

**SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE COORDENAÇÃO GERAL
DIRETORIA GERAL DE PLANEJAMENTO
GERENCIA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**



**ORIENTAÇÕES ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO MAPA DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO**

Recife, Agosto de 2013.

Lista de Siglas

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CAPS-AD – Centro de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Apoio Psicossocial Infantil

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CER – Centro Especializado de Reabilitação

Cerest – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CID 10 – Código Internacional de Doenças – 10ª Revisão

CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

CIR – Comissão Intergestores Regional

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública

Cosems – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DDA – Doença Diarréica Aguda

EC 29 – Emenda Constitucional nº 29

ESF – Equipe de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDSUS – Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LC – Lei Complementar

LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana

LV – Leishmaniose Visceral

MAC – Média e Alta Complexidade

MS/GM – Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PGR – Procuradoria Geral da República

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PGASS – Programação Geral de Ações e Serviços em Saúde

PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SADT – Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento

SAE – Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação

Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Siscolo – Sistema de Informação do câncer do colo do útero

Sisfad – Sistema de Informações sobre Febre Amarela e Dengue

SIS-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SPA – Serviço de Pronto Atendimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de GEstão

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - ROTEIRO MÍNIMO PARA O MAPA DE SAÚDE	15
I- CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS	16
II- ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	18
1. Capacidade Instalada	18
2. Oferta e Cobertura de Ações e Serviços de Saúde.....	19
III- REDES DE ATENÇÃO	20
IV- FLUXOS DE ACESSO	21
V- RECURSOS FINANCEIROS	21
VI- GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	22
VII- CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE	22
VIII- GESTÃO	23
CAPÍTULO II - INDICADORES DO MAPA DE SAÚDE	25
I-CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS	26
• Estrutura Populacional.....	26
• Densidade Demográfica	27
▪ MORTALIDADE.....	28
• Taxa de Mortalidade Perinatal	28
• Taxa de Mortalidade Infantil	29
• Taxa de Mortalidade Neonatal	30
• Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal	31
• Mortalidade Proporcional por Doenças Diarréica em menores de cinco anos	32
• Mortalidade Proporcional por Infecção Respiratória Aguda em menores de cinco anos.....	33
• Razão de Mortalidade Materna	34
• Taxa de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil.....	34
• Taxa de Mortalidade Específica por AIDS	36
• Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasias Malignas de Mama	37
• Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasias Malignas do Colo Do Útero	38
• Taxa de Mortalidade Específica por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).....	39
• Taxa de Mortalidade Específica Por Doenças Cerebrovasculares	40
• Taxa de Mortalidade Específica por Diabetes Mellitus.....	41

• Taxa de Mortalidade Específica por Acidentes de Transporte.....	42
• Taxa de Mortalidade Específica por Agressões.....	43
• Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Infecciosas e Parasitárias.....	44
• Taxa de Mortalidade Específica por Transtornos Mentais	45
• Taxa de Mortalidade Específica pelo Uso De Álcool e Outras Drogas	46
▪ NATALIDADE.....	47
▪ MORBIDADE	48
• Taxa de Incidência de Dengue	48
• Coeficiente de Detecção Anual de Casos Novos de Hanseníase	49
• Taxa de Incidência de Tuberculose	50
• Taxa de Incidência de Hepatite B	51
• Taxa de Incidência de Hepatite C	52
• Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral- LV	53
• Taxa de Incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana- LTA	54
• Taxa de Incidência de AIDS	55
▪ ATENÇÃO BÁSICA.....	56
• Proporção de Cura de Hanseníase entre os Casos Novos.....	56
• Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera	57
• Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero.....	58
• Cobertura Vacinal contra Hepatite B	59
• Cobertura Vacinal Pentavalente	60
• Cobertura Vacinal contra Influenza	61
• Cobertura Vacinal contra Poliomielite.....	62
• Proporção de Crianças Menores de um Ano com Vacina em dia	63
• Cobertura Vacinal contra Influenza na População Idosa.....	64
• Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática	65
• Proporção de Imóveis Visitados em pelo menos Quatro Ciclos de Visitas Domiciliares para o Controle da Dengue	66
• Média de Visitação Domiciliar do ACS por Família.....	67
• Proporção de Nascidos Vivos de Mães com Sete ou mais Consultas de Pré-Natal	68
• Proporção de Crianças com Baixo Peso ao Nascer	69
• Percentual de Hipertensos Cadastrados/Acompanhados	70
• Percentual de Diabéticos Cadastrados/Acompanhados	71

• Proporção de Crianças Menores de Quatro Meses com Aleitamento Materno Exclusivo	72
• Prevalência de Desnutrição em Menores de Dois Anos	73
• Proporção de Internação por DDA em Menores de 5 Anos	74
• Proporção de Internações por Infecção Respiratória Aguda-IRA em Menores de Cinco Anos	75
• Proporção de Internações por Diabetes e suas Complicações	76
• Taxa de Internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva- ICC.....	77
• Proporção de Internações por Acidente Vascular Cerebral- AVC.....	78
• Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica.....	79
• Notificação de Acidente do Trabalho	80
II- ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	81
• Cobertura Populacional de Equipes de Saúde da Família	86
• Cobertura Populacional de Equipes de Saúde Bucal	87
• Cobertura Populacional de Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS.....	88
• Razão de Equipes de Saúde da Família- ESF por Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF	89
• Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	90
• Cobertura de Centros de Especialidades Odontológicas- CEO.....	91
• Cobertura Populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU	92
• Cobertura Municipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU	93
• Cobertura de Exames de Patologia Clínica.....	94
• Cobertura de Exames de Sorologia para Dengue	95
• Cobertura de Exames de Sorologia para HIV	96
• Cobertura de Exames de Sorologia para Hepatite	97
• Cobertura de Exames de Ultrassonografia.....	98
• Razão de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos na população alvo	99
• Cobertura de Biópsia de Mama	100
• Cobertura de Cirurgia de Mama.....	101
• Cobertura de Exames de Radiologia	102
• Média de Consultas Médicas.....	103
• Cobertura de Consultas Básicas de Urgência	104
• Cobertura de Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma	105
• Cobertura de Consultas Médicas Básicas	106
• Cobertura de Consultas Médicas Especializadas	107
ENDEREÇOS ELETRÔNICOS	108

GLOSSÁRIO.....	111
ANEXO I- TABELA DE PROFISSIONAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	113

APRESENTAÇÃO

Este instrutivo foi elaborado como estratégia de apoio ao aprimoramento dos Mapas de Saúde construídos pelas doze regiões de saúde do estado de Pernambuco. Esses mapas fazem parte do segundo momento de construção do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP e suas diretrizes foram pactuadas pela Comissão Intergestora Tripartite, em 24 de novembro de 2011, em consonância com o previsto pelo Decreto Presidencial nº 7.508, como regulamentação da Lei 8.080, de 1990.

Ao definir conceitos, princípios e diretrizes do SUS, esse decreto exigiu uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, priorizando o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS.

A padronização dos indicadores de saúde e de produção de serviços a serem utilizados por ocasião da construção e revisões posteriores do Mapa de Saúde é importante quando o município precisa conhecer a sua realidade para pactuar o que pode oferecer e o que precisará obter das outras instâncias na contratualização regional.

Os indicadores de saúde comparados no tempo possibilitam a identificação das variações de desempenho em relação às ações de saúde, o que viabiliza a tomada de decisão, facilitando o monitoramento e a avaliação das ações e serviços referentes à realidade local, aumentando o poder de governança dos gestores. Quando construídos em forma de taxas, permitirão a comparabilidade dos dados locais com os demais territórios estudados, contribuindo para a melhoria contínua dos processos organizacionais. Os indicadores que apresentam parâmetros facilitarão a observação quanto ao alcance das metas definidas, colaborando com a melhoria do desempenho das ações e serviços planejados. A análise desses indicadores deve contemplar as prioridades regionais identificadas, o alcance das metas e os possíveis fatos relacionados aos seus resultados, utilizando, quando possível, os parâmetros oficialmente estabelecidos.

Por ocasião do processo de construção do COAP, diante da diversidade de indicadores componentes de vários programas e das inúmeras ferramentas de monitoramento do sistema de saúde do país, utilizando dados de um elenco considerável de sistemas de informações em saúde que nem sempre dialogam, gerou-se a necessidade de padronizar o uso desses indicadores. Assim foi feito, contemplando-os quanto a sua definição, interpretação, fonte e

forma de cálculo, para viabilizar a homogeneização de conceitos e aplicabilidade, na elaboração e revisão do Mapa Regional de Saúde.

INTRODUÇÃO

Com a realidade de país continental, o Brasil apresenta cenários diversificados em todos os setores que compõem o mosaico da sociedade brasileira. A partir da Constituição Federal de 1988, onde está positivado que no país "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza", foi aventada a possibilidade de se eleger políticas que minimizassem as desigualdades sociais até então responsáveis pelas cicatrizes e chagas ainda persistentes nas condições de vida da população.

No setor saúde, após a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, várias medidas legais foram implantadas para garantir maior autonomia às instâncias municipais, fazendo-as conhecer suas limitações e possibilidades e se responsabilizar pelas ações e programas, agindo de acordo com as suas necessidades. Sendo um sistema democrático e suprapartidário de redistribuição de poder e de recursos, o SUS redefiniu o papel e a responsabilidade dos gestores públicos, estabeleceu relações consensuais entre os diferentes níveis de governo e promoveu a reorganização institucional em saúde no país, respeitando as singularidades socioeconômicas, locais e regionais. A antiga imposição vertical foi substituída pela negociação, imprescindível quando se necessita organizar fluxos de demanda e racionalizar o uso dos recursos, considerando a integralidade do atendimento e a busca da diminuição das disparidades regionais.

A descentralização e a municipalização da saúde são uma resposta à demanda da sociedade, expressa democraticamente em quatro Conferências Nacionais de Saúde e acolhida em disposições constitucionais e leis ordinárias. No entanto, o processo de descentralização da saúde, assim como seus resultados, não ocorreu de forma homogênea no país.

Na tentativa de viabilizar o processo de descentralização, foram criadas três Normas Operacionais Básicas (NOB) no SUS durante a década de 90: a NOB 91, NOB 93 e NOB 96, que procuraram estabelecer critérios gerais no modelo assistencial de saúde, incluindo seus aspectos organizacionais e financeiros. As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS- SUS 01/01 e 01/02) desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação dos modelos assistenciais. Na perspectiva de aperfeiçoamento do SUS, a NOAS 01/02 determina a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Para garantir a operacionalização desses novos procedimentos, em 1998 foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), atrelando a liberação dos recursos ao número de habitantes dos municípios, que passaram a recebê-lo de forma direta, aumentando, também, a responsabilidade dessas instâncias sobre a racionalidade no seu uso.

Nesse processo, houve avanços consideráveis, como a desconcentração da oferta de serviços, aumento da contrapartida municipal no financiamento à saúde, criação de instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde, incluindo também as instâncias intergestoras entre estados e municípios e a expansão da atenção primária à saúde, em especial, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). O estado deixou de exercer o papel de executor e passou a assumir a regulação da gestão de suas respectivas regiões, planejando, articulando e reordenando os recursos disponíveis e/ou exigidos por cada uma delas, além de formulador e acompanhador de políticas e programas, comprometendo-se, assim, com a melhora na qualidade dos serviços prestados.

O Pacto pela Saúde em suas três vertentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, regulamentados pelas Portarias MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e MS/GM nº 699, de 30 de março de 2006, permitiu a efetivação de pactos entre os entes federados (União, estados e municípios) em torno de compromissos e responsabilidades sanitárias de caráter nacional, formalizados no Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

Conforme estabelecido na Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o processo de monitoramento dos pactos obedecem a certas diretrizes: ser um processo permanente para as esferas de governo e ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

Em junho de 2011, foi publicado o Decreto Presidencial nº 7.508, como regulamentação da Lei 8.080, de 1990, que, ao definir conceitos, princípios e diretrizes do SUS, exigiu uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, priorizando o aprofundamento das relações interfederativas, regionalização e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS. Assim, dispõe em seu Capítulo V, Seção II, sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). O contrato é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, cujo objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

O COAP, definindo responsabilidades entre os entes federativos na Região, promove maior transparência na gestão do SUS e confere mais segurança jurídica nas relações interfederativas. O Ministério da Saúde através da Portaria RENAME nº 533, de 28/03/2012, que define o rol de medicamentos e da Portaria RENASES nº 841, de 08/05/2012, que designa o elenco de ações e serviços de saúde ofertados à região, contribui para a conformação de uma rede de atenção à saúde com vistas à integralidade e à equidade, aprimorando e ampliando a governança do Sistema de Saúde. Assim, promove-se uma mudança nos padrões da administração pública na saúde, agora com foco no usuário, no seu direito ao acesso e à qualidade na saúde, e em resultados e ganhos de eficiência na gestão pública.

Dentre os elementos que devem se incorporar no COAP está a definição das necessidades locais e regionais de saúde, da oferta de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e interregional, através da responsabilidade assumida pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização. Os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, serão aprovados pelos respectivos conselhos de saúde e a avaliação da execução do COAP será realizada por meio do Relatório de Gestão Anual.

Após a definição do território, primeira etapa do COAP, o segundo momento desse contrato é o das diretrizes para o Planejamento e Mapa da Saúde, que caracterizarão a Região de Saúde, utilizando-se dos indicadores de saúde, que vão balizar as estratégias em prol do alcance das metas previstas na condição da saúde regional.

O Decreto 7.508/12 define em seu Artigo 2, inciso V, que o mapa de saúde é “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores do sistema.” Este mesmo instrumento normativo trata em seu Artigo 17 que “o Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.”

Essas metas serão definidas através da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS, um instrumento de planejamento da saúde, que abrange as ações de assistência à saúde nos diversos níveis de complexidade, substituindo a Programação Pactuada Integrada (PPI) de 2004, além das ações de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e

ambiental) e da assistência farmacêutica, baseadas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Passa a ser definida uma nova repactuação de recursos, serviços e ações de saúde que serão desenvolvidos com mais qualidade, havendo participação das Comissões Intergestores Regionais (CIR), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Também precisam ser investidas as Redes de Atenção à Saúde, já implantadas pelo Ministério da Saúde, como a Rede Cegonha, Urgência e Emergência, Psicossocial, Doenças Crônicas e Reabilitação, que servirão como carreadoras de novos recursos financeiros.

A pactuação dos serviços e a racionalidade na aplicação dos recursos obedecem a uma lógica diferenciada, orientada para o repasse dos recursos aos municípios que ofereçam qualidade na oferta dos serviços e os mantenham sem interrupção, sendo os recursos de média e alta complexidade calculados através da incorporação do número de habitantes associada ao valor per capita regional.

Ressalta-se que, a partir do Mapa de Saúde, será construído o mapa de metas que é a expressão da situação a ser alcançada referente à estrutura e produção de serviços de saúde. Os indicadores de saúde poderão ser acrescentados, de acordo com o que foi posto nos Planos de Saúde dos municípios que compõem cada Região de Saúde, e são referência para a pactuação das metas, responsabilidade dos entes contratantes, através do princípio da solidariedade.

Os indicadores e metas de saúde também constituem elementos do COAP e contribuem para a consolidação da Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011), que estabelece que as informações de interesse coletivo ou geral deverão ser divulgadas de ofício pelos órgãos públicos, espontânea e proativamente, independentemente de solicitações.

Em 2012, a Emenda Constitucional da Saúde (EC 29) foi regulamentada através da Lei Complementar Nº 141/12, que trata dos valores mínimos a serem aplicados pelas três esferas de governo, dos critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e das normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas no setor. Este instrumento legal traz uma nova perspectiva no atual cenário de construção do COAP.

Dessa forma, devem ser observados critérios legais de participação no financiamento das ações e dos serviços públicos, a serem garantidos a todo brasileiro o direito à promoção, prevenção e recuperação da saúde, por rede regionalizada e hierarquizada.

CAPÍTULO I - ROTEIRO MÍNIMO PARA O MAPA DE SAÚDE

I- CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

A saúde dos indivíduos é influenciada pelo meio em que vivem, portanto na maioria das vezes as condições sociais e sanitárias tem uma estreita relação com a qualidade de vida e ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco. Assim, determinantes sociais da saúde são fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam no processo saúde-doença. Já as condições sanitárias estão relacionadas mais especificamente ao setor saúde e expressam a maior vulnerabilidade da população ou de determinados grupos populacionais.

ITENS A SEREM ABORDADOS NO MAPA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:

▪ **PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO**

- ✚ Limites, localização, divisões territoriais da região.
- ✚ Municípios Abrangentes (regional).
- ✚ Distância média dos municípios vizinhos e do centro de referência da região.
- ✚ Principais Rodovias.
- ✚ Área territorial
- ✚ Densidade demográfica
- ✚ População total: Distribuição por sexo, faixa etária, rural e urbana.
- ✚ Dinâmica populacional - análise de pirâmide e curva de crescimento populacional
- ✚ Grupos sociais organizados (associações de moradores, sindicatos, clubes de serviços)
- ✚ Principais atividades econômicas
- ✚ Produto Interno Bruto
- ✚ Renda
- ✚ Escolaridade
- ✚ Dados de Saneamento como: presença de abastecimento de água, tipo de instalação sanitária e tipo de destino do lixo
- ✚ IDH por município

▪ **MORTALIDADE**

- ✚ Mortalidade infantil
- ✚ Mortalidade infantil neonatal
- ✚ Mortalidade infantil pós neonatal
- ✚ Mortalidade perinatal
- ✚ Taxa de mortalidade infantil por doença diarreica (DDA)
- ✚ Taxa de mortalidade infantil por pneumonia
- ✚ Razão de mortalidade materna
- ✚ Mortalidade geral por capítulo CID 10 (Tabela com frequência e proporção)
- ✚ Coeficiente de mortalidade por AIDS
- ✚ Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de mama
- ✚ Coeficiente de mortalidade por Neoplasia do colo do útero

- + Coeficiente de mortalidade por Infarto Agudo do miocárdio
- + Coeficiente de mortalidade por Doenças cérebro vasculares
- + Coeficiente de mortalidade por Diabetes Mellitus
- + Coeficiente de mortalidade por Acidente de transporte e agressões
- + Coeficiente de mortalidade por Doenças infecciosas e parasitárias
- + Coeficiente de mortalidade por Transtornos Mentais
- + Coeficiente de mortalidade por Uso de álcool e outras drogas
- + Número e % de óbitos em mulheres em idade fértil/município de residência

▪ NATALIDADE

- + Proporção de partos normais

▪ MORBIDADE

- + Taxa de incidência de dengue
- + Taxa de incidência de hanseníase
- + Taxa de incidência de tuberculose
- + Taxa de incidência de hepatite B
- + Taxa de Incidência de Hepatite C
- + Taxa de incidência de Leshimanirose Visceral - LV
- + Taxa de Incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA
- + Taxa de incidência de AIDS
- + Elencar as 10 principais causas de internação

▪ ATENÇÃO BÁSICA

- + Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
- + Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
- + Razão de exames citopatológico do colo do útero
- + Cobertura vacinal contra hepatite B
- + Cobertura vacinal pentavalente
- + Cobertura vacinal contra influenza
- + Cobertura Vacinal contra Influenza na População Idosa
- + Cobertura Vacinal contra Poliomielite
- + Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia
- + Cobertura da primeira consulta odontológica programática
- + Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
- + Média de visita domiciliar do ACS por família
- + Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal
- + Proporção de crianças com baixo peso ao nascer
- + Percentual de hipertensos cadastrados/ acompanhados
- + Percentual de diabéticos cadastrados/ acompanhados
- + Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo

- ✚ Prevalência de desnutrição em menores de dois anos
- ✚ Proporção de internação por DDA menores de cinco anos
- ✚ Proporção de internações por infecção respiratória aguda-ira em menores de cinco anos
- ✚ Proporção de internações por diabetes e suas complicações
- ✚ Taxa de internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva-ICC
- ✚ Proporção de internações por AVC
- ✚ Proporção de internações sensíveis à atenção básica
- ✚ Treinamento da equipe (saúde mental e trabalhador)
- ✚ Notificação de acidente do trabalho

II- ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

O SUS está estruturado por meio de redes de atendimento e em linhas de cuidado que têm como objetivo garantir o acesso ao atendimento e à continuidade do cuidado em áreas específicas e prioritárias para a população.

O conhecimento acerca da capacidade instalada ofertada pelo SUS (próprio e privado complementar) e pela iniciativa privada subsidia o processo de identificação das necessidades de serviços de saúde, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços. A partir desse mapeamento detalhado será possível visualizar se há necessidade de reordenar equipamentos, serviços e profissionais ou de realizar novas pactuações. De maneira que a rede instalada seja suficiente para possibilitar o acesso, de acordo com parâmetros pré-estabelecidos (em portarias), em todos os níveis de atenção e que a Região de Saúde possa ofertar à população os meios necessários para promover, manter e recuperar a saúde.

➤ **ITENS A SEREM ABORDADOS NO MAPA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:**

1. Capacidade Instalada

Estabelecimento de Saúde e Serviços

- ✚ Tipo de Estabelecimento SUS (por natureza) e não SUS
- ✚ Distribuição de Leitos SUS e não SUS por tipo
- ✚ Distribuição de Leitos complementares SUS e não SUS por tipo
- ✚ Distribuição de Clínicas: médica; gineco-obstétrica; pediátrica; cirúrgica; psiquiátrica; outras

Serviços

- ✚ Distribuição de Ambulatórios de especialidades (produção pública e contratada)

Especialidades: dermatologia; cardiologia; oncologia; pneumologia; edocrinologia; nefrologia; traumato-ortopedia; psiquiatria; oftalmologia; otorrinolarigologia; neurologia; fisioterapia; fonoaudiologia; TO; psicologia; urologia.

Equipamentos

- ✚ Mamógrafos por habitante
- ✚ Raio-X por habitante
- ✚ Ressonância magnética por habitante
- ✚ Tomógrafo por habitante
- ✚ Equipamento de ultrassonografia por habitante
- ✚ Distribuição de Equipo odontologia completo
- ✚ Distribuição de Eletrocardiógrafo
- ✚ Distribuição de Equipamento para hemodiálise

Profissionais

- ✚ Distribuição de médicos
Especialidades: Anestesta, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Gineco-Obstetra, Médico de Família, Pediatra, Psiquiatra, Cardiologista, Neurologista e Oncologista.
- ✚ Distribuição de Cirurgião dentista
- ✚ Distribuição de Enfermeiro
- ✚ Distribuição de Fisioterapeuta
- ✚ Distribuição de Fonoaudiólogo
- ✚ Distribuição de Nutricionista
- ✚ Distribuição de Farmacêutico
- ✚ Distribuição de Assistente social
- ✚ Distribuição de Psicólogo

2. Oferta e Cobertura de Ações e Serviços de Saúde

- **Itens a serem abordados no Mapa de Saúde de Pernambuco:**

OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

- ✚ Oferta de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST
- ✚ Oferta de Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA e SAE
- ✚ Oferta de Serviço de Pronto atendimento - SPA/Unidade de Pronto Atendimento - UPA
- ✚ Oferta de Centro Especializado de Reabilitação - CER
- ✚ Oferta de Serviço de Apoio Diagnóstico - SAD

COBERTURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- + Cobertura populacional de equipes de saúde da família
- + Cobertura populacional de equipes de saúde bucal
- + Cobertura populacional de programa de agentes comunitários de saúde- PACS
- + Razão de Equipes de Saúde da Família- ESF por Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF
- + Cobertura de Centro de Apoio Psicossocial - CAPS
- + Cobertura de Centro de Especialidades Odontológicas - CEO
- + Cobertura Municipal de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
- + Cobertura Populacional de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
- + Cobertura de exames de patologia clínica
- + Cobertura de exames de baciloscopia
- + Cobertura de exames de sorologia para dengue
- + Cobertura de exames de sorologia para HIV
- + Cobertura de exames de sorologia para hepatite
- + Cobertura de exames anatomopatológicos
- + Cobertura de exames de ultrassonografia
- + Razão de mamografias realizadas na faixa de 50 a 69 anos na população alvo
- + Cobertura de biópsia de mama
- + Cobertura de cirurgia de mama
- + Cobertura de exames de radiologia
- + Média de consulta médica/ano
- + Consultas Básicas de Urgência
- + Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma
- + Consultas Médicas Básicas
- + Consultas Médicas Especializadas

III- REDES DE ATENÇÃO

A Constituição Federal, no cap. II, seção II, art. 198, e a Lei Orgânica da Saúde, no cap. II, art. 7º, definem claramente que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade, estruturadas em redes regionalizadas e hierarquizadas em níveis crescentes de complexidade assistencial, com definição de fluxos de referência e contra referência de pacientes. A composição das redes busca uma forma mais eficiente e eficaz de organizar a assistência à saúde e garantir o pleno acesso da população aos serviços.

Compreendendo que a execução das ações da atenção básica em saúde é atribuição do nível municipal, a organização das redes tem especial significado na área de assistência de média e alta complexidade e na de urgência e emergência, na medida em que serviços dessa natureza não estão disponíveis em todos os municípios e regiões de saúde. Em outros casos, as localidades podem contar com esses serviços, mas têm capacidade de produção ainda insuficiente para cobrir a demanda existente, precisando ser adequada para garantir o acesso aos serviços ao cidadão, independentemente de sua procedência.

➤ **ITENS A SEREM ABORDADOS NO MAPA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:**

- ✚ Rede Cegonha
- ✚ Rede de urgência e emergência
- ✚ Rede Psicossocial
- ✚ Rede de cuidados à pessoa com deficiência

IV- FLUXOS DE ACESSO

A partir de 1990, foram garantidos princípios fundamentais na política de saúde do Brasil e dentre estes a Universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde em todos os níveis de atenção. A regulação dos fluxos de acesso é realizada segundo o estabelecido na portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, e é fundamental para favorecer a operacionalização da oferta de serviços de saúde contribuindo com processo de regionalização solidária e cooperativa.

A análise a respeito da utilização dos serviços de média e alta complexidade poderá subsidiar a identificação de vazios assistenciais bem como demonstrar se há necessidade de redimensionamento da oferta de serviços. O objetivo é contemplar, de maneira integral e equânime, as necessidades da população ofertando o caminho mais oportuno na resposta da necessidade do cidadão com ações e serviços de saúde integrados.

➤ **Itens a serem abordados no Mapa de Saúde de Pernambuco:**

- ✚ Procedimentos ambulatoriais de média complexidade
- ✚ Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade
- ✚ Internações de média complexidade (total)
- ✚ Internações de alta complexidade (total)

V- RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde são de responsabilidade da União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Os gastos com o atendimento das necessidades em saúde pública devem estar compatíveis com as metas descritas nos Planos de Saúde e aprovados pelos Conselhos de Saúde.

São consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Estas devem atender aos princípios preconizados no art. 7º da lei nº 8.080, de 1990 e seguir as diretrizes estabelecidas na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 a qual define como percentual mínimo de aplicação em ações e serviços de saúde 15% para o município; 12% para os Estados e o Distrito Federal e a União, o valor empenhado mais a variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior. Além disso, a referida LC “estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo”.

As despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde e registradas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que foi institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde através da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163, de outubro de 2000.

Consolidar as informações sobre despesas e investimentos com saúde é fundamental para viabilizar o aperfeiçoamento da gestão favorecendo uma adequada organização dos gastos e a consequente otimização da oferta de serviços e ações de saúde à população.

➤ **ITENS A SEREM ABORDADOS NO MAPA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:**

- ✚ Despesa Total em Saúde por Habitante
- ✚ Percentual de Despesas em Investimentos em relação à Despesa Total
- ✚ Percentual de Transferências SUS em relação à Despesa Total
- ✚ Percentual de Recursos Próprios aplicados em Saúde- EC 29
- ✚ Despesa Total em Saúde

VI- GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A gestão do trabalho e educação em saúde aborda, dentre outros fatores, o desenvolvimento e a formação de recursos humanos, sendo de responsabilidade do SUS e motivadora da articulação e cooperação entre estes dois setores.

No âmbito do SUS a gestão de trabalho e educação em saúde segue os seguintes preceitos: “contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde”. Uma gestão competente dos recursos humanos aliada a um processo de formação contínuo e efetivo para a qualificação do trabalho é importante estratégia para a valorização do SUS e da população.

➤ **ITENS A SEREM ABORDADOS NO MAPA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:**

- ✚ Gestão de pessoas (análise)
- ✚ Quantidade/categoria profissional/ natureza do vínculo (municipal, estadual, federal e/ou privado)
- ✚ Núcleo de Educação Permanente e Profissional
- ✚ Plano de Cargo e Carreira

VII- CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), aprovada em 2004, tem como objetivo contribuir para estimular a construção de conhecimentos direcionados às necessidades do SUS. Investir no avanço do conhecimento na área de saúde é

um compromisso do SUS com a população que deve ser assistida integralmente por serviços de qualidade.

O perfil de cada instituição, segundo suas capacidades e especificidades, facilitará a identificação de pontos de apoio para as redes de atenção à saúde. Poderá também demonstrar a possível necessidade de pactuações ou melhor distribuição de novas instituições, de modo a suprir as carências do estado no âmbito da ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde. É importante salientar que um dos principais objetivos da incorporação de conhecimentos e tecnologias é aprimorar a formação dos profissionais, possibilitando a incorporação de novas tecnologias na sua prática de saúde, para melhor qualidade da assistência em todos os níveis de atenção, proporcionando um sistema de saúde melhor para todos.

➤ **ITENS A SEREM ABORDADOS NO MAPA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:**

Distribuição de Instituições e suas capacidades e especificidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.

VIII- GESTÃO

A gestão pode ser entendida como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo, para tanto, diversas funções. Na saúde, podem ser identificados quatro grandes grupos de funções gestoras: a formulação de políticas/planejamento; o financiamento; a coordenação, regulação, controle e avaliação e a prestação direta de serviços de saúde. Com base nessas funções há uma série de subfunções e de atribuições dos gestores na área da saúde como o diagnóstico de necessidades, identificação de prioridades, programação e avaliação de ações e serviços.

Para o desenvolvimento da gestão de forma articulada entre as três esferas, é importante que haja uma adequada participação dos municípios nas instâncias de pactuação, apoio e desenvolvimento da participação social, institucionalizada pela Lei 8.142/90 e a convergência dos fluxos e processos estabelecidos no Sistema de Planejamento. A alimentação regular dos sistemas de informação, bem como a apropriada implantação e funcionamento do processo de regulação, estabelecido na Portaria MS/GM nº 1559 de 01/08/2008, também são imprescindíveis para assegurar a operacionalização e o aprimoramento da gestão do SUS.

➤ **ITENS A SEREM ABORDADOS NO MAPA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO:**

- ✚ Desenvolvimento da gestão municipal
- ✚ Descentralização dos recursos MAC
- ✚ Participação na CIR, CIB e COSEMS
- ✚ Funcionamento das CIES
- ✚ Funcionamento regular do Conselho de Saúde
- ✚ Conselhos Gestores de Unidades

- ✚ Qualificação da AB (estadual)
- ✚ Posicionamento no PDR
- ✚ Programação municipal - necessidades e produção
- ✚ Plano Municipal de Saúde
- ✚ Relatório de Gestão
- ✚ Gestão do Fundo Municipal de Saúde
- ✚ Mecanismos de regulação - centrais e protocolos
- ✚ Mesa de negociação
- ✚ Municipalização de serviços - já municipalizados e passíveis de municipalização
- ✚ Alimentação regular dos sistemas nacionais de informação - SIM, SINASC, SINAN, SIAB
- ✚ IDSUS por município

CAPÍTULO II - INDICADORES DO MAPA DE SAÚDE

I-CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

▪ **PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO**

Estrutura Populacional

Conceituação

Número total de pessoas residentes e sua estrutura etária, por sexo e condição de domicílio (urbana ou rural), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

Expressa a magnitude do contingente demográfico e sua distribuição relativa.

Fonte

IBGE e DATASUS:

- ❖ Censo Demográfico de 1980, 1991, 2000 e 2010.
- ❖ Contagem da população, em 1996.
- ❖ Projeções intercensitárias disponibilizadas pelo DATASUS.

Método de cálculo

Utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e relativos. As populações adotadas para o cálculo dos indicadores estão ajustadas ao meio do ano (dia 1º de julho). Nos anos censitários, são utilizadas as datas de referência de cada censo.

Densidade Demográfica

Conceituação

A densidade demográfica é uma medida da distribuição espacial da população e permite o estudo da concentração ou dispersão dessa população no espaço geográfico considerado.

É importante para o planejamento urbano e para as políticas de ocupação do território, informando sobre a pressão populacional e as necessidades de infraestrutura da área.

É normalmente expressa em habitantes por quilômetro quadrado.

Interpretação

De maneira geral, reflete a pressão populacional e as necessidades de infra-estrutura da área. Deve ser comparado com a densidade do Brasil (22,43 hab/Km² em 2010) e do Estado (89,63 hab/Km² em 2010).

Fonte

IBGE:

- ❖ Sinopse do Censo Demográfico 2010.

Método de cálculo

É calculada dividindo-se o número de habitantes de um determinado município pela área do mesmo.

A Sinopse do Censo Demográfico 2010 do IBGE, bem como os Cadernos de Informação em Saúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco disponibilizam este indicador por município.

▪ MORTALIDADE

✚ Taxa de Mortalidade Perinatal

(Coeficiente de mortalidade perinatal)

Conceituação

- ❖ Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ❖ O período perinatal começa em 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias incompletos após o nascimento (período neonatal precoce = óbitos < 7 dias). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais (entende-se por óbito fetal a morte de um produto da concepção ocorrida antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias, ou fetos com peso igual ou superior a 500g, ou estatura a partir de 25cm. Ressalta-se que neste cálculo não são incluídos os abortos, pois estes são produtos que apresentam características relacionadas a tempo de gestação, peso e estatura abaixo das acima citadas.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana.
- ❖ De maneira geral, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Fonte

SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Método de cálculo

$$\frac{\text{Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais)* e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, de mães residentes}}{\text{Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)}} \times 1000$$

* Considerando a subnotificação de óbitos fetais e a precariedade da informação disponível sobre a duração da gestação, recomenda-se somar, tanto ao numerador como ao denominador, o número de óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não preenchida.

Taxa de Mortalidade Infantil (Coeficiente de mortalidade infantil)

Conceituação

Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.
- ❖ Reflete de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.
- ❖ Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade
- ❖ Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 óbitos por mil NV ou mais), médio (20 a 49 óbitos por mil NV) e baixo (menos de 20 óbitos por mil NV), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 óbitos por mil NV podem ser encontrados em alguns países e regiões, porém alerta-se que taxas reduzidas podem estar encobrindo a subnotificação destes óbitos.
- ❖ Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, frequentemente o componente mais elevado é a mortalidade neonatal.

Fonte

SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade} \times 1.000}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}}$$

O método de cálculo direto pode ser utilizado quando a finalidade da sua aplicação é para monitoramento ou avaliação da UF ou da Região de Saúde.

Taxa de Mortalidade Neonatal (Coeficiente de mortalidade neonatal)

Conceituação

Número de óbitos de 0 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 7 aos 27 dias de vida.
- ❖ Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe. Este componente tem uma relação mais estreita com a inadequada assistência a gestante, pré-natal, período pré-parto, parto e puerpério, além do atendimento imediato à criança no nascimento e berçário.

Fonte

SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 0 a 27 dias de idade} \times 1.000}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}}$$

O método de cálculo direto pode ser utilizado quando a finalidade da sua aplicação é para monitoramento ou avaliação da UF ou da Região de Saúde.

✚ Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (Taxa de mortalidade infantil tardia, coeficiente de mortalidade pós-neonatal)

Conceituação

Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos (óbitos ≥ 28 dias e < 365), por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida.
- ❖ De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.

Fonte

SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade} \times 1.000}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}}$$

O método de cálculo direto pode ser utilizado quando a finalidade da sua aplicação é para monitoramento ou avaliação da UF ou da Região de Saúde.

Mortalidade Proporcional por Doenças Diarréica em menores de cinco anos

Conceituação

Percentual dos óbitos por doença diarréica aguda em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Mede a participação relativa dos óbitos atribuídos à doença diarréica aguda na mortalidade de menores de cinco anos de idade.
- ❖ Reflete as condições socioeconômicas e de saneamento, bem como as ações de atenção à saúde da criança, principalmente a utilização de procedimentos básicos como a terapia de reidratação.

Fonte

SIM

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes menores de cinco anos por doença diarréica aguda} \times 100}{\text{Número total de óbitos de residentes menores de cinco anos por causas definidas}}$$

Os óbitos por doença diarréica correspondem aos códigos A00 a A09 do capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

✚ Mortalidade Proporcional por Infecção Respiratória Aguda em menores de cinco anos

Conceituação

Percentual dos óbitos por infecção respiratória aguda (IRA) em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Mede a participação relativa dos óbitos atribuídos à infecção respiratória aguda na mortalidade de menores de cinco anos de idade.
- ❖ Reflete as condições socioeconômicas e de atenção básica à saúde da criança, principalmente diante de fatores ambientais que favorecem a ocorrência de infecções respiratórias.

Fonte

SIM

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes menores de cinco anos por infecção respiratória aguda} \times 100}{\text{Número total de óbitos de residentes menores de cinco anos por causas definidas}}$$

Os óbitos por pneumonia correspondem aos códigos J00 a J22 do capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Razão de Mortalidade Materna

(Taxa de mortalidade materna, coeficiente de mortalidade materna)

Conceituação

Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) morte materna é definida como: “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

Além disso, a CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Estes casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.

Interpretação

- ❖ Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas.
- ❖ Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

Fonte

SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna} \times 100.000}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}}$$

O método de cálculo direto pode ser utilizado quando a finalidade da sua aplicação é para monitoramento ou avaliação da UF ou da Região de Saúde.

Taxa de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil

Conceituação

Número de óbitos de mulher em idade fértil (10 a 49 anos) em relação ao total da população feminina nessa faixa etária, em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte em mulheres durante a idade reprodutiva e dimensiona a magnitude desse evento na saúde pública.
- ❖ Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres residentes na faixa etária de 10 a 49 anos}}{\text{População feminina residentes na faixa etária de 10 a 49 anos}} \times 100.000$$

O método de cálculo direto pode ser utilizado quando a finalidade da sua aplicação é para monitoramento ou avaliação da UF ou da Região de Saúde.

✚ Taxa de Mortalidade Específica por AIDS

(Coeficiente de mortalidade específica por AIDS)

Conceituação

Número de óbitos pela síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte pela síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública.
- ❖ Retrata a incidência da doença na população, associada a fatores de risco principalmente comportamentais, como uso de drogas injetáveis e práticas sexuais de risco.
- ❖ Expressa também as condições de diagnóstico e a qualidade da assistência médica dispensada, bem como o efeito de ações educativas e a adoção de medidas individuais de prevenção.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por AIDS} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

Os óbitos pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) correspondem aos códigos B20 a B24 do capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

✚ Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasias Malignas de Mama

(Coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas de mama)

Conceituação

Número de óbitos por neoplasia maligna de mama, por 100 mil mulheres residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte por neoplasia maligna de mama em mulheres e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- ❖ Retrata a incidência dessa doença na população feminina, associada ao envelhecimento e a fatores de risco específicos.
- ❖ Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência à saúde da mulher.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes do sexo feminino por neoplasia maligna de mama} \times 100.000}{\text{População total feminina residente}}$$

Os óbitos por neoplasias malignas de mama correspondem ao código C50 do capítulo II – Neoplasias [tumores], da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O Instituto Nacional do Câncer (Inca) é o órgão de referência técnica nacional para uso do indicador.

✚ Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasias Malignas do Colo Do Útero

(Coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas do colo do útero)

Conceituação

Número de óbitos por neoplasia maligna do colo do útero, por 100 mil mulheres residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte por neoplasia maligna do colo do útero e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- ❖ Retrata a incidência dessa doença na população feminina, associada ao envelhecimento e a fatores de risco específicos.
- ❖ Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de resid. de mulheres por neoplasia maligna do colo do útero} \times 100.000}{\text{População total feminina residente}}$$

Os óbitos por neoplasia maligna do colo do útero correspondem ao código C53 do capítulo II – Neoplasias [tumores], da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é o órgão de referência técnica nacional para uso do indicador.

✚ Taxa de Mortalidade Específica por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

(Coeficiente de mortalidade específica por infarto do miocárdio)

Conceituação

Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte por infarto agudo do miocárdio e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- ❖ Retrata a incidência desta doença na população, associada a fatores de risco como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabete, sedentarismo e estresse.
- ❖ Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por infarto do miocárdio} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

Os óbitos por infarto agudo do miocárdio correspondem ao código I21 do capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

✚ Taxa de Mortalidade Específica Por Doenças Cerebrovasculares

(Coeficiente de mortalidade específica por doenças cerebrovasculares)

Conceituação

Número de óbitos por doenças cerebrovasculares, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte por doenças cerebrovasculares e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- ❖ Retrata a incidência dessas doenças na população, associada a fatores de risco como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabete, sedentarismo e estresse.
- ❖ Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por doenças cerebrovasculares} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

Os óbitos por doenças cerebrovasculares correspondem aos códigos I60 a I69 do capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

✚ Taxa de Mortalidade Específica por Diabetes Mellitus

(Coeficiente de mortalidade específica por diabetes mellitus)

Conceituação

Número de óbitos por diabetes mellitus, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte por diabetes mellitus em qualquer de suas formas clínicas e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública.
- ❖ Reflete o envelhecimento na população. No Brasil, mais de 85% dos óbitos por diabetes ocorrem a partir dos 40 anos de idade, em ambos os sexos.
- ❖ Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada, pois as complicações agudas da diabetes (códigos E10.0 e E10.1) são causas evitáveis de óbito. Em geral, as mortes por diabetes abaixo dos 40 anos de idade são consideradas evitáveis.
- ❖ Está associada à mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em especial o acidente vascular cerebral, a doença hipertensiva e a doença isquêmica do coração.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por diabetes mellitus} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

Os óbitos por diabetes mellitus correspondem aos códigos E10 a E14 do capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

✚ Taxa de Mortalidade Específica por Acidentes de Transporte

(Coeficiente de mortalidade específica por acidentes de trânsito e transporte)

Conceituação

Número de óbitos devidos a acidentes de trânsito e transporte, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte por acidentes de trânsito e transporte e dimensiona a magnitude desses eventos como problema de saúde pública.
- ❖ Denota também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada, bem como a qualidade do registro das ocorrências.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por acidentes de trânsito e transporte} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

Os óbitos por acidentes de trânsito e transporte correspondem aos códigos V00 a V99 do capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

✚ Taxa de Mortalidade Específica por Agressões

(Coeficiente de mortalidade específica por agressões)

Conceituação

Número de óbitos devidos a agressões, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte por agressões e dimensiona a magnitude desses eventos como problema de saúde pública.
- ❖ Denota também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada, bem como a qualidade do registro das ocorrências.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por agressões} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

Os óbitos por agressões correspondem aos códigos X85 a Y09 do capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

✚ Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Infecciosas e Parasitárias

(Coeficiente de mortalidade específica por doenças infecciosas e parasitárias)

Conceituação

Número de óbitos devidos a doenças infecciosas e parasitárias, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte por doenças infecciosas e parasitárias e dimensiona a magnitude desses eventos como problema de saúde pública.
- ❖ Relaciona-se também às condições socioeconômicas e sanitárias locais.
- ❖ Refletem as ações de atenção à saúde, principalmente as relacionadas à atenção primária.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

Os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias correspondem aos códigos A00 a B99 do capítulo I – Doenças Infecciosas e parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

✚ Taxa de Mortalidade Específica por Transtornos Mentais

(Coeficiente de mortalidade específica por transtornos mentais)

Conceituação

Número de óbitos devidos a transtornos mentais, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte por transtornos mentais e dimensiona a magnitude desses eventos como problema de saúde pública.
- ❖ Reflete as ações de atenção à saúde, relacionadas à Política de Atenção à Saúde Mental.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por transtornos mentais} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

Os óbitos por transtornos mentais correspondem aos códigos F00 a F99 do capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Nota 1: Ressalta-se que dentro dos óbitos por transtornos mentais (F00 a F99) estão incluídos os óbitos pelo uso de álcool e outras drogas (F10 a F19). Porém, devido a magnitude que este problema assume na atualidade, é tratado no mapa de saúde como coeficiente específico de mortalidade pelo uso de álcool e outras drogas.

✚ Taxa de Mortalidade Específica pelo Uso De Álcool e Outras Drogas

(Coeficiente de mortalidade específica pelo uso de álcool e outras drogas)

Conceituação

Número de óbitos devido o uso de álcool e outras drogas, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de morte pelo uso de álcool e outras drogas e dimensiona a magnitude desses eventos como problema de saúde pública.
- ❖ Reflete a efetividade das ações de atenção à saúde, relacionadas à Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.
- ❖ Apesar da relevância das ações de atenção à saúde voltadas para os usuários de álcool e outras drogas, ressalta-se que o contexto social e familiar também são desencadeantes desses eventos quando ocasionam transtornos psíquicos.

Fonte

SIM e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos pelo uso de álcool e outras drogas} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

Os óbitos pelo uso de álcool e outras drogas correspondem aos códigos F10 a F19 do capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

▪ NATALIDADE

✚ Proporção de Partos Normais

Conceituação

Percentual de partos normais ocorridos na rede SUS de determinado local, no período considerado.

Interpretação

- ❖ O parto normal está relacionado a menores taxas de complicações do parto e do recém nascido. Este tipo de parto apresenta algumas vantagens como: menor risco de infecção hospitalar e hemorragias, melhor recuperação da mãe, menor incidência de desconforto respiratório do recém nascido, vínculo entre mãe e criança estabelecido mais oportunamente. Já no parto cesariano há um risco de laceração acidental de algum órgão, problemas de cicatrização capazes de afetar as próximas gravidezes.
- ❖ A incidência do óbito materno associada à cesariana é 3,5 vezes maior do que no método natural.
- ❖ Apesar de o valor do procedimento do parto cesáreo ser maior, segundo a tabela de procedimentos do SUS, seu custo para o sistema é superior, uma vez que o tempo de internamento e insumos necessários são superiores, além do maior índice de complicações que oneram a internação.
- ❖ Destaca-se, que em alguns casos há indicações absolutas e relativas para a realização do parto cesário, tais como a desproporção céfalo-pélvica, hemorragias no final da gestação, ocorrência de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez, bebê transverso, sofrimento fetal e trabalho de parto prolongado.
- ❖ Ressalta-se que a Organização Mundial da Saúde recomenda que 85% dos partos sejam normais.

Fonte

SIH

Método de cálculo

Número de partos normais X 100

Total de partos

▪ MORBIDADE

✚ Taxa de Incidência de Dengue

Conceituação

Número de casos novos confirmados de dengue por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A definição de caso confirmado de dengue baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de ocorrência de casos de dengue numa determinada população em intervalo de tempo determinado.
- ❖ Está relacionada à picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado com o vírus da dengue (família dos *flavivirus*), dos sorotipos 1, 2, 3 ou 4. O vetor está presente em todos os estados brasileiros, com circulação simultânea de todos os sorotipos do vírus em 24 unidades federadas em 2013.
- ❖ Estão associadas às condições socioambientais propícias à proliferação do *Aedes aegypti* e a insuficientes ações de controle vetorial. Epidemias tendem a eclodir geralmente quando mais de 5% dos imóveis apresentam focos do vetor, cujo habitat é urbano e domiciliar.
- ❖ Reflete a efetividade das ações educativas em relação ao controle do vetor, além da conscientização da população quanto à adoção de comportamentos ambientais adequados.

Fonte

SINAN e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de dengue (todas as formas) em residentes} \times 100.000}{\text{População total residente no período determinado}}$$

A dengue clássica e a febre hemorrágica correspondem aos códigos A90-A91 do capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Coeficiente de Detecção Anual de Casos Novos de Hanseníase

Conceituação

Número de casos novos de hanseníase em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação por 100 mil habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico e ano considerado.

Interpretação

- ❖ Estima a força de morbidade, magnitude e tendência da endemia, com base no número de novos casos surgidos numa determinada população em intervalo de tempo determinado.
- ❖ No Brasil, os coeficientes são classificadas em: baixo (menos de 2,0 casos por 100 mil), médio (2,0 a 9,9 casos por 100 mil), alto (10,0 a 19,9 por 100 mil), muito alto (20,0 a 39,9 por 100 mil) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 40,0 por 100 mil).

Fonte

SINAN e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase em residentes em determinado local} \times 100.000}{\text{População total residente no mesmo local no ano de avaliação}}$$

A hanseníase correspondem ao código A30 do capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

A Portaria MS nº 3.125 de 7 de outubro de 2010 trata sobre a doença.

Taxa de Incidência de Tuberculose

Conceituação

Incidência de tuberculose (todas as formas), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A definição de caso confirmado de tuberculose baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- ❖ Indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que se transmite de um indivíduo a outro, principalmente a partir das formas pulmonares da doença.
- ❖ Taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios. Outro fator a ser considerado é a cobertura de vacinação pelo BCG.
- ❖ Pode apresentar aumento da morbidade quando há associação entre tuberculose e infecção pelo HIV.

Fonte

SINAN e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas) em residentes} \times 100.000}{\text{População total residente no período determinado}}$$

A Tuberculose correspondem aos códigos A15 a A19 do capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Taxa de Incidência de Hepatite B

Conceituação

Incidência de hepatite B, na população residente em determinado espaço geográfico e no ano considerado. A definição de caso confirmado de hepatite B baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país

Interpretação

- ❖ Indica a frequência anual de casos confirmados de hepatite B, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- ❖ Resulta da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB), transmitido por exposição percutânea (intravenosa, intramuscular, subcutânea e intradérmica) e das mucosas (líquidos corporais infectantes, como a saliva, o sêmen e as secreções vaginais) ou por transmissão vertical.
- ❖ Indica insuficiente cobertura da vacinação contra a hepatite B em segmentos populacionais mais expostos ao risco de contaminação. Também pode indicar a não observância de normas de biossegurança e possíveis falhas no controle de qualidade do sangue transfundido.

Fonte

SINAN e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de Hepatite B em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000$$

A Hepatite B corresponde ao código B16 do capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Taxa de Incidência de Hepatite C

Conceituação

Incidência de hepatite C, na população residente em determinado espaço geográfico e no ano considerado. A definição de caso confirmado de hepatite C baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.

Interpretação

- ❖ Indica o risco da população vir a adoecer por hepatite C, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- ❖ Decorre da infecção pelo vírus da hepatite C (VHC), transmitido por via parenteral, seja através de agulhas, seringas e outros materiais pérfuro-cortantes contaminados, seja pela transfusão de sangue ou hemoderivados contaminados ou através de procedimentos cirúrgicos/odontológicos sem adequada biossegurança. Deve-se considerar também o risco de transmissão sexual e vertical.
- ❖ Pode indicar a não implantação em maior escala dos projetos de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis ou deficiência nas ações dirigidas à diminuição da incidência nesse grupo e, ainda, o deficiente controle de qualidade do sangue transfundido, principalmente antes da testagem em doadores de sangue, que teve início em 1993.

Fonte

SINAN e IBGE..

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de Hepatite C em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000$$

A Hepatite C corresponde ao código B17.1 do capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral- LV

Conceituação

- ❖ Incidência de Leishmaniose Visceral – LV, por 100.000 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ❖ A definição de caso confirmado de leishmaniose visceral baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de ocorrência de leishmaniose visceral, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- ❖ Está relacionada à exposição de indivíduos à picada de fêmeas de flebotomíneos infectados com protozoários do gênero *Leishmania*. A doença ocorre em 19 das 27 Unidades Federadas, com padrão de transmissão rural. Nos últimos anos, verifica-se a expansão da área afetada e urbanização da endemia. O principal reservatório urbano é o cão.
- ❖ Estão associadas a condições socioambientais propícias à proliferação dos flebotomíneos e onde há migração de população humana e canina originárias de áreas endêmicas.

Fonte

SINAN e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de LV em residentes} \times 100.000}{\text{População total residente no período determinado}}$$

A LV corresponde ao código B55.0 do capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Taxa de Incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana- LTA

Conceituação

- ❖ Incidência de leishmaniose tegumentar americana – LTA, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ❖ A definição de caso confirmado de leishmaniose tegumentar americana baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de ocorrência de leishmaniose tegumentar americana, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- ❖ Está relacionada à exposição de indivíduos à picada de fêmeas de flebotomíneos infectados com protozoários do gênero *Leishmania*. A doença está distribuída em todos os estados Brasileiros, com dois padrões de transmissão, o silvestre e o de colonização antiga.

Fonte

SINAN e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de LTA em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000$$

A LTA corresponde ao código B55.1 e B55.2 do capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Taxa de Incidência de AIDS

Conceituação

- ❖ Incidência da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ❖ A definição de caso confirmado de AIDS baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.

Interpretação

- ❖ Estima o risco de ocorrência de AIDS, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- ❖ Indica a existência de condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea por ou transmissão vertical.
- ❖ Não reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período de referência e sim a da AIDS, cujos sinais e sintomas surgem, em geral, após longo período de infecção assintomática (em média 8 anos), no qual o indivíduo permanece infectante.

Fonte

SINAN e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos de AIDS em residentes} \times 100.000}{\text{População total residente no período determinado}}$$

A AIDS corresponde aos códigos B20 ao B24 do capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

▪ ATENÇÃO BÁSICA

✚ Proporção de Cura de Hanseníase entre os Casos Novos

Conceituação

Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.

Interpretação

❖ O indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde para a hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas.

❖ Os valores são escalonados durante os trimestres:

Bom ($\geq 25\%$ no 1º trimestre, $\geq 50\%$ até o 2º trimestre, $\geq 75\%$ até o 3º trimestre e $\geq 90\%$ no ano analisado).

Regular ($< 25\%$ no 1º trimestre, $< 50\%$ até o 2º trimestre, $\geq 50\%$ até o 3º trimestre e $\geq 75\%$ no ano analisado).

Precário ($\leq 20\%$ no 1º trimestre, $\leq 25\%$ até o 2º trimestre, $< 50\%$ até o 3º trimestre e $< 75\%$ no ano analisado).

Fonte

SINAN.

Método de cálculo

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de Hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados e curados até 31 de Dez. do ano de avaliação}}{\text{Total de casos novos de Hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos da coorte}} \times 100$$

Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera

Conceituação

Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados em determinado território no ano avaliado.

Interpretação

- ❖ A Organização Mundial da Saúde recomenda que o país alcance 85% de taxa de cura para que comece a reverter a situação epidemiológica da doença na sua localidade. O valor representa o êxito no tratamento de tuberculose, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes, possibilitando o monitoramento indireto das ações do programa de controle.

Fonte

SINAN.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados em determinado local e período} \times 100}{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados em determinado local e período}}$$

Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero

Conceituação

Número de exames citopatológicos do colo do útero na população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 64 anos).

Interpretação

- ❖ Possibilita avaliar a oferta de exames para rastreamento, ou seja, o acesso ao exame.
- ❖ Permite avaliar a cobertura na população feminina nessa faixa etária comparando-a com a meta de cobertura pactuada.

Fonte

Siscolo e IBGE

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 64anos, em determinado local e ano}}{\text{1/3 da População feminina, nesta faixa etária, em determinado local e ano}}$$

Cobertura Vacinal contra Hepatite B

Conceituação

Proporção de crianças menores de um ano que realizaram a primeira dose contra hepatite B, de acordo com o esquema vacinal vigente para essa faixa etária, em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Estima o nível de proteção da população infantil contra a hepatite B, evitável por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação.
- ❖ Reflete o acesso às ações de imunização voltadas as crianças menores de um ano.

Fonte

SIS-PNI e IBGE

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças menores de 1 ano com primeira dose da vacina contra hepatite B}}{\text{População na faixa etária menor de um ano, em determinado local e ano}} \times 100$$

Nota: O Ministério da Saúde preconiza que o esquema vacinal da criança menor de um ano contenha quatro doses contra a hepatite B, sendo uma ao nascer e as doses subsequentes na forma de vacina Pentavalente.

Cobertura Vacinal Pentavalente

Conceituação

Proporção de crianças menores de um ano imunizadas contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenza* tipo b e a Hepatite B através da vacina pentavalente, de acordo com o esquema vacinal vigente para essa faixa etária, em determinado local e período

Interpretação

- ❖ Reflete o acesso às ações voltadas a redução da morbimortalidade por difteria, tétano, coqueluche, infecções por *Haemophilus influenzae* tipo b e Hepatite B por meio da vacina Pentavalente a partir da obtenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais ($\geq 95\%$)
- ❖ Reflete o acesso às ações de imunização voltadas as crianças menores de um ano.

Fonte

SIS-PNI e IBGE

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças menores de 1 ano de idade vacinadas com a 3ª dose da pentavalente}}{\text{População na faixa etária menor de um ano, em determinado local e ano}} \times 100$$

Cobertura Vacinal contra Influenza

Conceituação

Proporção de crianças de seis meses a dois anos de idade, vacinadas contra influenza.

Interpretação

- ❖ Reflete o acesso às ações voltadas a redução da morbimortalidade por influenza e suas complicações em crianças menores de dois anos de idade.
- ❖ Reflete o acesso às ações de imunização voltadas as crianças menores de dois anos.

Fonte

SIS-PNI e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças com idade entre 6 meses e 2 anos vacinadas contra influenza} \times 100}{\text{População na faixa etária até 2 anos, em determinado local e ano}}$$

Cobertura Vacinal contra Poliomielite

Conceituação

Proporção de crianças menores de cinco anos de idade vacinadas contra Poliomielite.

Interpretação

- ❖ Reflete o acesso às ações de imunização voltadas as crianças menores de cinco anos.
- ❖ A cobertura maior que 95% contribui para a manutenção da erradicação da poliomielite no país.

Fonte

SIS-PNI e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças } < 5 \text{ ano vacinadas contra poliomielite} \times 100}{\text{Total de crianças menores de 5 anos}}$$

✚ Proporção de Crianças Menores de um Ano com Vacina em dia

Conceituação

Proporção de crianças menores de um ano imunizadas de acordo com o esquema vacinal vigente para essa faixa etária, em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Estima a proporção da população infantil menor de 1 ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).
- ❖ Reflete o controle das doenças imuno-previníveis na população infantil.

Fonte

SIAB.

Método de cálculo

Número de crianças menores de 01 ano com esquema vacinal em dia, em determinado local e período x 100

Número de crianças menores de 01 ano cadastrados no mesmo local e período

Cobertura Vacinal contra Influenza na População Idosa

Conceituação

Percentual de pessoas com mais de 60 anos vacinada contra gripe.

Interpretação

- ❖ Promove a melhoria das condições da Saúde do Idoso.
- ❖ Reflete a qualificação da gestão e das redes de atenção a população idosa e o acesso às ações de atenção primária a saúde voltadas a esta população.

Fonte

SIS-PNI e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de idosos com 60 anos ou mais vacinados contra influenza} \times 100}{\text{População na faixa etária maior de 60 anos}}$$

Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática

Conceituação

Proporção da população cadastrada pela equipe de Atenção Básica com acesso a tratamento odontológico.

Interpretação

- ❖ Reflete o acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe na atenção primária. Por meio da consulta odontológica programática, o indivíduo ingressa no programa, a partir de uma avaliação / exame clínico odontológico, realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico – PPT.

Fonte

SIA e IBGE.

Método de cálculo

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

Nota: O código de procedimento da tabela SIA para primeiras consultas odontológicas programáticas é 03.01.01.015-3.

✚ Proporção de Imóveis Visitados em pelo menos Quatro Ciclos de Visitas Domiciliares para o Controle da Dengue

Conceituação

Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de *Aedes aegypti*.

Interpretação

- ❖ Reflete as atividades de controle vetorial da dengue, visto que a visita ao imóvel constitui em importante ação no controle da doença, pois permite a inspeção domiciliar, o levantamento de índices, a eliminação de criadouros, o tratamento com larvicida quando indicado e, principalmente, a realização de orientações à população.

Fonte

SISFAD.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de imóveis trabalhados em pelo menos 4 ciclos}}{\text{Total de imóveis do município}} \times 100$$

Nota: Para o cálculo do indicador são considerados pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares. Porém, segundo as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle da Epidemia da Dengue recomenda-se visitas com periodicidade bimestral, o que equivale a seis visitas (ciclos) anuais ao mesmo imóvel. O controle de vetores compreende duas atividades básicas: vigilância entomológica e combate ao vetor.

Média de Visitação Domiciliar do ACS por Família

Conceituação

Número de visitas domiciliares realizadas por agente comunitário de saúde por família cadastrada.

Interpretação

A estratégia de saúde da família preconiza que as famílias devem receber visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde. Nas visitas domiciliares são difundidos hábitos saudáveis de promoção de saúde, são reforçados os vínculos entre as famílias e a equipe de saúde e são identificados problemas de saúde.

Fonte

SIAB.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de visitas domiciliares realizadas por agente comunitário de saúde}}{\text{Número de famílias acompanhadas}}$$

✚ Proporção de Nascidos Vivos de Mães com Sete ou mais Consultas de Pré-Natal

Conceituação

Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com sete ou mais consultas de pré-natal, em determinado município e ano.

Interpretação

- ❖ Reflete a cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos.
- ❖ Contribui na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.

Fonte

Sinasc.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mulheres residentes com 7 ou mais consultas pré-natal}}{\text{Total de nascidos vivos de mulheres residentes}} \times 100$$

✚ Proporção de Crianças com Baixo Peso ao Nascer

Conceituação

Percentual de crianças com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, em determinado local e período. Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a 1ª hora de vida, no Hospital ou Maternidade onde nasceram.

Interpretação

- ❖ Reflete, de maneira geral, níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil, não só referentes ao pré-natal, mas também à prematuridade relacionada ao excesso de partos cirúrgicos.
- ❖ Subsidiaria iniciativas de intervenção na qualidade do pré-natal e orienta condutas de risco das gestantes que predispõem ao baixo peso ao nascer (tabagismo, alcoolismo e outras).
- ❖ Orienta os 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.
- ❖ Permite identificar crianças de risco, com a finalidade de priorizar seu acompanhamento pelas equipes de Atenção Básica.

Fonte

Sinasc.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes com peso ao nascer menor de 2500 gramas} \times 100}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}}$$

✚ Percentual de Hipertensos Cadastrados/Acompanhados

Conceituação

Mede o percentual de hipertensos residentes na área da equipe que foram acompanhados por meio de visitas domiciliares dentre os cadastrados, em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Expressa a proporção da população hipertensa acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares.
- ❖ Subsidiaria o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para ações de controle da hipertensão arterial.
- ❖ Contribui para redução do risco de complicações cardiovasculares decorrentes da hipertensão.

Fonte

SIAB.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de Hipertensos acompanhados em determinado local e período}}{\text{Número de Hipertensos cadastrados em determinado local e período}} \times 100$$

Percentual de Diabéticos Cadastrados/Acompanhados

Conceituação

Mede o percentual de diabéticos residentes que foram acompanhados por meio de visitas domiciliares dentre os cadastrados pela equipe, em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Expressa a proporção da população diabética acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares.
- ❖ Subsidiaria o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para ações de controle da *Diabetes Mellitus*.
- ❖ Contribui para redução do risco de complicações decorrentes do diabetes.

Fonte

SIAB.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de diabéticos acompanhados em determinado local e período}}{\text{Número de diabéticos cadastrados em determinado local e período}} \times 100$$

✚ Proporção de Crianças Menores de Quatro Meses com Aleitamento Materno Exclusivo

Conceituação

Percentual de crianças acompanhadas no domicílio que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno até os 120 dias de vida, em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Permite avaliar a oferta e a efetividade das orientações quanto ao aleitamento materno realizadas durante o pré-natal.
- ❖ Reflete a assistência nutricional à saúde da criança no pós-parto e primeiros meses de vida.
- ❖ Indica boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções.

Fonte

SIAB.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de menores de 04 meses com aleitamento materno exclusivo* em determinado local e período}}{\text{Número de menores de 04 meses* acompanhadas no mesmo local e período}} \times 100$$

*Número de crianças com idade até 3 meses e 29 dias que estão em aleitamento exclusivo.

Atenção: A faixa etária recomendada para o aleitamento materno exclusivo é até seis meses, mas, devido à atual forma de agregação das faixas etárias no SIAB, esse indicador será monitorado para a faixa de até quatro meses. Depois dos seis meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos, mas o ideal é que a criança continue sendo amamentado até dois anos ou mais.

Prevalência de Desnutrição em Menores de Dois Anos

Conceituação

Prevalência de crianças com menos de dois anos de idade que apresentam estado de desnutrição.

Interpretação

- ❖ Indica baixo nível socioeconômico e escassez de alimentos.
- ❖ Reflete a assistência à saúde prestada durante a infância, incluindo a assistência referente à amamentação exclusiva.

Fonte

Sisvan.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de crianças menores de dois anos desnutridas em determinado local e período}}{\text{Total de crianças menores de dois anos acompanhadas em determinado local e período}} \times 100$$

Proporção de Internação por DDA em Menores de 5 Anos

Conceituação

Proporção de internações por Doença Diarréica Aguda em crianças menores de 5 anos internadas, no âmbito do SUS, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação

- ❖ Mede o risco de crianças menores de 5 anos de idade serem internadas por doença diarréica aguda (DDA) em relação a todas as internações nessa faixa etária, 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.

Fonte

SIH.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações por DDA (A00 a A09) em crianças < 5 anos de idade residentes em determinado local e período}}{\text{Número total de internações em < 5 anos residentes no mesmo local e período}} \times 100$$

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) correspondem aos códigos A00 ao A09 do capítulo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Proporção de Internações por Infecção Respiratória Aguda-IRA em Menores de Cinco Anos

Conceituação

Ocorrência de internações hospitalares por Infecção Respiratória Aguda - IRA em menores de 5 anos, em determinado local e período.

Interpretação

Reflete o acesso a ações da atenção primária voltadas para a faixa etária menor de cinco anos, pois o número dessas internações diminuem quando há aleitamento materno exclusivo até o sexto mês; quando as mães têm acesso às orientações de melhoria das condições de alimentação para evitar a desnutrição infantil e quando há correta imunização.

Fonte

SIH.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações por IRA* em crianças residentes menores de 5 anos de idade em determinado local e período}}{\text{Número de internações de crianças menores de 5 anos de idade, no mesmo local e período}} \times 100$$

Infecção Respiratória Aguda - IRA corresponde aos códigos J00 ao J22 do capítulo X- Doenças do Aparelho Respiratório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Proporção de Internações por Diabetes e suas Complicações

Conceituação

Este indicador mede a ocorrência de internações hospitalares por *diabetes mellitus* e suas complicações, na população de 30 a 59 anos de idade no âmbito do SUS, em determinado local e período.

Interpretação

Avalia o impacto das ações de saúde relacionadas ao *diabetes mellitus*, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos.

Fonte

SIH.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações por diabetes mellitus e suas complicações na pop. de 30 a 59 anos em determinado local e período}}{\text{Número de internações na pop. de 30 a 59 anos, no mesmo local e período}} \times 100$$

Diabetes mellitus corresponde aos códigos E10 ao E14 do capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Taxa de Internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva- ICC

Conceituação

Mede a taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) na população acima de 40 anos, em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Indicador relacionado a acesso e utilização dos serviços de saúde, capacidade instalada de Unidades Básicas de Saúde, implantação de Equipes Saúde da Família, diagnóstico precoce, disponibilidade de exames laboratoriais para diagnóstico e monitoramento de prevenção secundária, disponibilidade de medicamentos, educação em saúde para o autocuidado, mecanismos de adesão ao tratamento, etc.
- ❖ Em outros níveis de complexidade está relacionado com aumento da capacidade instalada de leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva, sistema de regulação que facilite o acesso a esses leitos quando necessário, transporte público efetivo, unidades e serviços de urgência e emergência eficazes com acesso a leitos hospitalares, além de sistemas de informação confiáveis.

Fonte

SIH e IBGE.

Método de cálculo

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

Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) corresponde ao código I50.0 do capítulo IX– Doenças do Aparelho Circulatório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Proporção de Internações por Acidente Vascular Cerebral- AVC

Conceituação

Mede a ocorrência de internações hospitalares por acidente vascular cerebral - AVC na população de 30 a 59 anos, em determinado local e período.

Interpretação

Avalia o impacto das ações de saúde relacionadas às doenças cardiovasculares, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos.

Fonte

SIH.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações por AVC na pop. de 30 a 59 ano em determinado local e período}}{\text{Número de internações na pop. de 30 a 59 ano em determinado local e período}} \times 100$$

Acidente Vascular Cerebral (AVC) corresponde ao código I64 do capítulo IX– Doenças do Aparelho Circulatório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica

Conceituação

Percentual das internações sensíveis à atenção básica (ISAB) em relação ao total de internações em leitos clínico-cirúrgicos de residentes em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Expressa o quanto das internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária em relação a determinados problemas de saúde.
- ❖ Resultados crescentes na série histórica sugerem que as internações sensíveis representam a maioria das internações de média complexidade.

Fonte

SIH.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações por causas sensíveis à atenção básica}}{\text{Total de internações por todas as causas em leitos clínico-cirúrgicos}} \times 100$$

Notificação de Acidente do Trabalho

Conceituação

Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS N°. 104, de 25 de janeiro de 2011.

Interpretação

- ❖ Reflete a captação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, através da notificação de casos.
- ❖ Subsidiaria as políticas voltadas para a saúde do trabalhador.

Fonte

SINAN.

Método de cálculo

Número absoluto de notificações realizadas nas unidades sentinelas, relativas aos agravos à Saúde do Trabalhador, constantes na Portaria GM/MS N°. 104 de 25/01/2011.

II- ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

▪ CAPACIDADE INSTALADA

EQUIPAMENTOS

Mamógrafos por habitante

Conceituação

Razão de equipamentos de mamografia em relação à população residente em determinado local e período

Interpretação

Mede a relação entre a oferta de mamógrafos e a população residente na mesma área geográfica. A oferta deste equipamento está relacionada ao auxílio do diagnóstico por imagem das patologias da mama. Permite identificar a concentração de mamógrafos segundo área geográfica

Fonte

CNES e IBGE

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de mamógrafos}}{\text{Total da população residente}}$$

Nota: Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002, para conhecer a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, é importante estimar a capacidade dos equipamentos, considerando seu horário de funcionamento diário e nº de dias /mês disponíveis para uso. Ainda segundo a mesma, é esperado 1 mamógrafo para cada 240 mil habitantes.

Aparelho de Raio-X por habitante

Conceituação

Razão de equipamentos de Raio-X em relação à população residente em determinado local e período

Interpretação

Mede a relação entre a oferta de Raio-X e a população residente na mesma área geográfica. A oferta deste equipamento está relacionada ao auxílio do diagnóstico por imagem, além de permitir a identificação da concentração de aparelhos de Raio-X segundo área geográfica.

Fonte

CNES e IBGE

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de aparelhos de Raio-X}}{\text{Total da população residente}}$$

Nota: Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002, para conhecer a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, é importante estimar a capacidade dos equipamentos, considerando seu horário de funcionamento diário e nº de dias /mês disponíveis para uso. Ainda segundo a mesma, é esperado 1 aparelho de raio X para cada 25 mil habitantes.

Aparelho de Ressonância magnética por habitante

Conceituação

Razão de aparelho de ressonância magnética em relação à população residente em determinado local e período

Interpretação

Mede a relação entre a oferta de aparelho de ressonância magnética e a população residente na mesma área geográfica. A oferta deste equipamento está relacionada ao auxílio do diagnóstico por imagem, além de permitir a identificação da concentração de aparelhos de ressonância magnética segundo área geográfica.

Fonte

CNES e IBGE

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de aparelhos de ressonância magnética}}{\text{Total da população residente}}$$

Nota: Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002, para conhecer a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, é importante estimar a capacidade dos equipamentos, considerando seu horário de funcionamento diário e nº de dias /mês disponíveis para uso. Ainda segundo a mesma, é esperado 1 aparelho de ressonância para cada 500 mil habitantes.

Tomógrafo por habitante

Conceituação

Razão de tomógrafos em relação à população residente em determinado local e período

Interpretação

Mede a relação entre a oferta de tomógrafos e a população residente na mesma área geográfica. A oferta deste equipamento está relacionada ao auxílio do diagnóstico por imagem, além de permitir a identificação da concentração de tomógrafos segundo área geográfica.

Fonte

CNES e IBGE

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de tomógrafos}}{\text{Total da população residente}}$$

Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002, para conhecer a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, é importante estimar a capacidade dos equipamentos, considerando seu horário de funcionamento diário e nº de dias /mês disponíveis para uso. Ainda segundo a mesma, é esperado 1 tomógrafo para cada 100 mil habitantes.

Equipamentos de ultrassonografia por habitante

Conceituação

Razão de equipamento de ultrassonografia em relação à população residente em determinado local e período

Interpretação

Mede a relação entre a oferta de equipamentos de ultrassonografia e a população residente na mesma área geográfica. A oferta deste equipamento está relacionada ao auxílio do diagnóstico por imagem, além de permitir a identificação da concentração de equipamentos de ultrassonografia segundo área geográfica.

Fonte

CNES e IBGE

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de equipamentos de ultrassonografia}}{\text{Total da população residente}}$$

Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002, para conhecer a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, é importante estimar a capacidade dos equipamentos, considerando seu horário de funcionamento diário e nº de dias /mês disponíveis para uso. Ainda segundo a mesma, é esperado 1 aparelho de ultrassonografia para cada 25 mil habitantes.

▪ OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

✚ Cobertura Populacional de Equipes de Saúde da Família

Conceituação

Percentual da população estimada coberta pelas ações das Equipes da Estratégia de Saúde da Família em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura das Equipes de Saúde da Família- ESF.
- ❖ Reflete a oferta de serviços das clínicas básicas e facilidade de acesso.

Fonte

DAB e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{População cadastrada no SIAB (modelo de atenção ESF) em determinado local e período}}{\text{População total em determinado local e período}} \times 100$$

Cobertura Populacional de Equipes de Saúde Bucal

Conceituação

Cobertura populacional de equipes de Saúde Bucal de acordo com a carga horária profissional.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura das equipes de saúde bucal.
- ❖ Reflete a oferta de serviços de odontologia básica e facilidade de acesso.

Fonte

CNES e IBGE

Método de cálculo

$$\frac{(\text{Soma da carga horária cirurgião dentista} \div 40\text{h semanais}) \times 3000}{\text{População residente em determinado local e período}} \times 100$$

No CNES os códigos de dentista correspondem a: 2232B1 Cirurgião Dentista de Saúde da Família; 223208 Cirurgião Dentista Clínico Geral Dentista Odontologista; 223272 Cirurgião Dentista de Saúde Coletiva.

Cobertura Populacional de Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS

Conceituação

Percentual da população cadastrada no SIAB no Modelo de Atenção PACS em relação ao total da população de determinado local.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- ❖ Reflete a oferta de serviços prestados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte

DAB.

Método de cálculo

$$\frac{\text{População cadastrada no SIAB (modelo de atenção PACS) no ano de referência} \times 100}{\text{População total em determinado local e período}}$$

✚ Razão de Equipes de Saúde da Família- ESF por Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF

Conceituação

Relação entre o número de Equipes de Saúde da Família- ESF e o número de Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF, em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF, uma vez que estes atuam em conjunto com as Equipes de Saúde da Família- ESF, compartilhando práticas em saúde em determinado território, através de apoio, ampliação da abrangência e das ações de atenção básica, resolutividade, territorialização e regionalização.

Fonte

CNES

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de Equipes de Saúde da Família- ESF em determinado local}}{\text{Número de Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF em determinado local}}$$

Importante: É interessante a construção de uma tabela que contenha a distribuição dos NASFs segundo modalidade.

Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Conceituação

População coberta por Centros de Atenção Psicossocial- CAPS

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura Centros de Atenção Psicossocial- CAPS
- ❖ Reflete a oferta de atendimento ambulatorial em saúde mental, visto que o modelo adotado pela Política de Atenção à Saúde Mental prioriza o tratamento/acompanhamento do indivíduo com sofrimento psíquico no contexto familiar e comunitário, substituindo as internações de longos períodos.
- ❖ Subsidiaria o planejamento para ampliação da rede de Atenção Psicossocial.

Fonte

Coordenações estadual e municipais de Saúde Mental, Área Técnica de Saúde Mental, ou CNES e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{(\text{Caps I} \times 0,2) + (\text{Caps II}) + (\text{Caps i}) + (\text{Caps AD}) + (\text{Caps AD III} \times 2,1) + (\text{Caps III} \times 2,1)}{\text{População residente em determinado local e período}} \times 100.000$$

Municípios com população inferior a 20.000 habitantes estarão cobertos se referenciados em CAPS localizados em outros municípios.

Cobertura de Centros de Especialidades Odontológicas- CEO

Conceituação

População coberta por Centros de Especialidades Odontológicas - CEO

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura Centros de Especialidades Odontológicas – CEO.
- ❖ Reflete a oferta de atendimento odontológico especializado com ênfase no diagnóstico bucal, principalmente no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

Fonte

CNES e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de CEO tipo I} \times 0,7) + (\text{N}^\circ \text{ de CEO tipo II}) + (\text{N}^\circ \text{ de CEO tipo III} \times 1,7)}{\text{População residente em determinado local e período}} \times 100.000$$

Cobertura Populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU

Conceituação

População coberta por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU.
- ❖ Expressa o acesso oportuno ao atendimento pré-hospitalar de urgência, refletindo positivamente no risco de vida dos pacientes e reduzindo a possibilidade e a gravidade de sequelas, reduzindo os impactos sociais e econômicos. Além disso, proporciona a estabilização do paciente, favorecendo a realização dos procedimentos hospitalares necessários.

Fonte

CNES ou base local e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Somatório da população dos municípios cobertos pelo SAMU} \times 100}{\text{População da Região de saúde}}$$

Cobertura Municipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU

Conceituação

Municípios cobertos por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura municipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU.
- ❖ Reflete o nível de organização da rede de atendimento pré-hospitalar de urgência, impactando na assistência prestada ao paciente tanto no nível pré-hospitalar quanto no hospitalar e na redução dos impactos sociais e econômicos.

Fonte

CNES.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de municípios com SAMU} \times 100}{\text{Total de municípios da região}}$$

Cobertura de Exames de Patologia Clínica

Conceituação

Cobertura de exames de patologia clínica na população de determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura dos exames de patologia clínica. Tais exames subsidiam o diagnóstico e, conseqüentemente, à prática clínica com repercussões importantes nos cuidados aos pacientes, no impacto na saúde e nos custos para o sistema de saúde.

Fonte

SIA e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de exames de patologia clínica realizados de residentes em determinado local e período}}{\text{População residente em determinado local e período}}$$

A produção de patologia clínica deve ser extraída a partir da variável “Subgrupo do procedimento” utilizando o código 0202.

Cobertura de Exames de Sorologia para Dengue

Conceituação

Cobertura de exames de sorologia para dengue em relação ao número de casos notificados da doença em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura dos exames de sorologia para dengue.
- ❖ Subsidiaria o manejo clínico e o planejamento das ações voltadas para o controle da dengue.

Fonte

SIA e SINAN.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de exames de sorologia para dengue realizados em determinado local e período}}{\text{Número de casos notificados de dengue em determinado local e período}} \times 100$$

A produção de exames de sorologia para dengue deve ser extraída a partir da variável “Procedimento” utilizando os códigos 020203079-2 e 020203090-3.

Importante: No cálculo não são considerados os casos encerrados por critério clínico epidemiológico. Além disso, em períodos epidêmicos não realiza este cálculo, pois ele passa a ser feito através de amostragens.

Cobertura de Exames de Sorologia para HIV

Conceituação

Cobertura de exames de sorologia para HIV na população de determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a oferta de exames de sorologia para HIV.
- ❖ Subsidiaria o tratamento e o planejamento das ações voltadas para esse grupo.

Fonte

SIA e IBGE.

Método de cálculo

Número de exames de sorologia para HIV realizados de residentes em determinado local e período
População de 15 a 64 anos residente em determinado local e período

Códigos de sorologia para HIV: 020203030-0 Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) e 020203029-6 Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 (WESTERN BLOT)

Cobertura de Exames de Sorologia para Hepatite

Conceituação

Cobertura de exames de sorologia para hepatite na população de determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura dos exames de sorologia para hepatite.
- ❖ Subsidiaria o manejo clínico e o planejamento das ações voltadas para o controle da hepatite.

Fonte

SIA e IBGE.

Método de cálculo

Número de exames de sorologia para Hepatite realizados de residentes em determinado local e período
População de 15 a 64 anos residente em determinado local e período

Códigos de sorologia para hepatite:

- ❖ 020203063-6 Pesquisa de anticorpos contra antígeno de superfície do vírus da hepatite B (ANTI-HBS)
- ❖ 020203064-4 Pesquisa de anticorpos contra antígeno e do vírus da hepatite B (ANTI-HBE)
- ❖ 020203067-9 Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (ANTI-HCV)
- ❖ 020203078-4 Pesquisa de anticorpos IGG contra antígeno central do vírus da hepatite B (ANTI-HBC-IGG)
- ❖ 020203080-6 Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da hepatite A (HAV-IGG)
- ❖ 020203089-0 Pesquisa de anticorpos IGM contra antígeno central do vírus da hepatite B (ANTI-HBC-IGM)
- ❖ 020203091-1 Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da hepatite A (HAV-IGG)
- ❖ 020203097-0 Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG)
- ❖ 020203098-9 Pesquisa de antígeno e do vírus da hepatite B (HBEAG)

Cobertura de Exames de Ultrassonografia

Conceituação

Cobertura de exames de ultrassonografia na população de determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura dos exames de ultrassonografia. Tais exames subsidiam o diagnóstico e, conseqüentemente, a prática clínica com repercussões importantes nos cuidados aos pacientes, no impacto na saúde e nos custos para o sistema de saúde.

Fonte

SIA.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de exames de ultrassonografia realizados em residentes de determinado local e período} \times 100}{\text{Total de consultas realizadas em residentes de determinado local e período}}$$

A produção de exames de ultrassonografia mama deve ser extraída a partir da variável “Subgrupo do procedimento” utilizando o código 0205.

Segundo a Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, os exames de ultrassonografia devem corresponder de 1,0 a 1,5% do total de consultas.

✚ Razão de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos na população alvo

Conceituação

Relação entre o número de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos residentes e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e período.

Interpretação

Permite conhecer o número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, permitindo inferir as desigualdades no acesso à mamografia e no rastreamento do câncer de mama nas mulheres de 50 a 69 anos.

Fonte

SIA e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de mamografias realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado local e período}}{50\% \text{ da população feminina nesta faixa etária, em determinado município e ano}}$$

A produção de exame de mamografia deve ser extraída a partir da variável “Procedimento” utilizando os códigos 020403018-8.

Cobertura de Biópsia de Mama

Conceituação

Cobertura de exames de biópsia de mama na população feminina de determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura de exames de biópsia de mama. Tais exames subsidiam o diagnóstico e, conseqüentemente, à prática clínica com repercussões importantes nos cuidados aos pacientes, no impacto na saúde e nos custos para o sistema de saúde.

Fonte

SIA e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de exames de biópsia de mama realizados na pop. feminina residente em determinado local e período} \times 100}{\text{População feminina residente em determinado local e período}}$$

A produção de exame de biópsia de mama deve ser extraída a partir da variável “Procedimento” utilizando os códigos 020101056-9 e 020302006-5.

Cobertura de Cirurgia de Mama

Conceituação

Cobertura de cirurgia de mama na população feminina de determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura de cirurgias de mama. Este procedimento representa uma alternativa no tratamento de doenças relacionadas a este órgão, e subsidia a prática clínica com repercussões importantes nos cuidados aos pacientes.

Fonte

SIH, SIA e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de procedimentos cirúrgicos de mama realizados na pop. feminina residente em determinado local e período} \times 100}{\text{População feminina residente em determinado local e período}}$$

A produção de cirurgias de mama deve ser extraída a partir da variável “Forma Organizacional” utilizando o código 041001.

É necessário considerar a produção no Sistema de Informação Hospitalar- SIH e no Sistema de Informação Ambulatorial- SIA.

Cobertura de Exames de Radiologia

Conceituação

Cobertura de exames de radiologia na população de determinado local e período.

Interpretação

- ❖ Mede a cobertura dos exames de radiologia. Tais exames subsidiam o diagnóstico e, conseqüentemente, à prática clínica com repercussões importantes nos cuidados aos pacientes, no impacto na saúde e nos custos para o sistema de saúde.

Fonte

SIA.

Método de cálculo

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames de radiologia realizados em residentes de determinado local e período} \times 100}{\text{Total de consultas realizadas em residentes de determinado local e período}}$$

A produção de exames de radiologia deve ser extraída a partir da variável “Subgrupo do procedimento” utilizando o código 0204.

Segundo a Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, os exames de radiodiagnóstico devem corresponder de 5,0 a 8,0% do total de consultas.

Média de Consultas Médicas

Conceituação

Mede a média de consultas médicas realizadas em determinado local e período.

Interpretação

- ❖ A oferta de consultas médicas reflete a capacidade da rede em prestar assistência médica individual à população;
- ❖ Esse indicador contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação à necessidade da população;
- ❖ Resultados insatisfatórios nesse indicador devem levar a uma análise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população

Fonte

SIA e IBGE.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de consultas médicas em determinado local ou período}}{\text{Total de habitantes no mesmo local e período}}$$

Nota: Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002 considera-se o parâmetro de 3,0 consultas/habitante/ano

Cobertura de Consultas Básicas de Urgência

Conceituação

Mede o percentual de consultas básicas de urgência em relação ao total de consultas realizadas para determinada população e período.

Interpretação

- ❖ A oferta de consultas médicas reflete a capacidade da rede em prestar consultas básicas de urgência à população;
- ❖ Esse indicador contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas básicas de urgência em relação à necessidade da população;

Fonte

SIA.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas básicas de urgência em determinado local e período}}{\text{Total de consultas realizadas}} \times 100$$

A produção de Consulta/atendimento às urgências deve ser extraída a partir da variável “Forma Organizacional” utilizando o código 030106.

Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002 considera-se o parâmetro de 12% do total de consultas.

Cobertura de Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma

Conceituação

Mede o percentual de consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma em relação ao total de consultas realizadas para determinada população e período.

Interpretação

- ❖ A oferta de consultas médicas reflete a capacidade da rede em prestar consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma à população;
- ❖ Esse indicador contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma em relação à necessidade da população;
- ❖ Reflete o acesso da população à assistência pré-hospitalar e ao trauma, que visa à manutenção da vida e/ou a minimização das sequelas.

Fonte

SIA.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma em determinado local e período} \times 100}{\text{Total de consultas realizadas}}$$

A produção de consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma deve ser extraída a partir da variável “Forma Organizacional” utilizando o código 030103.

Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002 considera-se o parâmetro de 3% do total de consultas realizadas.

Cobertura de Consultas Médicas Básicas

Conceituação

Mede o percentual de consultas médicas básicas em relação ao total de consultas realizadas para determinada população e período.

Interpretação

- ❖ A oferta de consultas médicas básicas reflete a capacidade da rede em prestar consultas médicas em clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica à população;
- ❖ Esse indicador contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas básicas em relação à necessidade da população;
- ❖ Reflete o acesso da população ao atendimento médico básico.

Fonte

SIA.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas médicas básicas em determinado local e período}}{\text{Total de consultas realizadas}} \times 100$$

A produção de consultas médicas básicas deve ser extraída a partir da variável “Procedimento” utilizando o código 030101006-4.

Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002 considera-se o parâmetro de 63% do total de consultas programadas.

Cobertura de Consultas Médicas Especializadas

Conceituação

Mede o percentual de consultas médicas especializadas em relação ao total de consultas realizadas para determinada população e período.

Interpretação

- ❖ A oferta de consultas médicas especializadas reflete a capacidade da rede em prestar atendimento ambulatorial especializado.
- ❖ Esse indicador contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas especializadas em relação à necessidade da população;
- ❖ Reflete o acesso da população a assistência especializada.

Fonte

SIA.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas médicas especializadas em determinado local e período} \times 100}{\text{Total de consultas realizadas}}$$

A produção de consultas médicas especializadas deve ser extraída a partir da variável “Procedimento” utilizando o código 030101007-2.

Segundo a Portaria 1.101/ GM de 2002 considera-se o parâmetro de 22% do total de consultas programadas.

ENDEREÇOS ELETRÔNICOS

Dados	Disponibilidade dos dados no endereço eletrônico	Local de acesso	Fonte
Demográficos	http://www.saude.pe.gov.br/cadernos2008/mapa_geres.html	Caderno de Informação em Saúde- SES/PE	Cadernos de Informação em Saúde/GIS/DGP/SECG/SES
	http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1	Cidades@	IBGE.
	http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=26&dados=0	Sinopse do Censo Demográfico 2010	IBGE.
	http://tabnet.datasus.gov.br	Demográficas e Socioeconômicas	DATASUS
	http://www.bde.pe.gov.br/estruturacaogeral/filtroCadernoEstatistico.aspx	Bases de dados do Estado- PE	Secretaria de Planejamento e Gestão- PE
Mortalidade	http://tabnet.saude.pe.gov.br	Tabenet- SES/PE	Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM/SES
Natalidade	http://tabnet.saude.pe.gov.br	Tabenet- SES/PE	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC/SES
Morbidade	-	Base local	Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN
Imunização	http://tabnet.datasus.gov.br	Assistência à Saúde- Imunização	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização- SIS-PNI/DATASUS
Dengue e febre amarela	-	Base local	Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue - SISFAD
Situação nutricional	http://nutricao.saude.gov.br/sisvan/relatorios_publicos/	SISVAN (por estado)	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN/MS
Atenção básica	http://tabnet.saude.pe.gov.br	Tabenet- SES/PE	Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/SES
	http://tabnet.datasus.gov.br	Cadastramento familiar	Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/DATASUS

Dados	Disponibilidade dos dados no endereço eletrônico	Local de acesso	Fonte
Estabelecimentos de Saúde, Profissionais e Equipamentos	http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204	Tabnet-Datasus	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS
Produção Ambulatorial	http://tabnet.saude.pe.gov.br	Tabenet- SES/PE	Sistema de Informação ambulatorial –SIA/SES
Produção Hospitalar	http://tabnet.datasus.gov.br	Tabenet- SES/PE	Sistema de Informações Hospitalares – SIH/DATASUS
Dados financeiros	http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html	Portal da Saúde- MS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde –SIOPS/DATASUS

GLOSSÁRIO

C

Coefficiente ou taxa: É a relação entre o número de eventos reais e os que poderiam acontecer, sendo a única medida que informa quanto ao “risco” de ocorrência de um evento.

Coefficiente de Incidência: Mede a incidência de casos novos de uma doença em determinado local e período. Relaciona-se a intensidade com que acontece uma doença numa população e mede a frequência ou probabilidade de ocorrência de casos novos da doença na população. Quanto maior a incidência, maior será o risco coletivo de adoecer. Dessa forma, o coeficiente de incidência é o número de casos novos diagnosticados ou detectados pelo Total de expostos os susceptíveis.

Coefficiente de Prevalência: É mais utilizado para doenças crônicas de longa duração. Casos prevalentes são os anteriormente diagnosticados (casos antigos) mais aqueles que foram descobertos posteriormente (casos novos). Portanto, a prevalência é o número total de casos de uma doença (novos + antigos) existentes num determinado local e período.

I

Indicador: Medida utilizada para descrever e analisar uma situação existente, avaliar o cumprimento de objetivos, metas e suas mudanças ao longo do tempo, além de confirmar as tendências passadas e prever tendências futuras. Dessa forma, é apurado periodicamente, auxiliando o monitoramento da evolução de uma determinada realidade, gerando subsídios para a avaliação. Podem ser expressos por valores absolutos (números), relativos (percentagens) e outros (coeficientes, índices, fatos).

P

Proporção: É a relação entre as partes e o todo, onde o numerador é um subconjunto do denominador.

R

Razão: É a medida de frequência de um grupo de eventos relativa à frequência de outro grupo de eventos. É um tipo de fração em que o numerador não é um subconjunto do denominador.

ANEXO I- TABELA DE PROFISSIONAIS

Profissional	Código CBO
Médico Anestesiata	225151;233104
Médico Cirurgião Geral	06110;225225;223110
Médico Clínico Geral	225125;223115
Médico Ginecologista e Obstetra	06132;225250;223132;06149
Médico da Família	225142;225130;06141;223116
Médico Pediatra	06155;225124;223149
Médico Psiquiatra	06162;225133;223153
Médico Cardiologista	06117;225120; 223106; 2231G1
Médico Neurologista	225112; 223142; 225260; 223140; 223141
Médico Oncologista	06142;225112; 223142
Cirurgião Dentista	223280;223276;223204;223208;223212;223216;223220;223224; 223228;223232;223236;223240;223244;223248;223252;223256; 223260;223264;223268;06340;06345;06350;06355;06370;06360; 06365;06330;06335;223293;223272;2232B1;223284;223288;06310
Enfermeiro	2235C2;2235C3;223505;223510;223520;223525;223530;223535; 223540;223545;223550;223555;223560;223565
Fisioterapeuta	223605; 223625; 223635; 223650
Terapeuta Ocupacional	07620;223605;223625;;223630;223635;223640;223645;223650; 223655;223660
Fonoaudiólogo	07925;223810;
Psicólogo	221555;251505;251510;251515;251520;251525;251530;251535; 251540;251555;07410

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde – Legislação Federal: Portaria N° 779, de 14 de julho de 2000. / Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS, Coordenação de Sistemas de Informação. Brasília, 2000. 34 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.66 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.101 de 12 de junho de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo – Anexo: ficha de qualificação dos indicadores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, 76 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Ciência, tecnologia e inovação em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 24 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – 2. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 46 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS : políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 32p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012. / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa, Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, 72 p

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação Unificada de Indicadores: avaliação 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 174p.: - (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 11)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011. / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011, 151 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS): Fichas técnicas dos indicadores / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 190 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 10, ano VII, Nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em 06 de maio de 2013.

BUSS, Paulo Marchiori e PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.1, pp. 77-93. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lang=pt> Acesso em 22 de ago. 2013