



Art.2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, do montante estabelecido no Art. 1º, ao Fundo Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ, em parcelas mensais.

Art.3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População em Média e Alta Complexidade - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Hospitalar - Plano Orçamentário 000F.

Art.4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da 12ª (décima segunda) parcela de 2016.

RICARDO BARROS

ANEXO

UF	Tipo	Plano interno	CNES	CGC/ CNPJ	Município	IBGE	Gestão	Número da Proposta SAIPS	Valor Anual (R\$)
RJ	CAPS II	RSM - RSME	5874408	11.715.094/0001-00	Rio de Janeiro	330455	Municipal	8564	R\$ 397.035,00
TOTAL									R\$ 397.035,00

PORTARIA Nº 2.981, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2016

Estabelece recurso do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do Parágrafo único do art. 87 da Constituição,

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e transferência dos recursos federais para ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a Portaria nº 2.410/SAS/MS, de 26 de dezembro de 2016, que habilita leitos da Unidade de Tratamento Intensivo - UTI Pediátrica, para o Instituto do Cérebro Paulo Niemeyer, no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido recurso do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do Estado do Rio de Janeiro e do Município do Rio de Janeiro, no montante anual de R\$ 838.717,44 (oitocentos e trinta e oito mil setecentos e dezessete reais e quarenta e quatro centavos).

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, do montante estabelecido no art. 1º, ao Fundo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em parcelas mensais.

Art. 3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 0000.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da 12ª (décima segunda) parcela de 2016.

RICARDO BARROS

PORTARIA Nº 2.982, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2016

Estabelece recurso do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e transferência dos recursos federais para ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a Portaria nº 2.411/SAS/MS, de 26 de dezembro de 2016, que habilita leitos da Unidade de Tratamento Intensivo - UTI Adulto Tipo II, para o Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido recurso do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do Estado do Rio de Janeiro e do Município do Rio de Janeiro no montante anual de R\$ 5.311.877,12 (cinco milhões trezentos e onze mil oitocentos e setenta e sete reais e doze centavos).

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, do montante estabelecido no art. 1º, ao Fundo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em parcelas mensais.

Art. 3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 0000.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da 12ª (décima segunda) parcela de 2016.

CRICARDO BARROS

PORTARIA Nº 2.983, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2016

Estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado da Paraíba e do Município de João Pessoa.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 1.524/GM/MS, de 24 de julho de 2013, que aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado da Paraíba e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

Considerando a Portaria nº 1.128/GM/MS, de 23 de maio de 2014, que altera o Anexo da Portaria nº 1.524/GM/MS, de 24 de julho de 2013; e

Considerando a inserção de leitos de enfermagem clínica de retaguarda no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), resolve:

Art. 1º Fica estabelecido recurso do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado da Paraíba e do Município de João Pessoa, no montante anual de R\$ 1.985.600,00 (um milhão, novecentos e oitenta e cinco mil e seiscentos reais).

Art. 2º Os recursos financeiros estabelecidos no Art. 1º referem-se à habilitação de leitos de enfermagem clínica de retaguarda, previstos no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado da Paraíba, conforme Portaria nº 1.524/GM/MS, de 24 de julho de 2013.

Art. 3º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, do montante estabelecido no Art. 1º, em parcelas mensais, ao Fundo Municipal de Saúde de João Pessoa/PB.

Art. 4º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585-0025 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Rede de Atenção às Urgências e Emergências - Plano Orçamentário 0000.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros a partir da 12ª (décima segunda) parcela de 2016.

RICARDO BARROS

PORTARIA Nº 2.984, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2016

Revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir de 2017.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando a Portaria nº 1.708/GM/MS, de 16 de agosto de 2013, que regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios, cujo art. 14 dispõe sobre a possibilidade de revisão da relação de metas com seus respectivos indicadores, e metodologia para a Fase de Avaliação do PQA-VS;

Considerando a Portaria nº 2.778/GM/MS, de 14 de dezembro de 2014, que revisa a relação de metas, com seus respectivos indicadores, e a metodologia para a Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir do ano de 2014; e

Considerando a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir do ano de 2017.

Art. 2º A relação das metas, com seus respectivos indicadores, que expressam os compromissos e responsabilidades de Estados, Distrito Federal e Municípios, no âmbito do PQA-VS, consta do Anexo I a esta Portaria.

§ 1º O valor das metas definidas não poderá ser alterado pelo ente federado aderido ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).

§ 2º O Anexo II a esta Portaria apresenta o Caderno de Indicadores do PQA-VS, referente às metas de que trata o "caput" deste artigo.

Art. 3º O repasse dos recursos financeiros do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) decorre do cumprimento das metas estabelecidas por esta Portaria, considerando:

I - para o Distrito Federal e os Municípios, a estratificação especificada nos artigos 4º e 5º da Portaria nº 2.778/GM/MS, de 14 de dezembro de 2014; e

II - para os Estados, os critérios dispostos no artigo 11 da Portaria nº 1.708/GM/MS, de 16 de agosto de 2013.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO I

Metas e Indicadores Pactuados no âmbito do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).

Municípios e Distrito Federal

1. Meta: 90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Indicador: Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

2. Meta: 90% de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Indicador: Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

3. Meta: 80% de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por município.

Indicador: Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.

4. Meta: 100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).

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

5. Meta: 75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.
Indicador: Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).
6. Meta: 50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.
Indicador: Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan.
7. Meta: 80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerradas em até 60 dias a partir da data de notificação.
Indicador: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.
8. Meta: 70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).
Indicador: Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.
9. Meta: 4 ciclos, dos 7 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Indicador: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
10. Meta: 80% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.
Indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.
11. Meta: 70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.
Indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.
12. Meta: 2 testes de sífilis por gestante.
Indicador: Número de testes de sífilis por gestante.
13. Meta: 15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.
Indicador: Número de testes de HIV realizado.
14. Meta: 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.
Indicador: Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.
15. Meta: 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.
Indicador: Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

ANEXO II

Caderno de Metas e Indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)

Indicador 1 - Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Meta	90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
Relevância do Indicador	- As informações de mortalidade do SIM são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (mortalidade infantil, fetal, materna e mulheres em idade fértil), nas esferas federal, estadual e municipal. Por esse motivo, a oportunidade da notificação é fundamental.
Método de Cálculo	Numerador: Total de óbitos notificados até 60 dias após o final do mês de ocorrência, por local de residência. Denominador: Total de óbitos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 31 de março do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- A alimentação no SIM dos registros de óbito deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - Dentre todos os óbitos, a alimentação no SIM dos óbitos fetais, infantis e maternos deve ser priorizada, conforme preconizado nas Portarias nº 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, e nº 1.271/GM/MS, de 6 de junho de 2014, e, ainda, na Nota Informativa GAB/SVS sobre o registro e notificação compulsória de doenças e agravos relativos à Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016. - Quanto ao número de óbitos esperados, serão utilizados os mesmos parâmetros da Portaria nº 47/SVS/MS de 03/05/2016, adaptados para o contexto do PQA-VS. Assim, o método será aplicado a todos os municípios, inclusive para os menores de 30.000 habitantes. - Os municípios novos, bem como aqueles dos quais esses se desmembraram, deverão receber um tratamento provisório no monitoramento deste indicador, durante 4 (quatro) anos, a contar da data de instalação de fato (separação administrativa), para viabilizar a construção de série histórica, que permita estimar os volumes esperados de óbitos de seus residentes. - A Secretaria de Vigilância em Saúde disponibiliza o número de óbitos esperados por município no seguinte endereço: http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/ no item documentação.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 2 - Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Meta	90% de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
Relevância do Indicador	- As informações dos nascimentos do Sinasc são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (como número de consultas de pré-natal, percentual de cesáreas desnecessárias), nas esferas federal, estadual e municipal. Por esse motivo, a oportunidade da notificação é fundamental.
Método de Cálculo	Numerador: Total de nascidos vivos notificados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência por local de residência. Denominador: Total de nascidos vivos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 31 de março do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- A alimentação no Sinasc dos registros de nascimento deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - Os parâmetros adotados para estipular o volume esperado de registros de nascidos vivos para os municípios serão definidos com base no desempenho de cada Secretaria Municipal, no que se refere à captação desses eventos nos últimos 3 (três) anos estatísticos encerrados e publicados, conforme os seguintes estratos: I - municípios, cuja Taxa Bruta de Natalidade Média no último triênio seja considerada adequada, terão o número de nascidos vivos esperados em cada mês calculado a partir do número de registros informados ao Sistema de Informação nos últimos 4 (quatro) anos, projetado por regressão linear simples para o ano em curso; II - municípios, cuja Taxa Bruta de Natalidade Média no último triênio seja considerada inadequada, terão o número de nascidos vivos esperados em cada mês calculado a partir da aplicação da Taxa Bruta de Natalidade considerada minimamente adequada (*) sobre a população estimada para o município no ano corrente e, na sua ausência, para o ano anterior, levando-se em conta também, para qualquer situação, os parâmetros adotados para corrigir (**), para fins de monitoramento, o volume de registros de nascidos vivos esperados por municípios no prazo de até 60 (sessenta) dias após o mês de ocorrência, calculados conforme definições a seguir: (*) Parâmetros mínimos de adequação das Taxas Brutas de Natalidade, segundo região e porte populacional: I - Para a Região Norte, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 14,2 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 14,0 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. II - Para a Região Nordeste, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 13,2 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 12,8 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. III - Para a Região Sudeste, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 10,5 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 11,5 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. IV - Para a Região Sul, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 10,0 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 12,1 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. V - Para a Região Centro-oeste, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 10,7 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 13,8 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. (**) Parâmetros adotados para corrigir, para fins de monitoramento, o volume de registros de nascidos vivos esperados por Municípios no prazo de até 60 (sessenta) dias após o mês de ocorrência, calculados conforme definições a seguir: I - Se a razão entre o número médio de nascidos vivos observados no triênio e o número de nascidos vivos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da Taxa Bruta de Natalidade sobre a população local for menor que 40%, o número de nascidos vivos esperados deve ser corrigido para 40% do que é projetado pela Taxa Bruta de Natalidade de adequação mínima. II - Se a razão entre o número médio de nascidos vivos observados no triênio e o número de nascidos vivos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da Taxa Bruta de Natalidade sobre a população local corresponder a um valor entre 40 e 89%, o número de nascidos vivos esperados deve ser acrescido de 10% do que é projetado pela Taxa Bruta de Natalidade de adequação mínima. III - Se a razão entre o número médio de óbitos observados no triênio e o número de óbitos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da Taxa Bruta de Natalidade sobre a população local for maior ou igual a 90%, o número de nascidos vivos esperados deve ser aquele que é projetado pela Taxa Bruta de Natalidade de adequação mínima, sem correção. IV - Se o parâmetro para o cálculo do número esperado de nascidos vivos são os dados diretos do Sinasc, o número de nascidos vivos esperados deve ser aquele que é projetado pela regressão linear simples a partir da série histórica do sistema nos últimos 4 (quatro) anos, sem correção. V - Após a definição das metas anuais, feita pela aplicação dos critérios acima estabelecidos nos itens I a IV, deve-se compará-las com as metas do ano anterior, e todo município que apresente uma variação positiva entre um ano e outro de mais de 15% no número de nascidos vivos a serem coletados, a meta deve ser truncada em um aumento de 15%. - O Ministério da Saúde emitirá anualmente Nota Técnica, apontando: a) em que estrato se enquadra cada município para as finalidades que preconizam os incisos I e II acima; e b) toda a memória de cálculo do número de nascimentos esperados por ano e por mês, por município. - Os municípios novos, bem como aqueles dos quais esses se desmembraram, deverão receber um tratamento provisório no monitoramento deste indicador, durante 4 (quatro) anos, a contar da data de instalação de fato (separação administrativa), para viabilizar a construção de série histórica, que permita estimar os volumes esperados de óbitos de seus residentes. - A Secretaria de Vigilância em Saúde irá disponibilizar o número de nascidos vivos esperados por município no seguinte endereço: http://svs.aids.gov.br/cgiae/sinasc/ no item documentação.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br



Indicador 3 - Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.

Meta	80% de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por município.
Relevância do Indicador	- Permite monitorar a quantidade de salas de vacinas do município utilizando o SI-PNI (Sistema de Informação nominal e por procedência do vacinado) regularmente como fonte de informação dos dados de vacinação, para análise mais precisa dos dados de cobertura vacinal.
Método de Cálculo	Numerador: Número de salas de vacina do município com alimentação mensal no SI-PNI. Denominador: Número de salas de vacinas do município constante do cadastro do SI-PNI em junho de 2012. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- A alimentação do SI-PNI poderá ser realizada pela Unidade de Saúde onde estiver localizada a Sala de Vacina, não sendo necessária a instalação de equipamento exclusivo para esse fim. - Em municípios até 10.000 habitantes, a alimentação do SI-PNI poderá ocorrer no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, com a identificação das Salas de Vacinas correspondentes. - Os dados para a avaliação desse indicador levarão em conta o quantitativo de salas de vacinas existentes no Cadastro do Sistema de Informação de Avaliação do Programa Nacional de Imunizações (SI-API) em junho de 2012, que subsidiou a elaboração da Portaria nº 2.363/GM/MS, de 2012.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

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

Meta	100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).
Relevância do Indicador	As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a permanência de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual: - a vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B e hepatite B; - a vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de morbidade e mortalidade; - a vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e, - a vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.
Método de Cálculo	Numerador: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada. Denominador: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral. Fator de multiplicação: 100.
Fontes	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	A idade adequada para aplicação de cada vacina selecionada obedecerá ao Calendário Nacional de Vacinação atualizado e publicado pelo Ministério da Saúde nos termos da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, bem como através de notas informativas.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 5 - Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).

Meta	75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a eficácia do processo de desinfecção da água utilizada para consumo humano e da manutenção de teor mínimo para a inativação de organismos patogênicos.
Método de Cálculo	Numerador: Número de amostras de água analisadas para o Residual de Agente Desinfetante (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro). Denominador: Total de amostras obrigatórias para o Residual de Agente Desinfetante (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro). Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- A aplicação de agente desinfetante para inativação de organismos patogênicos é uma exigência da norma de potabilidade brasileira, que prevê, ainda, a necessidade de manutenção de teor mínimo de residual de desinfetante em toda a extensão da rede de distribuição para prevenir uma possível recontaminação. - O agente desinfetante tem a função de destruir ou inativar organismos patogênicos que possam estar presentes na água e, dessa forma, prevenir a propagação de doenças de veiculação hídrica. - Esse indicador possui importante papel para prevenção de agravos à saúde humana e seu monitoramento possibilita identificar situações nas quais a concentração encontra-se fora da faixa preconizada. - Os produtos químicos derivados de cloro são os mais empregados, em virtude do poder de manutenção de um residual desinfetante na água do sistema de distribuição. O Artigo 34 da Portaria nº 2.914/GM/MS, de 2011, determina a manutenção de teor mínimo de cloro residual livre, cloro residual combinado ou de dióxido de cloro em toda a extensão do sistema de distribuição (reservatórios e rede). - Em função da fácil degradação das formas de cloro na água, a análise do residual do agente desinfetante deve ser realizada em campo logo após a coleta, de forma a garantir um resultado mais fidedigno. - Quando o não atendimento aos valores de referências preconizados na Portaria nº 2.914/GM/MS, de 2011, for confirmado, medidas corretivas devem ser adotadas, junto ao responsável pelo abastecimento de água ou à população, para garantir que o cumprimento dos valores de referências estabelecidos na portaria. - O número de análises obrigatórias para os parâmetros que medem os residuais de agentes desinfetantes está previsto na Diretriz Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, disponível no site da SVS, no seguinte endereço: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/06/diretriz-nacional-plano-amostragem-agua.pdf
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 6 - Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan.

Meta	50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.
Relevância do Indicador	- Este indicador representa a atividade do sistema de vigilância de morbidades do país e complementa positivamente as obrigações previstas na Portaria nº 47/GM/MS, de 3 de maio de 2016, que estabelece o bloqueio de recursos no caso de não ocorrer regularidade na alimentação. - Permite vigilância ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, principalmente frente às situações de epidemias ou alteração do padrão epidemiológico. - Permite que as três esferas de gestão do SUS possam responder oportunamente às mudanças na situação epidemiológica, com base em relatórios, recomendações e informações públicas para toda a rede de serviços de saúde, levando a medidas de intervenção adequadas.
Método de Cálculo	Número de semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma informação de notificação (positiva, negativa ou de surto).
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- O Sistema preconiza que deverá haver, pelo menos, uma informação de notificação (positiva, negativa ou surto) a cada semana epidemiológica, ao longo de todo o ano epidemiológico, totalizando 52 ou 53 semanas, de acordo com o ano. - A presença dessas informações indica que a vigilância em saúde local está ativa no monitoramento de doenças de notificação compulsória e, no caso de ausência de casos naquela semana, notifica negativamente às demais esferas.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 7 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

Meta	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerrados em até 60 dias a partir da data de notificação.
Relevância do Indicador	- Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todos as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata nacional, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. - Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.
Método de Cálculo	Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- Para este indicador, foram definidas, 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

	<p>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, Varíola e outras emergências de saúde pública.</p> <p>- As doenças listadas (DNCI) devem ser notificadas em 24 horas e registradas no Sinan no prazo de 7 dias.</p> <p>- No caso de epidemias de Dengue, Zika e Chikungunya, a prioridade é investigar os óbitos: apenas esses é que são de notificação imediata.</p> <p>- Município que não possuir registro no Sinan de, pelo menos, uma das doenças de notificação imediata citadas, no ano de análise, não pontua para o POA-VS.</p>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br</p>

Indicador 8 - Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.

Meta	70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a oportunidade da entrega de tratamento antimalárico, o que contribui para a redução da transmissão, morbidade e mortalidade pela doença. - Orienta o planejamento das ações para garantir acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento de malária.
Método de Cálculo	<p>Numerador: Número total de casos autóctones de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 48 horas, após o início dos primeiros sintomas, somado ao número total de casos importados de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 96 horas, após o início dos primeiros sintomas, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado.</p> <p>Denominador: Número total de casos de malária sintomáticos por local de notificação, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.</p> <p>Para processamento dos dados no Sivep-Malária, utilizar os dados disponíveis na base NOTIPOXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: NOTIPO14.dbf): Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (MUN_NOT), sendo MUN_INFE o mesmo município avaliado, ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DT_TRATA menos DT_SINTO). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 2 dias (48 horas). Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (MUN_NOT), sendo MUN_INFE diferente do município avaliado, sendo ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DT_TRATA menos DT_SINTO). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 4 dias (96 horas) em relação ao total de registros selecionados. Somar esses dois valores. Dividir pelo número total de registros, agrupados por município (MUN_NOT), sendo ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1.</p> <p>Para processamento dos dados no Sinan, utilizar os dados disponíveis na base MALANXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: MALAN14.dbf): Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (ID_MUNICIP), sendo COMUNINF o mesmo município avaliado, AT_LAMINA diferente 3 e AT_SINTOMA = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DTRATA menos DT_SIN_PRI). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 2 dias (48 horas). Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (ID_MUNICIP), sendo COMUNINF diferente do município avaliado, AT_LAMINA diferente 3 e AT_SINTOMA = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DTRATA menos DT_SIN_PRI). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 4 dias (96 horas) em relação ao total de registros selecionados. Somar esses dois valores. Dividir pelo número total de registros, agrupados por município (ID_MUNICIP), sendo AT_LAMINA diferente 3 e AT_SINTOMA = 1.</p>
Fontes	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária), para Região Amazônica (estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), para os demais Estados.
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 30 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	Município que não possuir registro de notificação de casos de malária em seu território no Sivep-Malária ou no Sinan, de acordo com sua localização, não pontua para o POA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEV E-mail: dagvs@saude.gov.br</p>

Indicador 9 - Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Meta	4 ciclos, dos 7 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Relevância do Indicador	- Evidência o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.
Método de Cálculo	<p>1º passo - Cobertura por ciclo Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100.</p> <p>2º passo - Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.</p>
Fontes	Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR). Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCND). Sistema próprio do estado ou município. OBS.: Os municípios possuem, em âmbito local, os dados referentes ao indicador aqui tratado, registrados no SISFAD, ou no SISPNCND, ou em planilhas eletrônicas próprias, formatadas para a identificação das visitas domiciliares realizadas, por ciclo. A consolidação nacional desses dados, sempre que necessária, será feita por meio de planilha do excel, preenchida pelas SES, com base nos dados levantados junto aos municípios, e enviada ao Programa Nacional de Controle da Dengue via <i>Formisus</i> .
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 31 de março do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- 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 <i>Aedes aegypti</i> , persistente, no mínimo, por 1 ano ou com histórico de transmissão. Opcionalmente, em grandes centros urbanos, as visitas de rotina a edifícios podem ser restritas à área comum e a apartamentos ao nível do solo. - O método de cálculo deverá ser aplicado em cada ciclo para verificação da cobertura dos imóveis visitados. A cobertura mínima em cada ciclo deverá ser de 80% dos imóveis. - Não deve ser considerada a média dos ciclos. - O Reconhecimento Geográfico (RG) deve ser atualizado de modo que o número de imóveis visitados não seja maior que o número de imóveis existentes, evitando coberturas acima de 100%. - Os imóveis visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, posteriormente, pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE), a título de complementação, deverão ser registrados apenas como uma única vez. - O município classificado como "Não infestado", em decorrência da pesquisa entomológica, não é obrigado a realizar visitas domiciliares para controle da dengue. Ele desenvolve outras ações de vigilância. Nesse caso, pontua no POA-VS. Mas, se o município nessa situação apresentar registro autóctone da doença no Sinan será considerado "Infestado" e deverá realizar as visitas domiciliares, conforme preconizado, para pontuar no POA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	<p>Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br</p>

Indicador 10 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.

Meta	80% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.
Relevância do Indicador	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase para aumento da detecção oportuna de casos novos.
Método de Cálculo	<p>Numerador: Número de contatos dos casos novos de hanseníase examinados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar. Denominador: Total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar. Fator de multiplicação: 100.</p> <p>Processar os dados no TABWIN, de acordo com os seguintes passos:</p> <p>1º passo - Tabulação Paucibacilar</p> <p>Linha UF Res Atual ou Mun Res AT Coluna Não Ativa</p> <p>Incremento Contato Registrado Contato Examinado Desmarcar: Suprimir Linhas Zeradas Suprimir Colunas Zeradas</p> <p>Seleções Disponíveis Ano Diagnóstico: subtrair 1 ao ano de avaliação</p>

	<p>- Vale ressaltar a importância da identificação do caso suspeito, do diagnóstico da doença, da notificação do caso e do acompanhamento do paciente ao longo de todo tratamento, visando o desfecho cura e a obtenção da quebra de transmissão da doença.</p> <p>- Para os municípios que apresentaram caso de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no período da análise e que não registraram contatos, a meta deste indicador deve ser considerada como não cumprida.</p> <p>¹ BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.</p>
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 12 - Número de testes de sífilis por gestante.

Meta	2 testes de sífilis por gestante.
Relevância do Indicador	- Como indicador de concentração, ajuda a expressar a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada na gestante em dois momentos: durante a gestação e, também, durante o parto. - O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita.
Método de Cálculo	Numerador: Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis em gestantes, por ano e município de residência da gestante. Denominador: Número de partos hospitalares do SUS, por ano e município de residência da gestante. Observações: 1. Para o numerador considerar a quantidade aprovada, por município de residência, dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECAO DE SIFILIS EM GESTANTE; 0214010082 TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE. 2. Para o denominador considerar o total de AIH aprovadas de gestantes, por município de residência, nos seguintes procedimentos: 0310010039 PARTO NORMAL; 0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0310010055 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN); 0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0411010034 PARTO CESARIANO; e. 0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.
Fontes	Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Denominador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final: 15 de maio do ano posterior ao da avaliação (dados parciais, no caso do denominador).
Informações adicionais	- Desde janeiro de 2014, foi adotado o Boletim de Procedimentos Ambulatoriais Individualizado (BPA-i), no SIA-SUS, para o procedimento 0202031179 VDRL P/ DETECAO DE SIFILIS EM GESTANTE, o que passou a permitir o registro do município de residência da gestante. - Para o processamento "ano", considerar o período de janeiro a dezembro.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 13 - Número de testes de HIV realizado.

Meta	15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a oportunidade do diagnóstico do HIV.
Método de Cálculo	Número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, por ano e município de residência. Observação: Considerar a "quantidade aprovada" dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202030296 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT); 0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA); 0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA; 0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECAO DE HIV EM GESTANTE; e, 0214010058 TESTE RAPIDO PARA DETECAO DE INFECCAO PELO HIV.
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 15 de maio de 2015.
Informações adicionais	- O diagnóstico oportuno do HIV tem influência tanto na qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV/aids, quanto na transmissão do vírus. - Os testes rápidos de HIV são comprados e disponibilizados pelo Ministério da saúde; os insumos para os demais exames são adquiridos por estados e municípios. - Todas as unidades de saúde do SUS estão aptas a solicitar o teste de HIV e sua realização pode ser feita em qualquer laboratório do sistema e da rede privada. - Para o processamento "ano", considerar o período de janeiro a dezembro.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 14 - Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

Meta	95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.
Relevância do Indicador	- Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.
Método de Cálculo para os Agravos	Numerador: 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. Denominador: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para monitoramento e avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- Relação de 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. - Município que não possui registro de notificação de agravos relacionados ao trabalho em seu território, no Sinan, não pontua para o POA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 15 - Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

Meta	95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.
Relevância do Indicador	- A violência é considerada uma questão de saúde pública mundial, o que torna necessária a ampliação de estratégias que interfiram nesse quadro. No Brasil, esse agravo representa a terceira causa de morte entre crianças de 0 a 9 anos de idade, passando a ocupar a primeira posição na população de 10 a 49 anos, decrescendo para a sexta posição entre os idosos (60 ou mais anos de idade). As vítimas, comumente, adquirem sequelas, permanentes ou não, que podem levar à incapacidade para o trabalho ou para outras atividades rotineiras, ao absenteísmo, a custos com o pagamento de pensões e de tratamentos de saúde, configurando um importante problema de saúde pública. Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VI-VASinan), como forma de sistematizar as informações sobre os casos de violências e permitir o cuidado intersectorial às vítimas. Dados gerados por esse sistema são demandados por vários setores do Ministério da Saúde e também por outros ministérios, bem como organizações não governamentais e imprensa. Desse modo, a qualidade dos dados é primordial para garantir uma análise fidedigna desse problema de saúde. - As características étnico-raciais de uma população constituem-se de variáveis de importância social e epidemiológica no estudo das análises de situação de saúde e, em especial, das desigualdades em saúde. Conhecê-las assume importância estratégica para a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade dos serviços de saúde, na elaboração de políticas públicas e na identificação das doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira. Além disso, a informação "cor ou raça/etnia" possibilita ao SUS cumprir um de seus princípios fundamentais, a Equidade, ou seja, o compromisso de oferecer a todos os cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação apresenta. - É um dado que pode orientar as intervenções nas populações específicas e o aprimoramento do campo raça/cor nos sistemas de informação de saúde, que é de responsabilidade dos trabalhadores e gestores dos serviços de saúde públicos e privados. - É fundamental a apropriação dos dados epidemiológicos pelos profissionais de saúde. Quer esses dados permaneçam nos serviços, quer sejam enviados aos diversos sistemas de informação, eles devem ser utilizados como instrumento capaz de indicar as ações necessárias para garantir a adequação da vigilância, da prevenção e da atenção dispensadas à saúde da população, respeitando-se as especificidades e fortalecendo a promoção da Cultura da Paz.



	- Sendo assim, é de suma importância melhorar a qualidade do preenchimento desses dados, em especial do campo raça/cor, que permite melhor caracterização da pessoa que sofreu violência.
Método de Cálculo	Numerador: Total de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida, por município de notificação. Denominador: Total de casos notificados por município de notificação. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- A alimentação no VIVA/Sinan dos registros de notificações de violência interpessoal e autoprovocada deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - O objetivo desse indicador é melhorar a informação das notificações de violências e acidentes em sua totalidade, através do incentivo ao melhor preenchimento do campo raça/cor e das demais variáveis. - Será considerada não válida a informação de raça/cor quando o campo estiver em branco ou com a opção "Ignorado". - Município que não possui registro de notificação de violência interpessoal e autoprovocada em seu território, no VIVA/Sinan, não pontua para o POA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

PORTARIA Nº 2.985, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2016

Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, e
Considerando o Art. 166 da Constituição Federal, em especial os §9º a §16 que dispõem sobre a execução obrigatória das emendas parlamentares individuais;
Considerando a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que institui as normas gerais de Direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal;
Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
Considerando a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Considerando a Lei nº 13.080, de 02 de janeiro de 2015, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2015 e dá outras providências;
Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
Considerando a Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;
Considerando a Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;
Considerando a Portaria MS/GM nº 837, de 23 de abril de 2009, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;
Considerando a Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do SUS, especialmente o disposto nos arts. 14 e 15 que versam a respeito da competência da União, por meio do Ministério da Saúde, de apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo o território nacional;
Considerando a Portaria MS/GM nº 615, de 15 de abril de 2013, que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); resolve:
Art. 1º Habilitar as propostas descritas no anexo I a receberem recursos referentes a construção de CAPS, conforme Portaria GM/MS nº 615, de 15 de abril de 2013.
Art. 2º Determinar que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias à transferência do incentivo financeiro de investimento estabelecido no art. 5º da Portaria GM/MS nº 615, de 15 de abril de 2013, na forma definida nos incisos I, II e III do artigo 9º dessa mesma portaria, para os Fundos Municipais de Saúde.
Art. 3º Fica estabelecido que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria fazem parte do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, e que correm por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando os Programas de Trabalho 10.302.2015.8535 (Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde)
Parágrafo único. Para continuidade do pagamento das parcelas às propostas habilitadas no contexto da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, os recursos orçamentários passam a ser plurianuais.
Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO

PROPOSTAS HABILITADAS PARA RECEBIMENTO DO RECURSO PARA CONSTRUÇÃO DE CAPS E UA

Nº	UF	MUNICIPIO	Nº PROPOSTA	CNPJ	VALOR USADO PARLAMENTAR	MODALIDADES	VALOR DA 1ª PARCELA	FUNCIONAL PROGRAMÁTICA
1	MA	CANTANHEDE	11344175000116003	11344175000132	800.000,00	CAPS I	160.000,00	10.302.2015.8535

PORTARIA Nº 2.986, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2016

Estabelece recurso do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado de São Paulo e Município de Guarujá.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do Parágrafo único do art. 87 da Constituição,

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e transferência dos recursos federais para ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a Portaria nº 2.459/SAS/MS, de 27 de dezembro de 2016, que habilita leitos da Unidade de Tratamento Intensivo - UTI Tipo II, no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, do Município Guarujá, Estado de São Paulo, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido recurso do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do Estado de São Paulo e do Município de Guarujá no montante anual de R\$ 1.817.221,12 (um milhão oitocentos e dezessete mil duzentos e vinte e um reais e doze centavos).

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, do montante estabelecido no art. 1º, ao Fundo Estadual de Saúde de São Paulo, em parcelas mensais.

Art. 3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 0000.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da 12ª (décima segunda) parcela de 2016.

RICARDO BARROS

PORTARIA Nº 2.987, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2016

Estabelece recurso do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a Portaria nº 2.427/SAS/MS, de 27 de dezembro de 2016 que habilita os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT's, resolve;

Art. 1º Fica estabelecido recurso do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar no montante anual de R\$ 2.640.000,00 (dois milhões e seiscentos e quarenta mil reais) a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, conforme anexo dessa Portaria.

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, do montante estabelecido no art. 1º desta Portaria, aos Fundos Municipais de Saúde, em parcelas mensais.

Art. 3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População em Média e Alta Complexidade - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Hospitalar - Plano Orçamentário 000F.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da 12ª (décima segunda) parcela de 2016.

RICARDO BARROS