



SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SUS A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE SÃO PAULO



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SUS A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE SÃO PAULO



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP
Núcleo de Documentação e Informação do Instituto de Saúde

Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica
no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2006.
84 p. (Temas em Saúde Coletiva, 4)

ISBN 85 - 88169-07 - x

1. Avaliação 2. Serviços de Saúde 3. Diagnóstico da Situação em Saúde
I. Instituto de Saúde. II. Título. III. Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

- 10** A evolução da política de saúde no Brasil: um breve histórico
- 12** Conceito de Atenção Básica
- 14** Conceitos de avaliação e monitoramento
- 17** Por que um sistema de monitoramento do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo?
- 19** Objetivos do sistema de monitoramento
- 19** Proposta do sistema de monitoramento do SUS a partir da Atenção Básica
- 20** Dimensões do sistema de monitoramento do SUS a partir da Atenção Básica

INDICADORES DE MONITORAMENTO DO SUS A PARTIR DA ATENÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEITOS, CÁLCULOS, INTERPRETAÇÕES

- 24** MATRIZ I → Objetivo: avaliar a resolubilidade dos serviços básicos de atenção
- 40** MATRIZ II → Objetivo: avaliar o cumprimento do planejamento
- 44** MATRIZ III → Objetivo: avaliar o cumprimento da programação
- 58** MATRIZ IV → Objetivo: avaliar o cumprimento da regulação
- 66** MATRIZ V → Objetivo: avaliar a resolubilidade da descentralização, regionalização e financiamento do SUS
- 74** MATRIZ VI → Objetivo: Avaliar a resolubilidade do sistema de saúde em relação à gestão do trabalho e à educação na saúde
- 81** Bibliografia

INSTITUIÇÕES DO PROJETO

- Instituto de Saúde da Coordenadoria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS)
- Coordenadoria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCTIES)
- Coordenadoria de Planejamento de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CPS)
- Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD)
- Coordenadoria de Regiões de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRS)
- Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRH)
- Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP)
- Grupo Técnico de Atenção Básica da Comissão Intergestores Bipartite
- Diretorias Regionais de Saúde – Osasco; São José do Rio Preto; Assis; Botucatu; Ribeirão Preto; Mogi das Cruzes

COORDENAÇÃO GERAL

- Alexandre Grangeiro – Diretor Técnico do Instituto de Saúde

COLEGIADO GESTOR

- Alexandre Grangeiro – Coordenador
- Iramaia Aparecida Luvisotto Colaiacovo - CRS
- Helena Caruso Torres - CRS
- Suely Vallim - CPS
- Marta Fenley Azenha - CCTIES
- Adilson Soares - CCD
- Arnaldo Sala - CRH
- Rosa Maria Barros - CRS
- Paulo Monteiro - IS
- Luiza Sterman Heimann - IS
- Grupo Técnico de AB da Comissão Intergestores Bipartite (Rosa Maria Barros – CRS, Suely Vallim – CPS, Helena Caruso Torres – CRS, e representantes do COSEMS: Eduardo Dall’Lacqua; Rosebel de Alencar C. Lupoli, Marcos da Silveira Franco)

GRUPOS TÉCNICOS

1. Formação

- Arnaldo Sala – CRH
- Paulo Monteiro – IS
- Karina Calife – CRH
- Suely Vallim – CPS
- Helena Caruso Torres – CRS
- Otilia Simões – CRH
- Representante do COSEMS (Secretários Municipais de Saúde de Praia Grande, Guará e Guarulhos)

2. Sistema de Monitoramento

- Luiza Sterman Heimann – Coordenadora – IS
- Jorge Kayano – Co-coordenador – IS
- Maria Mercedes Loureiro Escuder – IS
- Anna Volochko – IS
- Silvia Saldiva – IS
- Sonia Venâncio – IS
- Paulo Monteiro – IS
- Carlos Botazzo – IS
- Tereza Rosa – IS
- Suely Vallim – CPS
- Representantes do COSEMS
- Representantes das Direções Regionais de Saúde: Osasco, São José do Rio Preto, Assis, Botucatu, Mogi das Cruzes e Ribeirão Preto.

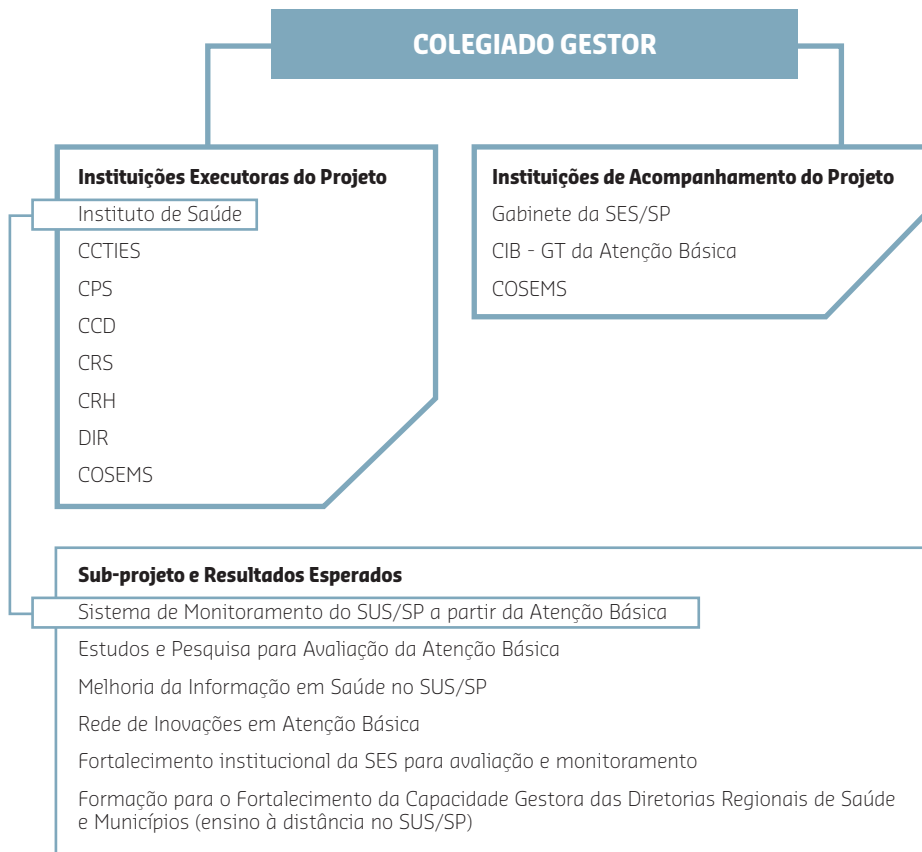
3. Sistema de Informação

- Michel Naffah Filho - CPS
- Jorge Kayano - IS
- Adilson Soares - CCD

APOIO ADMINISTRATIVO

- Instituto de Saúde

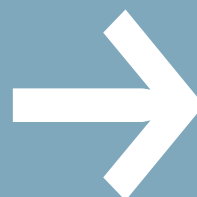
ORGANOGRAMA





INTRODUÇÃO

Este texto traz algumas reflexões sobre as mudanças ocorridas na Política de Saúde no Brasil nos últimos anos e suas implicações nas propostas de organização da Atenção Básica (AB). Discutem-se aqui conceitos de Atenção Básica, Avaliação e Monitoramento e, ao mesmo tempo, justifica-se a importância de institucionalizar o monitoramento da AB no âmbito da SES-SP. É ainda apresentada uma proposta de indicadores.



A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO

Até meados do século XIX, a atuação do Estado brasileiro na área da saúde era voltada à supervisão da prática de médicos e cirurgiões e para o saneamento e controle de doenças em espaços de circulação de mercadorias, como portos e principais cidades do país. Se por um lado – e sobretudo após a Proclamação da República – este enfoque garantiu o controle do espaço urbano nas regiões de importância econômica, por outro, um expressivo contingente populacional permanecia à margem das políticas de atenção à saúde, sem que houvesse uma organização de serviços públicos em moldes amplos. Foi apenas no início do século XX que surgiu a Diretoria Geral de Saúde Pública, fundada por Oswaldo Cruz. Entre outras atribuições, ela tinha o objetivo de preparar “campanhas” (de forma semelhante às militares), isolando os portadores de doenças contagiosas e obrigando o emprego de práticas profiláticas e de imunização. Também nessa época (1923), iniciou-se a institucionalização da Previdência Social, com o desenvolvimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e, posteriormente, dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Em 1942, foi criada a Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), órgão patrocinado pela Fundação Rockefeller, que visava o saneamento do meio ambiente e a assistência médica em determinadas áreas do país.

Somente em 1975 é que foi realizada a unificação de todos os institutos de aposentadoria em uma única instituição estatal: o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Dessa forma, consolidou-se o modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços de saúde, com foco na assistência médica, de viés hospitalocêntrico e caráter privatista, onde o Estado emergia como grande financiador do sistema por meio da Previdência Social – sendo o setor privado o maior prestador de serviços (BRAGA & GOES DE PAULA, 1986; FLEURY TEIXEIRA & OLIVEIRA, 1985; NARVAI, 1994; GROISMAN, 2005).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde propôs um novo conceito de seguridade social, no qual a saúde era traduzida como “direito de todos e dever do Estado”. Foram apresentados também princípios e diretrizes para a organização do Sistema Nacional de Saúde de acordo com os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e que foram posteriormente assegurados na Constituição Federal de 1988. As reformas do Estado brasileiro, a partir de então, deram uma nova configuração à organização dos serviços públicos. As bases dessa reforma, que começaram a ser estruturadas na década de 1990, estavam apoiadas em um novo desenho das políticas sociais e de seguridade social, combinadas com uma ampla proposta de reorganização da prestação de serviços.

Nesse contexto de reforma é elaborado o maior programa de inclusão social já realizado no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Regulamentado pela lei nº 8080 de setembro de 1990, o SUS tem como eixo central garantir a todos os cidadãos a atenção à saúde, assegurando que o acesso seja universal, integral e igualitário. Essa atenção deve ser oferecida de forma qualificada e continuada por meio de medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Sua organização inclui um sistema de gestão partilhado entre as três esferas de governo e representações da sociedade. A realização dos princípios constitucionais do

SUS implica conquistas na organização do sistema em toda a sua complexidade, para a garantia da universalidade, da integralidade, da equidade e do controle social. A implantação do SUS, a partir dos princípios doutrinários citados acima, tem como diretrizes organizativas a regionalização, a hierarquização e a descentralização.

A década de 1990 foi marcada pelo avanço da descentralização no setor da saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país – ainda que de forma lenta, gradual e negociada, a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB/93 e NOB/96) – e, conseqüentemente, pela prestação direta da maioria das ações e dos programas de saúde (BODSTEIN, 2002). A partir de 1998, ano em que a NOB/96 efetivamente entrou em vigor, houve uma ampliação no ritmo e no alcance do processo descentralizador. No final de 2000, 99% dos municípios brasileiros já se enquadravam em alguma modalidade de gestão definida pelo Ministério da Saúde (MS) (Plena do Sistema e Plena da Atenção Básica) e, desse total, 89,5% estavam habilitados na condição Plena da Atenção Básica (LEVCOVITZ et al, 2001).

O governo federal passa, então, a priorizar a garantia do atendimento básico em saúde, com a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB), mecanismo que dissocia a produção do faturamento, característica central do sistema anterior. O PAB introduziu outra lógica no financiamento da assistência à saúde, trazendo importantes inovações ao estabelecer que uma parcela dos recursos federais, ainda que pequena, fosse diretamente alocada para custeio de procedimentos básicos em atenção primária – uma clara tentativa de criar uma porta de entrada para a rede municipal de saúde. A expectativa era que o PAB pudesse impulsionar uma mudança lenta e gradual no modelo assistencial, produzindo melhorias no acesso e na qualidade do atendimento prestado na rede pública (BODSTEIN, 2002).

É importante ressaltar que um mecanismo eficaz utilizado pelo governo federal para priorizar a atenção básica foi o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de aportes financeiros e de suporte técnico aos municípios. Inicialmente, o governo federal assumiu como prioridade dentro da agenda setorial a implementação dos PACS (existente nos Estados nordestinos desde 1991), que tinha por objetivo estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e às periferias urbanas, especialmente para a parcela materno-infantil. A partir de 1994, em um contexto de mobilização dos secretários municipais de saúde em torno da atenção básica, o governo federal utilizou a implantação do PSF como estratégia de mudança do modelo de assistência à saúde no país, prevendo um impacto na reestruturação em todos os níveis de atendimento.

A adequação do programa para o contexto nordestino parece inquestionável. Já sua viabilidade e adaptação à realidade de grandes áreas de periferia urbana, como é o caso do Estado de São Paulo, onde a concentração espacial da população significa também concentração de carências, geram novas questões e merecem ser objeto de investigação.

CONCEITO DE ATENÇÃO BÁSICA

A catalogação da atenção primária ou atenção básica como doutrina ocorreu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, com o patrocínio da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância. Um dos eventos mais significativos para a saúde pública em termos mundiais, a Declaração de Alma-Ata representou uma ruptura radical com o pensamento convencional sobre saúde (GROISMAN, 2005).

A experiência acumulada, especialmente no continente americano, nos processos de instrumentação da atenção primária permite constatar a coexistência de diversas interpretações de seu significado, o que traz implicações concretas em relação aos seus aspectos operacionais (MENDES, 1999).

Segundo STARFIELD (2001), a Atenção Primária à Saúde é uma estratégia organizativa da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, como:

- atenção generalizada sem restrição a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde;
- atenção acessível, integrada e continuada, por meio de trabalho em equipe;
- atenção centrada na pessoa e não na enfermidade;
- atenção orientada à família e à comunidade;
- atenção coordenada que inclui o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção;
- atenção constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e ao bem-estar.

É importante realizar um detalhamento conceitual do termo Atenção Básica (AB), adotado no Brasil para expressar os fundamentos e objetivos da atenção primária à saúde. Um conceito de atenção básica compatível com o SUS, sistema de saúde que adota os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade da atenção, não pode ser interpretado como um “programa seletivo, com objetivos restritos, para satisfazer necessidades elementares de grupos sociais em situação de pobreza, e intervenção de recursos de baixa densidade tecnológica, sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário” (MENDES, 2001). Por isso, neste projeto, foi feita a opção de adotar a definição de AB proposta pelo Ministério da Saúde (2006):

“ A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde

de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A atenção básica envolve, portanto, ações dotadas de grande complexidade, uma vez que essas agregam conhecimentos e práticas oriundos de diferentes áreas, como biologia, medicina, psicologia, educação e sociologia. Apesar de complexas, essas ações incorporam tecnologias de pequeno custo financeiro direto. Isso porque a maior parte dos problemas sobre os quais elas incidem não exigem equipamentos e procedimentos de alto custo financeiro (baixa capitalização dos gastos).

Ela é o ponto de contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, com capacidade de reconhecer e resolver, em âmbito próprio ou por meio de referenciamento, as diferentes necessidades e demandas em saúde da população de sua base territorial. Portanto, é preciso que a atenção básica tenha uma organização que responda de forma integral e integrada a essas necessidades e demandas, alocando-as em um nível ótimo de complexidade e densidade tecnológica.

A Atenção Básica é o ponto de contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, com capacidade de reconhecer e resolver as necessidades e demandas em saúde da população

Dessa forma, a atenção básica assume as tarefas de reconhecer necessidades e demandas de uma base populacional (função de porta de entrada) e de prover acesso ao nível ótimo de atenção – seja na própria rede básica ou em algum dos outros níveis de maior densidade tecnológica do sistema (função de referência e contra-referência). Essa função estruturante do sistema rompe com a idéia de que a atenção básica se resume a um conjunto de ações de baixa complexidade e de baixo custo, isolada dos níveis mais complexos de atenção à saúde, em que há maior custo e densidade tecnológica.

Diferentes interpretações de atenção se devem, por um lado, às ingerências originárias das pressões dos setores contrários à plena implantação de um sistema nacional público de saúde, universalista, integralizado e equânime; e por outro, à incapacidade de se construir uma real mudança no modo de produzir saúde, para que se possa superar o modelo centrado na produção de procedimentos médicos (MERHY & BUENO, 1997).

É possível descrever a atual proposição da atenção básica e suas articulações com a atenção secundária e terciária como uma rede, na qual cada nó possui competências distintas, relacionadas à atenção primária, secundária ou terciária, com alocação diferenciada de recursos tecnológicos. Cabe ainda a cada nó discernir qual o grau de complexidade e densidade tecnológica necessários para a resolução das demandas (individual ou coletiva), referenciando cada

uma delas para o nó adequado. Sob essa perspectiva, não há uma única e exclusiva porta de entrada para o sistema, mas sim fluxos multidirecionais de referenciamento e contra-referenciamento das demandas, o que exige uma efetiva integração entre cada ponto da rede.

No Brasil, os programas que compõem a Atenção Básica são:

- Programa de Saúde da Família – PSF;
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS;
- Assistência Farmacêutica Básica;
- Ações de Vigilância Sanitária;
- Ações de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças.

Além desses, existem alguns programas considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde e que devem ser desenvolvidos neste nível de atenção:

- Ações de Saúde da Criança;
- Ações de Saúde da Mulher;
- Ações de Saúde Bucal;
- Controle da Tuberculose;
- Eliminação da Hanseníase;
- Controle da Hipertensão;
- Controle do Diabetes Mellitus.

CONCEITOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Para a reflexão sobre os conceitos de Avaliação e Monitoramento, a referência utilizada foi o texto “Subsídios para organizar avaliações da ação governamental” – Ipea, TD 776 (GARCIA, 2001). Vale lembrar que, devido à inexistência de uma cultura de avaliação no serviço público – em todas as esferas de governo –, a implantação de mecanismos de análise como instrumento essencial de governo encontra-se ainda em processo de formação. Assim, quando se parte da idéia de que a própria avaliação não é uma cultura incorporada, percebe-se que a instauração de um sistema de monitoramento, que faz parte da avaliação, impõe desafios ainda maiores.

Avaliação

“ Avaliar deriva de valia que significa valor. Portanto, avaliação corresponde ao ato de determinar o valor de alguma coisa. A todo o momento o ser humano avalia os elementos da realidade que o cerca. A avaliação é uma operação mental que integra o seu próprio pensamento – as avaliações que faz orientam ou reorientam sua conduta” (SILVA, 1992, In GARCIA, 2001).

Seja individual ou socialmente, de uma perspectiva privada, pública ou estatal, avaliar significa determinar o valor, a importância de alguma coisa. Avaliar sempre será, então, exercer julgamento sobre ações, comportamentos, atitudes ou realizações humanas, não importa se produzidas individual, grupal ou institucionalmente.

No ambiente governamental:

“ A avaliação interessará como um instrumento de gestão do setor público apenas se ela se encaixar nos processos reais de tomada de decisão, isto é, nos processos que estão inseridos na realidade das políticas e instituições e são sempre afetados pela escassez das informações necessárias. Nestas, forças múltiplas além da informação influenciam a tomada de decisão e a oportunidade da informação é crucial” (Conforme Rist, 1993, citado por Capitani, 1993, pág. 6, In GARCIA, 2001).

A avaliação será um elemento fundamental na condução de políticas, programas e projetos se, juntamente com outras fontes de informação de mesma natureza – como análise de contexto, pesquisa socioeconômica por problemas, execução orçamentária e contabilidade pública –, integrar-se no processo decisório. Para isso, é necessário que seja consistente com os processos de produção institucionais, com a cultura organizacional, com a dinâmica de tomada de decisões própria de cada instituição e que se insira com naturalidade no ciclo de criação e internalização de conhecimento da organização (GARCIA, 2001).

Avaliação é uma operação na qual é julgado o valor de uma iniciativa organizacional, a partir de um quadro referencial ou de um padrão comparativo previamente definidos. Pode-se considerá-la, também, como um mecanismo para constatar a presença ou a quantidade de um valor desejado nos resultados de uma ação empreendida para obtê-lo, tendo como base um quadro referencial ou critérios de aceitabilidade pretendidos.

No âmbito específico do Setor Saúde, “as atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção – apesar de insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis – são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, à medida que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ao propor uma metodologia de avaliação dos sistemas de saúde, vários autores ressaltam a sua vinculação com os modelos assistenciais vigentes. Essa metodologia expressa também funções do Estado no setor, bem como a variabilidade de definições, de conceitos e de categorias utilizadas na análise dos sistemas de saúde (JUNQUEIRA, 2004; FIOCRUZ, 2003).

No relatório sobre a situação mundial de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2000, a definição de sistemas de saúde abrange todas as atividades cujo propósito essencial é promover, restaurar ou manter a saúde. Para a FIOCRUZ (2003), o objetivo central de um sistema de saúde deve ser melhorar a saúde da população. Cabe ainda ressaltar a observação de Navarro sobre o equívoco de se vincular de forma acrítica o nível de saúde de uma população aos serviços médicos e à limitação de gastos nos sistemas de atenção à saúde, deixando em plano secundário os determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos na distribuição dos agravos e mortes (NAVARRO, 2000).

A avaliação de um sistema de saúde depende da clareza dos princípios, objetivos e metas desses

próprios sistemas, além da seleção das dimensões que poderiam ser objeto da avaliação. A atenção básica não está imune a esse movimento.


Nesse processo, uma das dificuldades é definir o “produto” da operação de um serviço de saúde. Para Starfield (2002) “na atenção primária, muitos dos problemas dos pacientes são tão pouco compreendidos que a natureza de seu curso ou progressão é desconhecida. Diferentemente da área hospitalar, em que uma admissão pode ter um ponto de entrada e de saída mais claros e os resultados podem ser mais facilmente descritos, no ambiente ambulatorial é difícil definir e até medir o produto.

Desde o final dos anos 1980 e início dos 1990, com o advento das reformas dos sistemas de saúde em muitos países, surgiram estudos avaliativos dirigidos ao desempenho global da rede de atenção primária, e não restritos aos aspectos assistenciais de serviços isolados. Entre eles, pode-se citar Murrey e Jolley (1999), na Austrália; Conill (2002), no Brasil; Koppel et al (2003), na Estônia; Villalbi et al (2003), na Espanha. Em recente revisão das evidências sobre a contribuição da atenção primária para os sistemas de saúde e para a saúde populacional, ficou evidente que ela ajuda a prevenir doenças e mortes e que está diretamente associada a uma distribuição mais equânime da saúde na população.

Uma questão que deve ser abordada na avaliação em atenção básica é a natureza e o desenho da própria avaliação a ser desenvolvida, as categorias avaliativas a serem consideradas e as metodologias mais adequadas para isso. Para Bodestein (2002), “(...) é no nível municipal que ocorre o processo de implementação da política de Atenção Básica, gerando efeitos de difícil avaliação, dada a diversidade de contextos locais”. A autora enfatiza a importância de avaliar “processos e resultados intermediários voltados para o desempenho institucional, que pode ser traduzido em vontade política e compromisso público, capacidade de gestão e maior controle e participação social, mais do que exatamente efeitos ou impactos mais diretos sobre a oferta de serviços”.

Monitoramento

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, ao produzir informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas.

 *O monitoramento da gestão pública responde ao seguinte princípio elementar: não se pode conduzir com eficácia se o dirigente não conhece de maneira contínua e a mais objetiva possível os sinais vitais do processo que lidera e da situação na qual intervém. Um sistema de informações casuístico, parcial, assistemático, atrasado, inseguro, disperso e sobrecarregado de dados primários irrelevantes, é um aparato sensorial defeituoso que limita severamente a capacidade de uma organização para sintonizar-se com os processos concretos, identificar os problemas atuais e potenciais, avaliar os resultados da ação e corrigir oportunamente os desvios com respeito aos objetivos traçados” (MATUS, 1994, pág. 2 In GARCIA, 2001).*

Quem não monitora os problemas que deve resolver e o resultado das ações com as quais pretende enfrentá-los não sabe como as medidas adotadas se desenrolam nem que mudanças elas provocaram. Enfim, não é possível avaliar a eficácia das intervenções. Para monitorar, é necessário tornar o problema preciso, demarcá-lo e medi-lo com rigor, conhecer suas principais determinações e desenhar soluções específicas capazes de eliminar ou minimizar as causas fundamentais que o geram. Ao implementar ações, deverão ser produzidos indicadores pertinentes (úteis para quem responde por sua execução) e, portanto, passíveis de serem trabalhados (analisados e avaliados). Assim, eles poderão informar quem tem o dever de coordenar essas ações e o poder de corrigi-las, caso necessário.

O objetivo essencial de um sistema de monitoramento é verificar o nível de cumprimento de determinados compromissos assumidos pelo gestor, sejam eles públicos ou institucionais

O monitoramento é, assim, um requisito imprescindível para que o exercício da avaliação possa ser um instrumento de gestão. Quem monitora, avalia. Quem avalia, confirma ou corrige, exercendo o poder de dirigir consciente e direcionalmente.

Para fazer um monitoramento, no entanto, é preciso que haja produção sistemática e automatizada de informações relevantes, precisas e sintéticas. Esses dados devem ser oportunos para lidar com cada processo particular, com as peculiaridades que lhe são próprias. E eles somente poderão existir se a ação tiver sido desenhada e programada de forma que englobe a produção de informações apropriadas e em um ritmo adequado à tomada de decisões.

O objetivo essencial de um sistema de monitoramento é verificar o nível de cumprimento de determinados compromissos assumidos pelo gestor, sejam eles públicos ou institucionais. Por isso, os processos avaliativos podem ser incorporados e encarados como mecanismos de avaliação de desempenho de gestão.

Para obter uma avaliação de desempenho é necessário deixar explícito – de forma precisa – a que se refere a avaliação e quais aspectos desse desempenho são relevantes. Uma possível definição de desempenho “é o resgate do compromisso de execução de uma programação formalmente estabelecida como desejável e factível, a partir de parâmetros confiáveis surgidos da aplicação do conhecimento técnico-científico sobre a experiência prática” (GARCIA,2001).

POR QUE UM SISTEMA DE MONITORAMENTO DO SUS A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE SÃO PAULO?

Com o processo de municipalização da saúde iniciado pela atenção básica há quase duas décadas, o nível estadual de gestão do SUS passou a priorizar a assistência de média e alta complexidade e, gradativamente, afastou-se da AB, realizando-a de forma mais lenta no que diz respeito às ações de vigilância.

A necessidade da retomada da importância do gestor estadual em relação às questões da atenção básica, porém, se evidencia a partir da NOB/96, e da criação do PAB – Piso da Atenção Básica, em 1998. Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) formou o Pacto da Atenção Básica, em uma tentativa de avaliar e acompanhar metas estabelecidas pelas três esferas de gestão do SUS, a partir de indicadores de saúde, predominantemente de resultados.

Apesar de ser uma ferramenta de grande potencial, o Pacto da AB teve uma execução burocrática. Isso porque não estava conectado a um plano de ações, a intervenções com metas para processos que pudessem refletir melhorias nos indicadores a médio prazo. Ele tampouco implicava em propostas efetivas dos Estados de discutir o seu papel frente à AB nem em expectativas dos municípios para essa retomada.

A ênfase dada ao Programa de Saúde da Família como uma estratégia para mudança de paradigmas na atenção básica, a partir do fim dos anos 1990, recolocou a importância deste nível de atenção na organização.

Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o apoio do MS, realizou dois eventos fundamentais para que a discussão em torno das responsabilidades estaduais com a atenção básica emergisse. Como resultado desses eventos, foram publicados os documentos “Carta de Aracaju” e “Consensos sobre a Atenção Básica”. Nesse mesmo ano, formou-se um grupo tripartite para desenvolver uma proposta de avaliação da AB, o que culminou em um documento publicado, mas sem a aprovação da tripartite. Em 2004, foi assinado o Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial para a Expansão da Estratégia Saúde da Família em municípios com mais de 100.000 habitantes. Um dos componentes do acordo destinava recursos para os Estados instituírem e institucionalizarem o monitoramento e a avaliação da atenção básica no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde (SES).

Esses movimentos, aliados à compreensão pelos gestores municipais e estaduais de que o Estado tem um papel a desempenhar na atenção básica e de que é justamente ela que estrutura o sistema de saúde, fizeram com que os Estados fossem responsabilizados pelo apoio técnico, financiamento, avaliação, monitoramento, pactuações e regulação da AB.

Na maioria dos Estados, há atualmente equipes técnicas das SES que precisam ser capacitadas para exercer o seu papel e obter instrumentos que melhorem sua habilidade de gestão

Na maioria dos Estados, há atualmente equipes técnicas das SES que precisam ser capacitadas para exercer o seu papel de gestor da atenção básica e obter instrumentos que melhorem sua

habilidade de gestão. Por isso, é necessário um sistema de monitoramento pensado e construído a partir da AB, com flexibilidade suficiente para comportar diferenças regionais.

Esse sistema de monitoramento deve:

→ induzir a formação de consensos, princípios, formas de organização, processos e resultados

esperados na AB;

- ser um instrumento de gestão estadual;
- gerar padronização para comparações entre municípios, regiões e macrorregiões;
- permitir a identificação de iniquidades regionais e no Estado (haverá a partir da regulamentação das “Diretrizes para a Operacionalização dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, recursos adicionais no valor de 5% do PAB fixo para compensação entre regiões. O sistema precisa sinalizar as diferenças para instrumentalizar a CIB);
- evidenciar as diferenças de qualidade e resolubilidade de serviços na AB;
- realçar as diferenças de oferta de serviços para o referenciamento;
- indicar a necessidade de ajustes na organização da AB nos municípios;
- retroalimentar os planos municipais, regionais e estaduais de saúde;
- subsidiar a discussão política de saúde nos níveis regionais e central.

OBJETIVOS DO SISTEMA DE MONITORAMENTO

Geral

- Institucionalizar o processo de Avaliação e Monitoramento do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo.

Específicos

- Construir e implantar o sistema de monitoramento do SUS a partir da AB.
- Capacitar os gestores municipais e estaduais para avaliar e monitorar o SUS a partir da AB.

Resultados esperados

- Fortalecimento da capacidade de gestão estadual (nos níveis regionais e central) do sistema de saúde a partir da atenção básica.
- Constituição de equipes formadas em Monitoramento e Avaliação (M&A) da AB nas DIR e nos municípios.
- Aprimoramento da pactuação entre os gestores municipais e estaduais para a elaboração de planos regionais para a melhoria das condições de saúde e da organização do sistema e de serviços.
- Consolidação de um pacto estadual que contemple as demandas regionais e macrorregionais.

PROPOSTA DE SISTEMA DE MONITORAMENTO DO SUS A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA

Princípios norteadores

O sistema de monitoramento deverá oferecer aos gestores:

- uma visão sobre a universalidade, o que significa o acesso universal e contínuo da população a serviços de qualidade e resolutivos caracterizados como “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde;
- uma perspectiva da dimensão das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e da necessidade de sua regulamentação, conforme conceito definido nas “Diretrizes Operacionais

para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”. Ou seja, “regulação da atenção à saúde tem como objetivo a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigidas aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, e compreendem contratação, regulação do acesso à assistência, controle assistencial, avaliação da atenção à saúde, auditoria assistencial e regulamentações das vigilâncias epidemiológica e sanitária”;

→ subsídios para reorientar a regionalização da atenção, compreendendo o acesso aos diferentes níveis do sistema e a constituição de referências e contra-referências.

Além de melhorar a capacidade da gestão regional de planejar, monitorar, avaliar, apoiar e complementar recursos, essa ferramenta pretende estabelecer pactos a partir das necessidades da população captadas na “porta de entrada” do sistema – e não só pela sua oferta de serviços e capacidade de resposta (resultados). Esses pactos são firmados nos Conselhos Municipais de Saúde e entre os gestores (CIR).

São ainda diretrizes do sistema de monitoramento:

→ incorporar conhecimentos preexistentes nas DIR;

→ ter flexibilidade para se adaptar às diferenças macrorregionais;

→ contar com a participação do COSEMS-SP no planejamento e construção do sistema mediante representação;

→ estimular a participação de instituições universitárias que realizam pesquisas e ensino em AB e M&A na sua formulação e implementação.

DIMENSÕES DO SISTEMA DE MONITORAMENTO DO SUS A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA

A construção das matrizes de indicadores para o sistema de monitoramento adotou o referencial teórico do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão do SUS, apresentados anteriormente, como dimensões a serem acompanhadas. Já as prioridades definidas nesses pactos foram tomadas como subdimensões e nortearam a seleção dos indicadores.

Foram construídas seis matrizes cujos objetivos são:

1- avaliar a resolubilidade dos serviços básicos de atenção no SUS;

2- avaliar o cumprimento do planejamento no SUS a partir da atenção básica;

3- avaliar o cumprimento da programação no SUS a partir da atenção básica;

4- avaliar o cumprimento da regulação no SUS a partir da atenção básica;

5- avaliar a resolubilidade da descentralização, regionalização e financiamento do SUS;

6- avaliar a resolubilidade do sistema de saúde em relação à gestão do trabalho e à educação na saúde.

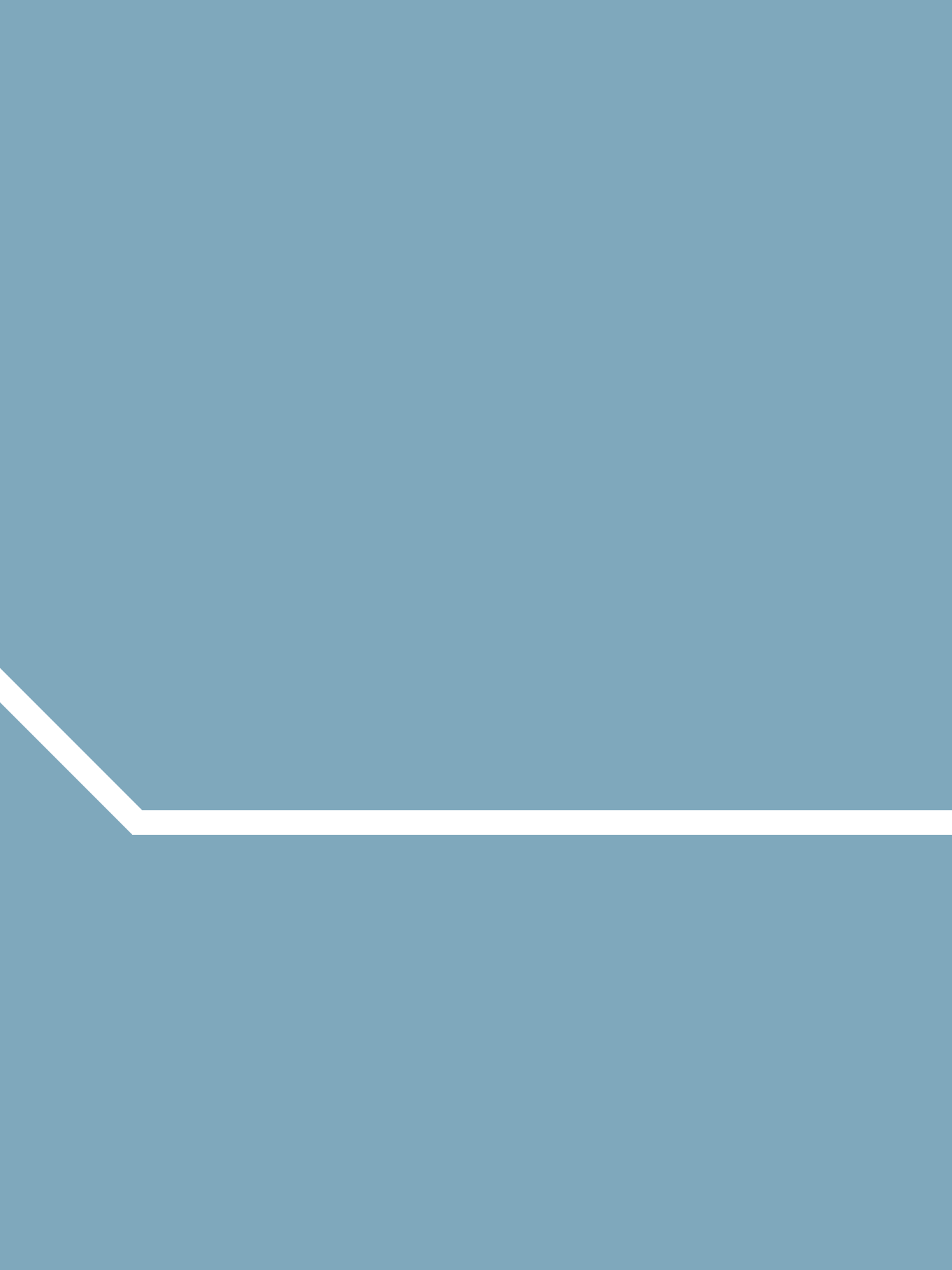
As subdimensões definidas em cada matriz foram:


Matriz 1 → as prioridades definidas no Pacto pela Vida e agravos considerados importantes no Estado de São Paulo: mortalidade infantil; mortalidade materna; tuberculose; hanseníase; dengue; AIDS; câncer de colo uterino e de mama; diabetes; hipertensão; alimentação saudável e

atividade física; violência.


Matriz 2 a 6 → as funções gestoras do sistema: planejamento; programação; regulação; descentralização; regionalização; financiamento; gestão do trabalho; educação na saúde.

Para cada subdimensão foram definidos indicadores com informação disponível nos sistemas informatizados do SUS, desagregados para o nível municipal, já em uso nas diferentes instâncias da SES-SP. Foram também definidos critérios para a seleção dos indicadores: os objetivos, dimensões e subdimensões a serem acompanhados, o tipo de avaliação segundo a tríade de Donabedian (estrutura, processo e resultado) e que eles fossem traçadores ou evento sentinelas para medida da subdimensão a que correspondem. A seguir, são apresentadas as matrizes propostas.





**INDICADORES DE
MONITORAMENTO
DO SUS A PARTIR
DA ATENÇÃO BÁSICA:
CONCEITOS, CÁLCULOS,
INTERPRETAÇÕES**



MATRIZ I

OBJETIVO

Avaliar a resolubilidade dos serviços básicos de atenção

| DIMENSÃO | SUBDIMENSÃO | TIPO DE AVALIAÇÃO |
|-----------------|---|-------------------|
| PACTO PELA VIDA | Mortalidade infantil | Resultado |
| | Mortalidade materna | Resultado |
| | Tuberculose | Resultado |
| | Hanseníase | Resultado |
| | Dengue | Resultado |
| | AIDS/DST | Resultado |
| | Câncer de colo e de mama | Resultado |
| | Diabetes | Resultado |
| | Hipertensão | Resultado |
| | Alimentação saudável e atividade física | Resultado |
| Violência | Resultado | |

Observação: para municípios com população menor de 50.000 habitantes utilizar número absoluto.

| | | |
|--|----------------------|-------------|
| I.1. Coeficiente de mortalidade infantil I.2. Coeficiente de mortalidade neonatal (0-27 dias) I.3. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal | Estadual e municipal | SIM, SINASC |
| I.4. Coeficiente de mortalidade materna | Estadual e municipal | SIM, SINASC |
| I.5. Proporção de cura de casos de tuberculose | Estadual e municipal | EPITB |
| I.6. Taxa de detecção de casos de hanseníase I.7. Proporção de casos de hanseníase com grau de incapacidade II e III no diagnóstico | Estadual e municipal | SINAN |
| I.8. Índice predial | Estadual e municipal | AEDES |
| I.9. Taxa de mortalidade por AIDS | Estadual e municipal | SIM |
| I.10. Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino I.11. Taxa de mortalidade por câncer de mama | Estadual e municipal | SIM |
| I.12. Taxa de internação por diabetes mellitus | Estadual e municipal | SIH |
| I.13. Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares na população de 30 a 49 anos | Estadual e municipal | SIM |
| I.14. Proporção de adultos com excesso de peso | Estadual e municipal | SISVAN |
| I.15. Taxa de mortalidade por homicídio na população masculina de 15 a 29 anos I.16. Taxa de mortalidade por causas externas | Estadual e municipal | SIM |

I.1. COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL

Conceito

O coeficiente de mortalidade infantil é definido como o número de óbitos de menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos, em dado local e período.

Em municípios com população menor de 50.000 habitantes, será utilizado o número absoluto de óbitos de menores de 1 ano de idade, em dado local e período.

Essa diferenciação é adotada porque o coeficiente de mortalidade infantil oscila muito em populações pequenas, se avaliado em curto período de tempo, como um ano. Quando há poucas mortes, cada óbito a mais (ou a menos) provoca grandes variações no coeficiente, sendo importante usar números absolutos. Mas para garantir comparabilidade entre municípios de porte diferente, é preciso utilizar o coeficiente, justificando o uso de ambos os indicadores nos municípios com menos de 50.000 habitantes.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de óbitos de infantis < 1 ano de idade em dado local e período}}{\text{Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 1.000$$

Interpretação

→ Estima o risco de um nascido vivo morrer durante o primeiro ano de vida. É um dos principais indicadores de saúde pública, usado como índice geral e específico. Como indicador geral de saúde, ele expressa, quando associado a outros, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil.

→ O Coeficiente de Mortalidade Infantil é considerado alto se for igual ou maior a 50/1.000 nascidos vivos; médio se variar entre 20 e 49/1000; e baixo se for menor que 20/1.000 –em função dos níveis dos países desenvolvidos (IDB 1999). Todavia, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera alta a mortalidade infantil maior que 40.

→ O declínio mundial da mortalidade infantil nas últimas décadas parece refletir mais a cobertura e efetividade de ações específicas de saúde (terapia de reidratação oral, imunização, incentivo à amamentação, etc.) do que melhoria das condições de vida da população.

→ Na sua análise, é preciso considerar que, embora coeficientes de mortalidade infantil altos revelem condições de vida e saúde precárias, coeficientes baixos não necessariamente representam condições de vida melhores da população. O aumento da mortalidade infantil também pode, em certas circunstâncias, ser resultado de um melhor registro de óbitos infantis.

Uso

→ Analisa e compara a situação de saúde e as condições de vida da população, detectando diferenças geográficas, temporais e entre grupos sociais.

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

Limitações

→ Sub-registro de óbitos de menores de 1 ano de idade e de nascidos vivos; erro na definição de nascido vivo; erro na informação de idade da criança na declaração de óbito.

Fonte

- Numerador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

1.2. COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL

Conceito

A mortalidade infantil é analisada pelos seguintes componentes:

- Neonatal – MNN - (óbitos de 0 a 27 dias de idade).
- Pós-neonatal - MPNN - (óbitos de 28 e mais dias de idade a 11 meses e 29 dias de idade).

Em condições de vida precárias, predomina o componente pós-neonatal da mortalidade infantil, seguido pela mortalidade neonatal, que é decomposta em mortalidade neonatal precoce (0-6 dias) e mortalidade neonatal tardia (7-27 dias). À medida que a mortalidade infantil se reduz, a proporção de seus componentes se inverte e a mortalidade neonatal precoce torna-se a mais importante. Em São Paulo, a mortalidade neonatal precoce é o principal componente da mortalidade neonatal e da mortalidade infantil. Esse dado proporciona refinamento do diagnóstico sobre a adequação da assistência ao pré-natal, parto e puerpério imediato, e é útil para o planejamento e avaliação de ações voltadas à mãe e à criança.

Neste monitoramento será utilizado apenas o coeficiente de mortalidade neonatal definido como o número de óbitos de infantes de 0 a 27 dias de idade ocorrido em dado local e período. Em municípios com população menor que 50.000 habitantes será usado o número absoluto de óbitos de crianças de 0 a 27 dias, em dado local e período. Como na mortalidade infantil, a diferenciação para municípios de pequeno porte se deve à grande flutuação desse coeficiente quando avaliado durante um ano. Para fins de comparabilidade entre municípios, é necessário o uso do coeficiente, justificando a adoção de ambos os indicadores em municípios com menos de 50.000 habitantes.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de óbitos de crianças de 0 a 27 dias de idade em dado local e período}}{\text{Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 1.000$$

Interpretação

→ Estima o risco de morte de um nascido vivo no primeiro mês de vida e permite avaliar a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e à criança.

Uso

- Analisa as variações geográficas e temporais da mortalidade neonatal e identifica tendências e situações de desigualdade que demandem estudos especiais, complementando as informações de mortalidade infantil.
- Analisa a organização e a qualidade dos serviços de saúde e da assistência obstétrica em particular, detectando variações geográficas, temporais e desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços maternos e obstétricos entre grupos sociais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e de ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
- Contribui para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.

Limitações

- Sub-registro de óbitos neonatais e de nascidos vivos; erro na definição de nascido vivo; erro na informação de idade da criança na declaração de óbito.

Fonte

- Numerador: SIM.
- Denominador: SINASC.

I.3. COEFICIENTE DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL (> 28 DIAS A 11 MESES E 29 DIAS)

Conceito

Este componente da mortalidade infantil refere-se aos óbitos de infantes de 28 dias a 11 meses e 29 dias de idade e reflete principalmente os determinantes socioeconômicos.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de óbitos de infantes entre 28 dias e 364 dias de idade em dado local e período}}{\text{Nº de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 1.000$$

Municípios com população menor que 50 mil habitantes devem monitorar também o número absoluto de óbitos de infantes com idade entre 28 dias e 11 meses e 29 dias em dado local e período.

Interpretação

- Estima o risco de um nascido vivo morrer após o primeiro mês de vida. Sua interpretação é a mesma do coeficiente de mortalidade infantil.

Uso

- Analisa a situação de saúde e as condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.
- Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações setoriais e intersetoriais voltadas para a saúde da criança e da gestante.

Limitações

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

Fonte

→ Numerador: SIM

→ Denominador: SINASC.

1.4. COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA

Conceito

Óbitos femininos por causas maternas por 100.000 nascidos vivos, em dado local e período. Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após seu término (independentemente da duração ou localização dessa gestação). Ocorre por fatores relacionados ou agravados pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela – excluídas razões acidentais ou incidentais.

A maioria das causas de morte materna do Código Internacional de Doenças (CID-10) está no Capítulo XV. Devem ser excluídos os códigos O96, morte materna tardia (entre 43 dias e até 1 ano após o término da gestação) e O97, morte por seqüela de causa obstétrica direta (ocorre um ano ou mais após o parto).

Devem ser incluídas também as seguintes causas, se ocorrerem até 42 dias após o parto:

- tétano obstétrico (A34, capítulo I);
- doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 a B24, capítulo I);
- necrose pós-parto da hipófise (E23.0, capítulo IV);
- osteomalácia puerperal (M83.0, capítulo XII);
- transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53, capítulo V);
- mola hidatiforme (D.39.2, capítulo II).

Doenças provocadas pelo HIV serão consideradas depois de investigação pelo Comitê de Morte Materna, assim como as do código E.23, pois apenas necrose pós-parto da hipófise é causa materna. Embora seja raro, pode ocorrer morte materna (obstétrica indireta) em consequência de fatores externos; nesse caso, codificar segundo o capítulo XV, códigos V,W,X e Y.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos femininos por causas maternas em dado local e período}}{\text{Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Municípios com população menor que 50.000 habitantes devem monitorar também o seguinte indicador: número de óbitos femininos por causas maternas em determinado local e período.

Interpretação

- Reflete as condições de vida e a qualidade da atenção à saúde da mulher. A maioria das suas causas pode ser evitada. Em 1990, 95% dos óbitos maternos ocorreram nos países em desenvolvimento (OMS) e estima-se que na América Latina, 98% das mortes maternas poderiam ser evitadas se as mulheres desfrutassem de condições de vida e de saúde semelhantes às das mulheres de países desenvolvidos.
- Sua interpretação merece cautela porque a elevação da razão de mortalidade materna nem sempre significa aumento real de óbitos maternos. Geralmente, se associa a uma melhor qualidade de informação e/ou do registro dos óbitos em mulheres em idade fértil. Sua magnitude indica maior ou menor necessidade de investimentos na assistência obstétrica e na melhoria das condições de vida da população. Sua redução depende, portanto, de políticas e de ações de saúde que garantam o acesso oportuno das mulheres a serviços de boa qualidade – seja na atenção básica, seja na atenção de média complexidade ou hospitalar.
- A mortalidade materna, quando analisada por local de ocorrência, visa a avaliação da qualidade da assistência pré-natal e obstétrica.

Uso

- Avalia a qualidade e o acesso à assistência pré-natal e obstétrica.
- Subsidiaria o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas voltadas à saúde da mulher.
- Avalia a situação de saúde e as condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.

Limitações

- Subinformação dos óbitos maternos (na declaração de óbito muitos médicos relatam a causa final e não a básica, omitindo freqüentemente a gestação na ocasião da morte).
 - Sub-registro de óbitos maternos e sub-registro de nascidos vivos.
- Observação: a razão de mortalidade materna sofre as restrições relacionadas aos pequenos números, sendo imperativo considerar aqui o número absoluto de óbitos, a série histórica e as investigações dos comitês municipais e regionais.

Fonte

- Numerador: SIM.
- Denominador: SINASC.
- Complementar com informações provenientes da vigilância epidemiológica e/ou Comitês de Morte Materna.

I.5. PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS DE TUBERCULOSE

Conceito

Representa o percentual de casos de tuberculose (TB) curados.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos curados por local de residência no período}}{\text{Número de casos que iniciaram tratamento no mesmo período}} \times 100$$

Observação: realizar a contagem após o período previsto (2000 a 2005) de encerramento do tratamento. Na maioria dos casos, o tratamento dura seis meses e a avaliação deverá ser feita no nono mês após o seu início. Para meningite tuberculose, cujo tratamento demora nove meses, a avaliação deverá ser feita no 12º mês após o seu início.

Interpretação

→ Reflete a organização do programa de controle de tuberculose, especialmente a sua capacidade de promover a adesão do paciente ao tratamento e de realizar a busca de faltosos e reintegrá-los ao processo.

Uso

→ Por ser um programa bem estabelecido (em que já se conhecem as dificuldades de operacionalização), reflete indiretamente a capacidade do gestor de organizar os serviços de saúde para enfrentamento da TB; é, portanto, um indicador de avaliação de resultado do programa.

Limitações

→ Atraso na alimentação do sistema de informação (EPI-TB).

Fonte

→ Numerador e Denominador: Sistema de Informação em Tuberculose do Estado de São Paulo – EPI-TB.

→ Relatório de Tratamento por local de residência (município). Os dados serão disponibilizados no sistema de indicadores.

I.6. TAXA DE DETECÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE

Conceito

Número de casos novos confirmados de hanseníase, por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A30 da CID-10).

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

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase (*) confirmados em residentes}}{\text{população total residente}} \times 10.000$$

(*) todas as formas

Interpretação

- Estima o risco de ocorrência de casos novos de hanseníase, em qualquer de suas formas clínicas, indicando exposição ao bacilo *Mycobacterium leprae*.
- Serve como proxy da incidência de hanseníase, em face a dificuldades para o diagnóstico precoce da maioria dos casos. Os sinais e sintomas iniciais da hanseníase costumam ser pouco expressivos e valorizados e surgem após longo período de incubação.
- Taxas elevadas estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento dos casos.

Uso

- Analisa variações geográficas e temporais na distribuição dos casos novos confirmados de hanseníase, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- Subsidiaria processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de controle da hanseníase.

Limitações

- A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de hanseníase.
- O indicador não permite detectar oportunamente as variações de tendência, pois o diagnóstico da doença é geralmente tardio.
- Os dados não estão desagregados por formas clínicas da hanseníase, que têm diferente significado na dinâmica de transmissão e evolução da doença.

Fonte

- Numerador: Sistema de informações de Agravos de Notificação – SINAN.
- Denominador: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

I.7. PROPORÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE COM GRAU DE INCAPACIDADE II E III NO DIAGNÓSTICO

Conceito

Mostra a relação indireta com a oportunidade do diagnóstico, ou seja, quanto maior a proporção de pacientes com grau de incapacidade II e III no momento do diagnóstico menos precoce o diagnóstico do doente.

Método de cálculo

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

(*) Campo 30 da Ficha de notificação/investigação de Hanseníase do SINAN

(**) Campo 32 da Ficha de notificação/investigação de Hanseníase do SINAN, item 1.

Interpretação/Us

→ Mede a proporção de incapacidade grau II e III no momento do diagnóstico em relação aos casos novos avaliados. Indicador epidemiológico que avalia a efetividade das atividades de detecção precoce. Estimar a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos.

→ Estimar a endemia oculta.

Limitações

→ A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de Vigilância Epidemiológica, em cada local para detectar, notificar, investigar e confirmar o caso bem como a capacidade do serviço de saúde promover ações de avaliação para prevenção de incapacidades.

Fonte

→ Numerador e Denominador: SINAN

I.8. ÍNDICE PREDIAL

Conceito

Relação expressa em porcentagem entre o número de imóveis positivos, isto é, onde foram encontrados larvas e/ou pupas de *Aedes aegypti* e o número de imóveis pesquisados.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de imóveis positivos em um determinado local e período}}{\text{Número de imóveis pesquisados no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação

→ Mede o resultado das ações de controle de doenças transmissíveis por vetores.

Uso

→ Fortalece a capacidade de respostas às doenças endêmicas, como a dengue, e visa a redução da infestação predial por *Aedes aegypti* nos municípios prioritários.

Limitações

→ Qualidade da informação.

Fonte

→ AEDES – SUCEN – SES/SP

I.9. TAXA DE MORTALIDADE POR AIDS

Conceito

Mortes em consequência de doenças associadas ao vírus da imunodeficiência humana.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por doenças associadas ao HIV em determinado local e período}}{\text{População total no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Interpretação

→ Reflete a situação da epidemia de AIDS e o resultado das ações preventivas, profiláticas e de tratamento deflagradas pelo gestor local.

Uso

→ Avalia o controle da doença e o resultado das ações programáticas previstas.

Limitações

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

Fonte

→ Numerador: SIM

→ Denominador: IBGE

I.10. TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO

Conceito

Óbitos por câncer de colo ocorridos no ano em relação à população feminina total.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por câncer de colo de útero (*)}}{\text{Total da população feminina}} \times 100.000$$

* o número de óbitos serão obtidos pelos códigos C53-0 a C53-9 do Código Internacional de Doenças (CID – 10).

Interpretação / Uso

→ Entre as causas de mortalidade, o câncer é a segunda mais importante no Estado de São Paulo, sendo superada apenas pelas doenças do aparelho circulatório. Dentre os muitos tipos de câncer, o de colo uterino é um dos que têm maiores possibilidades de diagnóstico precoce e de cura. Os exames preventivos (papanicolaou) periódicos são uma estratégia eficiente no controle da doença. A organização de ações de

saúde da mulher deve sensibilizar profissionais e a população para a realização desses exames. O coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino permite uma avaliação da efetividade desta estratégia.

Limitações

→ Qualidade do sistema de informação de mortalidade.

Fonte

→ Numerador: SIM.

→ Denominador: IBGE.

I.11. TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA

Conceito

Mortes por câncer de mama ocorridos no ano, em determinada localidade, em relação à população feminina.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por câncer de mama (*) em dado local e período}}{\text{Total de população feminina do mesmo local e período}} \times 100.000$$

* o número de óbitos serão obtidos pelos códigos C50.0 a C50.9 do CID-10.

Interpretação / Uso

→ A principal causa de morte por câncer em mulheres é o câncer de mama, que vem apresentando uma tendência crescente. Medidas de diagnóstico precoce em grupos de alto risco e na população feminina a partir dos 40 anos (tamizagem por mamografia e tratamento oportuno) podem reduzir a mortalidade. Este indicador mede o resultado das ações programadas para o enfrentamento do problema e a organização da referência e contra-referência entre os níveis de atenção básica e de média complexidade.

Limitações

→ Qualidade do sistema de informação de mortalidade.

Fonte

→ Numerador: SIM.

→ Denominador: IBGE.

I.12. TAXA DE INTERNAÇÃO POR DIABETES MELLITUS

Conceito

Representa a população hospitalizada por Diabetes *Mellitus* medindo a morbidade hospitalar desta doença.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações por diabetes mellitus (*) por dado local e período}}{\text{Total de internações exceto partos de mesmo local e período}} \times 10.000$$

* o número de internações é obtido pelos códigos E10 a E14 do CID-10.

Interpretação/Usos

→ O diabetes mellitus é importante problema de saúde pública, pois causa complicações que reduzem a qualidade de vida e sobrevivência das pessoas, além de envolver altos custos de tratamento. Medidas de controle terapêutico e das complicações podem reduzir o impacto desfavorável sobre a morbimortalidade desses pacientes. Este indicador avalia os resultados das ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da doença (quando essas ações são pouco efetivas a taxa de internação aumenta).

Limitações

→ Limitações inerentes ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que registra apenas o diagnóstico de entrada e é suscetível a ingerências administrativas. As informações disponíveis referem-se apenas a pacientes atendidos pelo SUS.

Fonte

- Numerador: SIH – SUS.
- Denominador: SIH – SUS.

I.13. TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CÉREBRO-VASCULARES NA POPULAÇÃO DE 30 A 49 ANOS

Conceito

Taxa de óbitos decorrentes de alterações vasculares (hemorragias, oclusões etc.) cerebrais que derivam predominantemente de doenças cardiocirculatórias e de diabetes.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por doenças cérebro-vasculares em pessoas de 30 a 49 anos (*) em determinado local e período}}{\text{População de 30 a 49 anos de determinado local e período}} \times 100.000$$

* o número de óbitos por doenças cérebro-vasculares é obtido pelos códigos I 60 a I 69 do CID-10.

Interpretação/Usos

→ Expressa a ocorrência de óbitos por doenças cérebro-vasculares na população selecionada em dado local e período e reflete o impacto das ações de prevenção e de controle da

hipertensão arterial. Na faixa etária selecionada, a maioria dos óbitos por essa causa pode ser evitada.

→ Taxas elevadas de mortalidade por doenças cerebro vasculares decorrem da alta incidência dessa doença na população, que freqüentemente está associada a fatores de risco como hipertensão, tabagismo, obesidade, ingestão de sal, diabetes, sedentarismo e estresse.

→ A variação na taxa de mortalidade específica está relacionada à qualidade da atenção básica e da assistência médica disponível, além da organização do sistema de referência entre a atenção básica e os demais níveis de complexidade.

→ Este indicador também avalia variações geográficas e temporais da mortalidade específica por hipertensão e identifica tendências e situações de desigualdade que possam demandar estudos especiais. Ele ainda subsidia o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à hipertensão.

Limitações

→ Apesar da qualidade satisfatória dos dados de mortalidade no Estado, estes ainda podem ser aperfeiçoados.

Fonte

→ Numerador: SIM.

→ Denominador: IBGE.

I.14. PROPORÇÃO DE ADULTOS COM EXCESSO DE PESO

Conceito

Proporção da população que apresenta excesso de peso; problema considerado um importante fator de risco para a morbidade e mortalidade, principalmente se estiver associado a doenças crônicas não-transmissíveis como diabetes e hipertensão.

Método de cálculo

Número de adultos com Índice de Massa Corporal* ≥ 25

Total de adultos pesados e medidos na 1ª consulta do ano

* Índice de Massa Corporal (IMC)= Peso em kg dividido pela altura em metros ao quadrado.

Interpretação

→ A medida do peso e da altura permite avaliar o estado nutricional da população. Considera-se o Índice de Massa Corporal um bom indicador, tendo como ponto de corte para o excesso de peso o $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$

→ As informações para compor este indicador serão as medidas de peso e de altura da população maior ou igual a 20 anos na primeira consulta do ano na Atenção Básica.

Uso

- Monitora o estado nutricional da população adulta.
- Orienta e avalia as ações de promoção de alimentação saudável e da prática de atividade física na atenção básica.

Limitações

- Trata-se de um indicador cujo sistema de informações deverá ser implantado nas unidades da Atenção Básica.
- Sub-registros no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN.
- Embora não seja uma medida direta do consumo alimentar da população nem da atividade física, o excesso de peso indica um desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético.

Fonte

- Numerador e Denominador: SISVAN.

I.15. TAXA DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIO NA POPULAÇÃO MASCULINA DE 15 A 29 ANOS

Conceito

Reflete o grau de violência em determinada população. A mortalidade por homicídio pode ser evitada por meio de ações intersetoriais de redução de desigualdades socioeconômicas e de melhoria de qualidade de vida e, ainda, com a implantação de políticas públicas de redução da violência.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por homicídio de homens de 15 a 29 anos em dado local e período}}{\text{População de homens de 15 a 29 anos no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Interpretação

- Reflete a existência e o resultado da implementação de políticas públicas de redução da violência.

Uso

- Mostra o grau de sucesso de políticas públicas de combate à violência.

Limitações

- Qualidade dos dados de registro de óbitos.

Fonte

- Numerador: SIM.
- Denominador: IBGE.

I.16. TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

Conceito

Este indicador reflete o grau de violência existente em uma determinada população. Ele também mede um conjunto de fatores como acidentes de transporte e outros traumatismos acidentais, lesões auto provocadas intencionalmente, agressões, complicações de assistência médica e cirúrgica, seqüelas de causas externas de morbimortalidade, intervenções legais, operações de guerra e fatores suplementares relacionados a causas de morbimortalidade classificados em diferentes aparelhos e órgãos do corpo humano. A mortalidade por causas externas pode ser prevenida por meio de ações intersetoriais de redução de desigualdades socioeconômicas e de melhoria de qualidade de vida, e, ainda, com a implantação de políticas públicas de redução da violência.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por causas externas (*) em determinado local e período}}{\text{População total de determinado local e período}} \times 100.000$$

* o número de óbitos por causas externas é obtido pelos códigos V 01-V99; W00-X59; X60-X84; X85-Y09; Y10-Y36; Y40-Y98 do CID-10.

Interpretação

→ Reflete a existência e o resultado da implementação de políticas públicas de redução da violência.

Uso

→ Indica o grau de sucesso de políticas públicas setoriais e intersetoriais de combate à violência.

Limitações

→ Qualidade dos dados de registro de óbitos.

Fonte

→ Numerador: SIM

→ Denominador: IBGE

MATRIZ II

OBJETIVO

Avaliar o cumprimento do planejamento

| DIMENSÃO | SUBDIMENSÃO | TIPO DE AVALIAÇÃO |
|------------------------|--------------|-------------------|
| PACTO DE GESTÃO DO SUS | Planejamento | Estrutura |

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| <p>II.1. Modelos de Atenção Básica adotados: - Saúde da Família - Unidades Básicas de Saúde Tradicional</p> <p>II. 2. Ações de Vigilância Sanitária</p> <p>II.3. Atendimentos de Urgência e Emergência</p> <p>II.4. Programa de Planejamento Familiar</p> <p>II.5. Programa de Saúde da Mulher</p> <p>II.6. Programa de Humanização do Pré-natal e Assistência ao Parto</p> <p>II.7. Programa de Saúde da Criança</p> <p>II.8. Programa de Imunização do Estado de São Paulo</p> <p>II.9. Programa de Saúde Bucal na Atenção Básica</p> <p>II.10. Programa de Saúde do Idoso</p> <p>II.11. Programa de Vigilância Nutricional</p> <p>II.12. Programa de Controle da Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, AIDS e Dengue</p> <p>II.13. Programa de Vigilância à Violência</p> | <p>Estadual e municipal</p> | <p>Plano estadual de saúde</p> <p>Planos municipais de saúde</p> <p>Relatórios de gestão</p> <p>Plano Diretor de Regionalização (PDR)</p> <p>Plano Diretor de Investimentos (PDI)</p> |
|--|-----------------------------|---|

O planejamento é função de todos os níveis de gestão do SUS, mediante o qual se firmam compromissos para a implementação de políticas e a organização do sistema, com seus serviços e ações. É por meio do planejamento que são definidos os objetivos, as metas e as atividades a serem atingidos em determinado período. Ele é, portanto, uma função estratégica que faz parte dos planos e programas de saúde.

Para avaliar o cumprimento do planejamento no SUS, a partir da Atenção Básica, comparamos o que está estabelecido nas atuais normatizações (portarias, instruções normativas, protocolos, programas etc.) com o que está sendo efetivamente realizado nos municípios e regiões do Estado.

Assim, este instrumento possibilitará que o gestor avalie o quanto está próximo ou não do desejável, permitindo identificar necessidades de correções de estratégias e de recursos.

Os indicadores/critérios que constam da Matriz II referem-se aos modelos de Atenção Básica e aos programas/protocolos de ações pactuadas no SUS para enfrentamento (neste nível de atenção) dos problemas priorizados no Pacto pela Vida, encontrados na Matriz I.

O método de verificação a ser adotado é a listagem com alternativas sim/não (check-list).

II.1. Modelos de Atenção Básica Adotados:

- Saúde da Família
- Unidades Básicas de Saúde tradicional

II. 2. Ações de Vigilância Sanitária

II.3. atendimentos de Urgência e Emergência

II.4. Programa de Planejamento Familiar

II.5. Programa de Saúde da Mulher

II.6. Programa de Humanização do Pré-Natal e Assistência ao Parto

II.7. Programa de Saúde da Criança

II.8. Programa de Imunização do Estado de São Paulo

II.9. Programa de Saúde Bucal na Atenção Básica

II.10. Programa de Saúde do Idoso

II.11. Programa de Vigilância Nutricional

II.12. Programa de Controle da Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, AIDS e Dengue

II.13. Programa de Vigilância à Violência

Fonte

Devem ser verificados: Plano Estadual de Saúde, Planos Municipais de Saúde, Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI).



MATRIZ III

OBJETIVO

Avaliar o cumprimento da programação

| DIMENSÃO | SUBDIMENSÃO | TIPO DE AVALIAÇÃO |
|------------------------|-------------|-------------------|
| PACTO DE GESTÃO DO SUS | Programação | Processo |

| | | |
|--|----------------------|------------------|
| III.1. Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família | Estadual e municipal | SIAB |
| III.2. Média anual de consultas por habitante nas especialidades básicas | Estadual e municipal | SIA |
| III.3. Percentual de Consultas de Urgência/ Emergência no total de Consultas Básicas. | Estadual e municipal | SIA |
| III.4. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal | Estadual e municipal | SINASC |
| III.5. Proporção de nascidos vivos com sífilis congênita. | Estadual e municipal | SINASC – SINAN |
| III.6. Proporção de cesáreas | Estadual e municipal | SINASC |
| III.7. Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos | Estadual e municipal | SIH |
| III.8. Cobertura de primeira consulta odontológica programática. | Estadual e municipal | SIA |
| III.9. Taxa de sintomáticos respiratórios com baciloscopia de escarro | Estadual e municipal | SINAN/EPITB |
| III.10. Proporção de casos de Tuberculose em tratamento supervisionado | Estadual e municipal | SINAN/EPITB |
| III.11.a. Percentual de cura entre os casos novos de hanseníase multibacilar diagnosticados no ano da coorte III.11.b. Percentual de cura entre os casos novos de hanseníase paucibacilar diagnosticados no ano da coorte | Estadual e municipal | SINAN/CVE/SES-SP |
| III.12. Proporção da população testada anualmente para o HIV | Estadual e municipal | SIA |
| III.13. Proporção de diabéticos cadastrados em relação à meta estabelecida no ano | Estadual e municipal | SIA/HIPERDIA |
| III.14. Proporção de hipertensos cadastrados em relação à meta estabelecida no ano | Estadual e municipal | SIA/HIPERDIA |
| III.15. Cobertura de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos | Estadual e municipal | SISCAN/SISCOLO |
| III.16. Número de casos de violência notificados | Estadual e municipal | SINAN |

III.1. PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Conceito

Proporção da população do município coberta pelo Programa de Saúde da Família em um determinado ano.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas cadastrada no SIAB (modelo de atenção PSF) em dado local e período}}{\text{População total do município em dado local e período}} \times 100$$

Interpretação / Uso

- Mede a cobertura populacional do Programa de Saúde da Família.
- Avalia se a estratégia de saúde da família constitui-se no eixo de reorientação da atenção básica.
- Acompanha e avalia o processo de extensão da cobertura das ações de saúde da família.
- Identifica variações geográficas no percentual de cobertura das ações de saúde da família.

Limitações

- As bases de dados do cadastramento familiar do SIAB apresentam variações de cobertura entre municípios. Em alguns deles, devido ao atraso no processo de informatização, o número de famílias cadastradas não corresponde ao total das que são atendidas pelas equipes de saúde da família.
- A população do município, estimada pelo IBGE, pode estar subestimada ou superestimada.

Fonte

- Numerador: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
- Denominador: IBGE.

III.2. MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS

Conceito

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

Método de cálculo

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

* utilizar os registros das quantidades apresentadas de consultas médicas básicas.

** código dos procedimentos no SIA/SUS.

- 02.011.02 → Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas com remoção
- 02.011.03 → Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas
- 02.011.04 → Atendimento médico de urgência com observação de até 8 horas
- 02.012.01 → Atendimento clínico para indicação/fornecimento de diafragma
- 02.012.02 → Atendimento clínico para indicação/fornecimento/inserção de DIU
- 02.012.03 → Consulta de pré-natal realizada por médico
- 02.012.04 → Consulta em clínica médica
- 02.012.05 → Consulta em gineco-obstetrícia
- 02.012.06 → Consulta em ginecologia
- 02.012.07 → Consulta em pediatria
- 02.12.08 → Consulta médica do PSF
- 02.12.09 → Consulta médica domiciliar realizada por médico do PSF
- 02.012.10 → Consulta médica para hanseníase
- 02.012.11 → Consulta médica puerperal para conclusão de assistência obstétrica
- 02.012.12 → Consulta para diagnóstico de diabetes mellitus realizada por médico
- 02.012.13 → Acompanhamento e avaliação de portador de diabetes mellitus realizada por médico
- 02.012.14 → Consulta especializada para identificação de casos novos de tuberculose
- 02.012.15 → Consulta de tratamento auto-administrado para alta por cura de paciente com tuberculose
- 02.012.16 → Consulta de tratamento supervisionado para alta por cura de paciente com tuberculose.
- 02.012.18 → Consulta para avaliação clínica do fumante

Interpretação

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

Uso

→ Avalia e reprograma a oferta de consultas básicas ambulatoriais.

Limitações

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

Fonte

- Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
- Denominador: IBGE.

III.3. PERCENTUAL DE CONSULTAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO TOTAL DE CONSULTAS BÁSICAS

Conceito

Proporção de consultas de urgência e emergência em relação ao total de consultas básicas no mesmo ano.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas de urgência e de emergência no ano}}{\text{Número total de consultas básicas do mesmo ano}} \times 100$$

Interpretação

→ Avalia o grau de integralidade na atenção. Se o valor apresentado estiver elevado indica que o atendimento que vem ocorrendo é privilegiadamente em pronto atendimento e não no acompanhamento continuado.

Uso

- Analisa a distribuição entre consultas de urgência/ emergência e as consultas de atenção básica.
- Subsidiaria o planejamento e a avaliação de políticas de saúde voltadas para a integralidade.

Limitação

- Preenchimento inadequado do SIA.

Fonte

- Numerador e Denominador: SIA

III.4. PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Conceito

Expressa o percentual de bebês nascidos vivos de mães que tiveram uma concentração adequada de consultas de pré-natal, em determinado local e período.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas de pré-natal por local de residência da mãe no período}}{\text{Número de nascidos vivos por local de residência da mãe no período}} \times 100$$

Interpretação

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

Uso

- Analisa a cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.
- Subsídios para o planejamento e a avaliação de políticas de saúde voltadas ao atendimento pré-natal.

Limitações

- Abrangência parcial do universo das gestantes (o indicador exclui as que tiveram aborto ou natimorto).
- Análise apenas quantitativa (não há informação sobre a qualidade do atendimento).
- Implantação parcial do SINASC em alguns municípios.

Fonte

- Numerador e Denominador: SINASC.

III.5. PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM SÍFILIS CONGÊNITA

Conceito

Mostra a incidência de sífilis congênita entre os recém nascidos de um determinado local.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos com sífilis congênita em dado local e período}}{\text{Total de nascidos vivos no mesmo local e período}}$$

Interpretação/Uso

- O nascimento de bebês com sífilis congênita é um evento sentinela que aponta para inadequações técnico-gerenciais da atenção pré-natal. A sífilis congênita é uma das doenças diagnosticáveis e evitáveis por pré-natal de qualidade.
- Avalia o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal.

Limitações

- Qualidade dos dados.

Fonte

- Numerador: SINAN.
- Denominador: SINASC.

III.6. PROPORÇÃO DE CESÁREAS

Conceito

Percentual de cesáreas em relação ao total de partos hospitalares em um determinado período.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos por parto cesáreo por local de residência da mãe em dado período}}{\text{Número total de recém-nascidos por local de residência da mãe em dado período}} \times 100$$

Interpretação

→ Baseada em evidências científicas, a OMS afirma que as indicações oportunas e necessárias de partos por cesariana não devem ultrapassar 15% das gestações em países em desenvolvimento. Proporções acima de 15% representam inadequações do uso desse procedimento cirúrgico, o que expõe mães e recém-nascidos a riscos de maior morbidade e mortalidade.

Uso

→ Este indicador representa diretamente a qualidade da assistência obstétrica proporcionada. Deve-se lembrar que a assistência obstétrica é considerada parte da Atenção Básica de saúde.

Limitações

- Qualidade dos registros do SINASC.
- Indicador apenas quantitativo (não há informação sobre a qualidade do atendimento).

Fonte

→ Numerador e Denominador: SINASC.

III.7. TAXA DE INTERNAÇÃO POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA (IRA) EM MENORES DE 5 ANOS

Conceito

Ocorrência de internações hospitalares por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos, na população residente desta faixa etária em determinado local e período.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações por IRA* em < 5 anos em dado local e período}}{\text{Total da população < 5 anos no mesmo local e período}} \times 1000$$

*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por IR são: 71300066, 76300188, 76300056, 76300064, 76300072, 76300080, 76300110, 76400077, 76400085, 42003024 e 42008069.

Interpretação/Usos

→ Casos de internação por IRA em menores de 5 anos em relação ao total de crianças nessa faixa etária. O indicador pode avaliar, de forma indireta, a resolubilidade da atenção à saúde (diagnós-

tico e tratamento precoces) do grupo etário de menores de 5 anos em relação às infecções respiratórias, que são a segunda causa de MI no ESP.

Limitações

→ Preenchimento inadequado da AIH.

Fonte

→ Numerador: SIH.

→ Denominador: IBGE.

III.8. COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA

Conceito

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

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de primeiras consultas odontológicas programáticas (*) em dado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

* Código do SIA/SUS: 03.021.01-7.

A descrição deste procedimento foi alterada pela Portaria SAS Nº 95, de 14 de fevereiro de 2006.

Interpretação

- Estima o acesso da população aos serviços odontológicos individuais no SUS para a elaboração e a execução do PPT a partir de avaliação/exame clínico odontológico (o PPT pode ter resolução completa na Atenção Básica ou incluir ações de média e alta complexidade).
- Considera a intenção da equipe em dar seguimento ao PPT.
- Não se refere a atendimentos eventuais de urgência/ emergência sem seguimento previsto.
- Aponta tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais.

Uso

- Analisa a cobertura populacional da primeira consulta odontológica programática na Atenção Básica e identifica variações geográficas e temporais que demandem medidas para ampliar o acesso aos serviços odontológicos básicos.
- Contribui para a avaliação do perfil de atendimento dos serviços odontológicos básicos no SUS.
- Subsidiar a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na Atenção Básica.

Limitações

→ Inconsistência no registro desse evento pelos profissionais. É comum ocorrerem registros do código “Consulta Odontológica (1ª consulta)- 03.021.01-7” em qualquer tipo de consulta, seja de urgência/ emergência, de atendimento a demanda espontânea ou de retorno. A descrição do procedimento na tabela SIA/SUS é “exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento e condicionamento do paciente”. Não há código para os outros tipos de consulta odontológica – estes devem ser registrados somente como procedimentos realizados. Exemplo: registrar como restauração uma exodontia e não como “Primeira Consulta Odontológica”. Observação: é preciso realizar treinamentos para padronizar o conceito “primeira consulta odontológica programática” e aprimorar os registros.

Fonte

- Numerador: SIA/SUS.
- Denominador: IBGE.

III.9. TAXA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS COM BACILOSCOPIA DE ESCARRO

Conceito

Indica a intensidade da busca de casos de tuberculose.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de sintomáticos respiratórios que realizaram baciloscopia de escarro (primeiras amostras para diagnóstico) em determinado local e período}}{1\% \text{ da população (*) no mesmo local e período}} \times 100$$

* OBS: estimativa dos SR (sintomáticos respiratórios) que necessitam de baciloscopia de escarro.

Interpretação/Usos

→ Este é um indicador operacional que avalia a estruturação das ações de controle da TB (busca ativa) e a qualidade dos serviços prestados.

Limitações

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

Fonte

- Numerador: SINAN - EPITB
- Denominador: IBGE.

III.10. PROPORÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE EM TRATAMENTO SUPERVISIONADO

Conceito

Proporção de pacientes com tuberculose que realizam tratamento supervisionado.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pacientes de TB sob tratamento supervisionado em dado local e período}}{\text{Número de pacientes de TB em tratamento}} \times 100$$

Interpretação/ Uso

→ Analisa a estruturação das ações de controle da tuberculose e a qualidade do programa.

Limitações

→ Sistema de informação ainda em implementação.

Fonte

→ SINAN – CPI – EPI-TB – CVE – SES/SP.

→ Relatório de Tratamento por município de residência. Dados serão disponibilizados no sistema de indicadores.

III.11. PERCENTUAL DE CURA ENTRE OS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NO ANO DA COORTE*

**Esse indicador deve ser calculado separadamente para os casos Multibacilares e Paucibacilares (Matriz III.11a. e III.11b.)*

Conceito

Proporção de casos curados dentre os casos diagnosticados.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de casos diagnosticados de Hanseníase nos anos da coortes e curados até 31/12 do ano de avaliação}}{\text{Total de casos diagnosticados nos anos das coortes}} \times 100$$

Interpretação

→ É um indicador para avaliar a capacidade operacional local no desenvolvimento das ações de controle da Hanseníase

→ Avalia a efetividade do serviço, mede a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos e a disponibilidade de poliquimioterapia.

Uso

→ Avalia o resultado do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença; subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de controle da Hanseníase bem como o resultado da eficácia do programa.

Limitações

- A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada local, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de hanseníase.
- Indicador influenciado pela capacidade dos serviços de saúde promoverem ações de detecção de casos através de campanhas de divulgação, busca ativa entre grupos selecionados, vigilância de comunicantes e inclusão no SINAN das informações de notificações dos casos.
- A notificação individual é de pacientes residentes no município mesmo recebendo assistência médica em outro município.

Fonte

→ Numerador e Denominador: SINAN – CVE-SES/SP

III.12. PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO TESTADA ANUALMENTE PARA O HIV

Conceito

Número de testes anti-HIV (ELISA para o vírus da imunodeficiência humana) realizados por ano nos serviços de atenção básica do município, em relação à população residente no mesmo período.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de testes anti-HIV realizados pelos serviços de atenção básica à saúde do município no ano}}{\text{População total residente no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação/Uso

→ Reflete o esforço para ampliação da cobertura e acesso da população ao diagnóstico da infecção pelo HIV realizado pelo gestor local, passo importante para o conhecimento da situação epidemiológica da infecção pelo HIV e para identificação precoce de casos, que contribui para a qualidade de vida das pessoas afetadas pela aids e para o controle da epidemia local, especialmente no que se refere à prevenção da transmissão vertical do HIV (transmissão de mãe para bebê durante a gestação, parto ou amamentação).

Limitações

→ Indicador quantitativo e pouco específico, pois não se pode verificar se houve indicação correta para a realização do teste, assim como não permite verificar se o teste deixou de ser realizado nos casos indicados.

Fonte

- Numerador: SIA.
- Denominador: IBGE.

III.13. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS CADASTRADOS EM RELAÇÃO À META ESTABELECIDADA NO ANO

Conceito

Proporção de cumprimento da meta de cadastramento de diabéticos.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos de diabéticos cadastrados no HIPERDIA em dado local e período}}{\text{Meta estabelecida de cadastramento de diabéticos no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação/ Uso

- Checa o cumprimento do planejamento do programa de diabetes.
- Avalia a implementação do programa de diabetes.

Limitações

- Qualidade do preenchimento das informações.

Fonte

- Numerador e Denominador: HIPERDIA.

III.14. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS EM RELAÇÃO À META ESTABELECIDADA NO ANO

Conceito

Proporção de cumprimento da meta de cadastramento de portadores de hipertensão.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de portadores de hipertensão cadastrados por local de residência e período}}{\text{Meta estabelecida de cadastramento de hipertensos no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação/ Uso

- Checa o cumprimento do planejamento do programa de controle de hipertensão.
- Avalia a implementação do programa de controle da hipertensão.

Limitações

→ Qualidade no preenchimento das informações.

Fonte

→ Numerador e Denominador: HIPERDIA.

III.15. COBERTURA DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS

Conceito

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

Método de cálculo

Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos
em dado local e período

População de mulheres de 25 a 59 anos no mesmo local e período

Interpretação

- Mostra a cobertura de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos.
- Este indicador visa medir, de forma direta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e de controle (educação para a saúde, captação e diagnóstico precoce) do câncer de colo de útero.
- Como se preconiza a realização de um exame a cada três anos depois de se obter dois resultados negativos nos exames anuais, razões acima de 0,3 são consideradas adequadas.

Uso

- Identifica a cobertura desta ação nos grupos de risco da população feminina e orienta a adoção de medidas de controle.
- Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e de ações voltadas para a atenção à saúde da mulher desse grupo etário.

Limitações

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

Fonte

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

III.16. NÚMERO DE CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS

Conceito

Número de notificações de casos de violência pelos serviços de saúde.

Método de cálculo

Número de casos de violência notificado no ano.

Interpretação/Uso

- Confere o cumprimento da legislação que obriga a notificação de ocorrência de violência doméstica, especialmente em mulheres e crianças.
- Subsidia o planejamento e a implementação de ações intersetoriais.

Fonte

- SINAN.

MATRIZ IV

OBJETIVO

Avaliar o cumprimento da regulação

| DIMENSÃO | SUBDIMENSÃO | TIPO DE AVALIAÇÃO |
|------------------------|-------------|-------------------|
| PACTO DE GESTÃO DO SUS | Regulação | Processo |

* Garantia para toda gestante

| | | |
|---|----------------------|--|
| IV.1. Proporção de óbitos infantis investigados | Estadual e municipal | Relatórios dos comitês de mortalidade |
| IV.2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados | | |
| IV.3. Proporção de óbitos maternos investigados | | |
| IV.4. Homogeneidade da cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano | Regional e estadual | SISPNI |
| IV.5. Mortalidade proporcional por causas mal definidas | Estadual e municipal | SIM |
| IV.6. Percentual de encaminhamentos atendidos em relação ao solicitado | Estadual | Centrais municipais e de DIR |
| IV.7. Percentual de gestantes de risco com vaga garantida* | Estadual | Centrais municipais e de DIR, SIS-PRENATAL |
| IV.8. Tempo médio de espera por vaga em UTI | Estadual | Centrais municipais e de DIR |

IV.1. PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS INVESTIGADOS

Conceito

Percentual de mortes de crianças investigadas em relação ao total dessas mortes em dado local e período.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de infantes < de 1 ano de idade investigados em dado local e período}}{\text{Número total de óbitos de infantes < de 1 ano no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação

- Traduz a capacidade de investigação do sistema de vigilância e dos comitês de investigação de óbitos.
- A Portaria Nº 1172 do Ministério da Saúde, de 15/6/2004, regulamentando a NOB 96, atribui aos municípios a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna. A investigação do óbito infantil deve ser conduzida pelos departamentos de vigilância epidemiológica das SMS e, de forma complementar ou suplementar, pelas SES.

Uso

- Incentiva a criação e o pleno funcionamento dos Comitês de Mortalidade Infantil.
- Dimensiona as principais causas de morte na população infantil e identifica seus determinantes.
- Contribui para reduzir o sub-registro e a subnotificação dos óbitos infantis.
- Avalia a implementação das ações de vigilância do óbito infantil.
- Subsidiaria o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e de ações voltadas para a atenção à saúde infantil.

Limitações

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

Fonte

- Numerador: Comitês de Morte Infantil.
- Denominador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

IV.2. PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS

Conceito

Expressa a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigadas em relação ao total dessas mortes em dado local e período.

Método de cálculo

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

Interpretação

- Traduz a capacidade de investigação do sistema de vigilância e dos comitês de investigação de óbitos maternos.
- A Portaria Nº 1172 do Ministério da Saúde, de 15/6/2004, regulamentando a NOB 96, atribui aos municípios a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna. A investigação do óbito materno deve ser conduzida pelos departamentos de vigilância epidemiológica das SMS e, de forma complementar ou suplementar, pelas SES. Recomenda-se que os Comitês de Morte Materna realizem a investigação dos óbitos maternos nos Estados ou nos municípios onde os departamentos de vigilância epidemiológica não estejam aptos a realizar essa ação.

Uso

- Incentiva a criação e o pleno funcionamento dos Comitês de Mortalidade Materna.
- Dimensiona as principais causas de morte na população feminina em idade fértil.
- Contribui para reduzir o sub-registro e a subnotificação dos óbitos maternos.
- Identifica os determinantes da mortalidade materna.
- Avalia a implementação das ações de vigilância do óbito de mulheres em idade fértil.
- Melhora o registro e a notificação dos óbitos maternos.
- Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e de ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.

Limitações

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

Fonte

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

IV.3. PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS

Conceito

Expressa a proporção de óbitos maternos investigadas em relação ao total dessas mortes identificadas em determinado local e período.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos maternos investigados em dado local e período}}{\text{Número total de óbitos maternos no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação

- Traduz a capacidade de investigação do sistema de vigilância e dos comitês de investigação de óbitos maternos.
- A Portaria Nº 1172 do Ministério da Saúde, de 15/6/2004, regulamentando a NOB 96, atribui aos municípios a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna. A investigação do óbito materno deve ser conduzida pelos departamentos de vigilância epidemiológica das SMS e, de forma complementar ou suplementar, pelas SES. Recomenda-se que, devido à sua importância, os Comitês de Morte Materna realizem a investigação dos óbitos maternos nos estados ou nos municípios onde os departamentos de vigilância epidemiológica não estejam aptos a realizar esta ação.

Uso

- Incentiva a criação e o pleno funcionamento dos Comitês de Mortalidade Materna.
- Dimensiona as principais causas de morte na população feminina em idade fértil.
- Contribui para reduzir o sub-registro e a subnotificação dos óbitos maternos.
- Identifica os determinantes da mortalidade materna.
- Avalia a implementação das ações de vigilância do óbito de mulheres em idade fértil.
- Melhora o registro e a notificação dos óbitos maternos.
- Subsidiava o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e de ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.

Limitações

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

Fonte

- Numerador: Comitês de Morte Materna.
- Denominador: SIM.

IV.4. HOMOGENEIDADE DA COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE 1 ANO

Conceito

Proporção dos municípios do Estado com cobertura vacinal adequada de tetravalente em crianças com até 1 ano de idade.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de municípios com cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano} \geq 95\%}{\text{Total de municípios do Estado ou DIR}} \times 100$$

Interpretação

- A taxa de cobertura vacinal está diretamente associada ao controle da difteria, do tétano, da coqueluche e de hemófilos. Quando se obtém coberturas altas e homogêneas ao longo dos anos, assegura-se o controle, a eliminação ou até mesmo a erradicação dessas doenças.
- O Ministério da Saúde preconiza como meta que no mínimo 95% das crianças menores de 1 ano sejam vacinadas. Esse deve ser o parâmetro de cobertura para o imunizante.
- Nos municípios e nos Estados, valores médios elevados podem significar bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, o que compromete o controle das doenças. Por isso, está sendo proposto o uso do indicador de homogeneidade vacinal para os Estados.

Uso

- Acompanha e avalia a situação vacinal das crianças menores de 1 ano, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.
- Subsidiaria a definição de estratégias de vacinação (campanhas, rotinas, intensificações etc.).
- Auxilia o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da criança e para o controle de doenças que podem ser evitadas por imunização.

Limitações

- Estimativas populacionais super ou subestimadas que comprometem o acompanhamento e a avaliação do cumprimento da meta.
- Morosidade no fluxo de dados nos diversos níveis.
- Demanda nos postos de vacinação da população não-residente (especialmente em campanhas) que interfere na obtenção do indicador e na avaliação da cobertura vacinal.

Fonte

- SISPNI.

IV.5. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS

Conceito

Percentual de óbitos informados ao SIM por causas básicas mal definidas em relação ao total de óbitos não-fetais informados ao SIM. São classificados no capítulo XVIII da CID-10 (síntomas, sinais e achados clínicos e de laboratório não-classificados em outra parte).

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos não-fetais por sinais e sintomas mal definidos (*)}}{\text{Total de óbitos não-fetais}} \times 100$$

* capítulo XVIII da CID-10.

Interpretação/Uso

- Reflete a qualidade da informação por causa de morte, revelando especialmente se há deficiência no preenchimento do atestado de óbito.
- Avalia o acesso, a organização e a qualidade da assistência médica em determinado local.

Limitações

- Qualidade do sistema de informação de mortalidade.

Fonte

- Numerador e Denominador: SIM.

IV.6. PERCENTUAL DE ENCAMINHAMENTOS ATENDIDOS EM RELAÇÃO AO SOLICITADO

Conceito

Proporção de resolução de encaminhamentos solicitados à central de vagas.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de encaminhamentos atendidos pela central de vagas em dado local e período}}{\text{Número de encaminhamentos solicitados à central de vagas no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação

- Revela a capacidade de resposta da central de vagas.
- Mostra o grau de pactuação de internações no município e na regional.

Uso

- Planejamento das necessidades de referência e contra-referências no município e na região.

Limitações

- Informação indisponível em sistema informatizado.

Fonte

- Registros das centrais.

IV.7. PERCENTUAL DE GESTANTES DE RISCO COM VAGA GARANTIDA

Conceito

Proporção de resolução da necessidade de internação para parto de gestantes de alto risco.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de solicitações de vagas para parto de gestantes de alto risco atendidas pela central de vagas em dado local e período}}{\text{Total de solicitações de vagas para parto de gestantes de alto risco recebidas pela central de vagas em dado local e período}} \times 100$$

Interpretação

- Revela a capacidade de resposta da central de vagas.
- Grau de pactuação de internações no município e na região.

Uso

- Planejamento das necessidades de referência e contra-referência municipal e regional.

Limitações

- Informação indisponível em sistema informatizado.

Fonte

- Registros das centrais.

IV.8. TEMPO MÉDIO DE ESPERA POR VAGA EM UTI

Conceito

Tempo médio de espera para obtenção de vaga e internação em UTI.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Tempo de espera por vaga de UTI de cada atendimento pela central de vagas em dado local e período}}{\text{Total de solicitações de vagas de UTI recebido pela central de vagas no mesmo local e período}}$$

Interpretação

- Confere a agilidade e a qualidade da central de vagas e da pactuação de vagas de UTI no município e na região.

Uso

- Subsídia o planejamento e a PPI local e regional.

Limitações

- Informação indisponível em sistema informatizado.

Fonte

- Registros das centrais.

MATRIZ V

OBJETIVO

Avaliar a resolubilidade da descentralização, regionalização e financiamento do SUS

| DIMENSÃO | SUBDIMENSÃO | TIPO DE AVALIAÇÃO |
|------------------------|------------------|-------------------|
| PACTO DE GESTÃO DO SUS | Descentralização | Resultado |
| | Regionalização | Resultado |
| | Financiamento | Resultado |

| | | | |
|--|---|----------------------|---|
| | V.1. Proporção de leitos no município sob gestão municipal | Estadual e regional | SIH |
| | V.2. Proporção de ações de baixa e média complexidade da vigilância sanitária sob gestão municipal | Municipal | SIVISA |
| | V.3. Taxa de invasão de internação V.4. Taxa de evasão de internação | Estadual e regional | SIH |
| | V.5. Gasto municipal em saúde per capita dos municípios V.6. Gasto estadual em saúde per capita dos municípios V.7. Gasto federal em saúde per capita dos municípios V.8. Gasto total em saúde per capita dos municípios | Estadual e municipal | SIOPS Execução orçamentária Outras fontes |

V.1. PROPORÇÃO DE LEITOS NO MUNICÍPIO SOB GESTÃO MUNICIPAL

Conceito

Percentual de leitos hospitalares sob gestão municipal em relação ao total de leitos disponíveis no município.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de leitos hospitalares sob gestão municipal em dado local e período}}{\text{Número total de leitos do mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação

→ Mede o grau de autonomia, a capacidade de negociação e a pactuação do município.

Uso

→ Subsídia a discussão e a tomada de decisão para descentralização e conformação do SUS regional.

Limitações

→ Qualidade de informação do SIH.

Fonte

→ Numerador e Denominador: SIH.

V.2. PROPORÇÃO DE AÇÕES DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB GESTÃO MUNICIPAL

Conceito

Mede a quantidade de ações de baixa e média complexidade da vigilância sanitária realizadas pelo município.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de ações de vigilância sanitária de baixa e média complexidade sob gestão municipal em dado local e período}}{\text{Total de ações de vigilância realizadas em dado local e período}} \times 100$$

Interpretação

→ Indica o grau de descentralização das ações de vigilância sanitária.

Uso

→ Subsídia a discussão e a tomada de decisão para a descentralização e regionalização das ações de vigilância sanitária.

Limitações

→ Atualização da PPI da Vigilância e acesso ao SIVISA.

Fonte

→ Numerador e Denominador: SIVISA.

V.3. TAXA DE INVASÃO DE INTERNAÇÃO

Conceito

Proporção das internações de pacientes residentes em outros municípios em relação ao total das internações do município.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares de pacientes de fora do município em dado período}}{\text{Total de internações hospitalares no município no mesmo período}} \times 100$$

Interpretação

→ Indica a capacidade hospitalar instalada no município e seu potencial de referência para um conjunto de municípios.

Uso

→ Contribui para a discussão e a tomada de decisão da regionalização, do planejamento e Programação Pactuada Integrada.

Limitações

→ Qualidade dos registros hospitalares.

Fonte

→ Numerador e Denominador: SIH.

V.4. TAXA DE EVASÃO DE INTERNAÇÃO

Conceito

Proporção de residentes de um determinado município internados em outros municípios.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações de residentes de um determinado município ocorridas em outros municípios em dado período}}{\text{Total de internações hospitalares deste município no mesmo período}} \times 100$$

Interpretação

→ Indica a falta de leitos em determinado município e as possíveis referências existentes.

Uso

→ Contribui para a regionalização, descentralização, planejamento e Programação Pactuada Integrada (PPI).

Limitações

→ Qualidade dos registros hospitalares.

Fonte

→ Numerador e denominador: SIH.

V.5. GASTO MUNICIPAL EM SAÚDE PER CAPITA DOS MUNICÍPIOS

Conceito

Montante de gasto municipal em atividades e em ações de saúde com recursos próprios e transferidos para o orçamento municipal.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Gasto municipal em saúde de dado município no ano}}{\text{Total da população no mesmo município no ano}}$$

Interpretação

→ Confere o montante do orçamento municipal executado em saúde.

Uso

→ Avalia o cumprimento da legislação no que diz respeito ao montante municipal mínimo para a saúde.

Limitações

→ Qualidade dos registros das contas municipais.

Fonte

→ Numerador: SIOPS e execução orçamentária.
→ Denominador: IBGE.

V.6. GASTO ESTADUAL EM SAÚDE PER CAPITA DOS MUNICÍPIOS

Conceito

Montante de recurso estadual gasto em atividades e em ações de saúde do município.

Método de cálculo

Gasto estadual em saúde em dado município no ano

Total da população no mesmo município no ano

Interpretação

- Confere o investimento estadual em saúde no município.
- Mede o grau de dependência financeira municipal para financiamento da saúde em relação ao Estado.
- Checa o grau de influência e interesse estadual no município.

Uso

- Avalia o cumprimento da legislação no que diz respeito ao montante de participação estadual no financiamento da saúde.
- Testa a capacidade de alocação de recurso estadual para a redução de desigualdades regionais.

Limitações

- Indisponibilidade de parte da informação.

Fonte

- Numerador e denominador: SIOPS e execução orçamentária.
- Numerador e denominador: IBGE.

V.7. GASTO FEDERAL EM SAÚDE PER CAPITA DOS MUNICÍPIOS

Conceito

Montante de recurso federal gasto em atividades e em ações de saúde do município.

Método de cálculo

Gasto federal em saúde em dado município no ano

Total da população no mesmo município no ano

Interpretação

- Confere o investimento federal em saúde no município.
- Mede o grau de dependência financeira municipal para financiamento da saúde em relação ao governo federal.
- Checa o grau de influência federal no município.

Uso

- Avalia cumprimento da legislação no que diz respeito ao montante de participação federal no financiamento da saúde.

→ Testa a capacidade de alocação de recurso federal para a redução de desigualdades regionais.

Limitações

→ Qualidade da informação do SIOPS.

Fonte

→ Numerador e denominador: SIOPS e execução orçamentária.

→ Numerador e denominador: IBGE.

V.8. GASTO TOTAL EM SAÚDE PER CAPITA DOS MUNICÍPIOS

Conceito

Total do gasto em atividades e em ações de saúde com recursos municipal, estadual e federal.

Método de cálculo

Gasto municipal + Gasto estadual + Gasto federal em saúde em dado município no ano

Total da população no mesmo município no ano

Interpretação

→ Mede o volume de recursos em saúde alocados no município, verifica o cumprimento da legislação e indica o peso de cada nível de gestão no financiamento do SUS municipal.

Uso

→ Permite avaliar desigualdades e alocação equitativa de recursos financeiros. Pode ser um instrumento de negociação política no interior de cada nível de governo e entre os níveis de governo.

Limitações

→ Qualidade da informação do SIOPS.

→ Disponibilidade de informação.

→ Qualidade dos registros das contas municipais.

Fonte

→ Numerador e denominador: SIOPS e execução orçamentária.

→ Numerador e denominador: IBGE.



MATRIZ VI

OBJETIVO

Analisar a resolubilidade do sistema de saúde em relação à gestão do trabalho e à educação na saúde

| DIMENSÃO | SUBDIMENSÃO | TIPO DE AVALIAÇÃO |
|------------------------|--|-----------------------|
| PACTO DE GESTÃO DO SUS | Gestão do trabalho | Estrutura |
| | Formação do trabalhador (educação permanente) na saúde | Estrutura Processo |

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| <p>VI.1. Proporção de médicos terceirizados da Atenção Básica</p> <p>VI.2. Proporção de agentes comunitários de saúde terceirizados</p> <p>VI.3. Proporção de médicos da Atenção Básica com mais de 12 meses de serviço</p> | <p>Estadual e municipal</p> | <p>RH municipal</p> <p>CNES, CRH - SES/SP</p> |
| <p>VI.4. Presença de núcleo de educação permanente</p> <p>VI.5. Número de cursos ou ações de formação para Atenção Básica demandados aos pólos</p> <p>VI.6. Proporção dos trabalhadores do SUS com qualificação oferecida pelo SUS</p> | <p>Estadual e municipal</p> | <p>Relatórios dos pólos</p> <p>RH municipal, CRH - SES/SP</p> |

VI.1. PROPORÇÃO DE MÉDICOS TERCEIRIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Conceito

Parcela de médicos atendendo na Atenção Básica sob contratação terceirizada.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de médicos na Atenção Básica terceirizados em dado local e período}}{\text{Número total de médicos na Atenção Básica no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação/Uso

- É considerado terceirizado, o profissional que é contratado por instituição privada que presta serviço nos equipamentos públicos estatais do SUS.
- Mede a capacidade de gestão do SUS sobre a força de trabalho em saúde no sistema público.
- Indica a capacidade regulatória do gestor sobre a força de trabalho.

Limitações

- Informação disponível nem sempre de forma regular e transparente.

Fonte

- RH municipal.
- CNES.
- CRH - SES/SP

VI.2. PROPORÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE TERCEIRIZADOS

Conceito

Parcela de agentes comunitários de saúde sob contratação terceirizada.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de agentes comunitários de saúde terceirizados em dado local e período}}{\text{Número total de agentes comunitários de saúde no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação/Uso

- É considerado terceirizado, o profissional que é contratado por instituição privada que presta serviço nos equipamentos públicos estatais do SUS.
- Mede a capacidade de gestão do SUS sobre a força de trabalho em saúde no sistema público.
- Indica a capacidade regulatória do gestor sobre esta força de trabalho.

Limitações

- Informação disponível nem sempre de forma regular e transparente.

Fonte

- RH municipal.
- CNES.
- CRH - SES/SP

VI.3. PROPORÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA COM MAIS DE 12 MESES DE SERVIÇO

Conceito

Parcela de médicos trabalhando há mais de 12 meses na Atenção Básica.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de médicos na Atenção Básica trabalhando há mais de 12 meses em dado local e período}}{\text{Número total de médicos na Atenção Básica no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação/Us o

→ Mede a rotatividade dos profissionais e permite avaliar, por exemplo, o estabelecimento de vínculos com os usuários dos serviços, a qualidade da prestação desses serviços, a descontinuidade das ações e a perda do investimento direcionado à formação dos profissionais.

Limitações

→ Informação disponível nem sempre de forma regular e transparente.

Fonte

- RH municipal.
- CNES.
- CRH - SES/SP

VI.4. PRESENÇA DE NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Trata-se de um indicador que mede a pactuação entre os gestores estaduais e municipais para a implementação da política de formação e de qualificação do trabalhador do SUS. A obtenção do dado se dá simplesmente por verificação da existência ou não do núcleo na região (SIM/NÃO).

VI.5. NÚMERO DE CURSOS OU AÇÕES DE FORMAÇÃO PARA ATENÇÃO BÁSICA DEMANDADOS AOS PÓLOS

Conceito

Indica a necessidade dos gestores locais e regionais de formar e qualificar a força de trabalho do SUS.

Método de cálculo

Número de cursos em Atenção Básica por pólo.

Limitações

→ Informação indisponível em sistema informatizado.

Fonte

→ Relatório dos pólos de educação continuada.

VI.6. PROPORÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS COM QUALIFICAÇÃO OFERECIDA PELO SUS

Conceito

Parcela de trabalhadores do SUS cuja qualificação foi dada pelo SUS.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de trabalhadores do SUS qualificados pelo SUS em dado local e período}}{\text{Número total de trabalhadores do SUS}} \times 100$$

Interpretação/Uso

→ Mede a capacidade do SUS de qualificar a sua força de trabalho.

Limitações

→ Informação inexistente ou indisponível em sistema informatizado.

Fonte

→ Relatórios.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAGA, J. C. & GÓES DE PAULA, S. 1986. Saúde e previdência. Estudos de política social. São Paulo : Hucitec.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Brasília, 2004.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 7(3): 401-12, 2002.
- Carta de Aracaju disponível em 28/08/2006 em <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1710>.
- Consensos sobre Atenção Básica disponível em 28/08/2006 em [http://www.conass.com.br/admin/arquivos/construcao de consensus.pdf](http://www.conass.com.br/admin/arquivos/construcao%20de%20consensus.pdf).
- CONILL, E. M. Complementando a discussão sobre a Atenção Básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? Ciência. Saúde coletiva. 7(3), 2002.
- DONABEDIAN, A., 1980a. The definition of quality: A conceptual exploration. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol I, pp. 3-31, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- DONABEDIAN, A., 1980b. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- FIOCRUZ. Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Relatório Final obtido no sítio www.proadess.cict.fiocruz.br, 2003.
- GARCIA, R. C. Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental. Texto para Discussão No 776, IPEA, Brasília, 2001.
- GROISMAN, S, MORAES NM, CHAGAS, LD. A evolução da atenção à saúde no Brasil. O contexto da Saúde Bucal. Cadernos da ABOPEV II. Rio de Janeiro, 2005.
- JUNQUEIRA, V. Construção de parâmetros alternativos para avaliação da gestão local de saúde. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.
- KOPPEL, A., MEIESAAR K., VALTONEN, H., MESA, A., LEMBER, M. Evaluation of primary health care reform in Estonia. Soc. Sci. Med. 52(12):2461-6, 2003.
- LEVCOWITZ E., LIMA L.D., MACHADO C.V. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva 6(2): 269-291, 2002.
- MENDES, E.V. Distrito Sanitário. 4ªed. São Paulo, Hucitec, 1999.
- MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; ISC, 2001.167 p.T. II.
- MERHY, E. E. & BUENO, W.S. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? São Paulo. Mimeo, 1997. 17 p.
- MURRAY, C. e JOLLEY, G. Initiative in primary health care: evaluation of a South Australian program. Aust Health Rev. 22(3): 155-61, 1999.
- NARVAI PC. Odontologia e Saúde Coletiva. São Paulo. Hucitec, 1994. 113 p.
- NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. The Lancet (356) 1598-1601, november, 2000.
- OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.
- STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. International Journal of Health Services. Inglaterra: v.13, n.3, p. 545-566, 2001.
- STARFIELD B, SHI, L., MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly 83(3): 457-502, 2005.
- VILLALBI, J. R., PASARIN M., MONTANER, I., CABEZAS, C., STARFIELD, B. Evaluation of primary health care. Aten Primaria. 31(6):382-5, 2003.



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

