planejada na adolescência. Sem perder de vista o cuidado diferenciado a adolescente grávida.

Como a vida sexual ativa e a gravidez na adolescência, desejada ou indesejada, planejada ou não planejada constituem um fato, é fundamental que os serviços de saúde estejam preparados para acolher os/as adolescentes e suas famílias proporcionando uma assistência adequada as suas demandas, inclusive as relativas ao pré-natal, parto e puerpério.

Diante deste contexto, é importante a pactuação deste indicador pelos Gestores Municipais, com vista a implantar ou implementar estratégias que venham a impactar em tal panorama. Desta forma, todos os municípios devem pactuar esse indicador.

#### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Captar as gestantes adolescentes no primeiro trimestre da gestação

A2 – Realizar pré-natal com no mínimo 3 consultas/médicas, 3 consultas/enfermagem, 1 consulta/odontológica

A3 – Capacitar profissionais da atenção básica para a realização do pré-natal e saúde sexual e reprodutiva. Os profissionais que atuam na Atenção Básica devem ser capacitados: na atenção ao pré-natal de risco habitual e alto risco, na triagem pré-natal, no planejamento sexual e reprodutivo, na linha do cuidado para atenção integral de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Ressaltamos que o Estado e os Municípios, devem ser parceiros nessa ação, junto com o Ministério da Saúde, Universidades, Núcleos Regionais de Saúde e profissionais das áreas afins que possam contribuir nesse processo.

A4 – Monitorar as informações do Sistema de Informação sobre Pré-natal – SISPRENATAL WEB. Os municípios deverão monitorar o SISPRENATAL WEB com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes.

A5 – Ofertar no pré-natal os exames complementares

A6 – Ofertar no pré-natal triagem da gestante (papel filtro)

A7 – Acompanhar e tratar durante o pré-natal as doenças triadas

A8 – Realizar ações articuladas entre saúde e educação através do Programa Saúde na Escola (PSE). O Programa Saúde na Escola (PSE) tem como um de seus objetivos contribuir para a formação integral de estudantes da Educação Básica, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Os municípios devem desenvolver através do PSE, ações que devem ser planejadas e implementadas pelas Unidades Básicas de Saúde e pelas unidades escolares que participam do programa, realizando atividades em torno de várias temáticas, dentre elas a educação para saúde sexual e saúde reprodutiva. Tais ações visam garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde.

A9 – Implementar a Caderneta de Saúde de Adolescentes. A Caderneta de Saúde de Adolescentes constitui um instrumento efetivo para acompanhamento da população de 10 a 16 anos (público ao qual se destina) em todas as questões relacionadas ao seu crescimento e desenvolvimento saudáveis e orientação no que se refere à prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilo de vida saudáveis, trazendo a temática saúde sexual e reprodutiva, com a inclusão recente da vacina do HPV.

Para implantação/implementação são formados multiplicadores municipais que recebem capacitação específica e vários materiais de suporte teórico dentre eles um CD contendo as principais publicações, normativas, portarias, etc, relacionadas à saúde de adolescentes para servir de consulta e subsidiar a atuação dos profissionais e gestores. Nesta capacitação que subsidia a

implementação do instrumento, é trabalhada a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, na qual dentre outras temáticas, é abordada a qualificação do atendimento às adolescentes e jovens em relação aos direitos sexuais e reprodutivos. Ressaltamos que o Estado e os Municípios, devem ser parceiros nessa ação, junto com o Ministério da Saúde, Universidades, Núcleos Regionais de Saúde e profissionais das áreas afins que possam contribuir nesse processo.

A10 – Implantação/implementação de atenção diferenciada para adolescentes. A Atenção Diferenciada para Adolescentes consiste em adequar e estruturar os serviços de saúde para que funcionem em conformidade com as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. O objetivo é atender os/as adolescentes e seus acompanhantes de forma acolhedora, sigilosa e amigável, por meio de equipes sensíveis e, se possível, multiprofissionais, através de ações intersetoriais, buscando orientá-los/las sobre seus direitos e discutir questões do seu interesse. A ação compreende o desenvolvimento de sensibilizações de gestores e profissionais diversos, análise do fluxo de atendimento; capacitações de profissionais de nível médio e superior e adequação dos espaços físicos/ambiência, visando torná-los mais atrativos e acolhedores. Além disso, é importante realizar análise e reflexão sobre metodologias/estratégias para atuação com adolescentes e jovens, em relação às quais devem ser priorizadas as interativas e participativas, consideradas as mais adequadas e eficazes para trabalhar o segmento de adolescentes e jovens, tais como: oficinas, seminários, fóruns, encontros, rodas de conversas, debates, talk-show, trabalhos de grupo, peças teatrais, entre outros. Ressaltamos que o Estado e os Municípios, devem ser parceiros nessa ação, junto com o Ministério da Saúde, Universidades, Núcleos Regionais de Saúde e profissionais das áreas afins que possam contribuir nesse processo.

A11 – Implantação/implementação de serviços de atenção diferenciada para adolescentes grávidas com foco na prevenção da segunda gravidez não planejada. O Serviço de Atenção Diferenciada para Adolescentes Grávidas com Foco na Prevenção da Segunda Gravidez não Planejada consiste na implantação de serviços de atenção diferenciada à saúde de adolescentes grávidas, puérperas e em situação de abortamento em maternidades, seguindo os mesmos princípios e características já apresentados no item A10. A ação também compreende o desenvolvimento de sensibilizações de gestores e profissionais diversos, análise do fluxo de atendimento; capacitações de profissionais de nível médio e superior e adequação dos espaços físicos/ambiência, visando torná-los mais atrativos e acolhedores. Inclui ainda realização de diagnóstico situacional; revisão do fluxo de atendimento; capacitações de profissionais de nível médio e superior, tanto das Maternidades quanto das Unidades Básicas de Saúde que dão suporte às mesmas. Neste sentido, podem ser estruturados serviços de pré-natal, desenvolvendo ações com vistas à prevenção de uma segunda gestação não

planejada ainda na adolescência e estabelecer leitos diferenciados para as adolescentes puérperas, seus recém-nascidos e familiares no caso das maternidades. Ressaltamos que o Estado e os Municípios, devem ser parceiros nessa ação, junto com o Ministério da Saúde, Universidades, Núcleos Regionais de Saúde e profissionais das áreas afins que possam contribuir nesse processo.

**OBSERVAÇÃO:** roteiro de exames do pré-natal de baixo risco, conforme Caderno de Atenção Básica nº 32:

<b>Período</b>	<b>Exames</b>
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico de HIV Anti-HIV Toxoplasmose Igm e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatologia de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente

	Urocultura + urina tipo I (sumário de urina - SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)
--	--

Deve ser ofertado também no pré-natal o teste rápido de gravidez como preconizado pela Rede Cegonha, bem como os exames relacionados abaixo que compõe o elenco de Programa de Triagem Pré-natal:

<b>TODAS GESTANTES – 100%</b>	<b>PARÂMETRO</b>
Sífilis	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)
Toxoplasmose (Igm)	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)
Hepatite B – AgHBs	1 exame / gestante
Hepatite C – Anti-HCV	1 exame / gestante
Anti-HIV1 e Anti-HIV2	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)
Eletroforese de Hemoglobina	1 exame / gestante
Pesquisa de anticorpos Anti HTLV1 + HTLV2	1 exame / gestante
Citomegalovírus (Igm)	1 exame / gestante

## **Indicador 15 - Taxa de mortalidade infantil**

### **Meta Estadual e Municipal:**

Pactuado uma **queda de 2%, com valor a ser alcançado de 15,5 em 2017.**

### **Avaliação da Série Histórica**

**Tabela 12** – Taxa de mortalidade infantil. Bahia/BR, 2007-2016

<b>Ano</b>	<b>Taxa</b>
2007	19,8
2008	18,5
2009	18,8
2010	18,1
2011	16,9
2012	17,1
<b>2013</b>	17,0
<b>2014</b>	16,5
<b>2015</b>	15,3
<b>2016</b>	15,9*

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS - SIM e Sinasc

\* Dados preliminares, elaborados em 13 de fevereiro de 2017

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças como a qualidade de vida de uma determinada população. Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas TMI. (Brasil, 2009). Taxas de Mortalidade Neonatal estão relacionadas a condições insatisfatórias em relação ao nível socioeconômico da população, à saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, enquanto taxas elevadas de Mortalidade Pós-neonatal refletem baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.

Considerando que existe subnotificação dos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), a curva de tendência da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) calculada através do método direto é de queda, conforme tabela acima, no período de 2007 e 2011. No entanto, no ano de 2011 e 2012 mostra uma pequena elevação quando comparados, provavelmente em virtude de melhorias da informação. A partir de 2011 iniciamos uma curva com tendência de linearidade, e a partir de 2014 observamos uma nova queda, com linearidade até 2016.

No ano de 2016, 20,8% dos municípios baianos (87) tiveram entre zero a um óbito infantis, 63,3% (264 municípios) dois a nove óbitos, 9,8% (41 municípios) dez a dezessete e 1,6% (7 municípios) 18 a 26 óbitos.



A linearidade da curva mostra que as ações da Rede Cegonha, no nosso Estado, não foram efetivas, mostrando a falta de impacto neste indicador, principalmente no componente neonatal que corresponde a mais de 70% da mortalidade infantil.

### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Realizar pré-natal com qualidade com no mínimo 07 consultas.

A2 – Capacitar profissionais da atenção básica para a realização do pré natal e saúde sexual e reprodutiva.

A3 – Distribuir nos hospitais / maternidades e Utilizar a caderneta de saúde da criança como instrumento de acompanhamento da saúde da criança na atenção básica.

A4 – Captar a gestante no primeiro trimestre da gestação.

A5 - Implantação/implementação das boas práticas da atenção ao parto e nascimento, ou seja, realizar acolhimento com classificação de risco, garantir a lei do acompanhante de livre escolha da mulher durante o parto, pré-parto e pós-parto, ofertar métodos não farmacológicos para alívio da dor são ações recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como boas prática na atenção ao parto e nascimento, realizando reanimação neonatal oportunamente, com indicação de ventilação por pressão positiva(VPP) no primeiro minuto de vida (Minuto de Ouro). Para os municípios que não tem unidade hospitalar não se aplica.

A6 – Realizar a visita da Primeira Semana de Saúde Integral. A Primeira Semana de Saúde Integral visa intensificar o cuidado com a puérpera e o recém-nascido na primeira semana após o parto, época em que ocorre a maioria dos óbitos. Neste período realizar triagem neonatal em todos os recém-nascidos na época ideal, do terceiro ao quinto dia de vida. Meta é Igual a estimativa de Nascidos vivos. O profissional de saúde deve independente de agendamento, realizar avaliação das condições de saúde da criança e da mãe, identificando situações de risco, [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf).

A7 – Capacitar profissionais da atenção básica (médico e enfermeiro) na Estratégia AIDPI Neonatal e AIDPI Criança 2 meses a 5 anos. A Estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) no seu componente Neonatal é considerada uma das principais intervenções disponível para melhorar as condições de saúde no período perinatal nos países em desenvolvimento. O componente Criança dois meses a cinco anos também representa um instrumento útil para a detecção precoce e tratamento efetivo das principais doenças que afetam a saúde das crianças de 2 meses a cinco anos e contribui para melhorar os conhecimentos e as práticas das famílias, para a prevenção de doenças e para a promoção de saúde. Dessa forma, sua aplicação nos serviços de saúde e na comunidade pode produzir um importante impacto na redução

do número de mortes na infância, na diminuição do número e gravidade das doenças que acometem esse grupo etário, assim como nas condições nutricionais e de desenvolvimento dos menores de cinco anos.

A8 – Capacitar profissionais dos Hospitais de Pequeno Porte que realizam parto, no cuidado neonatal. A qualificação do profissional no atendimento imediato e continuado ao RN é de essencial importância para diminuição de mortalidade neonatal. Os HPPs, na sua maioria não dispõem de UCI ou UTI neonatal, porém práticas de baixa tecnologia podem mudar desfechos desfavoráveis nesta faixa etária. Faz-se mister que estas unidades sejam capacitadas para o atendimento nesta faixa etária até que a transferência deste neonato possa acontecer

A9 – Capacitar profissionais no transporte neonatal. Sabe-se que quando um RN nasce em local não adequado e precisa de transferência para unidade qualificada é de extrema importância que este transporte ocorra dentro de padrões compatíveis com a faixa etária e com os instrumentos necessários à preservação da vida do neonato.

A10 – Utilizar a caderneta da gestante durante o pré-natal e o parto

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

### **Meta Estadual e Municipal:**

Município que tiveram até 5 em 2015, reduzir para 1 **óbito em 2017**.

Salvador considerando o porte populacional deverá acompanhar a série histórica reduzindo **no mínimo 5 óbitos**.

### **Avaliação da Série Histórica**

**Tabela 13: N° de óbitos maternos em determinado período e local de residência. Bahia/BR, 2013-2016.**

<b>Ano</b>	<b>N° de óbitos</b>
2013	161
2014	151
2015	138
<b>2016</b>	113 <sup>1</sup>

Fonte: SESAB/SUVISA/DIS/SIM <sup>1</sup>Dados preliminares, processados até 13.02.2017.

No estado da Bahia ocorreram 138 óbitos maternos em 2015, com uma variação entre os municípios de 1 a 5 óbitos maternos, com exceção da capital que apresentou 22 óbitos maternos.

Segundo a Unicef (2009), os riscos associados à gravidez e ao parto são especialmente prevalentes em países e regiões com menores índices de desenvolvimento e mais baixa renda. Isto reflete uma das taxas de mortalidade mais desiguais do mundo, sendo que aproximadamente 92% destes óbitos poderiam ter sido evitados (BRASIL, 2009). A sua relevância destaca-se pelo fato destas mortes serem eventos preveníveis e evitáveis, na maioria dos casos e, principalmente, pela sua transcendência, incidindo em mulheres em idade produtiva, acarretando elevada perda social e econômica, bem como os transtornos familiares.

Devemos considerar também que há subnotificação dos óbitos maternos, demora no fechamento desses dados dificultando o conhecimento da real e a dimensão do problema. Ressaltamos que um dos principais objetivos da Rede Cegonha é a redução dos óbitos maternos, e neste sentido tem sido desenvolvidas ações voltadas para o fortalecimento, a organização e ampliação da rede de atenção a saúde materna em nosso estado.

Outro ponto de destaque é a Vigilância deste tipo de óbito que deve ser realizada em todos os Municípios. Destacamos como uma importante estratégia é a implantação e funcionamento pleno de colegiados criados para este fim, como descrevemos a seguir:

## **COMITÊS DE MORTE MATERNA**

São organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à saúde da mulher.

Podem ser compostos por representantes das seguintes instituições:

\* Secretarias de saúde (Área Técnica de Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica, Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde); \* Conselho Regional de Medicina; \* Conselho Regional de Enfermagem; \* Sociedades científicas (ginecologia e obstetrícia, pediatria e enfermagem obstétrica, entre outras); \* Movimento de mulheres; \* Movimento de mulheres negras e índias; \* Faculdades de medicina, enfermagem e saúde pública; \* Conselhos de saúde; \* Ministério Público; \* Secretarias, coordenadorias ou conselhos de defesa dos direitos da mulher; \* Os municípios que têm parteiras devem contemplar sua representação no comitê.

O primeiro passo para a criação de um comitê de morte materna é a promoção de um seminário ou oficina para sensibilizar os representantes das instituições escolhidas para compô-lo. Nessa ocasião, é aconselhável colocar em debate as informações relativas à assistência obstétrica e ao planejamento familiar; os dados e as classificações de óbitos maternos disponíveis; e as características, funções, finalidades e operacionalização dos comitês. Uma vez confirmado o interesse das instituições presentes em compor o comitê de morte materna, é feita a convocação oficial.

## **CÂMARA TÉCNICA (CT)**

**Conceito:** São organismos de natureza institucional com caráter eminentemente técnico com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva.

**Objetivo:** Analisar e/ou avaliar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos, identificando os fatores determinantes e condicionantes da mortalidade, propondo medidas que visem a melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade fetal, infantil e materna.

**Composição:** Representantes das áreas técnicas da Saúde da mulher e da Criança, da Atenção Básica, da Atenção Hospitalar e da Vigilância das Secretarias de Saúde. Regularmente farão parte da CT médicos e enfermeiros preferencialmente pediatras e obstetras de referência. Excepcionalmente poderão atuar referências técnicas de outras áreas das Secretarias e ou instituições.

**Estrutura:** constituída por profissionais do quadro da instituição o que possibilita garantir o exercício das atividades pelo vínculo empregatício

**Níveis de Atuação:** Câmara Técnica Municipal; Câmara Técnica Regional; Câmara Técnica Estadual. **Coordenação:** Vigilância Epidemiológica

**Função:** analisar e/ou avaliar as investigações dos óbitos fetais, infantis, maternos, e de MIF de residentes no Estado, identificando falhas no acesso aos serviços e na assistência prestada; classificar e determinar a evitabilidade dos óbitos; traçar recomendações de medidas preventivas.

**Organização e Funcionamento:** encaminhar ofício às diretorias das áreas técnicas solicitando designação das representações; divulgar cronograma das reuniões; publicar portaria da CT; encaminhar os resumos dos casos analisados e as recomendações de medidas de prevenção do óbito para os Gestores Estadual e dos municípios de residência e ocorrência dos óbitos, MP e Comitês.

Quanto à capacitação dos profissionais de saúde ressaltamos que é de competência das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal. Devido ao quantitativo de capacitações que a esfera estadual realiza no decorrer do ano para as diversas áreas, fica a cargo, também, dos gestores municipais a capacitação dos profissionais de saúde, devendo fazer contato e estabelecer parcerias com as universidades, ONGs e profissionais qualificados para repasse dessas capacitações. Além disso, a Área Técnica de Saúde da Mulher Estadual e os Núcleos Regionais de Saúde prestarão apoio e orientações quando se fizer necessário para realizar o planejamento das capacitações.

Aproveitamos para salientar a importância de se estabelecer parcerias com a Escola de Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto Magalhães Neto para a capacitação de profissionais de nível superior e a Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis para a capacitação de profissionais de nível médio.

A avaliação de resultados alcançados pelos municípios, com relação ao número de óbitos maternos, ocorridos em 2015, considerando o local de residência das mulheres, verificou-se que dentre os 417 municípios baianos, 329 municípios (78,89%) não apresentaram óbitos, 67 municípios (16,06%) apresentaram 01 óbito e 20 municípios (4,79%) apresentaram de 02 a 05 óbitos, sendo que Salvador apresentou 22 óbitos. Ressaltamos que esses 20 Municípios e a capital concentraram 51,44% dos óbitos maternos do Estado nesse ano.

Considerando que a Bahia apresentou 138 óbitos em 2015 e que esse indicador vem apresentando de 2013 a 2015 uma redução, sugerimos como meta estadual pactuar 128 para esse ano. Dessa forma, sugerimos o seguinte escalonamento da meta para os municípios:

#### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Implantar organizações (Comitê de óbitos maternos, Câmaras Técnicas de Análise de Óbitos Maternos).

A2 – Captar a gestante no primeiro trimestre da gestação, para garantir as ações de vigilância dos óbitos maternos.

A3 – Capacitação de profissionais da atenção básica para a realização do pré natal e saúde sexual e reprodutiva.

A4 – Capacitação de profissionais da atenção hospitalar na assistência ao parto. Os conteúdos da capacitação devem abranger também a qualificação dos profissionais de saúde da rede hospitalar na atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e na Técnica de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), Urgências e Emergências Obstétricas.

A5 – Realizar a Vinculação da gestante.

A6 – Implantação / implementação das boas práticas da atenção ao parto. Boas Práticas da atenção ao parto implantada, ou seja, realizar acolhimento com classificação de risco, garantir a lei do acompanhante de livre escolha da mulher durante o parto, pré-parto e pós-parto, ofertar métodos não farmacológicos para alívio da dor são ações recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como boas práticas na atenção ao parto e nascimento, realizando reanimação neonatal oportunamente, com indicação de ventilação por pressão positiva (VPP) no primeiro minuto de vida (Minuto Ouro).

A7 – Realização de visita domiciliar da mulher na primeira semana após a realização do parto. A Primeira Semana de Saúde Integral visa intensificar o cuidado com a puérpera e o recém-nascido na primeira semana após o parto, época em que ocorre a maioria dos óbitos. O profissional de saúde deve independente de agendamento, realizar avaliação das condições de saúde da criança e da mãe, identificando situações de risco.

A8 – Realização do acompanhamento da saúde sexual e reprodutiva. Esta ação inclui a distribuição de métodos contraceptivos e ações de orientação sexual e reprodutiva.

A9 – Garantia da realização dos exames do pré-natal. Os exames a serem garantidos são de acordo a linha de cuidado da gestação.

A10 – Realizar consulta de puerpério (até 42 dias após o parto) na unidade de saúde.

## **Indicador 17 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica**

**Meta Estadual:** Para 2017 pactuar 76,35%

### **Meta Municipal:**

Para pactuação do ano de 2017, o município deverá considerar a série histórica, as características locais e o Plano Municipal de Saúde, não devendo o valor pactuado ser inferior ao valor atual (dez de 2016 e janeiro de 2017).

### **Avaliação da Série Histórica**

O indicador estima a proporção da população coberta pela Atenção Básica (AB). Considerando a AB enquanto ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, o estado da Bahia optou por aumentar a sua cobertura através da implantação de equipes de saúde da família. Organizar a atenção básica por meio desta estratégia permite além de ampliar o acesso e utilização da população a serviços de

saúde, garantir longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, vínculo responsabilização, humanização e participação social. Esses atributos são essenciais para uma Atenção Básica resolutiva, com capacidade para promover melhor resultados em indicadores de saúde, maiores satisfação dos usuários, maiores equidades em saúde além de menores custos para o Sistema de Saúde.

**Tabela 15 – Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Atenção Básica. Bahia, 2010 a 2016**

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
66.52%	69.36%	69.11%	72.89%	74.14%	74.73%	74,85%

Fonte: Ministério da Saúde/DAB.

**Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Identificação das áreas descobertas pela Estratégia Saúde da Família

A2 – Elaboração do projeto de expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com a Resolução CIB nº246 de 19 de julho de 2012. Um projeto de expansão deve ser elaborado pelo município para cada equipe de saúde da família implantada.

Obs.: Para os municípios que possuírem número de equipes credenciadas no DAB/MS superior à implantadas/financiadas, não é necessário elaborar projeto de expansão. Ainda assim, a Diretoria da Atenção Básica (DAB) recomenda, neste caso, que o município comunique, através de ofício, a implantação das novas equipes.

A3 – Implantação de Equipe de Saúde da Família, levando em consideração a infraestrutura física, instalação de equipamentos e contratação de equipe mínima, de acordo com Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

A4 – Contratação de enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

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

**Meta Estadual e Municipal:**

A meta estimada para 2017 é de 78,68% dado obtido pelo resultado da 2ª vigência do ano de 2014 e meta pactuada nos anos de 2015 e 2016. Assim, sugere-se aos municípios um escalonamento para o

alcance da meta programada para 2017. Valendo salientar que nenhum município deverá ter como meta valor igual ou inferior a 30% e abaixo do alcançado na 2ª vigência em 2016.

### **Avaliação da Série Histórica**

O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde, no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social. O objetivo do Indicador é ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

**Tabela 16** – Proporção de municípios que alcançaram percentual de Cobertura de Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF, na Atenção Básica, por ano, Bahia, 2016.

NOME DO INDICADOR	UNIDADE	LINHA DE BASE (2016)	SÉRIE HISTÓRICA			
			2013	2014	2015	2016
Cobertura de Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF	%	77,31				
			74,71	78,68	80,70	77,31

**Fonte:** MS/DATASUS/TABWIN/SIA  
Acesso em: 22/03/2017

A tabela acima reflete a realidade do estado da Bahia, que conta hoje com 417 municípios com cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do PBF, portanto, a Bahia apresenta dado superior a média nacional.

### **Ações necessárias para alcance da meta:**

- A1 – Realização do pré-natal pelas gestantes;
- A2 – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- A3 – Imunização.



## **Indicador 19 - Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica**

### **Meta Estadual e Municipal:**

Para 2017 Estado pactuar 56,00%

Para pactuação do ano de 2017 o município deverá considerar a série histórica, as características locais e o Plano Municipal de Saúde, não devendo o valor pactuado ser inferior ao valor atual (dez de 2016 e janeiro de 2017).

### **Avaliação da Série Histórica**

Este indicador reflete a proporção estimada da população coberta pelas equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica. Busca-se garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica, utilizando mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Saúde Bucal.

**Tabela 16: Cobertura Populacional pelas equipes saúde bucal, 2010 a 2016. Bahia.**

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
54.14%	57.43%	57.12%	57.43%	57.11%	56.70%	55.54%

Fonte: Ministério da Saúde/DAB.

### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 - Identificação das áreas descobertas pela estratégia de saúde bucal;

A2 - Elaboração do projeto de expansão da cobertura da Estratégia de Saúde Bucal, de acordo com a Resolução CIB nº246 de 19 de julho de 2012. Um projeto de expansão deve ser elaborado pelo município para cada equipe de saúde bucal implantada;

A3 - Implantação de Equipe de Saúde Bucal, levando em consideração a infraestrutura física, instalação de equipamentos e contratação de equipe mínima, de acordo com Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;

A4 - Contratação de cirurgião-dentista e auxiliar/técnico de saúde bucal.

## **Indicador 20 - Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano**

### **Meta Estadual e Municipal:**

**Estado:** 100% dos municípios executando todas as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias

**Municípios:** 100% das ações de Vigilância Sanitária no município.

### **Avaliação da Série Histórica**

Este indicador permite avaliar o nível de implementação das ações de vigilância sanitária nos municípios, colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. É composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local. Correspondem a 7 (sete) dos 56 (cinquenta e seis) procedimentos de VISA alimentados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS):

01.02.01.007-2 - Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária

01.02.01.052-8 - Instauração de Processo Administrativo Sanitário

01.02.01.017-0 - Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária

01.02.01.022-6 - Atividade Educativa para a População

01.02.01.005-6 - Atividade Educativa para o Setor Regulado

01.02.01.023-4 - Recebimento de Denúncias/Reclamações

01.02.01.024-2 - Atendimento a Denúncias/Reclamações

Considerando que, para o ano de 2016 houve mudança na forma de cálculo do indicador, constata-se que cerca de 39,3% dos municípios do estado alcançaram a meta, ou seja, 26 (6,24 %) realizaram as 7 ações e 138 (33,1%) conseguiram executar 6 ações durante o ano. Em 2015, dos 417 municípios baianos, 44 (10,55%) realizaram as 7 ações do indicador, enquanto que 146 (35,01%) realizaram 6 ações, apontando um leve decréscimo no alcance da meta, apesar da alteração do método de cálculo.

É importante ressaltar que o repasse do Piso Variável de Vigilância Sanitária de 2016 usou como critério a realização de pelo menos 5 ações desse indicador pelos municípios com menos de 20 mil habitantes, contemplando 102 municípios baianos.

#### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Estruturar e coordenar o componente municipal do Sistema de Vigilância Sanitária conforme legislação vigente, considerando a complexidade dos serviços localizados em seu território e a capacidade instalada da SMS. administrativa, legal e operacional considerando os riscos existentes no território (conforme Resoluções CIB-BA 249/2014 e 34/2016).

A2– Investir e designar os profissionais de VISA, estabelecendo as atribuições e competências para o exercício da função, por meio de ato legal. Os municípios deverão oficializar, através da publicação de Ato Legal, **todos os servidores** da equipe de vigilância sanitária Municipal que realizarão as ações de fiscalização e investigação sanitária, habilitando-os a exercê-las em consonância com o Art. 15º, inciso XX da lei 8.080/90, para definir a instância de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária.

A3 – Estabelecer mecanismos de arrecadação para o recolhimento das taxas de fiscalização sanitária e multas, decorrente do exercício do Poder de Polícia. As taxas e multas da fiscalização sanitária devem constar no Código Tributário do Município e serem recolhidas ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) e reverter exclusivamente para o financiamento de ações de vigilância sanitária e ambiental.

A4 – Realizar ações de controle de riscos decorrentes do processo produtivo de bens e serviços. O gerenciamento do risco sanitário se dá através do desenvolvimento de ações estratégicas, mediante inspeção sanitária, coleta de amostra para análise, investigação e atividades educativas para o setor regulado, visando à promoção e proteção da saúde da população, e deverá compor a Programação Anual de Ações de Vigilância Sanitária (PAVISA).

A5 – Disponibilizar apoio da assessoria jurídica da prefeitura para análise e soluções dos problemas decorrentes do Processo Administrativo Sanitário. O processo Administrativo Sanitário é iniciado com a lavratura do Auto de Infração. O apoio e a assessoria jurídica tem como finalidade auxiliar a Vigilância Sanitária através da elaboração de pareceres jurídicos, formatação das decisões e respectivo encaminhamento dos autos. É imprescindível, também, instituir instância hierárquica para análise e julgamento do Processo Administrativo Sanitário (PAS), conforme Lei Federal 6.437/77.

A6 – Viabilizar os processos de capacitação dos profissionais de VISA para o desenvolvimento de ações educativas para a população e para setor regulado. Essa ação objetiva manter a equipe de

vigilância sanitária capacitada e atualizada para a realização de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais e demais atividades de divulgação de temas relacionados à vigilância sanitária, visando a proteção e promoção da saúde da população. O município deverá promover educação continuada, visando à qualificação dos profissionais que atuam na Vigilância Sanitária e Ambiental e garantir a participação de seus técnicos nas capacitações realizadas pelo nível estadual. A7 – Alimentar regularmente os procedimentos de VISA no SIA/SUS. Os procedimentos de vigilância sanitária estão estabelecidos na Portaria SAS Nº 323 de 5 de julho de 2010, os quais deverão ser alimentados regularmente conforme a Portaria GM/MS nº 1378/13, sob pena de suspensão do repasse dos recursos financeiros federais. O instrutivo para o preenchimento dos procedimentos de VISA no SIA-SUS está disponível no site [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br).

Responsável pelo Monitoramento na SESAB: Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental - DIVISA / [sesab.divisa@saude.ba.gov.br](mailto:sesab.divisa@saude.ba.gov.br) tel. (71) 3270-5775 Coordenação de Vigilância Sanitária – COVISAN / [divisa.covisan@saude.ba.gov.br](mailto:divisa.covisan@saude.ba.gov.br) tel. (71) 3270-5774 Assessoria de Planejamento/ [divisa.naa@saude.ba.gov.br](mailto:divisa.naa@saude.ba.gov.br) tel.(71) 3270-5794

## **Indicador 21 - Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica**

Este indicador é específico e o Estado da Bahia por decisão em CIB não pactuará.

## **Indicador 22 – Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue**

**Meta Estadual: NÃO SE APLICA AO ESTADO.**

### **Meta Municipal:**

Realizar 06 ciclos com no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

### **Avaliação da Série Histórica:**

O indicador evidencia o número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados<sup>1</sup> para controle vetorial da dengue, localizados em áreas infestadas pelo vetor, que foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde (06 ciclos).

Em virtude da situação de Emergência em Saúde Pública no nosso país no que diz respeito aos casos de Microcefalia, o Ministério da Saúde instituiu as Salas Nacional, Estaduais e Municipais de Coordenação e Controle – SNCC, que tem como objetivo coordenar, controlar e monitorar as ações de mobilização e combate ao *Aedes aegypti* de forma integrada com os diversos órgãos governamentais. Através das Diretrizes SNCC nº 1.1 e 1.2 foram definidos 07 ciclos de visitas domiciliares para o ano de 2016 sendo registrados os dados das ações de campo no Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR)/PNEM.

A insuficiência do número agente de controle de endemias (ACE) atuando no programa de controle da dengue, a ausência dos trabalhadores nos processos de trabalho, o baixo rendimento no campo, o horário corrido (turnão), imóveis fechados ou com recusa para entrada, a falta de material para inspeção e tratamento dos criadouros, o aumento do número de imóveis, a não atualização do Reconhecimento Geográfico (RG) são alguns dos fatores que tem comprometido o alcance das metas de visitas pelos municípios.

Para o ano de 2017, a Diretriz SNCC 1.3 define 06 ciclos de visitas domiciliares.

**Observações:** Imóveis a serem trabalhados - as ações de controle vetorial da dengue devem ser realizadas, prioritariamente, em imóveis situados em áreas urbanas ou povoadas com características urbanas, de municípios que apresentem infestação domiciliar pelo *Aedes aegypti*, persistente, no mínimo, por 1 ano ou com histórico de transmissão. Opcionalmente, em grandes centros urbanos, as visitas de rotina a edifícios podem ser restritas à área comum e a apartamentos ao nível do solo. O método de cálculo deverá ser aplicado em cada ciclo para verificação da cobertura dos imóveis visitados. A cobertura mínima em cada ciclo deverá ser de 80% dos imóveis. Não deve ser considerada a média dos ciclos. O Reconhecimento Geográfico (RG) deve ser atualizado de modo que o número de imóveis visitados não seja maior que o número de imóveis existentes, evitando coberturas acima de 100%. Os imóveis visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e,

---

<sup>1</sup> Entende-se por imóveis visitados aqueles trabalhados mais os pendentes. Os imóveis pendentes são aqueles que o ACE não adentrou por estarem fechados ou por recusa do morador. Os imóveis trabalhados são aqueles que o ACE adentrou, conforme técnica padronizada. Os imóveis programados são aqueles em cujas localidades sejam necessárias as atividades programáticas de controle vetorial do dengue.

posteriormente, pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE), a título de complementação, deverão ser registrados apenas como uma única vez.

As pesquisas das formas imaturas (larvas e pupas) para determinação do Índice de Infestação Predial (IIP) podem ser realizadas por amostras sistemáticas (Levantamento de Índice Amostral – LIA) ou através de amostras por conglomerados (Levantamento de Índice Rápido para *Aedes Aegypti* – LIRAA).

### 1. Levantamento de Índice Amostral (LIA).

O LIA deve ser realizado em uma amostra de imóveis de modo a garantir a representatividade da amostra. Portanto, de acordo como número de imóveis da localidade teríamos diferentes percentuais de amostras para a pesquisa:

Nº de imóveis das localidades	Amostra para a pesquisa
Até 400	100% dos imóveis
De 401 a 1500	33% ou 1/3 dos imóveis
De 1501 a 5000	20% dos imóveis
Mais de 5000	10% dos imóveis

Na Bahia, há mais de 20 anos adotou a amostragem de 33% para qualquer tamanho de localidade, exceto, aquelas com menos de 400 imóveis que são pesquisados 100% dos imóveis.

### 2. Levantamento de Índice Rápido para *Aedes Aegypti* (LIRAA)

A amostragem do LIRAA permite menor concentração de imóveis nos bairros sorteados, propiciando a divisão das localidades de grande e médio porte em estratos entre 8.100 e 12.000 imóveis, sendo o ideal 9000 imóveis.

Nos bairros sorteados serão pesquisados 20% dos imóveis, ou seja, a cada 5 imóveis do bairro 1 será inspecionado.

As localidades que tiverem entre 2000 e 8000 imóveis, os seus bairros sorteados serão trabalhados em 50%, ou seja, um imóvel trabalhado e outro não.

#### **Ações necessárias para alcance da meta:**

A1 – Manter dados do número de imóveis existentes atualizados. – A atualização periódica do número de imóveis é essencial para a verificação real da cobertura das visitas domiciliares.

A2 – Realizar levantamentos de índice rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA). Para municípios acima de 2.000 imóveis. (Portaria 3.129 de 28/12/2016). A realização do LIRAA na rotina das atividades de monitoramento do vetor *Aedes aegypti* é necessária para obtenção de informação oportuna sobre as áreas críticas com a presença do vetor e seus criadouros principais.

A3 – Realizar levantamentos de índice amostral para *Aedes aegypti* (LIA). Para municípios abaixo de 2000 imóveis. (Portaria 3.129 de 28/12/2016). A realização do LIA na rotina das atividades de monitoramento do vetor *Aedes aegypti* é necessária para obtenção de informação oportuna sobre as áreas críticas com a presença do vetor e seus criadouros principais. Essa atividade deverá ser realizada pelos municípios que não utilizam o LIRAA.

A4 – Realizar visitas domiciliares para tratamento (químico e/ou mecânico) de criadouros de *Aedes aegypti*, conforme estabelecido nas diretrizes nacionais de controle da dengue. Os ciclos de atividade de tratamento de criadouros (químico e/ou mecânico) devem ser concluídos em um período **bimestral** (Fonte: PNEM/SIMPR).

A5 - Reduzir pendências ocasionadas por visitas não realizadas devido o fato do imóvel estar fechado ou de recusa do morador à entrada do ACE. Redução de pendência contribui para aumentar a cobertura de imóveis trabalhados. Deve-se manter ou reduzir o menor índice de pendência registrado em ciclo do ano anterior.

**Responsável Pelo Monitoramento:** Coordenação de Doenças de Transmissão Vetorial da Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP/ SUVISA. Email: [gtarbovirosesba@gmail.com](mailto:gtarbovirosesba@gmail.com) tel (71)-3116-0029/0047/0024

## **Indicador 23 - Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho**

### **Meta Estadual e Municipal:**

Os municípios devem inicialmente analisar o desempenho do indicador no período 2012-2016 e observar o atendimento da meta estabelecida para o indicador na Portaria MS No 2.984, de 27 de dezembro de 2016: **95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.**

### **Avaliação da Série Histórica:**

Trata-se de um Indicador universal, originalmente previsto pelo Ministério da Saúde (MS) como parte do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS). Deve ser pactuado com vistas à atender a Diretriz Nacional “Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável”.

Tem como objetivo principal identificar as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando aos municípios e estados a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.

Segundo a atual Ficha de Qualificação dos Indicadores do Pacto 2017-2021, o indicador 23 é uma Razão, formada pelo "Número de notificações de agravos com o campo “Ocupação” preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso" em relação ao "Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência". Ainda segundo a referida Ficha de Qualificação, há que se considerar para o cálculo do indicador os seguintes agravos: a. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; b. Acidente de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes); c. Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho.

Em relação ao Acidente de Trabalho Grave, na ficha do Sinan é possível identificar a variável "local de ocorrência do caso", no entanto, não foi encontrada variável correspondente na Ficha de Notificação/Investigação do Sinan para os casos de Acidentes com exposição a material biológico e Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho. Por este motivo, a série histórica do indicador foi feita pela Divasta partir da notificação dos casos (total de casos de acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho, acidente de trabalho grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes) e intoxicação exógena relacionada ao Trabalho) segundo município de residência (variável comum e encontrada em todas as fichas de notificação/investigação do Sinan<sup>2</sup>). O resultado do indicador deve estar expresso em percentual (Fator de Multiplicação 100).

---

<sup>2</sup> A Divasta deu conhecimento ao fato à área técnica da ST do MS, na intenção de obter orientações/esclarecimentos em relação à situação. Aguarda-se a manifestação do MS.



Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.

Diante do exposto, no processo de pactuação, os municípios devem inicialmente analisar o desempenho do indicador no período 2012-2016 e observar o atendimento da meta estabelecida para o indicador na Portaria MS No 2.984, de 27 de dezembro de 2016: 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.

Pretende-se identificar as ocupações que apresentaram maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando assim, a definição de ações de apoio institucional/matricial, de forma mais adequada. Além disso, é importante a ampliação do número de Municípios que alcancem a meta de 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido (Meta 2017 PQAVS).

Neste sentido, com vistas ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações de ST, a análise estadual deverá considerar as situações abaixo relacionadas e estabelecer ações de apoio institucional/matricial de acordo com os resultados apresentados:

1) municípios que alcançaram a meta (95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido) ou obtiveram resultados superiores a este valor.

2) municípios que não atingiram a meta (95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido), mas atingiram resultados superiores a 90%.

3) municípios que não atingiram a meta (95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido) e obtiveram resultados de 70 a 89,9% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.

4) municípios que não atingiram a meta (95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido) e obtiveram resultados de 50 a 69,9% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.

5) municípios que não atingiram a meta (95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido) e obtiveram resultados inferiores a 49,9% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.

**Ações necessárias para alcance da meta:**

A1. Monitorar as informações do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação

A2. Capacitar profissionais da Atenção Básica, Vigilância da Saúde e Rede de Urgência e Emergência com vistas à ampliação das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido