



## **Ministério da Saúde**

### **Portaria nº 493 de 13 de março de 2006**

Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde.

**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 das ações 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;

Considerando que a Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde PPI-VS foi aprovada em 26 de janeiro de 2006; e

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, resolve:

Art. 1º Aprovar a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, constante no Anexo I a esta 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 mencionadas na nota técnica constantes do Anexo II a esta portaria.

Art. 2º Estabelecer as orientações, fluxos e prazos para a avaliação das metas pactuadas por municípios e estados, no ano de 2005, no Anexo III desta Portaria.

Art. 3º Estabelecer os mecanismos, fluxos e prazos para o processo de pactuação das metas para o ano de 2006, por município e estado, constantes dos Anexos IV e V a esta 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.

**Saraiva Felipe**  
**Ministro da Saúde**

## ANEXO I

### Relação dos Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2006, para município segundo número de habitantes e Estado.

<b>Saúde da Criança</b>				
<b>Indicador Principal</b>		<b>Município c/ menos de 80 mil habitantes</b>	<b>Município c/ 80 mil ou mais habitantes</b>	<b>Estado</b>
1	Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	X	-	-
2	Coefficiente de mortalidade infantil	X	X	X
3	Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer	X	X	X
4	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	X	X	X
5	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade	X	X	X
6	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
7	Número absoluto de óbitos neonatais tardios	X	-	-
8	Coefficiente de mortalidade neonatal tardia	X	X	X
<b>Saúde da Mulher</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
9	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	-	X	X
10	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	X	X	X
11	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
12	Razão de mortalidade materna	-	X	X
13	Proporção de partos cesáreos	X	X	X
14	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	X	X	X
<b>Controle da Hipertensão Arterial</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
1	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	X	X	X
5	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva	X	X	X
16	(ICC)			
<b>Indicador Complementar</b>				
17	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	X	X	X
<b>Controle do Diabetes Mellitus</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
18	Proporção de internações por complicações do diabetes	X	X	X

	mellitus			
<b>Indicador Complementar</b>				
19	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	X	X	X
<b>Controle da Tuberculose</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
20	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
21	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	X	X	X
<b>Eliminação de Hanseníase</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
22	Coefficiente de prevalência de hanseníase	X	X	X
23	Coefficiente de detecção de casos novos de hanseníase	X	X	X
<b>Saúde Bucal</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
24	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	X	X	X
25	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
26	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	X	X	X
27	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	X	X	X
<b>Gerais</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
28	Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)	X	X	X
29	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
30	Média mensal de visitas domiciliares por família	X	X	X

**ANEXO II**  
**PACTO DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA, 2006**

**NOTA TÉCNICA**

**Indicadores 1 e 2**

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

**Conceito**

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 o coeficiente de mortalidade infantil, definido 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 do coeficiente definido acima, será utilizado o número absoluto de óbitos de menores de um ano de idade, em determinado local e período.

A diferenciação dos municípios foi adotada porque o coeficiente 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 no coeficiente, sendo importante o uso de números absolutos. Mas para garantir comparações entre municípios de porte diferente, se faz necessário o uso do coeficiente, justificando o uso destes dois indicadores para municípios com menos de 80 mil habitantes.

**Método de Cálculo**

**Coeficiente de mortalidade infantil**

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

Os municípios com população inferior a 80.000 habitantes pactuam também o indicador **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.

Os coeficientes de mortalidade infantil são classificados em altos (50 por 1000 ou mais), médios (20 a 49 por 1000) e baixos (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 2006, continua a recomendação do uso de indicadores complementares como o coeficiente de mortalidade neonatal tardia, para aqueles municípios e estados com sistema de informações sobre mortalidade (SIM) implantado e com boa cobertura, e com coeficiente de mortalidade infantil baixo (menor que 20 por 1000 nascidos vivos).

### **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**

#### **Conceito**

Este indicador é a expressão da 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.

#### **Método de cálculo**

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

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

#### **Interpretação**

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 sócio-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

#### Conceito

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).

#### 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 frequência 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.

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

#### Conceito

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 e período.

#### 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****Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos****Conceito**

Ocorrência de internações hospitalares por Doença Diarréica Aguda (DDA) na população residente de menores de 5 anos, pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado local e período.

**Método de Cálculo**

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

\*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por doença diarréica aguda são: 72300019, 74300270, 74300288, 75300192 e 76400271.

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 doença diarréica aguda (DDA) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Altas taxas de internações neste grupo de causa sugerem condições assistenciais insatisfatórias ao grupo infantil, isto é, 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 DDA 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.

**Indicadores 7 e 8**  
**Número absoluto de óbitos neonatais tardios e**  
**Coefficiente de mortalidade neonatal tardia**

**Conceito**

Estes são indicadores complementares de mortalidade infantil, que refletem os óbitos ocorridos entre 7 dias e 27 dias entre os nascidos vivos em determinado local e período.

**Método de Cálculo**

**Coefficiente de mortalidade neonatal tardia**

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças com idade entre 7 e 27 dias em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 1.000$$

Os municípios com população inferior a 80.000 habitantes pactuam também o indicador **Número absoluto de óbitos de crianças com idade entre 7 e 27 dias em determinado local e período.**

**Interpretação**

Estima o risco de um nascido vivo morrer entre 7 e 27 dias de vida.

Coefficientes elevados estão geralmente relacionados a condições insatisfatórias em relação ao nível sócio-econômico da população, 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 sócio-econômico da população.

**Limitações**

Sub-notificação 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**

### **Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados**

#### **Conceito**

Este indicador é a expressão da 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 1.172 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de junho de 2004, 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 10**

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

#### **Conceito**

Este indicador é a expressão da 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 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.

É um indicador quantitativo do número de consultas, não fornecendo informação sobre a qualidade do atendimento.

Implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios.

#### **Fonte**

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

**Indicador 11**  
**Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária**

**Conceito**

Este indicador reflete, em forma de razão, o número de exames de citopatologia 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 (educação para a saúde, captação e diagnóstico precoce) do câncer de colo de útero.

Na medida em que é preconizada a realização de um exame a cada três anos após dois resultados negativos de exames anuais, razões acima de 0,3 podem ser consideradas adequadas.

**Usos**

Identificar a cobertura desta ação nos grupos de risco da 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 da mulher 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 Siscam/Siscolo, cujas informações não estão disponíveis para os municípios que não contam com laboratórios de citopatologia.

**Fonte**

Numerador: Sistema de Informações do Câncer da Mulher – Siscam/Siscolo.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 12** **Razão de mortalidade materna**

### **Conceito**

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<sup>1</sup>, 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 rara, pode ocorrer morte materna (obstétrica indireta) conseqüente a causas externas; nesse caso, codificar segundo o Capítulo 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 têm 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

---

1

disso, sua magnitude é indicativa da maior ou menor 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 epidemiológica 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 e guia de sepultamento (chamados de cemitérios clandestinos). Pode haver sub-registro de óbitos maternos e 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 13**

### **Proporção de partos cesáreos**

#### **Conceito**

Este indicador reflete a proporção de partos cesáreos realizados dentre o total de partos ocorridos, em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de partos cesáreos de mães residentes em determinado local e período}}{\text{Número total de nascidos vivos de partos hospitalares no mesmo local e período}} \times 100$$

#### **Interpretação**

Mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir das informações disponíveis na base de dados sobre nascidos vivos.

Os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde para partos cesáreos são: para unidades hospitalares de alto risco - 40% e para unidades de risco habitual - até 25%.

Este é um indicador que apesar de complementar deve ser monitorado pelo gestor municipal uma vez que os partos não ocorrem na atenção básica. A portaria GM nº 466, de 14/06/2000, retificada em 30/06/2000 propôs o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea, a ser firmado entre os gestores estaduais e o gestor federal, estabelecendo a taxa de 25% como desejável para todos os estados até 2007.

#### **Usos**

Identificar desvios de taxas de cesáreas preconizadas e orientar a adoção de medidas de controle.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica hospitalar.

#### **Limitações**

Possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, deixando de ser incorporados à base Sinasc.

Implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios.

Taxas baixas de cesárea podem refletir dificuldade de acesso aos serviços, não significam necessariamente boa qualidade.

#### **Fonte**

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).



## **Indicador 14**

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

#### **Conceito**

Este indicador é a expressão da proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, em determinado local e período.

#### **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.

É um indicador quantitativo do número de consultas, não fornecendo informação sobre a qualidade do atendimento.

Implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios.

#### **Fonte**

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## **Indicador 15**

### **Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

#### **Conceito**

Este indicador reflete a ocorrência de internações por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 40 anos e mais, 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, a gestão e a avaliação de políticas e as 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 16**

### **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 17**

### **Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados**

#### **Conceito**

Este indicador revela a proporção de pessoas portadoras de hipertensão arterial que estão cadastradas nas Unidades de Saúde em relação aos hipertensos estimados.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de portadores de hipertensão cadastrados* no HiperDia}}{\text{Nº de portadores de hipertensão estimados**}} \times 100$$

\* Número de hipertensos cadastrados no Sis-HiperDia (Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).

\*\* Número de hipertensos estimados no município corresponde a 35% da população (IBGE) maior de 40 anos, segundo dados de pesquisa de prevalência de 1986 (Estudos Populacionais Brasileiros) e usados como parâmetro pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus desde de 2001.

#### **Interpretação**

Indicador de processo que permite avaliar o cadastramento dos portadores de Hipertensão Arterial. Não existe parâmetro de comparação.

#### **Usos**

Mede a capacidade das equipes em cadastrar os portadores de Hipertensão Arterial no Sis-HiperDia.

Avalia de forma indireta o acesso aos serviços de saúde.

Subsidiar o planejamento a curto prazo por meio da utilização dos dados do sistema de cadastro dos portadores norteando novas ações de atenção aos portadores de Hipertensão Arterial.

Pode vir a ser um requisito de qualidade na organização dos serviços de atenção básica.

#### **Limitações**

Implantação parcial do Sis-HiperDia nos municípios. O cadastramento vem sendo negligenciado ou interrompido e o módulo de acompanhamento não foi implantado por alguns municípios.

#### **Fonte**

Numerador: Sis-HiperDia / Datasus

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 18**

### **Proporção de Internações por complicações do Diabetes Mellitus**

#### **Conceito**

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

#### **Método de cálculo**

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

\*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.

O 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.

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 de diabetes mellitus.

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

Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas públicas e as 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. Frequentemente 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 19**

### **Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados**

#### **Conceito**

Este indicador revela a proporção de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus que estão cadastradas nas Unidades de Saúde em relação aos diabéticos estimados.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados* no HiperDia}}{\text{Nº de portadores de Diabetes Mellitus estimados** no município}} \times 100$$

\* Número de diabéticos cadastrados no Sis-HiperDia (Sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).

\*\*Número de diabéticos estimados no município corresponde a 11% da população (IBGE) maior de 40 anos, segundo dados de pesquisa de prevalência de 1986 (Estudos Populacionais Brasileiros) e usados como parâmetro pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus desde de 2001.

#### **Interpretação**

Indicador de processo que permite avaliar o cadastramento dos portadores de Diabetes Mellitus. Não existe parâmetro de comparação.

#### **Usos**

Mede a capacidade das equipes em cadastrar os portadores de Diabetes Mellitus no Sis-HiperDia.

Avalia de forma indireta o acesso aos serviços de saúde.

Subsidiar o planejamento a curto prazo por meio da utilização dos dados do sistema de cadastro dos portadores norteando novas ações de atenção aos portadores de Diabetes Mellitus.

Pode vir a ser um requisito de qualidade na organização dos serviços de atenção básica.

#### **Limitações**

Implantação parcial do Sis-HiperDia nos municípios. O cadastramento vem sendo negligenciado ou interrompido e o módulo de acompanhamento não foi implantado por alguns municípios.

#### **Fonte**

Numerador: Sistema HiperDia / Datasus

Denominador: Base demográfica do IBGE

## **Indicador 20**

### **Proporção de abandono de tratamento da tuberculose**

#### **Conceito**

Este indicador reflete 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 21**

### **Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva**

#### **Conceito**

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 22**

### **Coefficiente de prevalência de hanseníase**

#### **Conceito**

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

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de pacientes de hanseníase em curso de tratamento em determinado local e período}}{\text{População total no mesmo local e período}} \times 10.000$$

#### **Interpretação**

Indica a magnitude da doença na população.

Indicador pactuado e recomendado pela OMS para monitorar e acompanhar o nível de eliminação da hanseníase enquanto um problema de saúde pública.

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.

#### **Usos**

Analisar a situação da hanseníase, identificando grupos e as áreas de risco e monitorando o nível de eliminação 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 a eliminação da hanseníase enquanto um problema de saúde pública.

#### **Limitações**

Indicador influenciado pela capacidade dos serviços de saúde de fornecer em tempo hábil e oportuno informações de qualidade do acompanhamento dos casos notificados conforme descrição a seguir:

- A não atualização dos registros de comparecimento dos casos de hanseníase em curso de tratamento poderá subestimar a taxa de prevalência;
- A não atualização de informações de alta por cura poderá superestimar a prevalência.
- Duplo registro – superestima a prevalência

#### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 23**

### **Coefficiente de detecção de casos novos de Hanseníase**

#### **Conceito**

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

#### **Método de cálculo**

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

\* Excluir os casos identificados como erro diagnóstico

#### **Interpretação**

Mede a força de morbidade, magnitude e tendência da doença. Serve como aproximação da taxa de incidência de hanseníase.

#### **Usos**

Determinar a tendência e avaliar as mudanças na situação da hanseníase ao longo do tempo;  
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 dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de hanseníase.

Indicador influenciado pela capacidade dos serviços de saúde promoverem ações de detecção de casos de hanseníase como campanhas de divulgação, busca ativa entre grupos selecionados, vigilância de contatos e inclusão no SINAN das informações de notificações dos casos.

Notificação individual de pacientes residentes no município recebendo assistência médica em outro município.

#### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Denominador: Base demográfica do IBGE

## **Indicador 24**

### **Cobertura de primeira consulta odontológica programática**

#### **Conceito**

É o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde (SUS),

A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde.

#### **Método de cálculo**

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

\* Código do SIA/SUS: 03.021.01-7. **Observação: A descrição deste procedimento foi alterada pela Portaria SAS N° 95, de 14 de fevereiro de 2006.**

#### **Interpretação**

Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, como o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano resolução completa na atenção básica ou inclua ações de média e alta complexidade. Considera, portanto, que a equipe intenciona dar seguimento ao plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas. Ou seja, não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto.

Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso etc.

#### **Usos**

Analisar a cobertura da população com primeira consulta odontológica programática na atenção básica, identificando variações geográficas e temporais que demandem a implementação de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos básicos.

Contribuir para a avaliação do perfil de atendimento dos serviços odontológicos básicos no SUS. Subsidiar a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica.

#### **Limitações**

Inconsistência no registro deste evento pelos profissionais. Comumente ocorrem registros do código “Consulta Odontológica (1ª consulta)– 03.021.01-7” em qualquer tipo de consulta, seja de urgência/emergência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente (retorno). A descrição do procedimento na tabela SIA/SUS define como “exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, e condicionamento do paciente”. Não existe código para os outros tipos de consulta odontológica. Portanto, os outros casos devem ser registrados somente como procedimentos realizados.

Exemplo: Registrar como uma restauração uma exodontia e não uma “Primeira Consulta Odontológica”.

É necessário realizar treinamento, com vistas a padronizar o conceito “primeira consulta odontológica programática” e aprimorar os registros.

**Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 25**

### **Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada**

#### **Conceito**

É o percentual de pessoas que participam da ação coletiva escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, e não a ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa.

No cálculo deste indicador deve-se obter, primeiro, a média anual de participantes da ação. Para obter essa média soma-se o número de pessoas participantes em cada mês, independente da frequência com que se realizou a atividade, dividindo-se o valor pelo número de meses em que a ação foi realizada, e o resultado deve ser dividido pela população.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Média anual de pessoas participantes na ação coletiva Escovação Dental Supervisionada* realizada em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

\* Código do SIA/SUS: 03.011.02-0 (Portaria nº 95, de 14 de fevereiro de 2006)

#### **Interpretação**

Expressa a proporção de pessoas que teve acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

Prevendo-se que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentifrício fluoretado, este indicador também permite estimar a proporção de pessoas que teve acesso ao flúor tópico do dentifrício.

Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, verificando-se relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal.

#### **Usos**

Contribuir para o monitoramento do grau de acesso da população à prevenção de doenças bucais.

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

#### **Limitações**

O indicador limita-se a um tipo de ação coletiva.

Baixas coberturas não implicam ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde. Mas, sendo a escovação dental supervisionada, uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas, os resultados permitem avaliar os rumos da atenção em saúde bucal. A ausência da ação, ou percentuais baixíssimos, indicam que a assistência está sendo priorizada. Para uma análise mais ampla, contudo, outras informações devem ser agregadas.

Considerando que o registro da ação é por pessoa/mês, independente da frequência da atividade (diária, semanal, quinzenal ou mensal) e que a média anual é calculada somando-se o número de pessoas participantes da atividade em cada mês e dividindo-se pelo número de meses em que a atividade foi realizada, um local que realize a atividade apenas em um mês no ano (ou, ainda, duas, três, ou quatro vezes por ano, por exemplo) poderá ter percentual de cobertura semelhante a outro que

a realize em todos os meses do ano. Portanto o resultado do indicador deve ser analisado com cautela e prudência na comparação de realidades distintas.

**Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 26**

### **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais**

#### **Conceito**

Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

Número de procedimentos odontológicos básicos individuais\* em  
determinado local e período

-----  
População no mesmo local e período

\* Códigos do SIA/SUS: procedimentos odontológicos básicos que compõem o Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.02-0, 03.011.03-8, 03.011.04-6, 03.011.05-4, 01.023.01-2, 01.023.03-9, 04.011.02-3, 04.011.03-1 (Ações Coletivas criados pela Portaria SAS Nº 95, de 14 de fevereiro de 2006), e 03.021.01-7(Primeira Consulta Odontológica Programática), mais os procedimentos do Grupo 10 que a partir da NOAS/01 passaram a compor o elenco de procedimentos odontológicos básicos individuais (10.041.01-0 - necropulpectomia de dente decíduo/permanente; 10.051.15-5 - glossorrafia e 10.051.36-8 - ulectomia).

#### **Interpretação**

Expressa a concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos, realizados por pessoa pelos serviços odontológicos básicos do SUS.

Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população.

#### **Usos**

Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal.

Avaliar a necessidade de ampliação de ações individuais, sejam essas preventivas ou terapêuticas.

Monitorar o grau da assistência odontológica básica individual em diferentes níveis de avaliação.

#### **Limitações**

Sub-registro dos procedimentos no SIA/SUS.

#### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## Indicador 27

### Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais

#### Conceito

Consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS.

#### Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos individuais especializados* realizados em determinado local e período}}{\text{Número total de procedimentos odontológicos individuais** realizados em determinado local e período}} \times 100$$

\* Códigos do SIA/SUS: procedimentos odontológicos especializados que compõem o Grupo 10.

\*\* Todos os Códigos do SIA/SUS que compõem elenco de procedimentos odontológicos individuais: Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.02-0, 03.011.03-8, 03.011.04-6, 03.011.05-4 (Ações Coletivas) e 03.021.01-7(Primeira Consulta Odontológica Programática) e o Grupo 10.

#### Interpretação

Possibilita a análise do acesso da população aos serviços públicos odontológicos especializados. Cotejados com dados epidemiológicos, permite aprofundar a análise da evolução das doenças bucais, e obter noção sobre o grau de integralidade dos cuidados.

Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida os serviços odontológicos do SUS estão respondendo às necessidades da população na assistência odontológica especializada, e também, em certa medida, o grau de resolutividade da atenção básica.

#### Usos

Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal.

Monitorar o acesso da população aos serviços odontológicos especializados, o grau da atenção e a integralidade do cuidado.

#### Limitações

Sub-registro dos procedimentos no SIA/SUS.

Na análise deste indicador, deve-se considerar que a oferta de serviços odontológicos especializados na rede SUS passa por processo de priorização/ampliação que iniciou 2004, a partir da instituição da Política Nacional de Saúde Bucal - **Brasil Sorridente**. A adesão dependente do interesse do gestor municipal ou Estadual.

#### Fonte

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.



**Indicador 28**  
**Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família**

**Conceito**

Este indicador reflete em percentual a cobertura média da estratégia saúde da família no estado/município.

**Método de cálculo**

$$\frac{\text{Nº de Equipes de Saúde da Família cadastrada no Siab em determinado local e período} \times 3.450^*}{\text{População ** total no mesmo local e período}} \times 100$$

\* De acordo com a Portaria GM/Nº 157, de 19 de fevereiro de 1998, cada Equipe de Saúde da Família é responsável por no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, tendo como média 3.450 pessoas.

\*\* População considerada pelo Ministério da Saúde para pagamento do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável.

**Interpretação**

Mede a cobertura populacional do Programa 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**

Para efeito de pagamento, o Ministério da Saúde considera a população de anos anteriores o que difere da população estimada para o ano da pactuação.

**Fonte**

Numerador: Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 29**

### **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**

Número\* de consultas médicas nas especialidades básicas\*\*, em determinado local e período  
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

2.12.8 Consulta médica do PSF

2.12.9 Consulta médica domiciliar realizada por médico 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 supervisionado para alta por cura de paciente com tuberculose.

02.0121.8 Consulta para avaliação clínica do fumante

#### **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 30**  
**Média mensal de visitas domiciliares por família**

**Conceito**

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**

Número\* de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e ACS\*\*, em um determinado local e período

---

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 frequência 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**

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

### ANEXO III

#### **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 2005.**

##### **A) Cabe ao município:**

1. Avaliar seu desempenho no Pacto de Indicadores de 2005, da seguinte forma:

1.1 Preencher a Planilha de Avaliação Municipal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005, (Anexo III A) até o dia 28 de abril de 2006, utilizando o aplicativo Sispecto disponível no endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/sispecto](http://www.saude.gov.br/sispecto).

2. Após o preenchimento da planilha de avaliação do pacto de 2005 (Anexo III A), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deverá imprimir uma cópia e encaminhar à SES, até o **dia 28 de abril de 2006** (data de postagem), assinada pelo Gestor Municipal.

##### **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 **24 de abril de 2006** (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 aos resultados apresentados pelo município o impasse será resolvido, em última instância, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

##### **B) Cabe ao Estado:**

1. Avaliar seu desempenho em relação ao cumprimento das metas do Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2005, da seguinte forma:

1.1. Preencher e validar a planilha Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 (Anexo III B) no aplicativo Sispecto, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispecto](http://www.saude.gov.br/sispecto), até o dia **26 de maio de 2006**.

1.2. Imprimir a planilha (Anexo III B), referente à Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 e enviá-la ao Ministério da Saúde via correio, até o dia **26 de maio de 2006** (data de postagem), devidamente assinada pelo Gestor Estadual.

1.3. Apresentar os resultados à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

2. Analisar e homologar a avaliação realizada pelos municípios no Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2005, no aplicativo Sispecto, disponível no endereço eletrônico Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispecto](http://www.saude.gov.br/sispecto), até o dia **26 de maio de 2006**.

3. Enviar ao Ministério da Saúde, via correio, até o **dia 26 de maio de 2006**, (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 2005 até o dia **14 de julho de 2006**.

**ANEXO III A**

**Avaliação Municipal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005.**

**Município:**

**Código do IBGE:**

**Estado:**

<b>Saúde da Criança</b>	<b>ANO 2005</b>	
<b>Indicadores Principais</b>	<b>Meta Proposta</b>	<b>Resultado Alcançado</b>
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		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Número absoluto de óbitos neonatais		
Taxa de mortalidade neonatal		
<b>Saúde da Mulher</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
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		
<b>Indicadores Complementares</b>		
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		
<b>Controle da Hipertensão</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)		
Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares.		
<b>Indicador Complementar</b>		
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)		
<b>Controle da Diabetes</b>		
<b>Indicador Principal</b>		
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus.		
<b>Indicador Complementar</b>		
Proporção de internações por diabetes mellitus		

INDICADOR	ANO 2005	
	Meta Proposta	Resultado Alcançado
<b>Controle da Tuberculose</b>		
<b>Indicador Principal</b>		
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva		
Taxa de mortalidade por tuberculose		
<b>Eliminação de Hanseníase</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase		
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase		
<b>Indicadores Complementares</b>		
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.		
<b>Saúde Bucal</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Cobertura de primeira consulta odontológica		
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos		
<b>Indicador Complementar</b>		
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais		
<b>Gerais</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF)		
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas		
<b>Indicador Complementar</b>		
Média mensal de visitas domiciliares por família		

**Secretário Municipal de Saúde**

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)

**ANEXO III B**

**Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005.**

**Estado:**

INDICADOR	ANO 2005	
	Meta Proposta	Resultado Alcançado
<b>Saúde da Criança</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
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		
<b>Indicador Complementar</b>		
Taxa de mortalidade neonatal		
<b>Saúde da Mulher</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
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		
<b>Indicadores Complementares</b>		
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		
<b>Controle de Hipertensão</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)		
Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares		
<b>Indicador Complementar</b>		
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)		
<b>Controle de Diabetes</b>		
<b>Indicador Principal</b>		
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético Mellitus		
<b>Indicador Complementar</b>		
Proporção de internações por diabetes Mellitus		

INDICADOR	ANO 2005	
	Meta Proposta	Resultado Alcançado
<b>Controle da Tuberculose</b>		
<b>Indicador Principal</b>		
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;		
Taxa de mortalidade por tuberculose..		
<b>Controle de Hanseníase</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase;		
Taxa de detecção de casos de hanseníase.		
<b>Indicadores Complementares</b>		
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.		
<b>Saúde Bucal</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Cobertura de primeira consulta odontológica;		
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.		
<b>Indicador Complementar</b>		
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.		
<b>Gerais</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF)		
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas		
<b>Indicador Complementar</b>		
Média mensal de visitas domiciliares por família		

**Secretário de Estado da Saúde**

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)







## ANEXO IV

### **Orientações sobre preenchimento, fluxo e prazos para a pactuação dos Indicadores da Atenção Básica – 2006 para os municípios e estados.**

#### **A) Cabe ao município:**

1. Propor as metas a serem alcançadas em 2006, referentes aos indicadores principais (Anexo I) por serem de pactuação obrigatória.
  - 1.1 Além dos indicadores principais, os municípios podem pactuar com o estado indicadores complementares (Anexo I), que apesar de não serem obrigatórios para pactuação, devem ser monitorados pelos gestores. É possível ainda eleger outros indicadores de importância sanitária loco-regional nos espaços opcionais da planilha eletrônica.
  - 1.2 Para efetuar a pactuação, os municípios devem acessar o aplicativo Sispecto, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispecto](http://www.saude.gov.br/sispecto). Os municípios com menos de 80 mil habitantes devem preencher a planilha - Anexo IV A e os municípios com 80 mil ou mais habitantes, a planilha - Anexo IV B. **Nessas planilhas os municípios digitam apenas a meta proposta para 2006.**
2. O município terá até o dia **28 de abril de 2006** para preencher e validar essa planilha.

#### **Nota:**

- a- A Secretaria de Estado da Saúde (SES) só poderá homologar as planilhas de pactuação que estejam validadas pelos municípios;
- b- Quando não for possível preencher a planilha (Anexo IV A ou IV B) e efetuar a pactuação via internet, a secretaria municipal deverá preencher a planilha em papel ou meio magnético e enviá-la à Secretaria Estadual, até o dia **24 de abril de 2006** (data de postagem).
- c- Enviar a SES, **até o 28 de abril de 2006** (data de postagem) a planilha de pactuação de metas - 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.

#### **B) 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 2006, no aplicativo Sispecto, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispecto](http://www.saude.gov.br/sispecto), até o dia **26 de maio de 2006**.
3. Propor, no fórum da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) metas estaduais a serem pactuadas em 2006 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 e eleger indicadores opcionais de importância sanitária para o estado;
4. Para efetuar a pactuação, os estados deverão acessar o aplicativo Sispecto, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispecto](http://www.saude.gov.br/sispecto), preencher o Anexo IV C - Relação de Indicadores da Atenção Básica 2006 para a pactuação de metas propostas pelo estado, e validá-la até o dia **26 de maio de 2006**.
5. A SES, além do preenchimento e validação da planilha eletrônica, deverá enviar ao Ministério da Saúde, até o dia **26 de maio de 2006** (data de postagem), a planilha de pactuação de metas estaduais (Anexo IV C), devidamente preenchida e assinada pelo gestor estadual.

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 **26 de maio de 2006** (data de postagem) devidamente assinada pelo Gestor Estadual e Presidente do Cosems.

**Nota**

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

**C) Cabe ao Ministério da Saúde:**

1. Disponibilizar aplicativo **Sispacto**, no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).
2. Constituir um grupo de trabalho sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para análise e homologação das propostas de pacto das SES;
3. Homologar os Pactos de Indicadores da Atenção Básica 2006 dos estados até **14 de julho de 2006**.

**ANEXO IV A**

**Relação de Indicadores, resultado alcançado em 2005 e metas propostas pelos municípios com menos de 80 mil habitantes.**

**Município:**

**Código do IBGE**

**Estado:**

<b>Indicador Principal</b>		<b>Meta 2006</b>
1	Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	
2	Coeficiente de mortalidade infantil	
3	Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer	
4	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	
5	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade	
6	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade	
<b>Indicador Complementar</b>		
7	Número absoluto de óbitos neonatais tardios	
8	Coeficiente de mortalidade neonatal tardia	
<b>Indicador Principal</b>		
9	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	
10	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	
<b>Indicador Complementar</b>		
11	Proporção de partos cesáreos	
12	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	
<b>Indicador Principal</b>		
13	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	
14	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	
<b>Indicador Complementar</b>		
15	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
16	Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus	
<b>Indicador Complementar</b>		
17	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
18	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	
<b>Indicador Complementar</b>		
19	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	
<b>Indicador Principal</b>		
20	Coeficiente de prevalência de hanseníase	
21	Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase	
<b>Indicador Principal</b>		
22	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	
23	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	
<b>Indicador Complementar</b>		
24	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	
25	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações	

	odontológicas individuais	
<b>Indicador Principal</b>		
26	Proporção da população coberta pelo programa saúde da família (PSF)	
27	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	
<b>Indicador Complementar</b>		
28	Média mensal de visitas domiciliares por família	

**Secretário Municipal de Saúde**

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)

## ANEXO IV B

**Relação de Indicadores e metas propostas pelos municípios com 80 mil e mais habitantes para 2006.**

**Município:**

**Código do IBGE**

**Estado:**

<b>Indicador Principal</b>		<b>Meta 2006</b>
1	Coefficiente de mortalidade infantil	
2	Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer	
3	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	
4	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade	
5	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade	
<b>Indicador Complementar</b>		
6	Coefficiente de mortalidade neonatal tardia	
<b>Indicador Principal</b>		
7	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	
8	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	
9	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	
<b>Indicador Complementar</b>		
10	Razão de mortalidade materna	
11	Proporção de partos cesáreos	
12	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	
<b>Indicador Principal</b>		
13	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	
14	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	
<b>Indicador Complementar</b>		
15	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
16	Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus	
<b>Indicador Complementar</b>		
17	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
18	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	
<b>Indicador Complementar</b>		
19	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	
<b>Indicador Principal</b>		
20	Coefficiente de prevalência de hanseníase	
21	Coefficiente de detecção de casos novos de hanseníase	
<b>Indicador Principal</b>		
22	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	
23	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	
<b>Indicador Complementar</b>		
24	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	
25	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	
<b>Indicador Principal</b>		

26	Proporção da população coberta pelo programa saúde da família (PSF)	
27	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	
<b>Indicador Complementar</b>		
28	Média mensal de visitas domiciliares por família	

**Secretário Municipal de Saúde**

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)



## ANEXO IV C

### Relação de Indicadores da Atenção Básica 2006 para pactuação de metas propostas pelo Estado para 2006.

Estado:

<b>Indicador Principal</b>		<b>Meta 2006</b>
1	Coeficiente de mortalidade infantil	
2	Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer	
3	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	
4	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade	
5	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade	
<b>Indicador Complementar</b>		
6	Coeficiente de mortalidade neonatal tardia	
<b>Indicador Principal</b>		
7	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	
8	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	
9	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	
<b>Indicador Complementar</b>		
10	Razão de mortalidade materna	
11	Proporção de partos cesáreos	
12	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	
<b>Indicador Principal</b>		
13	Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	
14	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	
<b>Indicador Complementar</b>		
15	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
16	Proporção de internações por complicações do Diabetes Mellitus	
<b>Indicador Complementar</b>		
17	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
18	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	
<b>Indicador Complementar</b>		
19	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	
<b>Indicador Principal</b>		
20	Coeficiente de prevalência de hanseníase	
21	Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase	
<b>Indicador Principal</b>		
22	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	
23	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	
<b>Indicador Complementar</b>		
24	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	
25	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	
<b>Indicador Principal</b>		
26	Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)	

27	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	
<b>Indicador Complementar</b>		
28	Média mensal de visitas domiciliares por família	

**Secretário Estadual de Saúde**

[Planilha disponível no endereço: www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)

**ANEXO IV D**

**Municípios que não firmaram o Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2006.**



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

**Como acessar:** Entrar no *site* [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto) e digitar o identificador e a senha do respectivo município, regional ou estado.

**Atenção! Para o ano de 2006, todos os usuários do Sispacto deverão fazer um novo cadastro para receber o identificador e senha de acesso.**

#### **Como trabalhar o Sistema:**

Acessar o Sispacto no endereço [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto) e digitar o identificador e senha de acesso.

#### **Para o município:**

Após acessar o Sistema, clique no ícone pacto municipal em seguida avaliação.

No item AVALIAÇÃO, abrem-se duas opções: Editar e Validar

**Editar** – neste item o usuário 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 etapas, desde que o usuário grave as informações digitadas antes de sair do sistema.

**Validar** – Antes de validar, as informações devem ser conferidas. Se for preciso corrigir algum dado voltar para o item **editar**, fazer as correções necessárias e gravar novamente. Não havendo o que corrigir, clicar no botão VALIDAR que aparece no final da página. Esse passo corresponde a transferência automática dos resultados informados para a apreciação do estado.

No item PACTUAÇÃO, abrem-se duas opções: Editar e Validar

**Editar** – neste item o usuário 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 etapas, desde que o usuário grave as informações digitadas antes de sair do sistema.

**Validar** – Antes de validar, as informações devem ser conferidas. Se for preciso corrigir algum dado voltar para o item editar, fazer as correções necessárias e gravar novamente. Não havendo o que corrigir, clicar no botão VALIDAR que aparece no final da página. Esse passo corresponde a transferência automática dos valores pactuados para a apreciação do estado.

#### **Para o estado:**

Após acessar o Sistema, clique no ícone municipal em seguida avaliação.

No item AVALIAÇÃO, abrem-se duas opções: Homologar e Liberar

**Homologar** – neste item o usuário analisa a consistência dos resultados informados pelo município e se estiver de acordo, clica no botão HOMOLOGAR. Caso haja discordância, o município deve ser comunicado e a planilha de avaliação liberada para correção.

**Liberar** – esta opção se aplica para os casos em que houver discordância por parte do estado quanto aos resultados informados pelo município.

Após homologar a avaliação no Sistema, clique no ícone municipal e em seguida pactuação.

No item PACTUAÇÃO, abrem-se duas opções: Homologar e Liberar

**Homologar** – neste item o usuário analisa a coerência das metas propostas pelo município e se estiver de acordo, clica no botão HOMOLOGAR. Caso haja discordância, o município deve ser comunicado e a planilha de pactuação liberada para ajuste.

**Liberar** – esta opção se aplica para os casos em que houver discordância por parte do estado dos resultados informados pelo município.

**Para o estado realizar seu Pacto:**

Após acessar o Sistema, clique no ícone estadual em seguida avaliação.

No item AVALIAÇÃO, abrem-se duas opções: Editar e Validar

**Editar** – neste item o usuário 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 etapas, desde que o usuário grave as informações digitadas antes de sair do sistema.

**Validar** – Antes de validar, as informações devem ser conferidas. Se for preciso corrigir algum dado voltar para o item **editar**, fazer as correções necessárias e gravar novamente. 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 Ministério da Saúde. Após esse processo o Ministério da Saúde homologa a planilha preenchida e validada pelo estado, ou libera para correção.

No item PACTUAÇÃO, abrem-se duas opções: Editar e Validar

**Editar** – neste item o usuário 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 etapas, desde que o usuário grave as informações digitadas antes de sair do sistema.

**Validar** – Antes de validar, as informações devem ser conferidas. Se for preciso corrigir algum dado voltar para o item editar, fazer as correções necessárias e gravar novamente. Não havendo o que corrigir, clicar no botão VALIDAR que aparece no final da página. Esse passo corresponde a transferência automática dos valores pactuados para a apreciação do Ministério da Saúde.

**Observações importantes:**

1 – A SES só homologará as planilhas que estejam 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, recomenda-se acessar as planilhas somente quando os valores que serão digitados já estiverem preenchidos em planilha impressa. Além disso, recomenda-se a gravação das informações a medida que forem digitadas, pois se houver sobrecarga será menor a perda de dados.