Ministério da Saúde

Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando que o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de atenção;

Considerando que esse Pacto é base para negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde da população, a serem alcançadas por municípios e estados tendo como referencial legal a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002, aprovada pela portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002 e da portaria nº 384/GM, de 04 de abril de 2003;

Considerando que a Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde PPI-VS foi aprovada em 9 de dezembro de 2004;

Considerando a necessidade da realização da pactuação de metas do Pacto da Atenção Básica no mesmo período da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde;

Considerando que a Comissão Intergestores Tripartite - CIT adiou, para a reunião de 17/02/05, a discussão da portaria que regulamentará a portaria nº 2.023/GM de 23 de setembro de 2004,

resolve:

Art. 1º Aprovar a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2005, constante no **Anexo I** desta portaria, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os indicadores de que trata este artigo deverão ser calculados e analisados conforme as orientações constantes da nota técnica no **Anexo II** desta portaria.

Art. 2º Estabelecer as orientações, fluxos e prazos para a avaliação das metas pactuadas por municípios e estados, no ano de 2004, no **Anexo III** desta Portaria.

Art. 3º Estabelecer os mecanismos, fluxos e prazos para o processo de pactuação das metas para o ano de 2005, por município e estado, nos **Anexos IV e V** desta Portaria.

Art. 4º Constituir Grupo de Trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, composto por representantes das áreas técnicas para negociação das metas a serem pactuadas com os estados na efetivação do Processo de Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Humberto Costa
Ministro da Saúde

ANEXO I da Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005

Relação dos Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2005, para município segundo número de habitantes e Estado.

Saúde da Criança			
Indicadores Principais	**Município c/ menos de 80 mil habitantes**	**Município c/ 80 mil ou mais habitantes**	**Estado**
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	X	-	-
Taxa de mortalidade infantil;	X	X	X
Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer;	X	X	X
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;	X	X	X
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade;	X	X	X
Homogeneidade da cobertura vacinal por tetra valente em menores de um ano de idade.	-	-	X
Indicadores Complementares			
Número absoluto de óbitos neonatais;	X	-	-
Taxa de mortalidade neonatal.	X	X	X
Saúde da Mulher			
Indicadores Principais			
Taxa de mortalidade materna;	-	X	X
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal;	X	X	X
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.	-	X	X
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária;	X	X	X
Indicadores Complementares			
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero;	X	X	X
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama;	X	X	X
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	X	X	X
Controle da Hipertensão			
Indicadores Principais			
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC);	X	X	X
Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares.	X	X	X
Indicador Complementar			
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	X	X	X
Controle da Diabetes Mellitus			
Indicador Principal			
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus	X	X	X

Indicador Complementar			
Proporção de internações por diabetes mellitus	X	X	X

Controle da Tuberculose			
Indicador Principal	**Município c/ menos de 80 mil habitantes**	**Município c/ 80 mil ou mais habitantes**	**Estado**
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.	X	X	X
Indicadores Complementares			
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva; Taxa de mortalidade por tuberculose.	X X	X X	X X
Eliminação de Hanseníase			
Indicadores Principais			
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase; Taxa de detecção de casos novos de hanseníase.	X X	X X	X X
Indicadores Complementares			
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados Taxa de prevalência da hanseníase; Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico.	X X X	X X X	X X X
Saúde Bucal			
Indicadores Principais			
Cobertura de primeira consulta odontológica; Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.	X X	X X	X X
Indicador Complementar			
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.	X	X	X
Gerais			
Indicadores Principais			
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF); Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.	X X	X X	X X
Indicador Complementar			
Média mensal de visitas domiciliares por família.	X	X	X

ANEXO II da Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005

PACTO DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA, 2005

NOTA TÉCNICA

Indicadores 1 e 2

Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade e Taxa de mortalidade infantil

Conceituação

Mortalidade infantil é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade, ocorridos em determinado local e período.

O indicador utilizado para a sua mensuração é a taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade por 1000 nascidos vivos, em determinado local e período.

Para os municípios com população inferior a 80.000 habitantes, além da taxa definida acima, será utilizado para a sua mensuração o número absoluto de óbitos de menores de um ano de idade, em determinado local e período.

A diferenciação dos municípios foi adotada porque a taxa de mortalidade infantil tem uma grande oscilação em populações pequenas, quando avaliado um período curto de tempo, como um ano. Nesses casos, em que os óbitos infantis tendem a ser menos freqüentes, cada óbito a mais ou a menos provoca grandes variações na taxa, sendo importante o uso de números absolutos. Mas para garantir comparações entre municípios de porte diferente, se faz necessário o uso da taxa, justificando o uso destes dois indicadores para municípios com menos de 80 mil habitantes.

Método de Cálculo:

Taxa de mortalidade infantil

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 1.000$$

Além deste indicador, para os municípios com população inferior a 80.000 habitantes
Número de óbitos de crianças menores de um ano de idade em determinado local e período.

Interpretação:

Estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida.

É um dos principais indicadores de saúde pública, utilizado como indicador geral e como específico. Como indicador de saúde geral, expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil.

As taxas de mortalidade infantil são classificadas em altas (50 por 1000 ou mais), médias (20 a 49 por 1000) e baixas (menos de 20 por 1000), em função de patamares alcançados em países desenvolvidos (IDB 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mortalidade infantil alta aquela acima de 40 óbitos de menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos.

Nas últimas décadas o declínio, em todo o mundo, das taxas de mortalidade infantil reflete a cobertura e eficácia de ações de saúde específicas (TRO, imunização, incentivo ao aleitamento materno, etc.), mais do que a melhoria das condições de vida da população.

Na análise da mortalidade infantil, deve-se considerar que, embora altas taxas de mortalidade infantil possam revelar precárias condições sociais e de saúde, baixos níveis de mortalidade infantil não refletem necessariamente melhoria das condições de vida da população. Por outro lado, o aumento na taxa de mortalidade infantil pode, em determinadas situações, ser resultante da melhoria dos registros dos óbitos infantis.
Por isto, para o Pacto de Indicadores 2004, continuamos recomendando o uso de indicadores complementares como a taxa de mortalidade neonatal, para aqueles municípios e estados com sistema de informações de mortalidade (SIM) implantado e com boa cobertura, e com taxa de mortalidade infantil baixa (menor que 20 por 1000 nascidos vivos). Em contrapartida, aqueles municípios e estados que pretendem implantar o SIM ou ampliar e melhorar sua cobertura, deverão pactuar, além da taxa de mortalidade, o indicador de alimentação e cobertura do SIM.

Usos:
Analisar a situação de saúde e as condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção à saúde da criança e da gestante.

Limitações:
Sub-registro de óbitos de menores de um ano de idade e de nascidos vivos, erro na definição de nascido vivo, erro na informação de idade da criança na declaração de óbito.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Indicador 3

Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer

Conceituação
Este indicador reflete a proporção de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, dentre os nascidos vivos, em determinado local e período.
Compreende o registro da primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida, constante da Ficha do Sinasc.
É apresentado em forma de percentual.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos com peso menor que 2.500 g em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 100$$

Obs: Deve-se utilizar a informação de nascidos vivos por procedência da mãe (município de residência) e não por local de ocorrência do nascimento.

Interpretação:
Mede, de forma percentual, a proporção de nascidos vivos de baixo peso, em relação ao total de nascidos vivos. A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil.
O indicador serve como preditor da sobrevivência infantil: quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Valores em torno de 5-6% são encontrados em países desenvolvidos, e convenções internacionais estabelecem que esta proporção não deve ultrapassar 10%.
Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socio-econômico e de assistência materno-infantil.

Usos:
Analisar variações geográficas e temporais da proporção de nascidos vivos de baixo peso.
Contribuir para orientar iniciativas de intervenção nutricional e para avaliar condições orgânicas e condutas de risco da gestante (tabagismo, alcoolismo e outras).
Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como proteção e atenção à saúde infantil.

Limitações:
A inadequada padronização de procedimentos (tempo para aferição do peso ao nascer, natureza e condições do equipamento utilizado) afeta a qualidade da informação. A mensuração está particularmente prejudicada no caso de partos não-hospitalares.

Fonte:
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Indicador 4

Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas

Conceituação
Mortalidade infantil por causas mal definidas é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade por causas mal definidas, ocorridos em determinado local e período.
Os óbitos por causas mal definidas correspondem ao Capítulo XVIII da CID-10: "Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outra Parte" (códigos ROO-R99).
O indicador utilizado para sua mensuração em 2004 é a proporção de óbitos infantis por causas mal definidas dentre o total de óbitos infantis, apresentado em forma de percentual.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por causas mal definidas em determinado local e período}}{\text{Número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação:
Avalia o grau da qualidade da informação sobre causas de morte. Percentuais elevados sugerem deficiências na declaração das causas de morte.
A freqüência de causas mal definidas é condicionada pela disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico.
O emprego de expressões ou termos imprecisos prejudica a identificação da causa básica da morte, contribuindo para o aumento dos óbitos codificados no capítulo de causas mal definidas.

Usos:
Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por causas mal definidas, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
Avaliar a qualidade das estatísticas de mortalidade e das condições de prestação de serviços de saúde.
Complementar o indicador de causas evitáveis.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação dos sistemas de informação sobre mortalidade, para adoção de medidas destinadas a aprimorar o preenchimento da Declaração de Óbito.

Limitações:
As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.

Fonte:
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Indicador 5

Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos

Conceituação
Ocorrência de internações hospitalares por Infecção Respiratória Aguda (IRA) na população residente de menores de 5 anos, pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado local, no ano considerado.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações por IRA* em crianças residentes menores de 5 anos de idade em determinado local e período}}{\text{Total de crianças menores de 5 anos, no mesmo local e período}} \times 1.000$$

*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por IRA são: 71300066, 76300188, 76300021, 76300056, 76300064, 76300072, 76300080, 76300110, 76400077, 76400085, 42003024 e 42008069.
OBS: Deve-se considerar as internações por procedência da criança (município de residência) e não de ocorrência da internação.

Interpretação:
Mede o risco de crianças menores de 5 anos de idade serem internadas por infecção respiratória aguda (IRA) no Sistema Único de Saúde (SUS).
Altas taxas de internações neste grupo de causa sugerem condições assistenciais insatisfatórias ao grupo infantil, isto é, uma precariedade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde - principalmente os de atenção básica - oferecidos à população.

Usos:
Analisar variações geográficas e temporais nas taxas de internações hospitalares, por IRA em crianças menores de 5 anos de idade, identificando situações de desequilíbrio que possam merecer atenção especial.
Contribuir na realização de análises comparativas da concentração de recursos médico-hospitalares.
Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

Limitações:
A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.
Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS.
O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente durante o período analisado.
O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.
Pode haver um registro indevido do endereço da criança, prejudicando a identificação do seu município de origem (residência).

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 6

Homogeneidade da cobertura vacinal por Tetra valente em menores de 1 ano de idade

Conceituação

A cobertura vacinal por Tetra valente é medida pela proporção de crianças menores de 1 ano de idade que receberam a 3ª dose da vacina dentre o total de crianças menores de 1 ano de idade, em determinado local e período.
O alcance deste indicador por parte de um grande número de municípios assegura ao estado uma elevada homogeneidade de cobertura, que é, portanto, a proporção de municípios com cobertura vacinal por Tetra valente igual ou maior que 95% em relação ao total de municípios do estado, em determinado local e período.

Método de cálculo:

Homogeneidade da cobertura vacinal por Tetra valente em menores de 1 ano de idade

$$\frac{\text{Número de municípios com cobertura vacinal por Tetra valente (3ª dose) maior ou igual a 95\%}}{\text{Total de municípios do estado}} \times 100$$

Interpretação:
A taxa de cobertura vacinal está diretamente associada ao controle da difteria, tétano, coqueluche e hemófilos. Quando se obtém altas e homogêneas coberturas ao longo dos anos, assegura-se o controle, a eliminação ou a erradicação dessas doenças.
O Ministério da Saúde preconiza a meta de 95% ou mais das crianças menores de 1 ano de idade vacinadas, como parâmetro de cobertura para o imunizante.
Nos municípios e estados, valores médios elevados podem encobrir bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças, por isto está proposto o indicador de homogeneidade de cobertura vacinal para os estados.

Usos:
Acompanhar e avaliar a situação vacinal das crianças menores de 1 ano de idade, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.
Subsidiar a definição de estratégias de vacinação (campanhas, rotinas, intensificações da rotina, etc).
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da criança e ao controle de doenças evitáveis por imunização.

Limitações:
Estimativas populacionais super ou subestimadas comprometem o acompanhamento e a avaliação do cumprimento da meta.
Morosidade no fluxo de dados nos diversos níveis.
A demanda da população não residente aos postos de vacinação, sobretudo em campanhas, interfere na obtenção do indicador e a avaliação da cobertura vacinal.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações do PNI (SI-API)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicadores 7 e 8
Número absoluto de óbitos neonatais e
Taxa de mortalidade neonatal

Conceituação
Estes são indicadores complementares de mortalidade infantil, que refletem os óbitos ocorridos em menores de 28 dias entre os nascidos vivos em determinado local e período.

Método de Cálculo:

Taxa de mortalidade neonatal

$$\frac{\text{Número de óbitos de menores de 28 dias em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 1.000$$

Para municípios com menos de 80 mil habitantes, deve-se usar ainda:
Número absoluto de óbitos de menores de 28 dias em determinado local e período

Interpretação:
Estima o risco de um nascido vivo morrer durante os primeiros 28 dias de vida.
Taxas elevadas estão geralmente relacionadas a más condições de saúde da mãe e a insatisfatória assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Usos:
Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais, complementando as informações de mortalidade infantil.
Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socio-econômico da população.

Limitações:
Subnotificação de óbitos neonatais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

Fonte:
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Indicador 9

Taxa de mortalidade materna

Conceituação

Este indicador reflete o número de óbitos femininos ocorridos por causas maternas por 100.000 nascidos vivos, em determinado local e período.

Morte materna, segundo a CID-10[1], é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias, após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

A maioria das causas de morte materna na CID-10 está classificada no Capítulo XV, devendo ser excluídos os códigos O96, morte materna tardia (a morte que ocorre após 42 dias e em menos de um ano, após o parto) e O97, morte por seqüela de causa obstétrica direta (morte por qualquer causa obstétrica que ocorre um ano ou mais após o parto).

Além disto, as seguintes causas de morte, não incluídas no capítulo XV, devem ser incluídas na classificação de morte materna: tétano obstétrico (A34, Capítulo I), doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 a B24, Capítulo I), necrose pós-parto da hipófise (E23.0, Capítulo IV), osteomalácia puerperal (M83.0, Capítulo XII) e os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53, Capítulo V), mola hidatiforme (D.39.2 Capítulo II).Neste caso o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto. As doenças causadas pelo HIV devem ser consideradas após investigação. Assim como os óbitos classificados no código E.23, pois apenas a necrose pós – parto de hipófise é causa materna.

Embora raro, pode ocorrer morte materna (obstétrica indireta) conseqüente a causas externas; nesse caso, codificar os Capítulos XV, códigos V,W,X e Y.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos femininos por causas maternas (obstétricas diretas, indiretas e não especificados- 095) em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Obs: Este indicador não deverá ser pactuado por municípios com menos de 80 mil habitantes.

Interpretação:

A mortalidade materna é um indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. As mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, são, atualmente e em sua maioria, passíveis de prevenção e evitáveis. Em 1990, segundo a OMS, 95% dos óbitos maternos ocorreram nos países em desenvolvimento. Na América Latina, estima-se que 98% das mortes maternas seriam evitáveis se, nestes países, as mulheres tivessem condições de vida e saúde semelhantes às dos países desenvolvidos.

A ocorrência de óbito materno tem sido proposta por alguns autores como evento sentinela para indicar qualidade deficiente dos cuidados oferecidos à população.(A taxa de mortalidade materna acima de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos pode ser considerada elevada.) Países desenvolvidos tem taxas de mortalidade materna de 4 a 8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

A interpretação desse indicador deve ser cuidadosa, posto que a elevação da taxa de mortalidade materna nem sempre significa um aumento real de óbitos maternos. Ela pode estar associada à melhoria da qualidade da informação e ou do registro dos óbitos nas mulheres em idade fértil. Apesar disso, sua magnitude é indicativa da maior ou menor

[1]

necessidade de investimentos na assistência obstétrica, assim como na melhoria das condições de vida da população. Ao se utilizar os dados diretos disponíveis nos municípios, em virtude da crescente organização e atuação dos setores de vigilância epidemiológicas e comitês de morte materna, o indicador pode apresentar elevação no valor, devido à melhoria do sistema de informação.

Usos:
Avaliação da qualidade e acesso à assistência obstétrica
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.
Analisar a situação de saúde e condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.

Limitações:
Subinformação dos óbitos maternos (os médicos informam a causa terminal e não a básica, ao preencherem a declaração de óbito, como também, muitas vezes, não registram se a mulher estava ou não grávida, por ocasião do óbito).
Sub-registro que é a omissão do registro do óbito em cartório freqüente nas regiões norte, nordeste e centro oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios que realizam sepultamento sem certidão de Óbito, pela existência de cemitérios clandestinos e o sub-registro de nascidos vivos.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Complementar com informações sobre óbitos provenientes dos setores de vigilância epidemiológica e/ou Comitês de Morte Materna.

Indicador 10

Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal

Conceituação
Este indicador reflete, de forma percentual, a proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação:
Indica a concentração de consultas de atendimento pré-natal, a partir da quarta consulta.

Usos:
Analisar a cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.
Subsidiar o planejamento e avaliação de políticas de saúde voltadas para o atendimento pré-natal.

Limitações:
Não abrange o universo das gestantes, excluindo aquelas que tiveram aborto ou como produto da gestação o nascido morto.
Implantação parcial do Sinasc nos estados e municípios.

Fonte:
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Indicador 11

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

Conceituação
Este indicador reflete, de forma percentual, a proporção de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade investigados, em relação ao total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade investigados, em determinado local e período}}{\text{Número total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade, no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação:
O resultado desse indicador traduz a capacidade de investigação do sistema de vigilância e dos comitês de investigação de óbitos (uma vez que estes comitês também assumem a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil).
Segundo a Portaria Nº 1.399 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a NOB 96, a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna é atribuição dos municípios. A investigação do óbito materno deve ser conduzida pelos departamentos de vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde e, de forma complementar ou suplementar, pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Recomenda-se que, devido à importância dessa prática, os Comitês de Morte Materna realizem a investigação dos óbitos maternos nos estados ou municípios onde os departamentos de vigilância epidemiológica não estejam aptos a realizar esta ação.

Usos:
Incentivar a criação e pleno funcionamento dos Comitês de Mortalidade Materna.
Dimensionar as principais causas de óbito na população feminina em idade fértil.
Contribuir para reduzir o sub-registro e subnotificação dos óbitos maternos.
Identificar os determinantes da mortalidade materna.
Avaliar a implementação das ações de vigilância do óbito de mulheres em idade fértil.
Melhorar o registro e a notificação dos óbitos maternos.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.

Limitações:
Sub-registro de óbitos.
Fonte da informação não sistematizada.

Fonte:
Numerador: Comitês de Morte Materna
Denominador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Indicador 12

Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária

Conceituação
Este indicador reflete, em forma de razão, o número de exames de colpocitologia realizados em mulheres de 25 a 59 anos em relação à população feminina da mesma faixa etária, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos em determinado local e período}}{\text{Número total de mulheres de 25 a 59 anos no mesmo local e período}}$$

Interpretação:
Indica a cobertura da população feminina de 25 a 59 anos com relação a exames citopatológicos cérvico-vaginais.
O indicador objetiva avaliar, de forma direta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) do câncer de colo de útero.

Usos:
Identificar a cobertura desta ação nos grupos de risco na população feminina e orientar a adoção de medidas de controle.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção à saúde feminina desse grupo etário.

Limitações:
O numerador só abrange o universo de exames de mulheres, desse grupo etário, atendidas em unidades vinculadas ao SUS enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de mulheres beneficiárias de seguros privados de saúde.
Não reflete adequadamente a cobertura ou concentração deste procedimento na população alvo pois não identifica a realização de vários procedimentos em uma mesma mulher.
A fonte de informação é o Siscolo, cujas informações não estão disponíveis para os municípios que não contam com laboratórios de citopatologia.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero – Siscolo.
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 13

Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero

Conceituação
Este indicador é a expressão da ocorrência de óbitos por câncer de colo de útero em relação à população feminina, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos por câncer de colo de útero* em determinado local e período}}{\text{Número total de mulheres no mesmo local e período}} \times 100.000$$

*Causa básica do óbito CID-10: C53

Interpretação:
A mortalidade por câncer de colo de útero é um importante indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher.
Alta taxa de mortalidade por esta causa podem indicar uma falha nos serviços de saúde em realizar o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero, seu tratamento e acompanhamento adequado.

Usos:
Avaliação da qualidade e acesso à assistência à saúde da mulher.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.
Analisar a situação de saúde e condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.

Limitações:
Subnotificação dos óbitos (os médicos informam a causa terminal e não a básica, ao preencherem a declaração de óbito).
Sub-registro de óbitos por câncer de colo de útero, sendo registrados como ocorridos em outras partes do órgão.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 14

Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama

Conceituação

Este indicador reflete a ocorrência de óbitos por câncer de mama em relação à população feminina, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos por câncer de mama* em determinado local e período}}{\text{Número total de mulheres no mesmo local e período}} \times 100.000$$

* Causa básica do óbito CID-10: C50

Interpretação:

A mortalidade por câncer de mama é um importante indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher.

Alta taxa de mortalidade por esta causa podem indicar uma falha na prevenção primária desta doença, nos serviços de saúde em realizar o diagnóstico precoce do câncer de mama, seu tratamento e acompanhamento adequado.

Usos:

Avaliação da qualidade e acesso à assistência à saúde da mulher.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.

Analisar a situação de saúde e condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.

Limitações:

Subnotificação dos óbitos (os médicos informam a causa terminal e não a básica, ao preencherem a declaração de óbito).

Fonte:

Numerador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 15

Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

Conceituação
Este indicador reflete, de forma percentual, a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, em determinado local e período.
Sugere-se o uso deste indicador naqueles estados/municípios onde a proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal já é elevada (acima de 80%).

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação:
Indica a concentração de consultas de atendimento pré-natal, a partir da sétima consulta.

Usos:
Analisar a cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.
Subsidiar o planejamento e avaliação de políticas de saúde voltadas para o atendimento pré-natal.

Limitações:
Não abrange o universo das gestantes, excluindo aquelas que tiveram aborto ou como produto da gestação o nascido morto.
Implantação parcial do Sinasc nos estados e municípios.

Fonte:
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Indicador 16

Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)

Conceituação
Este indicador reflete a ocorrência de internações por acidente vascular cerebral (AVC) na população, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais em determinado período}}{\text{População de 40 anos e mais no mesmo local e período}} \times 10.000$$

*O código de procedimento do SIH/SUS para determinar a causa de internação por AVC: 81500106

Interpretação:
Medida de morbidade hospitalar por acidente vascular cerebral, no âmbito do SUS.
O indicador objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) da doença hipertensiva.
Não existem parâmetros de comparação. Espera-se que nos municípios que priorizem a execução dessas ações ocorra uma redução dessa taxa.

Usos:
Identificar grupos de risco na população e orientar a adoção de medidas de controle.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto.

Limitações:
O numerador só abrange o universo das internações hospitalares na rede SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de pessoas beneficiárias de seguros privados de saúde.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 17

Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares

Conceituação
Este indicador é a expressão da ocorrência de óbitos por doenças cérebro-vasculares na população, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos por doenças cérebro-vasculares* na população de 40 anos e mais em determinado local e período}}{\text{População de 40 anos e mais no mesmo local e período}} \times 100.000$$

* Causa básica do óbito CID-10: I64. I65, I66, I67 e I69

Interpretação:
Estima o risco de morte por doenças do aparelho circulatório.
Taxas elevadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório são decorrentes da maior incidência destas doenças na população. Por sua vez, a incidência está associada à freqüência de fatores de risco, como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo e estresse.
Variações das taxas de mortalidade específica podem também estar associadas à qualidade da assistência médica disponível.

Usos:
Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas às doenças do aparelho circulatório.

Limitações:
As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do país, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas mal definidas, comprometendo a qualidade do indicador.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 18

Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)

Conceituação
Este indicador é a expressão da ocorrência de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) na população, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)* na população com 40 anos e mais em determinado local e período}}{\text{População com 40 anos e mais no mesmo local e período}} \times 10.000$$

*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por ICC são: 77300050, 77300149, 77500113 e 77500164.

Interpretação:
Medida de morbidade hospitalar por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), no âmbito do SUS.
Indicador objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) da doença hipertensiva.
Não existem parâmetros de comparação. Espera-se que nos municípios que priorizem a execução dessas ações ocorra uma redução dessa taxa.

Usos:
Identificar grupos de risco na população e orientar a adoção de medidas de controle.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto.

Limitações:
O numerador só abrange o universo das internações hospitalares na rede SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de pessoas beneficiárias de seguros privados de saúde.
O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado.
O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 19
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético

Conceituação
Este indicador é a expressão da ocorrência de internações por cetoacidose e coma diabético na população, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações por cetoacidose e coma diabético*em determinado local e período}}{\text{Total de internação por diabetes } \textit{mellitus}\text{**, no mesmo local e período}} \times 100$$

*Códigos CID-10: E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1, E13.0, E13.1, E14.0 e E14.1.
** Os códigos de procedimento no SIH/SUS são os seguintes: 82300046 e 82500053.

Interpretação:
Medida de morbidade hospitalar por cetoacidose e coma diabético, no âmbito do SUS.
Indicador objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) das doenças crônicas não transmissíveis. Avalia a qualidade da assistência ambulatorial prestada aos pacientes com diabetes.
Espera-se que nos municípios que priorizem a execução de ações para o controle do diabetes, ocorra uma redução dessa taxa.

Usos:
Identificar grupos de risco na população e orientar a adoção de medidas de controle.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto.

Limitações:
O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado.
O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

Fonte:
Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Indicador 20

Proporção de internações por Diabetes *Mellitus*

Conceituação

Este indicador avalia a contribuição das internações por diabetes mellitus para o total das internações hospitalares, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações por diabetes mellitus* em determinado local e período}}{\text{Total das hospitalizações (exceto partos) no mesmo local e período}} \times 100$$

*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por diabetes são: 82300046 e 82500053.

Interpretação:

Medida de morbidade hospitalar por diabetes, no âmbito do SUS.

Indicador objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis

Não existem parâmetros de comparação. Espera-se que, nos municípios que priorizem a execução de ações de controle do diabetes mellitus, ocorra uma diminuição no número de internações de uma forma geral na população.

Usos:

Identificar grupos de risco na população e orientar a adoção de medidas de controle. Avalia a qualidade do atendimento ambulatorial prestado aos pacientes do diabetes mellitus.

Contribuir na realização de análises comparativas da concentração de recursos médico-hospitalares.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações voltadas para a assistência médico-hospitalar.

Limitações:

O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado. Freqüentemente o diabetes *mellitus* não é a causa principal da internação, mas sim uma de suas complicações.

O aumento proporcional de internações por determinado grupo de causa pode decorrer apenas da redução das ocorrências em outros grupos.

O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

Fonte:

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Indicador 21

Proporção de abandono de tratamento da tuberculose

Conceituação
Este indicador reflete, em percentual, a proporção de casos novos de tuberculose (todas as formas) encerrados por abandono, em relação ao total de casos novos de tuberculose diagnosticados, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos novos de tuberculose encerrados por abandono em determinado local e período*}}{\text{Total de casos novos de tuberculose diagnosticados no mesmo local e período**}} \times 100$$

* Consolidado municipal do Sinan (relatório de 9 meses).
** Campo 28 da Ficha de notificação/investigação de Tuberculose do Sinan

Interpretação:
É um indicador operacional que avalia a adesão ao tratamento de tuberculose e a qualidade dos serviços prestados.

Usos:
Avaliar programas de controle da tuberculose.
Possibilita análise de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da tuberculose

Limitações:
A qualidade dos dados depende da implantação e alimentação regular do sistema de informações utilizado, bem como das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica.

Fonte:
Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)

Indicador 22

Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva

Conceituação
Este indicador reflete o número de casos novos de tuberculose pulmonar positiva, expresso por 100.000 habitantes, em um determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos novos de tuberculose pulmonar positiva *em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100.000$$

* Campos 28 e 34 da Ficha de notificação/investigação de Tuberculose do Sinan

Interpretação:
Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose pulmonar positiva.
A ocorrência de casos indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo Mycobacterium tuberculosis, que é transmitido de um indivíduo a outro.
Taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento sócio-econômico e a insatisfatórias condições assistenciais de diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose existente. Outro fator a ser considerado é a cobertura de vacinação pelo BCG.
A associação entre tuberculose e infecção pelo HIV pode resultar em aumento da morbidade por tuberculose.

Usos:
Identificar grupos de risco, em especial as áreas e as características das pessoas associadas a maior ocorrência de casos, tais como, sexo, idade, estilos de vida, ocupação, condição social e associação com outras patologias (AIDS).
Monitorar tendências da doença, no tempo, espaço e grupos populacionais específicos.
Proceder análise comparada das condições de saúde, com vistas ao planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações do setor.
Avaliar programas de prevenção e controle da tuberculose.

Limitações:
O indicador baseia-se na notificação de eventos ocorridos, sendo dependente das condições técnico-operacionais para a detecção, notificação e confirmação de casos. Tais condições são peculiares a cada área geográfica de processamento dos dados e podem variar ao longo do tempo, em função de fatores como: ampliação das fontes de notificação, intensidade dos esforços realizados para a detecção de casos, sensibilidade e especificidade das técnicas de diagnóstico utilizadas, mudanças de critérios para definição de caso.
As bases de dados dos sistemas estaduais e municipais de diagnóstico e notificação de casos apresentam expressivas variações de cobertura, quantitativas e qualitativas, com diferentes graus de registro, de coleta e de transmissão de dados.
O fluxo de informações para os níveis estadual e nacional sofre atrasos decorrentes, entre outras causas, do tempo necessário à investigação e confirmação do caso pela vigilância epidemiológica local.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 23

Taxa de mortalidade por tuberculose

Conceituação
Este indicador é a expressão da ocorrência de óbitos por tuberculose na população, em um determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos por tuberculose* em determinado local e período}}{\text{População total no mesmo local e período}} \times 100.000$$

* Causa básica do óbito CID-10: A15, A16, A17, A18 e A19

Interpretação:
É um indicador epidemiológico que estima o risco de morrer por tuberculose na população de um determinado local.

Usos:
Avaliar programas de prevenção e controle da tuberculose.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais a população.

Limitações:
As bases de dados dos sistemas estaduais e municipais de mortalidade apresentam expressivas variações de cobertura, quantitativas e qualitativas, com diferentes graus de registro, de coleta e de transmissão de dados.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 24

Proporção de abandono de tratamento da Hanseníase

Conceituação
Este indicador reflete a não adesão ao tratamento de Hanseníase, sendo expresso em percentual, pela proporção de casos que não compareceram ao serviço em relação aos casos em registro ativo em um ano.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos de hanseníase que não compareceram ao serviço durante o ano*}}{\text{Casos de hanseníase em registro ativo**}} \times 100$$

* e ** Boletim de Acompanhamento do Sinan

Interpretação:
É um indicador operacional que mede a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase.

Usos:
Avaliar programas de controle da hanseníase e capacidade dos serviços.

Limitações:
A qualidade dos dados depende da implantação e alimentação regular do sistema de informações utilizado, bem como das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica.

Fonte:
Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)

Indicador 25

Taxa de detecção de casos novos de Hanseníase

Conceituação
Este indicador é a expressão do número de casos novos confirmados de hanseníase na população residente em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase notificados em determinado local e período}}{\text{População total no mesmo local e período}} \times 10.000$$

Interpretação:
Estima o risco de ocorrência de casos novos de hanseníase, em qualquer de suas formas clínicas. Serve como aproximação da taxa de incidência de hanseníase.
Taxas elevadas de detecção estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento sócio-econômico e a insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento dos casos.

Usos:
Determinar a tendência secular da endemia.
Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos novos confirmados de hanseníase, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de controle da hanseníase.

Limitações:
A qualidade dos casos depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de hanseníase.
O indicador não permite detectar oportunamente as variações de tendência, pois o diagnóstico da doença é geralmente tardio.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)
Denominador: Base demográfica do IBGE

Indicador 26

Proporção de cura nos casos novos de hanseníase diagnosticados

Conceituação
Este indicador é a expressão da proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados e curados em relação aos casos diagnosticados.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Casos novos de hanseníase diagnosticados e curados*}}{\text{Total de casos de hanseníase diagnosticados **}} \text{ X } 100$$

* Fazer separadamente o calculo de cura nas coortes de pauci e muitibacilares e somar.
** Boletim de acompanhamento do Sinan

Interpretação:
É um indicador operacional que avalia a efetividade dos tratamentos de hanseníase.

Usos:
Avaliar programas de controle da hanseníase e efetividade dos tratamentos.

Limitações:
A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica.

Fonte:
Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)

Indicador 27

Taxa de prevalência de hanseníase

Conceituação
Este indicador reflete a magnitude da ocorrência da hanseníase numa determinada população, sendo expresso pelo número de casos existentes de hanseníase por 10.000 habitantes, em um determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos existentes de hanseníase em determinado local e período*}}{\text{População total no mesmo local e período}} \times 10.000$$

* Campo 32 da Ficha de notificação/investigação de Hanseníase do Sinan

Interpretação:
Indica a magnitude da doença na população. Indicador recomendado pela OMS para medir a eliminação da doença.

O nível endêmico é classificado em:

Hiperendêmico:	≥ 20 casos por 10.000 habitantes
Muito alto:	10 a 19 casos por 10.000 habitantes
Alto:	05 a 09 casos por 10.000 habitantes
Médio:	01 a 04 casos por 10.000 habitantes
Baixo:	< 01 caso por 10.000 habitantes

A meta de eliminação é alcançar o valor de menos de 1 doente a cada 10.000 habitantes, até o ano 2005.

Usos:
Analisar a situação da hanseníase, identificando grupos e as áreas de risco e monitorando as tendências da doença no tempo, espaço e grupos populacionais específicos.
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a vigilância epidemiológica, principalmente aquelas dirigidas para o controle da hanseníase.

Limitações:
Subnotificação de casos novos.
Atraso no acompanhamento dos casos, com conseqüente não depuração dos registros ativos podendo superestimar a prevalência.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 28

Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico

Conceituação

Este indicador mede a proporção de incapacidade grau I e grau II no momento do diagnóstico em relação aos casos novos avaliados.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos novos de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico*}}{\text{Casos novos avaliados em relação à incapacidade no momento do diagnóstico**}} \times 100$$

* Campo 30 da Ficha de notificação/investigação de Hanseníase do Sinan
** Campo 32 da Ficha de notificação/investigação de Hanseníase do Sinan

Interpretação:
Indicador epidemiológico que avalia a efetividade das atividades de detecção precoce.

Usos:
Estimar a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos.
Estimar a endemia oculta.

Limitações:
A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica.

Fonte:
Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (Sinan)

Indicador 29

Cobertura de primeira consulta odontológica

Conceituação
Este indicador mede a tendência de cobertura de tratamentos odontológicos a partir da realização da primeira consulta com exame clínico visando a elaboração de um plano de tratamento. Reflete, em percentual, a proporção de habitantes que recebeu a primeira consulta odontológica para realização do tratamento odontológico restaurador no âmbito da atenção básica, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas* realizadas em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

* Código do SIA/SUS: 03.021.01-7

Interpretação:
É um indicador operacional que avalia acesso da população aos serviços de saúde bucal.

Uso:
Possibilita análises sobre cobertura da população com primeira consulta odontológica, podendo indicar tendências do perfil do atendimento, se apenas urgência e emergências, ou busca uma atenção integral em saúde bucal a toda a população ou a grupos específicos.

Limitações:

1 Sua análise reflete o perfil do modelo assistencial proposto pelo estado e municípios, indicando se a população objeto do atendimento odontológico restaurador é restrita, ou focalizada em uma faixa etária ou grupo específico.
2 O código "Primeira Consulta odontológica" não deve ser utilizado nos atendimentos de urgências e emergências, onde não haverá continuidade de tratamento odontológico restaurador. Nestes casos, registra-se apenas os procedimentos realizados. Por exemplo: uma restauração ou uma exodontia e não uma "Primeira Consulta odontológica".

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 30

Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos

Conceituação
Este indicador reflete, em forma de razão, a relação entre os procedimentos odontológicos coletivos (PC) realizados e a população de 0 a 14 anos de idade (população priorizada). Apesar do numerador ser um código de procedimento da tabela do SIA/SUS, este indicador reflete a população de um determinado local que está sendo beneficiada pelas ações de promoção e prevenção da saúde bucal. Compõem o código Procedimentos Odontológicos Coletivos: exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Média anual de população coberta por procedimentos odontológicos coletivos* em determinado local**}}{\text{População de 0 a 14 anos de idade, no mesmo local e período}}$$

*Código da tabela SIA/SUS: Procedimentos Odontológicos Coletivos 03.011.01-1.
** O numerador deve ser calculado somando-se as pessoas acompanhadas a cada mês, durante um ano, dividindo-se o resultado por 12 (meses) para se obter a média anual de população coberta.

Observações importantes:

- Deve-se ter especial atenção nos problemas de registro deste procedimento. Ele reflete na realidade, a população coberta pelas ações preventivas constantes da descrição de procedimentos coletivos na tabela do SIA/SUS, ou seja: exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada.
- O município deve registrar mensalmente no sistema o <u>número de indivíduos cobertos (acompanhados) por procedimentos odontológicos coletivos</u>. Não deve portanto ser registrada a "quantidade de procedimentos" realizados.
- Deve-se registrar a população coberta durante todos os meses do ano, mesmo que as ações sejam realizadas trimestralmente ou com outra periodicidade.O indicador, portanto, refere-se a uma média de pessoas acompanhadas durante 12 meses.

Interpretação:
Esse indicador tenta dimensionar o acesso da população às ações de prevenção de saúde bucal que compõem o código Procedimentos Odontológicos Coletivos (PC), na população de 0 a 14 anos de idade, de um determinado local, em um período de doze meses.
Como este indicador é apresentado em forma de razão, a relação mais favorável, que indicaria uma boa cobertura das ações preventivas de saúde bucal, estaria mais distante de 0,0 e próxima de 1.

Uso:
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde bucal e avaliar necessidade de ampliação das ações preventivas e de promoção da saúde bucal.

Limitações:

- Inconsistências nos registros dos procedimentos realizados no Boletim de Produção Ambulatorial (SIA-SUS). É importante que estados e municípios organizem-se para melhorar os registros, realizando-os de forma adequada;

- A população informada no numerador pode ser diferente da constante do denominador do indicador, já que a população alvo para os procedimentos coletivos em muitos casos extrapola a população de 0 a 14 anos. Ex: quando incluem gestantes ou grupos de outra faixa etária;
- O indicador não consegue refletir o conjunto de todas as ações constantes do procedimento odontológico coletivo, já que reflete a população coberta e não o número de procedimentos realizados, nem o intervalo de tempo utilizado para a realização de cada um;
- O registro deste procedimento no SIA/SUS vem sendo negligenciado, visto que muitos municípios interromperam este registro quando implantaram o SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica). Deve-se observar que a fonte da informação é o SIA/SUS. O registro destas ações, portanto, bem como de outras que são coincidentes com o SIAB, deverá ser feito ao longo do ano.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 31

Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais

Conceituação
Este indicador reflete, em forma percentual, a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número total de exodontias de dentes permanentes* realizadas em determinado local e período}}{\text{Total de ações básicas individuais em odontologia** realizadas em determinado local e período}} \times 100$$

*Código do SIA/SUS: 03.041.02-6
** Códigos do SIA/SUS: somatório de todos os procedimentos que compõem o Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.01-1 e 03.021.01-7.

Interpretação:
Este indicador possibilita analisar a orientação dos modelos propostos para a assistência odontológica individual, visto que mostra qual a participação dos procedimentos individuais mutiladores (exodontias de dentes permanentes) no total de procedimentos individuais realizados, que devem ser, em sua maioria, restauradores/conservadores e preventivos.

Uso:
Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde bucal.
Avaliar a necessidade de ampliação das ações preventivas coletivas e de ações individuais de caráter conservador e profilático.

Limitações:
Sub-registro dos procedimentos no SIA/SUS.

Fonte:
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Indicador 32

Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família

Conceituação
Este indicador reflete, em percentual, a cobertura da estratégia de saúde da família no estado/município, expressa pela proporção da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) no Modelo de Atenção PSF em relação ao total da população do município.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{População cadastrada no Siab (Modelo de Atenção PSF) em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação:
Mede a cobertura populacional do Programa de Saúde da Família.

Usos:
Avaliar se a estratégia saúde da família constitui-se no eixo de reorientação da atenção básica nos estados e municípios.
Acompanhar e avaliar o processo de extensão da cobertura das ações de saúde da família, identificando as variações geográficas existentes.

Limitações:
As bases de dados do cadastramento familiar do Siab apresentam variações de cobertura entre as Unidades da Federação. Em alguns estados, devido ao atraso na etapa de informatização do cadastramento, o total de famílias cadastradas não corresponde ao total de famílias cobertas pelas ações das equipes de saúde da família. Além disto, com a implantação do Cadastro Nacional de Usuários e do seu sistema para entrada de dados (Cadsus), muitos municípios têm abdicado de informar o Siab para não realizar dupla digitação.
A população total do município, resultado de estimativas do IBGE, pode estar subestimada ou superestimada.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 33

Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas

Conceituação
Este indicador reflete a média anual de consultas médicas realizadas, por habitante, nas especialidades básicas, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número* de consultas médicas nas especialidades básicas**, em determinado local e período}}{\text{População total no mesmo local e período}}$$

* Utilizar os registros das quantidades apresentadas de consultas médicas básicas
**Código dos procedimentos no SIA/SUS:
02.011.02 Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas com remoção
02.011.03 Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas
02.011.04 Atendimento médico de urgência com observação até 8 horas
02.012.01 Atendimento clínico para indicação/fornecimento de diafragma
02.012.02 Atendimento clínico para indicação/fornecimento/inserção de DIU
02.012.03 Consulta de pré-natal realizada por médico
02.012.04 Consulta em clínica médica
02.012.05 Consulta em gineco-obstetrícia
02.012.06 Consulta em ginecologia
02.012.07 Consulta em pediatria
02.012.08 Consulta médica do PSF
02.012.10 Consulta médica para hanseníase.
02.012.11 Consulta medica puerperal para conclusão de assistência obstétrica,
02.012.12 Consulta para diagnóstico de diabetes mellitus realizada por medico
02.012.13 Acompanhamento e avaliação de portador de diabetes mellitus realizada por medico
02.012.14 Consulta especializada para identificação de casos novos de tuberculose
02.012.15 Consulta de tratamento auto administrado para alta por cura de paciente com tuberculose
02.012.16 Consulta de tratamento supervisonado para alta por cura de paciente com tuberculose.

Interpretação:
A oferta de consultas médicas nas especialidades básicas reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual.

Usos:
Avaliar e reprogramar a oferta de consultas básicas ambulatoriais.

Limitações:
Dificuldade de se definir um parâmetro ideal de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante.
Sub-registro das informações no SIA/SUS, principalmente a partir da introdução do Siab.

Fonte:
Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)
Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 34

Média mensal de visitas domiciliares por família

Conceituação
Este indicador reflete a média de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, nível médio e agentes comunitários de saúde (ACS), realizadas por família e por mês, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número* de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e ACS**, em um determinado local e período}}{\text{Número de famílias no município*** X número de meses, no mesmo local e período}}$$

* Utilizar os registros das quantidades apresentadas de visitas domiciliares por família
**Código dos procedimentos no SIA/SUS:
01.023.02-0 - Atividade executada por ACS
01.023.04-7 - Visita domiciliar por profissional de nível médio
04.011.06-6 - Consulta e atendimento domiciliar de atenção básica de enfermeiro
04.011.07-4 - Visita domiciliar, atendimento de atenção básica
04.012.03-8 - Consulta e atendimento domiciliar de enfermeiro do Pacs/PSF.

***O número de famílias é estimado pela divisão da população do município pelo número médio de pessoas por famílias, conforme o Censo 2000 (IBGE).
região Norte: 4,0 pessoas por família,
região Nordeste: 3,7 pessoas por família,
região Sudeste: 3,3 pessoas por família,
região Sul: 3,3 pessoas por família,
região Centro-Oeste: 3,4 pessoas por família.

Interpretação:
A freqüência com que o serviço de saúde se faz presente na residência das pessoas, embora não parametrizada em termos ideais, está relacionada à incorporação de hábitos saudáveis e à elevação dos padrões de higiene e condições de saúde.
Indica tendência de mudança de modelo assistencial, num enfoque de promoção da saúde.

Usos:
Avaliar a implementação de novas práticas sanitárias pelos profissionais de saúde, não restritas a unidade de saúde.
Reprogramar a oferta de serviços realizados fora da unidade de saúde.

Limitações:
Inexistência de dados atualizados sobre o número de domicílios existentes nos municípios.
Não reflete a totalidade das ações de caráter de promoção de saúde, além de incluir ações curativas realizadas nos domicílios.

Fonte:
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)
Base demográfica do IBGE.

ANEXO III da Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005
Orientações sobre preenchimento, fluxo e prazos para a avaliação do desempenho de estados e municípios em relação ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2004.

A) Cabe aos municípios:

1. Avaliar seu desempenho no Pacto de Indicadores de 2004, da seguinte forma**:**

1.1 Preencher a Planilha de Avaliação Municipal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2004, (Anexo III A).

1.2 Informar à Secretaria Estadual de Saúde, até o dia **23 de março de 2005,** os resultados da avaliação do município devidamente validados, utilizando o aplicativo Sispacto2005 (ver instruções no **anexo V**), disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/pacto2005.

Nota:

a - Quando não for possível preencher e enviar a avaliação via internet, pode-se enviar à Secretaria Estadual, a planilha preenchida em papel ou em meio magnético, (Anexo III A) até o dia **16 de março de 2005** (data de postagem).

b - A Secretaria Estadual de Saúde (SES) promoverá o acesso à internet para as Secretarias Municipais que não dispuserem desse serviço;

c - A SES só homologará a planilha de avaliação que estiver validada pelo município.

d - No caso de discordância por parte da SES em relação às metas propostas pelo município o impasse será resolvido na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

2. Após o preenchimento da planilha de avaliação do pacto de 2004 (anexo III A), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deverá imprimir uma cópia e encaminhar à SES, até o dia **23 de março de 2005 (**data de postagem), assinada pelo Gestor Municipal.

B) Cabe ao Estado:

1.Avaliar seu desempenho em relação ao cumprimento das metas do Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2004, da seguinte forma:

1.1. Preencher e validar a planilha Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2004 (Anexo III B) no aplicativo Sispacto 2005, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/pacto2005, até o dia **25 de abril de 2005.**

1.2. Imprimir a planilha (Anexo III B), referente à Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2004 e enviá-la ao Ministério da Saúde via correio, até o dia **25 de abril de 2005** (data de postagem**),** devidamente assinada pelo Gestor Estadual.

2. Analisar e homologar a avaliação realizada pelos municípios no Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2004, no aplicativo Sispacto, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/pacto2005, até o dia **25 de abril de 2005.**

3. Imprimir as seguintes planilhas: (Anexo III C) Situação da Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica 2004 pelos municípios, (Anexo III D) Situação dos municípios em relação aos Indicadores da Atenção Básica pactuados em 2004.

3. Enviar ao Ministério da Saúde, via correio, até o dia **25 de abril de 2005,** (data de postagem), as planilhas de avaliação (Anexos – III B; III C e III D) devidamente assinadas pelo Gestor Estadual e pelo Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS.

C) Cabe ao Ministério da Saúde:

1. Homologar a avaliação dos Estados, referente ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2004 até o dia **31 de maio de 2005.**

ANEXO III A da Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005.

Avaliação Municipal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2004.

Município: **Código do IBGE:** **Estado:**

Saúde da Criança	**ANO 2004**	
Indicadores Principais	**Meta Proposta**	**Resultado Alcançado**
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade		
Taxa de mortalidade infantil;		
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer;		
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;		
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda-IRA em menores de 5 anos de idade.		
Indicadores Complementares		
Número absoluto de óbitos neonatais;		
Taxa de mortalidade neonatal.		
Saúde da Mulher		
Indicadores Principais		
Taxa de mortalidade materna;		
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal;		
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;		
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.		
Indicadores Complementares		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero;		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama ;		
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.		
Controle da Hipertensão		
Indicadores Principais		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC);		
Taxa de mortalidade por doenças cérebro –vasculares.		
Indicador Complementar		
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC).		
Controle da Diabetes		
Indicador Principal		
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus.		
Indicador Complementar		
Proporção de internações por Diabetes Mellitus.		

INDICADOR	**ANO 2004**	
	Meta Proposta	**Resultado Alcançado**
Controle da Tuberculose		

Indicador Principal		
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.		
Indicadores Complementares		
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;		
Taxa de mortalidade por tuberculose.		
Eliminação de Hanseníase		
Indicadores Principais		
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase;		
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase.		
Indicadores Complementares		
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados		
Taxa de prevalência da hanseníase;		
Proporção de grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico.		
Saúde Bucal		
Indicadores Principais		
Cobertura de primeira consulta odontológica;		
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.		
Indicador Complementar		
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.		
Gerais		
Indicadores Principais		
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF);		
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.		
Indicador Complementar		
Média mensal de visitas domiciliares por família.		

Secretário Municipal de Saúde

Planilha disponível no endereço: www.saude.gov.br/pacto2005

ANEXO III B da Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005.

Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2004.

Estado:

INDICADOR	ANO 2004	
	Meta Proposta	Resultado Alcançado
Saúde da Criança		
Indicadores Principais		
Taxa de mortalidade infantil;		
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer;		
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;		
Taxa de internações por IRA em menores de 5 anos de idade;		
Homogeneidade da cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade.		
Indicador Complementar		
Taxa de mortalidade neonatal.		
Saúde da Mulher		
Indicadores Principais		
Taxa de mortalidade materna.		
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal.		
Proporção de óbitos em mulheres de idade fértil investigados.		
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.		
Indicadores Complementares		
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero;		
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama.;		
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.		
Controle de Hipertensão		
Indicadores Principais		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC);		
Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares.		
Indicador Complementar		
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC).		
Controle de Diabetes		
Indicador Principal		
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético Mellitus.		
Indicador Complementar		
Proporção de internações por diabetes Mellitus.		

INDICADOR	ANO 2004	
	Meta Proposta	Resultado Alcançado
Controle da Tuberculose		
Indicador Principal		
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.		
Indicadores Complementares		
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;		
Taxa de mortalidade por tuberculose..		
Controle de Hanseníase		
Indicadores Principais		
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase;		
Taxa de detecção de casos de hanseníase.		
Indicadores Complementares		
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados;		
Taxa de prevalência da hanseníase;		
Proporção de grau de incapacidade I e II registrado no momento do diagnóstico.		
Saúde Bucal		
Indicadores Principais		
Cobertura de primeira consulta odontológica;		
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.		
Indicador Complementar		
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.		
Gerais		
Indicadores Principais		
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF);		
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.		
Indicador Complementar		
Média mensal de visitas domiciliares por família.		

Secretário de Estado da Saúde

ANEXO III C Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005

Situação da Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica 2004 pelos municípios

Estado: **Total de municípios do estado:**

INDICADOR	SITUAÇÃO DA PACTUAÇÃO							
	Pactuaram		Não Pactuaram		Alcançaram a meta		Não alcançaram a meta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade;								
Taxa de Mortalidade Infantil;								
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer;								
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;								
Taxa de internações por IRA em menores de 5 anos de idade;								
Número absoluto de óbitos neonatais;								
Taxa de mortalidade neonatal;								
Taxa de mortalidade materna;								
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal;								
Proporção de óbitos de mulheres de idade fértil investigados;								
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária;								
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero;								
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama;								
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;								
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC);								
Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares;								

	SITUAÇÃO DA PACTUAÇÃO

INDICADOR	Pactuaram		Não Pactuaram		Alcançaram a meta		Não alcançaram a meta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC);								
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus;								
Proporção de internações por diabetes Mellitus;								
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose;								
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;								
Taxa de mortalidade por tuberculose;								
Proporção de abandono do tratamento de hanseníase;								
Taxa de detecção de casos de hanseníase;								
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados;								
Taxa de prevalência da hanseníase;								
Proporção de grau de incapacidade I e II registrado no momento do diagnóstico;								
Cobertura de primeira consulta odontológica;								
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos;								
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais;								
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF);								
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;								
Média mensal de visitas domiciliares por família.								

Secretário de Estado da Saúde **Presidente do Cosems**

ANEXO III D Portaria n º 21, de 5 de janeiro de 2005

Situação dos municípios em relação aos Indicadores da Atenção Básica pactuados em 2004.

Estado:

Municípios	Nº de indicadores pactuados em 2004	Número de metas alcançadas em 2004	Percentual de alcance das metas em 2004

Secretário de Estado da Saúde **Presidente do Cosems**

Planilha disponível no endereço: www.saude.gov.br/pacto2005

ANEXO IV da Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005

Orientações sobre preenchimento, fluxo e prazos para a pactuação dos Indicadores da Atenção Básica – 2005 para os municípios e estados.

A) Cabe ao município:

1.Propor as metas a serem alcançadas em 2005, referentes aos indicadores principais (Anexo I).

1.1 Além dos indicadores principais (pactuação obrigatória), os estados podem pactuar com os municípios indicadores complementares (Anexo I), ou criar outros indicadores que devem ser descritos nos espaços opcionais da planilha eletrônica. Os indicadores complementares e opcionais selecionados, ou criados pelos estados e municípios, devem ter aprovação da Comissão Intergestores Bipartite-CIB.

Para efetuar a pactuação, os municípios devem acessar o aplicativo Sispacto2005, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/pacto2005, preencher a planilha (Anexo IV A) para os municípios com menos de 80 mil habitantes e a planilha (Anexo IV B) para municípios com 80 mil ou mais habitantes. Nessas planilhas os municípios colocam o resultado do indicador no ano de 2004, a meta proposta para 2005.

O município terá até o dia **23 de março de 2005** para preencher e validar essa planilha**.**

Nota:

a- A Secretaria de Estado da Saúde (SES) só poderá homologar as planilhas validadas pelos municípios;

b- Quando não for possível preencher a planilha (Anexo IV A ou IV B) e enviar a pactuação via internet, a secretaria municipal deverá preencher a planilha (Anexo IV A ou IV B) em papel ou meio magnético e enviá-la à Secretaria Estadual, até o dia **16 de março de 2005** (data de postagem).

c- Enviar a SES, **até o dia 23 de março de 2005** (data de postagem) a planilha de pactuação de metas municipais (Anexo IVA) para os municípios com menos de 80 mil habitantes e (Anexo IV B) para os municípios com 80 mil ou mais habitantes, devidamente preenchida e assinada pelo Gestor Municipal.

Cabe ao estado:

1.Promover o acesso dos municípios à internet para preenchimento da planilha eletrônica;

2.Analisar e homologar as metas pactuadas pelos municípios para 2005, no aplicativo Sispacto, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/pacto2005, até o dia **25 de abril de 2005.**

3.Propor, no fórum da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) metas estaduais a serem pactuadas em 2005 considerando a situação de saúde no estado;

3.1 Além dos indicadores principais (de pactuação obrigatória), a SES pode pactuar na CIB metas de indicadores complementares ou opcionais;

4.Para efetuar a pactuação, os estados deverão acessar o aplicativo Sispacto2005, disponível no endereço eletrônico **www.saude.gov.br/pacto200**5, preencher a planilha (Anexo IV C) Relação de Indicadores da Atenção Básica 2005 para a pactuação de metas propostas pelo estado, e validá-la até o dia **25 de abril de 2005.**

5.A SES, além do preenchimento e validação da planilha eletrônica, deverá enviar ao Ministério da Saúde, até o dia **25 de abril de 2005.** (data de postagem), a planilha de pactuação de metas estaduais (Anexo IV C), devidamente preenchida e assinada pelo gestor estadual.

Obs: O Ministério da Saúde só fará homologação das planilhas validadas pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES).

6.Imprimir a planilha, com a relação dos municípios que não firmaram o Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 (Anexo IV D) e enviá-la ao Ministério da Saúde, via correio, até o dia **25 de abril de 2005**. (data de postagem) devidamente assinada pelo Gestor Estadual e Presidente do Cosems.

C) Cabe ao Ministério da Saúde:

1.Disponibilizar aplicativo **Sispacto 2005,** no endereço eletrônico **www.saude.gov.br/pacto2005**.

2.Constituir um grupo de trabalho para efetivação do processo de pactuação sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para análise e homologação das propostas de pacto das SES;

3. Homologar a pactuação de indicadores da Atenção Básica 2005 dos estados **até 31 de maio de 2005.**

ANEXO IV A da Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005

Relação de Indicadores, resultado alcançado em 2004 e metas propostas pelos municípios com menos de 80 mil habitantes.

Município: **Código do IBGE**

Estado:

Saúde da Criança	**Resultado 2004**	**Meta 2005**
Indicadores Principais		
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade		
Taxa de mortalidade infantil;		
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer;		
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;		
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda-IRA em menores de 5 anos de idade.		
Indicadores Complementares		
Número absoluto de óbitos neonatais;		
Taxa de mortalidade neonatal.		
Saúde da Mulher		
Indicadores Principais		
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal;		
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;		
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.		
Indicadores Complementares		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero;		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama ;		
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.		
Controle da Hipertensão		
Indicadores Principais		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC);		
Taxa de mortalidade por doenças cérebro –vasculares.		
Indicador Complementar		
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC).		
Controle da Diabetes		
Indicador Principal		
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus.		
Indicador Complementar		
Proporção de internações por Diabetes Mellitus.		

INDICADOR	Resultado 2004	Meta 2005
Controle da Tuberculose		
Indicador Principal		
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.		
Indicadores Complementares		
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;		
Taxa de mortalidade por tuberculose.		
Eliminação de Hanseníase		
Indicadores Principais		
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase;		
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase.		
Indicadores Complementares		
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados		
Taxa de prevalência da hanseníase;		
Proporção de grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico.		
Saúde Bucal		
Indicadores Principais		
Cobertura de primeira consulta odontológica;		
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.		
Indicador Complementar		
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.		
Gerais		
Indicadores Principais		
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF);		
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.		
Indicador Complementar		
Média mensal de visitas domiciliares por família.		

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO IV B da Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005

Relação de Indicadores, resultado alcançado em 2004 e metas propostas pelos municípios com 80 mil e mais habitantes.

Município: **Código do IBGE**

Estado:

Saúde da Criança	**Resultado 2004**	**Meta 2005**
Indicadores Principais		
Taxa de mortalidade infantil;		
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer;		
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;		
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda-IRA em menores de 5 anos de idade.		
Indicadores Complementares		
Taxa de mortalidade neonatal.		
Saúde da Mulher		
Indicadores Principais		
Taxa de mortalidade materna;		
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal;		
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;		
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.		
Indicadores Complementares		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero;		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama ;		
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.		
Controle da Hipertensão		
Indicadores Principais		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC);		
Taxa de mortalidade por doenças cérebro –vasculares.		
Indicador Complementar		
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC).		
Controle da Diabetes		
Indicador Principal		
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus.		
Indicador Complementar		
Proporção de internações por Diabetes Mellitus.		

INDICADOR	Resultado 2004	Meta 2005
Controle da Tuberculose		
Indicador Principal		
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.		
Indicadores Complementares		
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;		
Taxa de mortalidade por tuberculose.		
Eliminação de Hanseníase		
Indicadores Principais		
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase;		
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase.		
Indicadores Complementares		
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados		
Taxa de prevalência da hanseníase;		
Proporção de grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico.		
Saúde Bucal		
Indicadores Principais		
Cobertura de primeira consulta odontológica;		
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.		
Indicador Complementar		
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.		
Gerais		
Indicadores Principais		
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF);		
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.		
Indicador Complementar		
Média mensal de visitas domiciliares por família.		

Secretário Municipal de Saúde

Planilha disponível no endereço: www.saude.gov.br/pacto2005

ANEXO IV C da Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005

Relação de Indicadores da Atenção Básica 2005 para pactuação de metas propostas pelo estado.

Estado: **Código do IBGE**

Saúde da Criança	**Resultado 2004**	**Meta 2005**
Indicadores Principais		
Taxa de mortalidade infantil;		
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer;		
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;		
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda-IRA em menores de 5 anos de idade.		
Homogeneidade da cobertura vacinal por tetra valente em menores de um ano de idade.		
Indicadores Complementares		
Taxa de mortalidade neonatal.		
Saúde da Mulher		
Indicadores Principais		
Taxa de mortalidade materna		
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal;		
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;		
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.		
Indicadores Complementares		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero;		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama ;		
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.		
Controle da Hipertensão		
Indicadores Principais		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC);		
Taxa de mortalidade por doenças cérebro –vasculares.		
Indicador Complementar		
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC).		
Controle da Diabetes		
Indicador Principal		
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus.		
Indicador Complementar		
Proporção de internações por Diabetes Mellitus.		

INDICADOR	Resultado 2004	Meta 2005
Controle da Tuberculose		
Indicador Principal		
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.		
Indicadores Complementares		
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;		
Taxa de mortalidade por tuberculose.		
Eliminação de Hanseníase		
Indicadores Principais		
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase;		
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase.		
Indicadores Complementares		
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados		
Taxa de prevalência da hanseníase;		
Proporção de grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico.		
Saúde Bucal		
Indicadores Principais		
Cobertura de primeira consulta odontológica;		
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.		
Indicador Complementar		
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.		
Gerais		
Indicadores Principais		
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF);		
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.		
Indicador Complementar		
Média mensal de visitas domiciliares por família.		

Secretário de Estado da Saúde

ANEXO IV D da Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005

Municípios que não firmaram o Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005.

Estado:

Código do IBGE	Município

Secretário de Estado da Saúde **Presidente do Cosems**

Planilha disponível no endereço: www.saude.gov.br/pacto2005

ANEXO V

Instruções para uso do Sispacto

Conceito: É um software desenvolvido para coletar e armazenar dados, produzir relatórios dos indicadores da atenção básica pactuados pelos municípios e estados. Esse software possibilita a pactuação via internet garantindo a agilidade na transmissão das informações bem como a credibilidade das informações, visto que, somente as pessoas credenciadas (possuidoras da senha de acesso às planilhas) podem preencher e validar as planilhas.

Como acessar: Entrar no *site* www.saude.gov.br/pacto2005 e digitar nome de usuário (*login*) e senha, que são únicas para cada um dos municípios, regionais e estado.
Uma vez iniciado o acesso, após a autenticação do usuário estarão disponíveis os itens relativos a cada uma das planilhas que deverão ser preenchidas: a planilha de avaliação do ano anterior, onde o usuário deverá preencher os valores dos resultados alcançados; a planilha para pactuação, onde deverão ser preenchidos, além dos resultados alcançados no ano anterior, as metas para o ano em curso.

Como trabalhar as Planilhas:
Para realizar a avaliação, ao entrar no sistema o município localiza o item AVALIAÇÃO, que abre as opções:
Editar – neste item o usuário (técnico do município ou estado) preenche a planilha e clica no botão GRAVAR para salvar o que foi digitado. Os dados podem ser digitados todos de uma vez, ou em várias fases, desde que o usuário sempre clique no botão GRAVAR ao final da digitação.
Validar - Quando clicar nesse item o usuário terá acesso apenas à visualização da sua planilha, **não podendo efetuar qualquer alteração**. Ele deverá então efetuar a conferência dos dados e se encontrar dado a ser corrigido voltar para o item **editar** que permitirá as correções necessárias. Não havendo o que corrigir, clicar no botão VALIDAR que aparece no final da página. Esse passo corresponde a transferir os valores pactuados para a apreciação do estado. Após esse processo o estado homologa a planilha preenchida e validada pelo município, ou libera para correções acordadas com o município.
Observações importantes:
1 – A SES só homologará as planilhas preenchidas e validadas pelo município.
2 – Considerando que o sistema está disponível, ao mesmo tempo, para todos os municípios, regionais e estados, existe a possibilidade de uma sobrecarga de acesso; para evitar perdas dos dados já digitados recomenda-se acessar as planilhas somente quando os valores que serão digitados já estiverem preenchidos em uma via impressa (rascunho) dessa mesma planilha. Além disso, recomenda-se a gravação periódica das informações digitadas, antes do término da digitação completa da planilha, pois se houver sobrecarga será menor a perda de dados.
3 – O acesso às planilhas eletrônicas só deverá ser realizado após o município ou estado ter realizado a avaliação do pacto anterior e definido as metas a serem propostas para pactuação no ano em curso. Isto racionaliza o tempo na internet.
4 – Na avaliação, o município deverá utilizar a cópia do pacto realizado no ano anterior, recolhendo as informações sobre o desempenho dos indicadores. Ex. nº de pessoas que abandonaram o tratamento de tuberculose. Analisar junto às equipes locais o porquê da situação encontrada. Assim, a equipe gestora poderá conhecer a realidade e verificar quais as condições que deve e pode modificar incluindo o que deve fazer para alcançar a situação desejada. O processo de avaliação possibilita a definição das metas a serem pactuadas.