

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA EXECUTIVA  
DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO**

**INSTRUTIVO DOS INDICADORES PARA A  
PACTUAÇÃO UNIFICADA  
2008**

# SUMÁRIO

<b>Prioridade: Saúde do Idoso</b>	<b>05</b>
1. Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur	05
2. Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastradas e inspecionadas	11
<b>Prioridade: Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama</b>	<b>13</b>
3. Razão de exames citopatológico cérvico vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, em determinado local, por ano	13
4. Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III), em determinado local, no ano	15
5. Percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, por UF, no ano	16
6. Proporção de Estados e municípios capacitados no SISMAMA (União)	18
6a. Proporção de municípios com serviço de mamografia prestadores do SUS capacitados no SISMAMA (Estado)	18
6b. Proporção de serviços (SUS e credenciado) de mamografia ao SUS capacitados no SISMAMA (Município)	18
<b>Prioridade: Redução da Mortalidade Infantil e Materna</b>	<b>20</b>
7. Proporção de investigação de óbitos infantis	20
8. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	20
9. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal	23
10. Coeficiente de mortalidade neonatal	24
11. Número absoluto de mortes infantis indígenas	25
12. Número de casos de sífilis congênita	28
13. Taxa de cesáreas	29
<b>Prioridade: Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS</b>	<b>30</b>
14. Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue	30
15. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	32
16. Incidência parasitária anual de malária	33
17. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	34
18. Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado	35
19. Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia	36
20. Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	37
<b>Prioridade: Promoção da Saúde</b>	<b>38</b>
21a. Prevalência de sedentarismo em adultos (estados/capitais)	38
21b. Percentual de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física (municípios)	42

22. Prevalência de tabagismo	42
23a. Proporção de estados com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde	46
23b. Proporção de capitais com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde	47
23c. Proporção de municípios prioritários com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde por UF	49
<b>Prioridade: Fortalecimento da Atenção Básica</b>	<b>54</b>
24. Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	54
25a. Proporção de municípios com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado	55
25b. Proporção de Equipes de Saúde da Família com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado	56
26. Recurso financeiro (em reais) próprio dispendido na atenção básica	58
27. Média anual da ação coletiva escovação supervisionada	58
28. Cobertura de primeira consulta odontológica programática	59
29. Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral	60
30. Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais	61
31. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	63
32. Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	64
33. Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde	65
34. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	66
35. Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica	67
<b>Prioridade: Saúde do Trabalhador</b>	<b>68</b>
36. Número de Cerest implantados	68
37. Número de profissionais de saúde matriculados	69
<b>Prioridade: Saúde Mental</b>	<b>70</b>
38. Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes	70
39. Taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa	71
<b>Prioridade: Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência</b>	<b>72</b>
40. Número total de serviços de reabilitação de saúde auditiva habilitados por UF	72
<b>Prioridade: Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência</b>	<b>75</b>
41. Proporção de redes de atenção integral à mulher e adolescentes em situação de violência implantados em municípios prioritários no estado	75

42. Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências, implantadas	76
<b>Prioridade: Saúde do Homem</b>	<b>79</b>
43. Percentual de unidades federadas e Distrito Federal que implantaram a Política de Saúde do Homem	79
<b>Responsabilidades Sanitárias das Instâncias Gestoras do SUS</b>	<b>80</b>
44. Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	80
45. Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	81
46. Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA em menores de 15 anos	83
47. Proporção de doenças exantemáticas investigados oportunamente	84
48. Proporção de casos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	85
49. Proporção de receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000	87
50. Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórias (SIASUS – SIHSUS – CNES – SIAB)	88
51. Proporção de constituição de Colegiados de Gestão Regional	89
52. Quantidade de estados com a PPI atualizada	90
53. Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS, nos estados e municípios	92
54. Proporção de estados e municípios com relatórios de gestão aprovados no CES e CMS	93
ANEXO I - Municípios prioritários para implantação/implementação da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	95
ANEXO II - Critérios para seleção dos municípios prioritários para atenção integral às pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade para violências	98

## **PRIORIDADE: SAÚDE DO IDOSO**

### **1. Taxa de Internação Hospitalar em Pessoas Idosas por fratura do fêmur:**

#### **Conceito**

Ocorrência de internações hospitalares por Fratura do Fêmur na população com 60 anos ou mais de idade, pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado local e período.

#### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Nº.de internação hospitalar por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais por local de residência}}{\text{Total da população com 60 anos e mais}} \times 10.000$$

Capítulo CID-10: XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas  
Lista Morb CID-10: Fratura do fêmur

#### **Interpretação**

A queda pode ser considerada evento sentinela na saúde da pessoa idosa. Suas causas principais estão relacionadas a fatores intrínsecos, tais como, visão, audição, equilíbrio, força muscular, uso de medicamentos, doenças cardiovasculares, demências etc. Os fatores externos relativos ao meio ambiente também são importantes, mas concorrem em menor grau.

Uma das principais conseqüências de queda em pessoas idosas é a fratura do fêmur, principalmente em mulheres. A prevenção de fratura do fêmur envolve ações de prevenção de quedas e de prevenção de osteoporose em mulheres.

#### **Usos**

Analisar variações geográficas e temporais nas taxas de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas idosas com o objetivo de desenvolver ações de prevenção e sua análise permitirá avaliar o nível de atenção prestado aos fatores de risco e programar medidas de prevenção desse agravo.

Série Histórica Indicador do Objetivo "I Identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de quedas"

## Indicador de resultado

### Indicador 1

Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em maiores de 60 anos x 10.000

---

Total de internações em maiores de 60 anos

### Justificativa de escolha desses indicadores

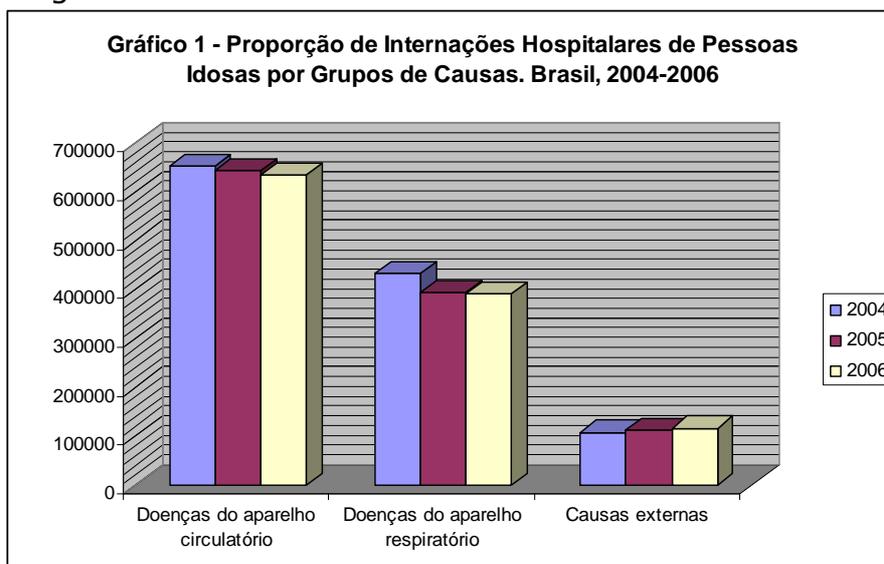
A queda em pessoas idosas é importante fator de risco para perda de independência e, por conseguinte, qualidade de vida. Dentre as causas externas, a queda é a segunda causa de óbito de pessoas idosas (Tabela 1).

Tabela 1 - Óbitos p/Residência por Ano do Óbito segundo Causa

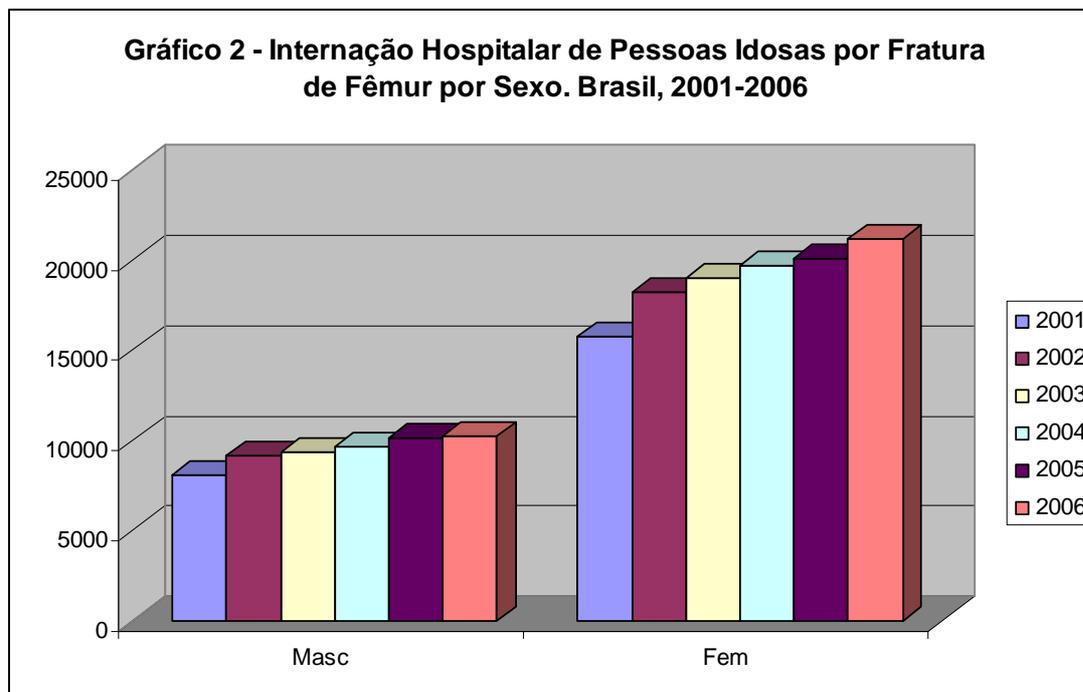
ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
. 103 Acidentes de transporte	3694	4108	4189	4380	4704	4917
. 104 Quedas	2034	2508	2468	3024	3441	3664
. 105 Afogamento e submersões acidentais	291	306	340	302	392	409
. 106 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	250	255	259	259	231	246
. 107 Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	37	38	39	42	27	28
. 108 Lesões autoprovocadas voluntariamente	1000	1073	1044	1051	1135	1275
. 109 Agressões	1392	1481	1558	1702	1626	1673
. 110 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	1855	2302	2641	2670	2863	3002
. 111 Intervenções legais e operações de guerra	4	0	1	0	2	1
. 112 Todas as outras causas externas	2885	2429	2438	2335	2369	2366
Total	13442	14500	14977	15765	16790	17581

Fonte: DATASUS

Ao contrário das doenças cardiovasculares e das doenças respiratórias, a internação hospitalar de pessoas idosas por queda e por fratura do fêmur tem experimentado nos últimos três anos aumento, como pode ser verificado no gráfico 1.



Uma das conseqüências da queda é a fratura do fêmur, principalmente em mulheres (Gráfico 2). Verifica-se que existe tendência de aumento no número de internações ao longo dos últimos anos.

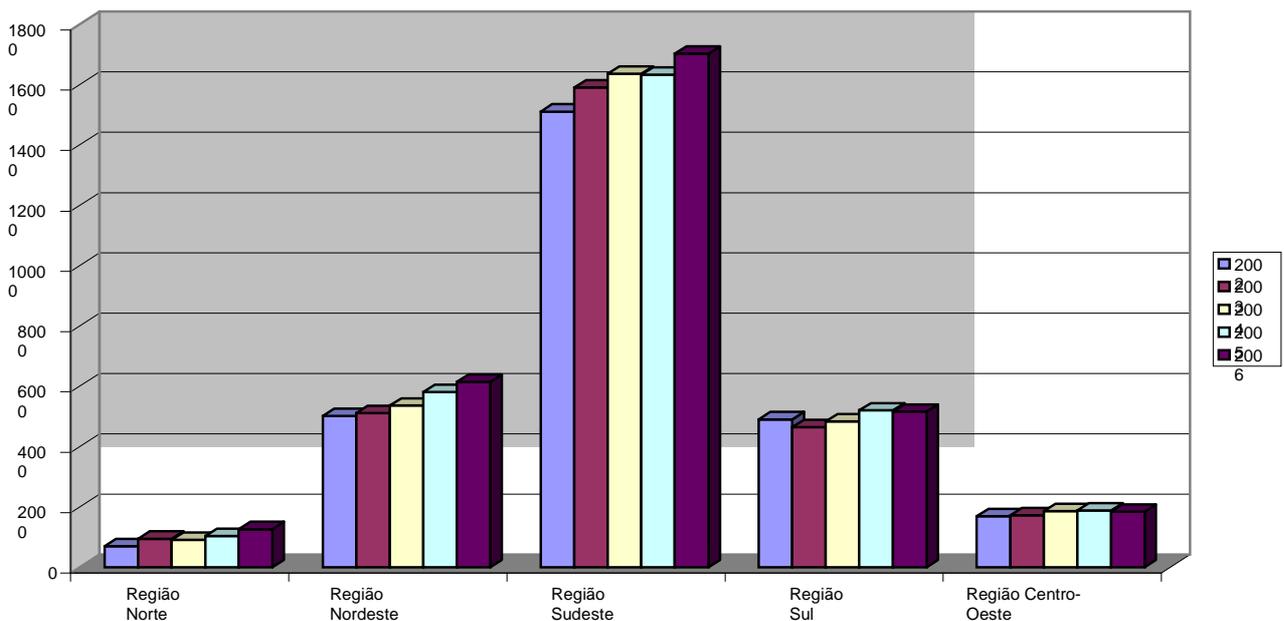


A redução do nº. de internações por fratura do fêmur em pessoas idosas configura-se em importante meta para a prevenção de incapacidades e óbitos nessa faixa etária. A queda em pessoas idosas tem por causas principais fatores intrínsecos, tais como dificuldade de visão, auditiva, uso inadequado de medicamentos, dificuldade de equilíbrio, perda progressiva de força nos membros inferiores dentre outras situações clínicas que culminam para maior probabilidade de uma pessoa idosa cair. A queda, portanto, representa importante evento sentinela para abordagem integral e preventiva. A osteoporose, por sua vez, tem contribuição importante nas fraturas de fêmur em pessoas idosas do sexo feminino. Portanto, a meta de reduzir o nº. de internações de pessoas idosas por fratura do fêmur envolve ações de prevenção de quedas e de osteoporose.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa induz o profissional de saúde a perguntar se o indivíduo idoso sofreu alguma queda nos últimos 6 meses e essa pergunta tem por objetivo exatamente identificar aquela pessoa propensa a cair. Sua identificação antes que aconteça agravo maior à pessoa, a fratura do fêmur, por exemplo, é pré-requisito para ações dirigidas à prevenção e promoção da saúde.

O indicador proposto tem possibilidade de ser avaliado em série histórica. Um dos problemas identificados para a utilização dos dados sobre internação hospitalar por quedas é a qualidade do preenchimento da AIH. Fato esse que não ocorre com a fratura de fêmur, pois esta gera procedimentos específicos, cirúrgicos ou não. O gráfico 3 apresenta série histórica de 2002 a 2006 de internação por fratura de fêmur.

Nº. de Internações de Pessoas Idosas por Fratura de Fêmur por Região - Brasil, 2002-2006



A proposta de pactuação da meta é a de que seja assumida pelos Estados, pelos municípios com 500 mil habitantes ou mais e pelas capitais. Nestas, em princípio, há maior capacidade instalada e as ações de prevenção serão primordialmente executadas pela rede de atenção básica de saúde.

Abaixo seguem os quadros com dados de internação hospitalar por local de residência das capitais e dos municípios com 500 mil hab ou mais por região.

Quadro 1 – Nº. de Internações Hospitalares de Pessoas Idosas por Local de Residência por Fratura de Fêmur, Capitais e Municípios com 500 mil hab. ou mais – Região Norte - 2006.

Município	Internações
Porto Velho	33
Rio Branco	51
Manaus	411
Boa Vista	23
Macapá	23
Palmas	55
TOTAL	596

Quadro 2 – Nº. de Internações Hospitalares de Pessoas Idosas por Local de Residência por Fratura de Fêmur, Capitais e Municípios com 500 mil hab. ou mais – Região Nordeste- 2006.

Município	Internações
Maceió	134
Feira de Santana	51
Salvador	260
Fortaleza	314
São Luís	160
João Pessoa	109
Jaboatão dos Guararapes	70
Recife	193
Teresina	66
Natal	126
Aracaju	48
TOTAL	1531

Quadro 3 – Nº. de Internações Hospitalares de Pessoas Idosas por Local de Residência por Fratura de Fêmur, Capitais e Municípios com 500 mil hab. ou mais – Região Centro-Oeste - 2006.

Município	Internações
Campo Grande	74
Cuiabá	68
Goiânia	231
Brasília	215
Total	588

Quadro 4 – Nº. de Internações Hospitalares de Pessoas Idosas por Local de Residência por Fratura de Fêmur, Capitais e Municípios com 500 mil hab. ou mais – Região Sul - 2006.

Município	Internações
Curitiba	268
Porto Alegre	479
Florianópolis	62
TOTAL	809

Quadro 5 – Nº. de Internações Hospitalares de Pessoas Idosas por Local de Residência por Fratura de Fêmur, Capitais e Municípios com 500 mil hab. ou mais – Região Sudeste - 2006.

Município	Total
Vitória	76
Belo Horizonte	416
Contagem	90
Juiz de Fora	42
Uberlândia	130
Duque de Caxias	178
Nova Iguaçu	161
Rio de Janeiro	1174
São Gonçalo	276
Guarulhos	179
Osasco	135
Ribeirão Preto	137
Santo André	169
São Bernardo do Campo	113
São Paulo	2388
Sorocaba	118
TOTAL	5782

Por último, cabe destacar que o Ministério da Saúde, através de Portaria GM Nº. 3.213, de 20 de dezembro de 2007, instituiu Comitê Assessor com o objetivo de apoiar as políticas voltadas para a população idosa no que diz respeito à osteoporose e ao evento de quedas. Tem participação nesse Comitê Assessor, além dos técnicos do Ministério da Saúde, representantes da Confederação das Entidades Brasileiras de Osteoporose e Osteometabolismo. O Ministério da Saúde assume, assim, a relevância do problema enfrentado por milhares de pessoas idosas e seus familiares no que diz respeito às conseqüências das fraturas de fêmur e a necessidade premente de desencadear ações efetivas para prevenção desse agravo em todo o território nacional.

A pactuação dessa temática na Comissão Intergestores Tripartite assume especial importância na medida em que possibilitará aos gestores maior atenção ao problema.

## **2. Percentual de (ILPI) cadastradas, inspecionadas:**

### **Conceito**

O indicador vai avaliar o quantitativo de inspeções realizadas nas ILPI, possibilitando observar a cobertura dessa ação de vigilância sanitária e o cumprimento das normas sanitárias, inferindo na melhoria da qualidade dessas instituições.

Os dados obtidos permitem uma visão do universo de ILPI que as Visas têm para atuar e definir estratégias que irão embasar trabalhos a serem desenvolvidos em parceria com a área social no sentido de direcionar ações de prevenção e promoção para a população idosa do país

Os dados, hoje enviados em planilha eletrônica, serão incorporados no SINAVISA, quando finalizados os módulos de cadastro e inspeção.

Quanto mais próximo de uma maior a abrangência da ação de Visa.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Nº. de ILPI cadastradas na VISA inspecionadas}}{\text{Nº. de ILPI cadastradas na VISA}} \times 100$$

### **Fonte**

ILPI cadastradas na VISA (planilha eletrônica) - dados enviados anualmente, pelas coordenações estaduais de vigilância sanitária, à GGTES/Anvisa; Inspeções em ILPI (planilha eletrônica) - dados enviados anualmente, pelas coordenações estaduais de vigilância sanitária ao NADAV/Anvisa.

### **Informações adicionais**

No processo de organização da rede e das ações voltadas para a população idosa, a parcela desta população que se encontra institucionalizada deve merecer atenção especial, seja pelas próprias condições de fragilidade em que grande maioria se encontra, seja pela negligência histórica que esta população foi vítima ao longo de décadas de "invisibilidade social". Esta é uma dívida moral que deve ser resgatada pelo SUS no sentido de garantir dignidade e qualidade de vida às pessoas que hoje residem nas ILPI (BRASIL, 2006b). Segundo Júnior e Tavares (2005), as ILPI existentes constituem um desafio, principalmente pelo contraste entre a sua prática e a proposta de promoção da saúde.

Associadas à literatura científica, as denúncias recebidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) também demonstram os riscos

sanitários existentes nessas instituições, a falta de humanização no serviço, o desconhecimento e a ausência de gerenciamento da instituição baseado em indicadores.

Face ao exposto, em setembro de 2005, foi publicada a RDC/Anvisa nº. 283, que aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI. De acordo com a Resolução, ILPI são "instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania" (BRASIL, 2005).

Apesar dos esforços, ainda não existem dados nacionais aprofundados sobre o universo das ILPI no país. Para este enfrentamento e com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso institucionalizado, a Anvisa possui projeto em andamento, voltado ao conhecimento do real universo desta população, à sistematização destas informações, à criação de um Sistema Nacional de Cadastro das ILPI, bem como à capacitação dos agentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária sobre o tema. Como parte deste projeto, a Anvisa solicitou informações cadastrais às coordenações estaduais de VISA e o consolidado das informações recebidas por meio de ofícios segue no quadro 01.

**Quadro 01 - Número de Instituições de Longa Permanência para Idosos cadastrados na VISA, separados por Unidade da Federação – 2006**

<b>Unidade da Federação</b>	<b>Nº. de ILPI cadastradas na VISA em 2007</b>
Acre	1
Alagoas	4
Amapá	1
Amazonas	3
Bahia	44
Distrito Federal	22
Ceará	20
Espírito Santo **	-
Goiás	164
Maranhão	6
Minas Gerais	679
Mato Grosso do Sul	37
Mato Grosso	19
Pará	8
Paraíba	22
Paraná	237
Pernambuco	62
Piauí	3
Rio Janeiro	208
Rio Grande do Norte	17
Rondônia **	-

<b>Unidade da Federação</b>	<b>Nº. de ILPI cadastradas na VISA em 2007</b>
Roraima	1
Rio Grande do Sul *	103
Santa Catarina	64
São Paulo	629
Sergipe	6
Tocantins	11
TOTAL	2371

\* Somente o município de Porto Alegre enviou dados de forma consolidada para a Anvisa.

\*\* Espírito Santo e Rondônia ainda estão consolidando os dados para o envio.

A pactuação da meta de inspeção das ILPI e o envolvimento efetivo dos Gestores Estaduais e Municipais de Saúde com o tema são elementos fundamentais para o monitoramento da qualidade da atenção ao idoso institucionalizado, uma vez que propiciarão conhecimento, embasarão a tomadas de decisões e o planejamento de ações futuras.

OBS: Os dados referentes às inspeções em ILPI realizadas em 2007 serão enviados ao NADAV/Anvisa, pelas coordenações de VISA, ao final do mês de dezembro do corrente ano.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

## **PRIORIDADE: CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA**

### **3. Razão de exames citopatológico cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, em determinado local, por ano:**

#### **Conceito**

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

Expressa a produção de exames realizados a partir da capacidade instalada de oferecer exames citopatológicos para a população alvo (população feminina de 25 a 59 anos).

**Uso:** informar ao gestor como está sua produção de exames e relacioná-la tanto com a capacidade instalada de serviços para coleta do exame preventivo Papanicolaou quanto para avaliar a capacidade de captar mulheres de primeira vez (neste último caso, esta avaliação só será possível se o preenchimento do SISCOLO for feito corretamente).

Permite inferir como uma aproximação sobre a cobertura de mulheres da população-alvo examinadas no SUS.

**Limitações:** indica somente a quantidade de exames citopatológicos cérvico-vaginais (exame preventivo) realizados para atender a população-alvo e não informa precisamente como está a cobertura desta população, pois, pode haver repetição de exames para uma mesma mulher.

**Interpretação:** razões baixas refletem baixa produção de exames preventivos na população-alvo, devido à capacidade instalada insuficiente ou dificuldades na captação de mulheres dentro da faixa-etária recomendada, o que conseqüentemente resultará uma baixa cobertura.

### **Método de Cálculo**

#### **Para estados:**

Número exames citopatológico cérvico-vaginal,  
em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos,  
do estado.

---

População feminina, na faixa etária de 25 a 59  
anos, do estado.

#### **Para municípios:**

Número exames citopatológico cérvico-vaginal,  
em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos,  
do município.

---

População feminina, na faixa etária de 25 a 59  
anos, do município.

### **Fonte**

Ministério da Saúde/DATASUS: Sistema de Informações do Câncer da Mulher (SISCAM/SISCOLO).

IBGE: população feminina na faixa etária  
Informação com alto grau de desagregabilidade. Os dados são digitados em todos os laboratórios que fazem à leitura da lâmina do preventivo. Quando o município que realiza o exame não possui laboratório, o laboratório do município que recebe a lâmina informa a procedência da mesma.

### **Informações adicionais**

Como o indicador proposto avalia somente a quantidade de exames preventivos e não o número de mulheres examinadas, não é possível com os dados atuais do SISCOLO avaliar como está a cobertura da população-alvo, de acordo com a necessidade definida na linha de cuidado para o controle do câncer do colo do útero;

Vale lembrar que o SISCOLO apresenta um campo onde solicita a informação se a mulher já fez alguma vez o exame preventivo ("*Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*"). Caso este campo seja preenchido com atenção, poderemos avaliar como está a capacidade de captação de mulheres de primeira vez dentro da faixa etária recomendada pelo MS.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **04. Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III), em determinado local, no ano:**

### **Conceito**

Expressa como está à cobertura do tratamento/seguimento (no nível ambulatorial) das lesões de alto grau.

*Uso:* informar ao gestor a capacidade da rede de serviços de tratar/ as mulheres com laudo citopatológico de lesão de alto grau.

*Limitação:* não permite ao gestor avaliar a qualidade do tratamento/seguimento (resolubilidade) realizado.

*Interpretação:* percentuais baixos indicam baixa capacidade de encaminhamento das lesões precursoras de alto grau no nível ambulatorial.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de condutas preconizadas para lesões de alto grau NIC II e NIC III no exame preventivo**}}{\text{Nº. de exames com lesão de alto grau, em determinado local.}} \times 100$$

\* Ver "*Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas*" – INCA/MS 2006

### **Fonte**

Ministério da Saúde/DATASUS: Sistema de Informações do Câncer da Mulher (SISCAM/SISCOLO).

### **Informações adicionais**

O Coordenador Estadual das ações de Controle do Câncer do Colo-Útero deve estar acompanhando o seguimento das mulheres com diagnóstico citopatológico de lesão de alto grau (NIC II e NIC III);

Importante relacionar os métodos excisionais realizados no nível ambulatorial com procedimentos similares no nível hospitalar (SIH).

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## 05. Percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5% por UF, no ano:

### Conceito

Indica a proporção de municípios que apresentam problemas na qualidade do exame citopatológico (amostras insatisfatórias).

**Uso:** informar ao gestor o percentual de municípios que apresentam baixa qualidade na coleta de exames preventivos Papanicolaou que, conseqüentemente, não serão diagnosticadas sendo necessária uma nova coleta (o exame deverá ser repetido).

**Interpretação:** Informa ao gestor como está a qualidade das amostras do exame preventivo que são coletadas na rede municipal de serviços

### Método de Cálculo

#### A) Federal

$$\frac{\text{Número total de municípios com exames citopatológico cérvico-vaginal com amostras insatisfatórias acima de 5\%, por estado}}{\text{Nº. total de municípios, no estado}} \times 100$$

#### B) Estadual

$$\frac{\text{Número de municípios com exames citopatológico cérvico-vaginal com amostras insatisfatórias acima de 5\%, por estado}}{\text{Nº. total de municípios, no estado}} \times 100$$

#### C) Municipal

$$\frac{\text{Número total de exames citopatológico cérvico-vaginal com amostras insatisfatórias acima de 5\%, no município}}{\text{Nº. total de exames citopatológico cérvico-vaginal no município}} \times 100$$

### Fonte

Ministério da Saúde/DATASUS: Sistema de Informações do Câncer da Mulher (SISCAM/SISCOLO).

Informação com alto grau de desagregabilidade. Os dados são digitados em todos os laboratórios que fazem a leitura da lâmina do preventivo. Quando o município que realiza o exame não possui laboratório, o laboratório do município que recebe a lâmina informa a procedência da mesma.

### Informações adicionais

1. Este indicador contribui para a identificação de localidades/serviços que precisam ser capacitados para melhoria de todas as etapas da coleta, otimizando a utilização dos recursos disponíveis;
2. Considerando o percentual de municípios com amostras insatisfatórias (>5%) de exames citopatológicos do colo do útero, por Unidade Federativa em 2005, informado na publicação do Instituto Nacional de Câncer "A Situação do câncer no Brasil".

<b>SITUAÇÃO ATUAL (2005)</b>	<b>UF</b>	<b>% de municípios com amostras insatisfatórias (&gt;5%) de exames citopatológicos</b>
UF que apresentam o percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de <b>10%</b> dos municípios	Bahia	42,3
	Pará	38,8
	Maranhão	38,3
	Amapá	29,4
	Pernambuco	25,0
	Amazonas	16,1
	Rio Grande do Norte	15,6
UF que apresentam o percentual de municípios com amostras insatisfatórias entre <b>2 a 10%</b> dos municípios	Mato Grosso do Sul	9,5
	Tocantins	8,3
	Alagoas	8,0
	Mato Grosso	7,5
	Rondônia	4,9
	Paraíba	3,6
	São Paulo	3,0
	Rio Grande do Sul	2,8
	Ceará	2,2
Minas	1,9	

SITUAÇÃO ATUAL (2005)	UF	% de municípios com amostras insatisfatórias (>5%) de exames citopatológicos
UF que apresentam o percentual de municípios com amostras insatisfatórias até <b>1%</b> dos municípios	Acre, Roraima, Sergipe, Distrito Federal, Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina.	0,0 (UF com este percentual deve monitorar o funcionamento do sistema informação - SISCOLO)
	Goiás	0,4
	Piauí	0,9
	Rio de Janeiro	1,1

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

### **06. União: Proporção de estados e municípios capacitados no Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA):**

#### **06.a Estado: Proporção de municípios com serviço de mamografia prestadores do SUS capacitados no Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA):**

#### **06.b Municípios: Proporção de serviços (SUS e credenciados) de mamografia ao SUS capacitados no Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA):**

#### **Conceito:**

Unidades Federativas e municípios capacitados para definição do fluxo da informação e operacionalização do SISMAMA, nas suas esferas administrativas.

Uso: A partir da capacitação do sistema de informação os gerentes e técnicos do programa poderão definir o fluxo da informação, em sua esfera de atuação, a fim de monitorar as ações de detecção precoce para o câncer de mama.

Interpretação: demonstra a qualificação dos recursos humanos envolvidos no controle do câncer de mama, para organizar o fluxo da informação na rede e operacionalizar o sistema de informação.

Limitações: A realização da capacitação na esfera estadual e municipal não assegura que todos os serviços de mamografia e laboratórios existentes nos municípios sejam capacitados para o SISMAMA.

### **Método de Cálculo:**

#### **a) Para a União:**

$$\frac{\text{Nº. de UFs capacitadas no SISMAMA}}{\text{Total de UF}} \times 100$$

#### **b) Para o Estado:**

$$\frac{\text{Número de municípios com serviço de mamografia prestadores do SUS, capacitados no SISMAMA}}{\text{Total de municípios com serviço de mamografia (SUS e credenciado) no estado}^1} \times 100$$

#### **c) Para os municípios com serviço de mamografia:**

$$\frac{\text{Número de serviços de mamografia (SUS e credenciado) no município, capacitados no SISMAMA}}{\text{Total de serviços de mamografia (SUS e credenciado) no município}^1} \times 100$$

### **Fonte**

Instituto Nacional de Câncer (numerador)

<sup>1</sup>CNES (para identificação dos serviços e municípios com mamógrafos SUS)

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

### **Informações adicionais**

Quanto à fonte, nem todos os municípios com informação de mamógrafos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES) estão com seus equipamentos em uso. Dado a ser confrontado com a produção do SIA.

Em 2007 pelo CNES, há registro de 642 municípios com mamógrafo e pelo SIA observa-se que 613 municípios informaram produção de mamografia.

Vale ressaltar que em alguns municípios a produção informada é muito baixa. Em 51 municípios a produção foi abaixo de 100 mamografias para o período de janeiro a novembro de 2007. Estes municípios não foram retirados da análise, mas para a pactuação os estados precisariam rever estas informações.

## **REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA**

### **07. Proporção de investigação de óbitos infantis:**

#### **Conceito**

Expressa a proporção de óbitos investigados em residentes menores de um ano, sobre o total de óbitos de residentes menores de um ano em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

#### **Método de Cálculo**

Número de óbitos infantis investigados em  
residentes menores de 01 ano

X100

---

Total de óbitos residentes menores de 01 ano

#### **Fonte:**

SIM

#### **Informações adicionais:**

Como se trata de um dado novo do SIM é provável que as SES não informem adequadamente o campo sobre investigação. É importante que o óbito seja cadastrado, e depois o registro seja atualizado com a informação sobre a investigação. Esta orientação é válida principalmente para as situações em que a investigação definir mudança na causa do óbito. O sistema guarda a causa original e a causa após a investigação.

## **08. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados:**

### **Conceito**

Proporção de óbitos de mulheres entre 10 a 49 anos de idade submetidos à investigação epidemiológica, com a finalidade de detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos destas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Trata-se, portanto, de um indicador direto da qualidade da vigilância de óbito materno nas estruturas responsáveis por esta ação, em um determinado espaço geográfico, no tempo considerado, além de ser um indicador indireto da qualidade dos dados de mortalidade materna.

Taxas elevadas de mortalidade materna estão geralmente associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a saúde da mulher. Taxas de mortalidade materna baixas não significam necessariamente o contrário. Podem significar simplesmente subnotificação de óbitos maternos, geralmente associada à baixa proporção de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. Portanto é um indicador que subsidia a confiabilidade no indicador de impacto mais utilizado no monitoramento da saúde da mulher, a Razão de mortalidade materna.

#### *Uso:*

- Analisar variações geográficas e temporais da qualidade da vigilância de óbito materno realizada pelas responsáveis por esta ação em um determinado espaço geográfico, no tempo considerado, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a tomada de decisões com o propósito de identificar os fatores que condicionam a baixa investigação de óbitos de mulher em idade fértil, ou a baixa razão de morte materna.
- Avaliar a qualidade das estatísticas de mortalidade materna e, subsidiariamente, das condições de prestação de serviços de saúde.
- Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação dos sistemas de informação sobre mortalidade, para a adoção de medidas destinadas a aprimorar o preenchimento da Declaração de Óbito.

#### *Limitações:*

- Apesar cobertura média nacional das bases de dados sobre mortalidade serem elevadas, existem grandes desigualdades regionais e a cobertura é insatisfatória em muitos municípios do país, com expressiva subenumeração de óbitos em geral, incluindo o de mulheres em idade fértil, nas regiões Norte e Nordeste.
- O volume de óbitos de mulheres em idade fértil tende a estar subenumerado em áreas com baixa cobertura de informação sobre mortalidade. Essas áreas costumam apresentar condições assistenciais insatisfatórias, com prejuízo para a identificação das causas de morte.

- A qualidade dos registros em prontuários nem sempre permite o esclarecimento se um óbito foi materno ou não. Por isso, uma alta proporção de óbitos investigados, mesmo quando a investigação é realizada com qualidade, não garante necessariamente a sua definição quanto a este.

*Interpretação:*

- Avalia o grau da qualidade da informação sobre mortalidade materna. Percentuais baixos de investigação sugerem baixa confiabilidade nos dados de mortalidade materna na maior parte das localidades. Deficiências crônicas na qualidade do registro das causas de morte, pelos médicos nas declarações de óbitos, fartamente demonstradas em pesquisas, indicam que onde não existe tratamento pós registro (investigação), provavelmente há subenumeração de óbito materno.
- Diagnósticos imprecisos podem expressar má qualidade da assistência médica, do registro médico, da codificação, do sistema de investigação de causas de óbito, etc.

**Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres com 10 a 49 anos de idade, residentes, investigados.}}{\text{Número de óbitos em mulheres com 10 a 49 anos de idade, residentes, no ano considerado}} \times 100$$

**Fonte**

SIM

**Informações adicionais**

O indicador pode ser calculado em todos os níveis (municipal, estadual e nacional), utilizando as mesmas fontes e o mesmo método de cálculo.

Entende-se por 'investigar óbitos de mulheres em idade fértil' confirmar ou descartar a possibilidade de gravidez, aborto ou parto no momento do óbito ou até 12 meses antes. Se, durante a entrevista domiciliar ou investigação nos serviços de saúde, ficar evidente que a mulher não estava grávida no momento do óbito, não há necessidade de dar prosseguimento à investigação mais detalhada.

A conclusão da investigação epidemiológica dos óbitos de mulher em idade fértil é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência do município de residência da mulher falecida. Embora deva ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do(s) município(s) onde a mesma recebeu assistência (ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério) ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do município onde residia, a responsabilidade por concluir a investigação e informar o seu resultado é do município de residência. O processamento

desta informação deve, portanto ser feito pelo município de residência, podendo haver fluxos alternativos para o envio dos dados, desde que atendam aos prazos da norma vigente no que se refere à investigação de morte materna. Na tabela 1, pode-se verificar que ocorre uma média de 174 óbitos de mulher em idade fértil por dia. O volume a investigar por cada UF varia de menos de 1 a 39 óbitos por dia.

**Tabela 1 - Número de óbitos de mulher em idade fértil, e média de eventos por dia, segundo UF de residência e ocorrência em 2005:**

UF	Número de eventos por ano		Média de eventos por dia	
	MIF ocor/ano	MIF res/ano	MIF ocor/dia	MIF res/dia
RO	461	491	1,3	1,3
AC	219	226	0,6	0,6
AM	862	873	2,4	2,4
RR	130	138	0,4	0,4
PA	2.020	2.094	5,5	5,7
AP	145	159	0,4	0,4
TO	424	392	1,2	1,1
MA	1.766	1.955	4,8	5,4
PI	1.113	921	3,0	2,5
CE	2.450	2.428	6,7	6,7
RN	842	843	2,3	2,3
PB	1.125	1.132	3,1	3,1
PE	3.112	3.123	8,5	8,6
AL	1.070	1.058	2,9	2,9
SE	660	629	1,8	1,7
BA	4.382	4.455	12,0	12,2
MG	6.669	6.781	18,3	18,6
ES	1.238	1.233	3,4	3,4
RJ	6.869	6.857	18,8	18,8
SP	14.084	13.904	38,6	38,1
PR	3.561	3.531	9,8	9,7
SC	1.879	1.905	5,1	5,2
RS	3.772	3.783	10,3	10,4
MS	883	907	2,4	2,5
MT	1.007	1.025	2,8	2,8
GO	1.888	1.998	5,2	5,5
DF	911	701	2,5	1,9
Total	63.542	63.542	174,1	174,1

Fonte SIM/SVS

## Tipo de Indicador

Indicador Principal

## 09. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal:

### Conceito:

Expressa o número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de um nascido vivo morrer do segundo ao 12º mês de vida.

## Método de Cálculo

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de óbitos de residentes entre 28 e 364 dias completos}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Municípios com menos de 80.000 habitantes: N<sup>o</sup>. absoluto de óbitos de residentes entre 28 e 364 dias de idade

### Fonte:

SIM, SINASC

### Informações adicionais:

Coeficientes de mortalidade pós-neonatal elevados são indicativos de condições socioeconômicas e de saneamento insatisfatórias, além de insuficiente cobertura e qualidade da utilização de procedimentos básicos de atenção à saúde da criança, como a reidratação e manejo adequado das infecções das vias aéreas.

O cálculo direto do coeficiente, a partir de dados originados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subnumeração de óbitos neonatais e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

## 10. Coeficiente de mortalidade neonatal:

### Conceito

Expressa o número de óbitos de crianças de 0 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de um nascido vivo morrer durante os primeiros 28 dias de vida

### Método de Cálculo

População acima de 80.000 habitantes

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de óbitos de menores de 28 dias}}{\text{N}^{\circ} \text{ de nascidos vivos}} \times 1.000$$

**Fonte**  
**SIM-SINASC**

### **Informações adicionais**

O monitoramento do coeficiente de mortalidade neonatal é importante na análise de variações geográficas e temporais da mortalidade neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais. Além disso, contribui na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população e subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

O cálculo direto do coeficiente, a partir de dados originados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subnumeração de óbitos neonatais e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

A mortalidade neonatal ainda pode estar subestimada pela exclusão de óbitos declarados como natimortos, mas na verdade ocorridos pouco após o parto. Esse viés é também uma das causas de subnumeração de nascidos vivos.

Coefficientes de mortalidade neonatal elevados estão, em geral, relacionados a condições socioeconômicas e de saúde da mãe insatisfatórias, bem como à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido inadequadas.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **11. Número absoluto de mortes infantis indígena:**

### **Conceito**

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

Os povos indígenas habitam, em sua grande maioria, municípios de pequeno porte e estas populações têm também reduzidos contingentes. Neste caso, grandes variações no coeficiente são causadas por apenas um óbito. O uso de números absolutos de óbitos pode ser utilizado, acompanhando a metodologia utilizada para este monitoramento em municípios com menos de 80.000 habitantes.

Mas para garantir comparações entre municípios de porte diferente, se faz necessário o uso do coeficiente, justificando o uso destes dois indicadores no subgrupo indígena, desagregado por município.

*Uso:* analisar a situação de saúde e as condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.

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

*Limitações:* sub-registro de óbitos de menores de um ano de idade e de nascidos vivos; equívoco na definição de nascido vivo.

*Interpretação:* o coeficiente de mortalidade infantil, por ser um coeficiente, estima o risco que tem o nascido vivo de vir a óbito durante o seu primeiro ano de vida.

É um dos principais indicadores utilizado em saúde pública como indicador geral e como específico.

Como indicador de saúde geral, expressa, em associação com outros indicadores, à situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil.

Os coeficientes de mortalidade infantil são classificados em altos (50 por 1000 ou mais), médios (20 a 49 por 1000) e baixos (menos de 20 por 1000), em função de patamares alcançados em países desenvolvidos (IDB 1999).

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

Na complexa rede causal de determinação destes óbitos estão os determinantes distais, dos quais fazem parte os fatores socioeconômicos – mães sem instrução, baixa renda familiar- que afetam em conjunto todas as comunidades indígenas. Os determinantes proximais com fatores biológicos (baixo peso), pré-maturidade, gravidez múltipla, mães com > 35 anos, doenças prévias. Participam também os determinantes intermediários com fatores relativos à organização dos serviços – assistência pré-natal, assistência ao parto, assistência hospitalar aos recém nascidos de alto risco.

A melhoria da cobertura e eficácia da atenção à saúde afeta mostra-se mais importante na redução deste indicador, do que a melhoria das condições sócio-econômicas.

Na análise da mortalidade infantil, deve-se considerar que, embora altas taxas de mortalidade infantil possam revelar precárias condições sociais e de saúde, baixos níveis de mortalidade infantil não refletem necessariamente melhoria das condições de vida da população. Por outro lado, o aumento na taxa de mortalidade infantil pode, em determinadas situações, ser resultante da melhoria dos registros dos óbitos infantis.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Nº de óbitos em menores de 1 ano na população indígena}}{\text{população indígena}}$$

**Fonte**  
SIASI

Sistema de Informações da Atenção à Saúde indígena (SIASI), que, entre outras informações de saúde, monitora o crescimento vegetativo das populações indígenas (nascimentos e óbitos) em todos os distritos sanitários especiais indígenas, desagregando os dados por unidades específicas da territorialidade indígenas-aldeias, etnias e terras indígenas; por unidades administrativas do Subsistema de Saúde Indígena do SUS – Distritos Sanitários Especiais Indígenas, pólos-base e pela estrutura geopolítica administrativa nacional – municípios, estados, regiões.

Importante explicitar a abrangência da fonte (município, estado, nacional), considerando a utilização dos mesmos pelos demais entes, para a pactuação das metas e conseqüente monitoramento.

### **Informações adicionais**

A adequação dos processos assistenciais à especificidade étnica é primordial no modelo de atenção construído no subsistema de saúde indígena e, conseqüentemente no SUS. Na atenção materno-infantil, abrange desde o atendimento individual pré-natal até a rede regionalizada e hierarquizada de assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido.

O subsistema de atenção à saúde indígena demanda, na assistência pré-natal, a realização de exames VDRL, Elisa e o próprio parto que ocorre em sua grande maioria nas maternidades. A redução da mortalidade infantil necessita, portanto, da otimização e fortalecimento desta rede de atenção, através de pactuação com todos os atores gestores do Sistema Único de Saúde nos estados e municípios.

A série histórica deste indicador por unidade federada é demonstrada na tabela 1, e mostra a necessidade de ações conjuntas na redução da mortalidade infantil.

**Tabela 1 – Coeficiente de mortalidade infantil indígena por Unidade Federada, período de 2001 a setembro de 2007.**

<b>UF</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>AC</b>	49.88	84.42	69.14	76.09	134.37	35.77	65.73
<b>AL</b>	32.05	30.12	60.24	47.62	29.41	20.20	20.00
<b>AM</b>	42.23	64.65	56.39	42.14	48.29	54.98	51.32
<b>AP</b>	55.08	63.75	73.17	30.65	29.63	20.34	10.99
<b>BA</b>	41.49	23.81	59.15	22.00	43.72	36.78	22.83
<b>CE</b>	11.30	17.75	32.26	31.45	24.39	24.39	0.00
<b>ES</b>	0.00	32.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>GO</b>	80.00	31.58	116.67	29.41	69.31	80.00	89.29
<b>MA</b>	104.61	53.46	66.41	51.52	47.54	67.48	29.65
<b>MG</b>	51.59	33.00	23.72	66.23	84.68	32.09	51.85
<b>MS</b>	59.68	51.58	49.74	62.53	49.13	38.17	44.31
<b>MT</b>	111.99	75.98	75.03	76.65	97.59	59.09	61.13
<b>PA</b>	57.90	48.52	66.56	47.62	65.65	26.09	47.39

<b>UF</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>PB</b>	20.62	37.21	23.81	15.38	9.71	35.84	19.61
<b>PE</b>	19.65	54.51	30.94	43.48	29.67	60.70	28.36
<b>PR</b>	39.80	52.63	31.11	80.65	43.67	63.35	21.16
<b>RJ</b>	52.60	0.00	0.00	83.00	0.00	71.40	50.00
<b>RO</b>	44.62	44.62	56.05	38.56	32.68	42.68	13.56
<b>RR</b>	46.20	75.12	56.25	47.88	57.10	70.35	81.63
<b>RS</b>	0.00	54.73	99.00	87.00	42.00	41.00	0.00
<b>SC</b>	0.00	54.40	28.40	20.90	8.67	36.06	14.21
<b>SE</b>	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>SP</b>	0.00	92.59	58.82	108.11	40.82	90.91	64.52
<b>TO</b>	100.44	36.70	46.10	18.69	40.68	63.49	43.01
<b>TOTAL</b>	<b>57.25</b>	<b>55.65</b>	<b>54.60</b>	<b>48.59</b>	<b>53.11</b>	<b>48.50</b>	<b>48.39</b>

Fonte: SIASI / DESAI / FUNASA / MS.

Neste indicador, o componente: mortalidade neonatal precoce é prevalente, como no caso dos Yanomami com a média de 56,5% no período de 2003 a 2006, ou entre outras etnias. Na complexa rede causal de determinação destes óbitos estão os determinantes distais, dos quais fazem parte os fatores socioeconômicos – mães sem instrução, baixa renda familiar que afetam em conjunto todas as comunidades indígenas. Os determinantes proximais com fatores biológicos – baixo peso, pré-maturidade, gravidez múltipla, mães com > 35 anos, doenças prévias. Participam também os determinantes intermediários com fatores relativos à organização dos serviços – assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência hospitalar aos recém nascidos de alto risco.

A adequação dos processos assistenciais à especificidade étnica é primordial no modelo de atenção e vai desde o atendimento individual até a rede regionalizada e hierarquizada de assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido.

### **Tipo de indicador**

Indicador Principal

## **12. Número de casos de sífilis congênita:**

### **Conceito**

Sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da

doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* durante o parto, se houver lesões genitais maternas, e durante a amamentação, se houver lesão mamária por sífilis. Sífilis também pode ocasionar aborto espontâneo, natimortalidade ou morte perinatal.

O indicador Número de casos de Sífilis Congênita expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto:

- no início da gestação, por ocasião da solicitação inicial de exame de VDRL

- por volta da 30ª semana, quando da segunda solicitação de exame de VDRL

- por ocasião do parto, solicitação regulamentada pela portaria 766/2005

Limitações: número de casos pequeno, em alguns estados, pode estar refletindo a baixa captação de gestantes para o pré-natal. Portanto, há possibilidade de subnotificação.

### **Método de Cálculo**

O indicador Número de Casos de Sífilis Congênita é medido adicionando:

1. Casos de Sífilis Congênita diagnosticados no RN
2. Casos de Sífilis na gestação não tratados
3. Casos de Sífilis na gestação tratados, em que o parceiro não foi tratado

### **Fonte**

SINAN (É de notificação obrigatória), com abrangência nacional, estadual e municipal.

### **Informações adicionais**

Meta para 2008: Reduzir em 15% o N°. de Casos de Sífilis Congênita (ano base = 2006)

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

### **13. Taxa de Cesáreas:**

#### **Conceito**

Este indicador reflete a proporção de partos cesáreos realizados dentre o total de partos ocorridos, em determinada instituição ou determinado local, durante determinado período.

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

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

*Limitações:* possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, deixando de ser incorporados à base Sinasc. Implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios. Taxas baixas de cesárea podem refletir dificuldade de acesso aos serviços, não significam necessariamente boa qualidade.

*Interpretação:* mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir das informações disponíveis na base de dados sobre nascidos vivos. Os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde para partos cesáreos são: para unidades hospitalares de alto risco - 40% e para unidades de risco habitual - até 25%%. Este é um indicador que deve ser monitorado pelos gestores municipais e estaduais, dada a morbimortalidade materna e fetal/neonatal associada à realização de procedimentos desnecessários. A portaria GM nº. 466, de 14/06/2000, retificada em 30/06/2000, propôs o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea, a ser firmado entre os gestores estaduais e o gestor federal, estabelecendo a taxa de 25% como desejável para todos os estados até 2007.

#### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de partos cesárea}}{\text{Total de partos}} \times 100$$

**Obs.: municípios > 80.000 hab.**

#### **Fonte**

Sistema de Informações Hospitalares (SIH), com abrangência nacional, estadual e municipal.

#### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

**PRIORIDADE: FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITES E AIDS.**

**14. Taxa de letalidade por febre hemorrágica de Dengue:**

**Conceito**

Número de óbitos por febre hemorrágica da dengue, por cem casos de febre hemorrágica da dengue.

*Uso:-* Estima o risco de morte dos casos de febre hemorrágica da dengue  
- Permite avaliar a qualidade da assistência ao paciente com dengue.

*Limitações:* qualidade do banco de dados do SINAN.

**Meta:** UF com letalidade por febre hemorrágica de dengue <2%, manter abaixo de 2%; UF com letalidade por febre hemorrágica de dengue maior ou igual a 2% e menor que 10%, reduzir em 25 %, UF com letalidade por febre hemorrágica de dengue maior ou igual a 10% e menor que 20%, reduzir em 40%, UF com letalidade por febre hemorrágica de dengue maior ou igual a 20%, reduzir em 50% em relação ao ano anterior.

**Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de óbitos confirmados por febre hemorrágica de dengue e síndrome do choque da dengue (SCD), por local de residência e ano dos primeiros sintomas}}{\text{Número de casos confirmados de febre hemorrágica de dengue e síndrome do choque da dengue (SCD), por local de residência e ano dos primeiros sintomas}} \times 100$$

**Fonte**

Sistema de informação Nacional de agravos de notificação (SINAN) (nível municipal, estadual e nacional).

**Informações adicionais**

Foi encaminhado o Ofício no. 269/GAB/SVS/MS, em 2007, informando sobre o preenchimento da planilha abaixo.

## Tipo de indicador

### Indicador Principal

Relação de casos confirmados de FHD e óbitos, Estado, ano

Nº de ordem	Residência		Município de Atendimento	Unidade de Atendimento	Nº da notificação	Nome	Idade	Sexo	Data de início dos sintomas
	UF	COD. do município							
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									

Data da atualização

#### Descrição das variáveis

UF: sigla da UF

Cod. do município\_res: código do município (ver no sinan)

Município: nome do município de residência do caso

Município de atendimento: nome do município de atendimento

Unidade de atendimento: nome da unidade de atendimento

Nº da notificação: nº da notificação do sinan

Nome: nome do paciente conforme ficha de investigação

idade: idade do caso

Sexo: sexo do caso

Data de início de sintomas: dia, mês e ano de início de sintomas do caso

Classificação final: Febre hemorrágica conforme grau

Evolução: cura ou óbito

\* ATENÇÃO: enviar o acumulado de casos de janeiro de 2007 até a data de envio

## 15. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera:

### Conceito

A tuberculose como doença endêmica tem nos casos bacilíferos a sua transmissão entre indivíduos. Essa transmissão ocorre por via oral e a pessoa infectada sem utilizar os medicamentos pode contaminar todos os contatos próximos.

Por esse motivo, o indicador de cura dos casos bacilíferos, reflete a qualidade do serviço prestado, bem como, a quebra da cadeia de transmissão da doença, uma vez que, o paciente quando começa o tratamento nas primeiras semanas já deixa de transmitir para seus contatos.

A informação é captada através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, e sua digitação é feita no nível informatizado mais próximo, na maioria dos casos no próprio município. Essa informatização pode demorar devido a problemas com fluxo da informação, bem como, na sua própria alimentação principalmente devido ao não acompanhamento regular das informações dos livros de registros.

Para Organização Mundial de Saúde uma cura de mais de 85% dos casos pode começar a representar uma quebra em toda a cadeia, e conseqüentemente uma diminuição da incidência de casos entre a população.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de Casos Novos Curados de Tuberculose Pulmonar bacilíferos BK+ residentes em determinado local e em diagnosticado em determinado período}}{\text{Número total de casos novos de tuberculose Pulmonar bacilíferos BK+ residentes em determinado local e em diagnosticado em determinado período.}} \times 100$$

### **Fonte**

A fonte de toda a informação será o SINAN Federal, Estadual ou Municipal.

### **Informações adicionais**

Para melhoria dos indicadores os municípios devem estar sempre acompanhando as informações constantes nos livros de registros presentes em todas as Unidades de Saúde, e avaliando se os mesmos já foram registrados no SINAN.

Essa avaliação do banco de dados com o livro deve ser feita mensalmente evitando um acúmulo do número de registros e conseqüente dificuldade de acompanhamento.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **16. Incidência parasitária anual de malária:**

### **Conceito**

Número de exames positivos de malária por mil (1.000) habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A positividade resulta da comprovação da presença do parasita na corrente sanguínea do indivíduo infectado, por meio de exames laboratoriais e específicos.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de lâminas positivas (casos residentes) para malária}}{\text{População total residente do ano}} \times 1.000$$

### **Fonte**

Sistema de Informação de Malária (Sismal) – até 2002; Sistema de Vigilância Epidemiológica – Malária (SIVEP-Malária) – a partir de 2003; e bases de dados demográficos do IBGE.

### **Informações adicionais**

O IPA pode ser calculado para Brasil, grandes regiões, unidades federadas e municípios. E só pode ser medido após encerramento do ano.

### **Tipo de indicador**

Indicador Principal

## **17. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes:**

### **Conceito**

A proporção de cura após o primeiro tratamento é um indicador da efetividade do mesmo e de resultado do controle da hanseníase. Esse indicador deve ter como base a coorte de casos novos diagnosticados, visto que o objetivo é curar oportunamente os casos detectados e o município de residência, por ser o controle da hanseníase uma atividade da atenção básica.

Sendo excluídos apenas os casos de erro diagnóstico, o desenlace do tratamento deverá ser analisado no 12º mês após o diagnóstico para os casos paucibacilares (PB) e no 24º mês para os casos multibacilares (MB).

*Usos:* Avaliar a efetividade do tratamento dos casos novos

*Limitações:* Para o cálculo desse indicador pressupõe-se que a base de dados esteja atualizada, ou seja, que todos os dados de acompanhamento dos casos já tenham sido digitados, e que a análise de duplicidade com execução dos procedimentos indicados já tenha sido realizada.

*Interpretação:* Bom  $\geq 90\%$

Regular 75 a 89%

Precário  $< 75\%$

## Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB 2007 + MB 2006) e curados até 31/12/2008 (ano de avaliação)}}{\text{Total de casos de hanseníase residentes diagnosticados nos anos das coortes (PB 2007 + MB 2006)}} \times 100$$

## Fonte

Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

## Tipo de Indicador

Indicador Principal

## 18. Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado.

### Conceito

Considerando a necessidade de organizar a rede de vigilância de influenza, principalmente em função da eminência de uma pandemia, se faz necessário aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.

O Número de amostras coletadas nas unidades-sentinela da UF multiplicado por cem (100), dividido pelo número de amostras preconizado para a UF.

Usos: Estimativa do desempenho operacional da UF em uma das rotinas da vigilância da influenza.

Limitações: sendo calculado para UF, não permite avaliar o desempenho de cada unidade-sentinela. No entanto esse mesmo indicador pode ser utilizado pelos municípios e estados para a avaliação das unidades-sentinela.

Meta: alcançar em pelo menos 80% de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico de influenza em relação ao preconizado.

Interpretação: Quanto (em%) a UF atingiu da quantidade de amostras coletadas de acordo com o preconizado

## Método de Cálculo

$$\frac{\text{Soma do número de amostras coletadas para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinela da UF}}{\text{Soma do número preconizado de amostras para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinela da UF}} \times 100$$

**Fonte**

Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Influenza (SIVEP\_Gripe)

**Tipo de indicador**

Indicador Principal

**19. Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia:****Conceito**

Para confirmação de casos de hepatite B ou C é necessária a realização de exames laboratoriais (sorologia) indicando qual agente viral está envolvido na infecção investigada. Isto se deve ao fato que a sintomatologia clínica é semelhante para estes agravos, sendo necessário o aporte laboratorial específico. E a partir da definição do agente etiológico, por meio de sorologia, que são traçadas as medidas de prevenção e controle pertinentes.

- interpretação: Percentual de casos de hepatite B e C que foram confirmados por meio de sorologia.

**Método de Cálculo:**

$$\frac{\text{Número de casos de hepatite B + hepatite C + hepatite B e C, confirmados por sorologia reagente residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período}}{\text{Número de casos de hepatite B + hepatite C + hepatite B e C, residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período}}$$

**Fonte**

SINAN

**Informações adicionais**

Para hepatite B confirmada por sorologia HBsAg reagente e para hepatite C confirmada por sorologia Anti-HCV reagente.

Para construção do numerador devem ser selecionadas no sistema do SINAN das hepatites virais as notificações que atendam as seguintes especificações: Campo 48- Classificação final =1 Confirmação laboratorial E Campo 50- Classificação etiológica=2 Vírus B E Campo 44- Resultado sorológico/viológico HBsAg =1 reagente/positivo Ou Campo 48-

Classificação final =1 Confirmação laboratorial E Campo 50- Classificação etiológica=3 Vírus C E Campo 44- Resultado sorológico/viológico Anti-HCV =1 – reagente Ou Campo 48- Classificação final =1 Confirmação laboratorial E Campo 50- Classificação etiológica=6 Vírus B e C E Campo 44- Resultado sorológico/viológico Anti-HCV =1 reagente e HBsAg =1 reagente

Para construção do denominador devem ser selecionadas no sistema do SINAN das hepatites virais as notificações que atendam as seguintes especificações:

Campo 48- Classificação final =1 Confirmação laboratorial  
E Campo 50- Classificação etiológica=2 Vírus B OU Campo 50- Classificação etiológica=3 Vírus C OU Campo 50- Classificação etiológica=6 Vírus B e C.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **20. Taxa de incidência de AIDS em menores de 05 anos de idade:**

### **Conceito**

Número de casos novos confirmados de síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), por 100 mil habitantes, na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos B20-B24 da CID-10).

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

**Meta:** Reduzir em 15% a incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.

### **Método de Cálculo**

Número de casos de AIDS em menores de 5 anos de idade,  
diagnosticados em determinado ano, por local de residência

---

População residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano X 100.000

**Fonte**

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).  
Base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

**Informações adicionais**

Categorias sugeridas para análise: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

**Tipo de Indicador**

Indicador Principal

**PRIORIDADE: PROMOÇÃO DA SAÚDE****21a. Estados e Capitais: Prevalência de sedentarismo em adultos:****Conceito**

Indivíduos fisicamente inativos (sedentários) são aqueles que não praticam qualquer atividade física no lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

**Meta:** 0,5% de redução na prevalência de adultos sedentários em relação ao ano anterior.

**Método de Cálculo**

Número de adultos por capital ( $\geq 18$ anos) que não praticam qualquer atividade física	
População adulta ( $\geq 18$ anos) de cada capital de UF	X100

**Fonte**

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## **Informações adicionais**

### VIGITEL

Como parte desse processo e decorrente da percepção institucional sobre a relevância da produção de informações atuais e de qualidade, que geram indicadores de qualidade, o Ministério da Saúde implantou no ano de 2006 o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis - VIGITEL - a partir de entrevistas telefônicas, em todas as capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. O VIGITEL apresenta vantagens como baixo custo e agilidade na obtenção dos resultados, além de permitir sua realização em períodos anuais, permitindo avaliações periódicas e em curto espaço de tempo das ações relacionadas à vigilância e prevenção de DCNTs. Além disso, contribui para avanços importantes no conhecimento sobre os fatores de risco e de proteção das DCNTs e na elaboração de seus indicadores, uma vez que estudos epidemiológicos têm comprovado a forte associação que DCNTs mantêm com fatores de risco como sedentarismo, dietas de composição nutricional inadequada (WHO, 2003).

### Amostra - VIGITEL

Amostra probabilística da população de adultos maiores de 18 anos, residentes em domicílios serviços por uma linha telefônica fixa, para cada uma das capitais dos 26 Estados brasileiros e Distrito Federal.

O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos em cada cidade para que se possa estimar a frequência de qualquer fator de risco da população adulta.

Primeira etapa de amostragem: Sorteio sistemático de 5.000 linhas telefônicas por cidade. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são re-sorteadas e divididas em 25 réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico.

Segunda etapa de amostragem: Executada em paralelo as entrevistas, identificando as linhas elegíveis para o sistema, ou seja, linhas residenciais ativas. Não são elegíveis as linhas correspondentes as empresas, aquelas fora de serviço e as que não respondem 10 chamadas realizadas em dias e horários variados. Para cada linha elegível, uma vez obtida à aquiescência dos seus usuários em participar do sistema, procede-se a enumeração dos indivíduos com 18 anos ou mais de idade que residem no domicílio e, a seguir, ao sorteio de um desses indivíduos para ser entrevistado.

Coleta de Dados: Realizada por uma empresa comercial de pesquisa de opinião sediada em Belo Horizonte. A equipe responsável pelas entrevistas recebe treinamento prévio e é supervisionada continuamente durante a operação do sistema.

O questionário realizado por meio de entrevistas telefônicas, cujas perguntas são lidas diretamente na tela do computador, tem as respostas registradas direta e imediatamente em meio eletrônico.

### Correções da Amostra

Análise de Dados: os resultados do VIGITEL são estimativos para a frequência dos fatores de risco e proteção para as DCNT da população adulta do total, e de cada capital dos 26 Estados brasileiros e Distrito Federal, expressos por sexo, faixa etária e escolaridade. Ressalta-se que nenhum método direto de compensação para os domicílios não servidos por telefones em cada cidade é empregado pelo VIGITEL; entretanto, foi aplicado peso pós-estratificação aos indivíduos entrevistados para corrigir, ao menos parcialmente vieses determinados pela não cobertura universal da rede telefônica.

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado em cada uma das cidades é o resultado da multiplicação de 03 fatores:

- Inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado, o qual corrige a maior chance que indivíduos com mais de uma linha telefônica terem sido selecionados para a entrevista.
- Número de adultos no domicílio do entrevistado, o qual corrige a menor chance de indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas terem sido selecionados para entrevista.
- Peso pós-estratificação, objetiva igualar a composição sócio-demográfica da amostra de adultos estudados em cada cidade à composição sócio-demográfica da população adulta total da cidade. Para obtenção desse fator, a amostra de indivíduos, já incorporando os dois fatores de ponderação mencionados anteriormente, foi distribuída em 36 categorias sócio-demográficas resultantes da estratificação da amostra segundo dois sexos (masculino e feminino), seis faixas de idade (18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 e mais anos) e três faixas de escolaridade (0 a 8, 9 a 11 e 12 e mais anos). A seguir, procedeu-se mesma distribuição para a amostra de adultos do censo demográfico de 2000. O terceiro fator de ponderação veio a ser a razão observada em cada uma das 36 categorias sócio-demográficas, entre a frequência relativa de indivíduos determinada para a amostra do censo e a frequência relativa de indivíduos determinada para a amostra do VIGITEL. Razões maiores que uma unidade corrige a participação de indivíduos pertencentes a categorias sócio-demográficas sub-representadas na amostra VIGITEL, enquanto razões menores que uma unidade corrige a participação de indivíduos pertencentes a categorias super-representadas. A aplicação desse terceiro fator de ponderação, que iguala a composição sócio-demográfica da amostra do VIGITEL à composição da população total de cada cidade, também permite a correção da sub ou super-representação de categorias sócio-demográficas decorrentes nas diferenças das taxas de sucesso do sistema (entrevistas realizadas/linhas telefônicas sorteadas) observadas entre os vários estratos sócio-demográficos.

Todas as estimativas para cada uma das 27 cidades incorporam o peso final de ponderação resultante da multiplicação dos 03 fatores de ponderação

detalhados acima. Desta forma, os indicadores resultantes do VIGITEL referem-se à capital pesquisada. No VIGITEL 2006, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e municipais (capital) de Saúde tem se apropriado tanto da metodologia, quanto dos resultados, possibilitando o monitoramento compartilhado e, cada vez mais, descentralizado das ações de promoção, prevenção, vigilância e controle das DANT.

Visando a pactuação com os estados, sugerimos utilizar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD, que pesquisará os mesmos indicadores do VIGITEL, com amostra mais ampliada com cerca de 340 mil entrevistas em 170mil domicílios (macrorregião, região, estado e região metropolitana). Portanto, torna-se fundamental estabelecer o monitoramento da Promoção da Saúde por meio desse indicador proposto.

**Percentual de adultos (> 18 anos) SEDENTÁRIOS, segundo capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL - 2006.**

Capital	Sedentários - 2006		2007
	%	IC 95%	
Aracajú	33,0	31,0-35,1	31,5
Belém	28,0	26,1-30,0	26,5
Belo Horizonte	30,6	28,6-32,6	29,1
Boa Vista	21,6	19,8-23,4	20,1
Campo Grande	27,5	25,5-29,4	26,0
Cuiabá	28,4	26,4-30,3	26,9
Curitiba	27,3	25,3-29,2	25,8
Florianópolis	27,7	25,7-29,6	26,2
Fortaleza	31,4	29,4-33,4	29,9
Goiânia	27,9	25,9-29,8	26,4
João Pessoa	35,0	32,9-37,1	33,4
Macapá	25,9	24,0-27,8	24,4
Maceió	31,9	29,9-34,0	30,4
Manaus	25,3	23,4-27,2	23,8
Natal	35,1	33,0-37,2	33,5
Palmas	25,7	23,8-27,6	24,2
Porto Alegre	29,7	27,7-31,7	28,2
Porto Velho	24,1	22,2-25,9	22,6
Recife	30,9	28,9-32,9	29,4
Rio Branco	30,4	28,4-32,4	28,9
Rio de Janeiro	30,3	28,3-32,3	28,8
Salvador	28,0	26,0-29,9	26,5
São Luís	26,8	24,8-28,7	25,3
São Paulo	27,7	25,8-29,7	26,2
Teresina	30,0	28,0-32,0	28,5
Vitória	30,8	28,8-32,8	29,3
Distrito Federal	32,3	30,3-34,3	30,8
Total	29,2	28,8-29,6	28,2

**Tipo de Indicador:**

Indicador Principal

**21b. Municípios: Percentual de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física:****Conceito:**

Serão consideradas unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física aquelas que, considerada a Tabela Unificada de Procedimentos do Sistema Único de Saúde, informem por meio do SIAB e/ou do SIA a execução dos procedimentos do Grupo 01 – Ações de Promoção e Prevenção em Saúde; Sub-grupo 01 – Ações Coletivas/Individuais em Saúde; Forma de Organização 01 – Educação em Saúde, a saber: Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Básica (01.01.01.001-0); Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Especializada (01.01.01.002-8); Prática Corporal/Atividade Física em Grupo (01.01.01.003-6); e Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa (01.01.01.004-4).

Para o número total de unidades de saúde do município serão consideradas as informações municipais cadastradas no CNES.

Indicador de processo = capacidade instalada de execução de ações de atividades físicas nos serviços de saúde municipais (linha de base; sem proposição de meta).

**Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física}}{\text{Número total de unidades de saúde do município}} \times 100$$

**Fonte:** SIAB; SIA; CNES**Abrangência da fonte:** Todos os municípios à exceção das capitais

**Meta:** O indicador constituirá linha de base para diagnóstico das iniciativas de promoção da atividade física nos municípios. Desta forma, não há meta nacional e caberá pactuação entre estados e municípios conforme capacidade instalada.

## **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **22. Prevalência de tabagismo:**

### **Conceito**

Indivíduos fumantes são àqueles que fumam independente da frequência e intensidade do hábito de fumar.

**Meta:** 0,5% de redução na prevalência de adultos fumantes em relação ao ano anterior.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de adultos por capital } (\geq 18 \text{ anos}) \text{ que fumam}}{\text{População adulta } (\geq 18 \text{ anos}) \text{ de cada capital de UF}}$$

### **Fonte**

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

### **Informações adicionais**

VIGITEL

Como parte desse processo e decorrente da percepção institucional sobre a relevância da produção de informações atuais e de qualidade, que geram indicadores de qualidade, o Ministério da Saúde implantou no ano de 2006 o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis - VIGITEL - a partir de entrevistas telefônicas, em todas as capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. O VIGITEL apresenta vantagens como baixo custo e agilidade na obtenção dos resultados, além de permitir sua realização em períodos anuais, permitindo avaliações periódicas e em curto espaço de tempo das ações relacionadas à vigilância e prevenção de DCNTs. Além disso, contribui para avanços importantes no conhecimento sobre os fatores de risco e de proteção das DCNTs e na elaboração de seus indicadores, uma vez que estudos epidemiológicos têm comprovado a forte associação que DCNTs mantêm com fatores de risco como sedentarismo, dietas de composição nutricional inadequada (WHO, 2003).

Amostra - VIGITEL

Amostra probabilística da população de adultos maiores de 18 anos, residentes em domicílios serviços por uma linha telefônica fixa, para cada uma das capitais dos 26 Estados brasileiros e Distrito Federal.

O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos em cada cidade para que se possa estimar a frequência de qualquer fator de risco da população adulta.

Primeira etapa de amostragem: Sorteio sistemático de 5.000 linhas telefônicas por cidade. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são re-sorteadas e divididas em 25 réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico.

Segunda etapa de amostragem: Executada em paralelo as entrevistas, identificando as linhas elegíveis para o sistema, ou seja, linhas residenciais ativas. Não são elegíveis as linhas correspondentes as empresas, aquelas fora de serviço e as que não respondem 10 chamadas realizadas em dias e horários variados. Para cada linha elegível, uma vez obtida à aquiescência dos seus usuários em participar do sistema, procede-se a enumeração dos indivíduos com 18 anos ou mais de idade que residem no domicílio e, a seguir, ao sorteio de um desses indivíduos para ser entrevistado.

Coleta de Dados: Realizada por uma empresa comercial de pesquisa de opinião sediada em Belo Horizonte. A equipe responsável pelas entrevistas recebe treinamento prévio e é supervisionada continuamente durante a operação do sistema. O questionário realizado por meio de entrevistas telefônicas, cujas perguntas são lidas diretamente na tela do computador, tem as respostas registradas direta e imediatamente em meio eletrônico.

#### Correções da Amostra

Análise de Dados: Os resultados do VIGITEL são estimativas para a frequência dos fatores de risco e proteção para as DCNT da população adulta do total e de cada uma das capitais dos 26 Estados brasileiros e do Distrito Federal, expressos por sexo, faixa etária e escolaridade. Ressalta-se que nenhum método direto de compensação para os domicílios não servidos por telefones em cada cidade é empregado pelo VIGITEL; entretanto, foi aplicado peso pós-estratificação aos indivíduos entrevistados para corrigir, ao menos parcialmente vieses determinados pela não cobertura universal da rede telefônica.

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado em cada uma das cidades é o resultado da multiplicação de 03 fatores:

- Inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado, o qual corrige a maior de chance que indivíduos com mais de uma linha telefônica terem sido selecionados para a entrevista.

- Número de adultos no domicílio do entrevistado, o qual corrige a menor chance de indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas terem sido selecionados para entrevista.
- Peso pós-estratificação, objetiva igualar a composição sócio-demográfica da amostra de adultos estudados em cada cidade à composição sócio-demográfica da população adulta total da cidade. Para obtenção desse fator, a amostra de indivíduos, já incorporando os dois fatores de ponderação mencionados anteriormente, foi distribuída em 36 categorias sócio-demográficas resultantes da estratificação da amostra segundo dois sexos (masculino e feminino), seis faixas de idade (18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 e mais anos) e três faixas de escolaridade (0 a 8, 9 a 11 e 12 e mais anos). A seguir, procedeu-se mesma distribuição para a amostra de adultos do censo demográfico de 2000. O terceiro fator de ponderação veio a ser a razão observada em cada uma das 36 categorias sócio-demográficas, entre a frequência relativa de indivíduos determinada para a amostra do censo e a frequência relativa de indivíduos determinada para a amostra do VIGITEL. Razões maiores que uma unidade corrige a participação de indivíduos pertencentes a categorias sócio-demográficas sub-representadas na amostra VIGITEL, enquanto razões menores que uma unidade corrige a participação de indivíduos pertencentes a categorias super-representadas. A aplicação desse terceiro fator de ponderação, que iguala a composição sócio-demográfica da amostra do VIGITEL à composição da população total de cada cidade, também permite a correção da sub ou super-representação de categorias sócio-demográficas decorrentes nas diferenças das taxas de sucesso do sistema (entrevistas realizadas/linhas telefônicas sorteadas) observadas entre os vários estratos sócio-demográficos.

Todas as estimativas para cada uma das 27 cidades incorporam o peso final de ponderação resultante da multiplicação dos 03 fatores de ponderação detalhados acima. Desta forma, os indicadores resultantes do VIGITEL referem-se à capital pesquisada. No VIGITEL 2006, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e municipais (capital) de Saúde tem se apropriado tanto da metodologia, quanto dos resultados, possibilitando o monitoramento compartilhado e, cada vez mais, descentralizado das ações de promoção, prevenção, vigilância e controle das DANT.

Visando a pactuação com os estados, sugerimos utilizar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, que pesquisará os mesmos indicadores do VIGITEL, com amostra mais ampliada com cerca de 340 mil entrevistas em 170mil domicílios (macrorregião, região, estado e região metropolitana).

Portanto, torna-se fundamental estabelecer o monitoramento da Promoção da Saúde por meio desse indicador proposto.

**Percentual de adultos (> 18 anos) FUMANTES, segundo capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL - 2006.**

Capital	Fumantes - 2006		2007
	%	IC 95%	
Aracajú	12,3	10,9-13,7	11,1
Belém	14,4	12,9-15,9	13,2
Belo Horizonte	16,2	14,6-17,9	15,0
Boa Vista	16,8	15,2-18,4	15,6
Campo Grande	15,0	13,4-16,5	13,8
Cuiabá	17,1	15,4-18,7	15,8
Curitiba	18,8	17,1-20,5	17,5
Florianópolis	18,7	17,0-20,4	17,4
Fortaleza	16,3	14,7-17,9	15,1
Goiânia	14,0	12,5-15,5	12,8
João Pessoa	15,9	14,3-17,5	14,7
Macapá	19,1	17,4-20,9	17,8
Maceió	13,9	12,4-15,4	12,7
Manaus	14,5	13,0-16,1	13,3
Natal	13,5	12,0-15,0	12,3
Palmas	13,8	12,3-15,3	12,6
Porto Alegre	21,2	19,4-23,0	19,9
Porto Velho	19,2	17,5-20,9	17,9
Recife	14,7	13,1-16,2	13,5
Rio Branco	21,2	19,4-23,0	19,9
Rio de Janeiro	14,5	13,0-16,0	13,3
Salvador	9,5	8,2-10,8	8,4
São Luís	12,1	10,7-13,6	10,9
São Paulo	18,8	17,1-20,5	17,5
Teresina	18,3	16,6-19,9	17,0
Vitória	15,9	14,3-17,5	14,7
Distrito Federal	17,2	15,5-18,8	15,9
Total	16,2	15,9-16,5	15,2

**Tipo de Indicador**

Indicador Principal

**23.a Proporção de estados com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde:**

**Meta:** 50% dos estados com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados, conforme Portaria nº. 936/2004 (nacional). 70% das capitais com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados, conforme Portaria nº. 936/2004 (nacional).

60% dos municípios prioritários com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados, conforme Portaria nº. 936/2004 (nacional).

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de estados com Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde implantados}}{\text{Número total de estados}} \times 100$$

**Fonte:** Questionário de Linha de Base – Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde – on-line – FORMSUS

**Abrangência:** União / Unidades Federadas

### **23.b Proporção de capitais com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde:**

#### **Conceito**

O conceito de violência adotado pelo Ministério da Saúde/MS segue a definição da Organização Mundial de Saúde/OMS, que considera violência como sendo o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002)

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de capitais com Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde implantados}}{\text{Número total de capitais}} \times 100$$

#### **Fonte**

Resultado dos editais de concorrência pública (Portaria Gabinete do Secretário). Abrangência da fonte: Unidades Federadas e Capitais

## **Informações adicionais**

No ano de 2001, reconhecendo a importância do tema, o Ministério da Saúde reuniu especialistas de diferentes segmentos envolvidos com o tema e foi construído um documento que estabelecem diretrizes e atividades para o setor saúde mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais para construção de políticas intersetoriais.

Este documento foi aprovado e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM N.º737, de 16 de maio de 2001). Nele se trabalha o conceito:

*Violência é o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (Brasil, 2005; pág. 7).*

*Acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão (Brasil, 2005, pág. 8).*

Este documento lida com a violência em suas várias formas de expressão: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

As diretrizes e responsabilidades institucionais previstas na referida Portaria, visando a reduzir mortes, internações e seqüelas decorrentes dos acidentes e violências, nas quais estão contempladas e valorizadas as medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, são instrumentos orientadores da atuação do setor Saúde nesse contexto, devido ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde - Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, não apenas reforça esta concepção, mas também aquelas relativas à participação da comunidade que suscitem articulações intersetoriais para promover, proteger e recuperar a saúde.

O documento define ainda as seguintes diretrizes:

- ✓ Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- ✓ Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- ✓ Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- ✓ Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;

- ✓ Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- ✓ Capacitação de recursos humanos;
- ✓ Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Após a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do SUS, diversas intervenções e atividades foram desenvolvidas a partir destas diretrizes, das quais se ressalta a estruturação da **Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde**.

Em 18 de maio de 2004, com o objetivo de implementar a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no que se refere à promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, foi assinada Portaria Ministerial Nº. 936/2004 que define a estruturação da **Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde** e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios voltada para a articulação das ações das três esferas de gestão, instituições acadêmicas e organizações não governamentais para o trabalho da prevenção da violência.

A Rede tem os seguintes objetivos:

- ✓ Promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais;
- ✓ Implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais;
- ✓ Fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;
- ✓ Intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e
- ✓ Acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

### **23.c Proporção de municípios prioritários com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde por UF:**

#### **Conceito**

O conceito de violência adotado pelo Ministério da Saúde/MS segue a definição da Organização Mundial de Saúde/OMS, que considera violência como sendo o "uso intencional de força física ou do poder, real ou em

ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002).

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de Municípios prioritários da UF com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados}}{\text{Número total de municípios prioritários da UF}} \times 100$$

### **Fonte**

Resultado dos editais de concorrência pública (Portaria Gabinete do Secretário). Abrangência da fonte: Unidades Federadas e Capitais

### **Informações adicionais**

No ano de 2001, reconhecendo a importância do tema, o Ministério da Saúde reuniu especialistas de diferentes segmentos envolvidos com o tema e foi construído um documento que estabelecem diretrizes e atividades para o setor saúde mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais para construção de políticas intersetoriais.

Este documento foi aprovado e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM N.º737, de 16 de maio de 2001). Nele se trabalha o conceito:

*Violência é o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (Brasil, 2005; pág. 7).*

*Acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão (Brasil, 2005, pág. 8).*

Este documento lida com a violência em suas várias formas de expressão: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

As diretrizes e responsabilidades institucionais previstas na referida Portaria, visando a reduzir mortes, internações e seqüelas decorrentes dos acidentes e violências, nas quais estão contempladas e valorizadas as

medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, são instrumentos orientadores da atuação do setor Saúde nesse contexto, devido ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde - Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, não apenas reforça esta concepção, mas também aquelas relativas à participação da comunidade que suscitam articulações intersetoriais para promover, proteger e recuperar a saúde.

O documento define ainda as seguintes diretrizes:

- ✓ Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- ✓ Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- ✓ Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- ✓ Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;
- ✓ Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- ✓ Capacitação de recursos humanos;
- ✓ Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Após a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do SUS, diversas intervenções e atividades foram desenvolvidas a partir destas diretrizes, das quais se ressalta a estruturação da **Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde**.

Em 18 de maio de 2004, com o objetivo de implementar a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no que se refere à promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, foi assinada Portaria Ministerial Nº. 936/2004 que define a estruturação da **Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde** e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios voltada para a articulação das ações das três esferas de gestão, instituições acadêmicas e organizações não governamentais para o trabalho da prevenção da violência.

A Rede tem os seguintes objetivos:

- ✓ Promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais;
- ✓ Implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais;

- ✓ Fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;
- ✓ Intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e
- ✓ Acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão.

### **MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO OU VULNERABILIDADE PARA VIOLÊNCIAS**

Implantação/Implementação:

- Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde/NPVPS
- Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA – ficha de notificação
- Redes de Atenção Integral às Pessoas em situação ou risco de violências

	<b>MUNICÍPIO PRIORITÁRIOS</b>
AC	Rio Branco
AL	Arapiraca
	Maceió
AM	Manaus
AP	Macapá
BA	Feira de Santana
	Itabuna
	Juazeiro
	Salvador
	Vitória da Conquista
CE	Caucaia
	Fortaleza
	Sobral
DF	Brasília
ES	Cariacica
	Serra
	Vila Velha
	Vitória
GO	Aparecida de Goiânia
	Goiânia
	Luziânia
MA	Imperatriz
	São Luís

	<b>MUNICÍPIO PRIORITÁRIOS</b>
MG	Belo Horizonte
	Betim
	Contagem
	Governador Valadares
	Ibirité
	Montes Claros
	Ribeirão das Neves
	Santa Luzia
	Uberaba
	Uberlândia
MS	Campo Grande
	Corumbá
MT	Cuiabá
PA	Ananindeua
	Belém
PB	Campina Grande
	João Pessoa
PE	Cabo de Santo Agostinho
	Caruaru
	Jaboatão dos Guararapes
	Olinda
	Paulista
Recife	
PI	Teresina
PR	Cascavel
	Colombo
	Curitiba
	Foz do Iguaçu
	Londrina
	Maringá
	São José dos Pinhais
RJ	Belford Roxo
	Campos dos Goytacazes
	Duque de Caxias
	Itaboraí
	Macaé
	Nilópolis
	Niterói
	Nova Iguaçu
	Petrópolis
	Queimados
	Rio de Janeiro
	São Gonçalo
São João de Meriti	

	<b>MUNICÍPIO PRIORITÁRIOS</b>
RN	Natal
RO	Porto Velho
RR	Boa Vista
	Pacaraima
RS	Alvorada
	Caxias do Sul
	Novo Hamburgo
	Porto Alegre
	São Leopoldo
SC	Criciúma
	Florianópolis
SE	Aracaju
SP	Campinas
	Carapicuíba
	Diadema
	Embú
	Embu-Guaçu
	Guarulhos
	Hortolândia
	Itapecerica da Serra
	Itaquaquecetuba
	Jundiaí
	Mauá
	Osasco
	Praia Grande
	Ribeirão Preto
	Santo André
	Santos
	São Bernardo do Campo
	São José do Rio Preto
	São José dos Campos
	São Paulo
	Sorocaba
Sumaré	
Taboão da Serra	
TO	Palmas

**Tipo de Indicador**  
Indicador Complementar

## **PRIORIDADE: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

### **24. Proporção da população cadastrada pela Estratégia da Saúde da Família:**

#### **Conceito**

Este indicador reflete em percentual a população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família nos estados e municípios. Baseia-se no cadastro da população da área de abrangência de atuação das equipes de saúde da família no Sistema de Informação da Atenção Básica.

Organizar a atenção básica por meio da estratégia saúde da família além de ampliar o acesso e utilização da população a serviços de saúde permite garantir longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, vínculo, responsabilização, humanização e participação social, atributos essenciais para uma Atenção Básica resolutiva, com capacidade para promover melhores resultados em indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, maior equidade em saúde além de menores custos para o Sistema de Saúde.

Este indicador pode ser utilizado para: avaliar se a saúde da família constitui-se uma estratégia prioritária e orientadora da atenção básica no país, analisar a situação da atualização dos cadastros da população adscrita, contribuir para o planejamento da implantação de novas equipes. Permite ainda acompanhar e avaliar variações geográficas existentes na cobertura das equipes de saúde da família no país.

#### **Método de Cálculo**

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

\*Tipos de equipe: ESF, ESF com Saúde Bucal Modalidade I e ESF com Saúde Bucal Modalidade II

#### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

Abrangência da fonte: município, estado, nacional.

#### **Informações adicionais**

No numerador deve ser incluída a população cadastrada pelos seguintes tipos de equipe, conforme cadastro no Siab (versão 5.0): ESF, ESF com Saúde Bucal Modalidade I e ESF com Saúde Bucal Modalidade II.

É importante atentar para a atualização mensal dos cadastros das pessoas no Siab.

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

## **25.a Proporção de municípios com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), implantado:**

### **Conceito**

Este indicador reflete em percentual a implantação do projeto AMQ nos municípios com população menor que 100.000 habitantes com estratégia saúde da família.

O projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família possibilita aos gestores e profissionais o acompanhamento do processo de qualificação das Equipes de Saúde da Família e subsidia a gestão interna da qualidade da atenção à saúde.

Limita-se a refletir processos de qualificação de equipes que atuam nos municípios que aderiram ao projeto.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de municípios com população menor que 100.000 habitantes com projeto AMQ implantado}^*}{\text{Número de municípios com população menor que 100.000 habitantes do estado com estratégia saúde da família}} \times 100$$

\* Com o instrumento número 4 validado no aplicativo digital AMQ no município.

### **Fonte**

Aplicativo digital AMQ.

### **Informações adicionais**

O projeto AMQ é composto de cinco instrumentos avaliativos, no entanto, para a base de cálculo e análise desse indicador será utilizado somente o instrumento número 4, que é o instrumento dirigido a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Denomina-se questionário validado quando as respostas do instrumento são inseridas no aplicativo digital AMQ, disponível no endereço [www.saude.gov.br/amq](http://www.saude.gov.br/amq).

Indicador a ser pactuado pela União e Estados.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

### **25.b Proporção de ESF com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), implantado:**

#### **Conceito**

Este indicador reflete, em percentual, a implantação do projeto AMQ pelas Equipes de Saúde da Família nos municípios com população menor que 100.000 habitantes.

O projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família possibilita, aos gestores, coordenadores e profissionais, a auto-avaliação e o acompanhamento do processo de qualificação das Equipes de Saúde da Família e subsidia a gestão interna da qualidade da atenção à saúde.

Reflete, com isso, nos processos de qualificação das equipes que atuam nos municípios que aderiram ao projeto.

#### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de Equipes de Saúde da Família com o instrumento 4 validado* em municípios com menos de 100.000 habitantes e Distrito Federal}}{\text{Número total de Equipes de Saúde da Família em municípios com menos de 100.000 habitantes}} \times 100$$

\* Com o instrumento número 4 validado.

\*Denomina-se instrumento validado quando as respostas são inseridas no aplicativo digital AMQ, disponível no endereço: [www.saude.gov.br/amq](http://www.saude.gov.br/amq).

#### **Fonte**

Aplicativo digital AMQ.

#### **Informações adicionais**

O projeto AMQ é composto de cinco instrumentos avaliativos, no entanto, para a base de cálculo e análise desse indicador será utilizado somente o instrumento número 4, que é dirigido a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Para o cálculo desse indicador, considerar no numerador apenas a 1ª auto-avaliação realizada. No entanto, a gestão local (municipal) deve

acompanhar o processo de avaliação cíclica inerente ao projeto e planejar a realização das demais etapas de auto-avaliação.

Denomina-se questionário validado quando as respostas do instrumento são inseridas no aplicativo digital AMQ, disponível no endereço [www.saude.gov.br/amq](http://www.saude.gov.br/amq).

Indicador a ser pactuado pelo Distrito Federal e Municípios com menos de 100.000 habitantes.

Caso os municípios acima de 100.000 habitantes queiram pactuar este indicador poderão fazê-lo.

No quadro a seguir apresenta-se uma Proposição de metas para pactuação municipal, independente do porte populacional:

<b>Número de ESF</b>	<b>Proposta de meta para pactuação</b>
Até 10	100%
11 - 30	75%
31 - 50	50%
51 - 99	25%
> 100	10%

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

## **26. Recurso financeiro (em reais) próprio dispendido na atenção básica:**

### **Conceito**

O indicador reflete o valor (em reais) dos recursos oriundos de receita própria previstos para o período de um ano para o financiamento de ações do nível básico de atenção.

### **Método de Cálculo**

Total de recursos financeiros próprios (em reais)  
dispendidos na atenção básica

### **Fonte**

Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Distrito Federal e Ministério da Saúde.

## Informações adicionais

O valor correspondente a cada estado e município e será referido pelo gestor no momento da pactuação

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

## Tipo de Indicador

Indicador Complementar

## 27. Média anual da ação coletiva escovação supervisionada:

### Conceito

Este indicador reflete em percentual o número médio de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada.

Expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com dentifrício fluoretado sob orientação/supervisão de um profissional de saúde visando à prevenção de doenças bucais, prioritariamente a cárie dental e doença periodontal.

Possibilita a análise comparativa dos dados epidemiológicos, verificando relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal, subsidiando o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal.

Facilita o monitoramento das ações preventivas e de promoção da saúde bucal, sendo esse indicador de fundamental importância para análise das prioridades da atenção em saúde bucal prestada à população.

### Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva escovação dental supervisionada* realizada em determinado local dividindo-se pelo período de 12 meses}}{\text{População no mesmo local}} \times 100$$

\*Código do SIA/SUS: 01.01.02.003-1 (portaria nº. 95 de 14 de fevereiro de 2006)

### Fonte

Numerador: Sistema de Informações Ambulatórias do SUS. SIA/SUS.

Denominador: Base Demográfica do IBGE

### **Informações adicionais**

Para calcular este indicador faz-se a soma do número de participantes a atividade escovação dental supervisionada mês a mês. O total é dividido por 12, independente da existência de registro no período de 12 meses. Este resultado é dividido pela população total do município e multiplicado por 100.

Esse indicador possibilita ainda analisar a proporção de pessoas que tiveram acesso ao flúor tópico do dentifrício, importante meio de prevenção de cárie dentária.

O procedimento "ação coletiva de escovação dental supervisionada" foi incluído na tabela do SIA/SUS pela portaria nº. 95 de 14 de fevereiro de 2006.

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

## **28. Cobertura de primeira consulta odontológica programática:**

### **Conceito**

Este indicador reflete, em percentual o número de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde - SUS.

A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o indivíduo ingressa num programa de saúde bucal a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico realizado com finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico -PPT.

Esse indicador é utilizado para analisar a cobertura da população que teve acesso a essa consulta, identificando variações geográficas e temporais, subsidiando a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica.

### **Método de Cálculo**

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

\* Código do SIA/SUS: 03.01.01.015-3

### **Fonte**

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

Denominador: Base demográfica do IBGE.

### **Informações adicionais**

As primeiras consultas odontológicas só devem ser registradas quando o plano preventivo terapêutico for elaborado. Não considerar os atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto.

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

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **29. Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral:**

### **Conceito**

Este indicador reflete a ocorrência de internações hospitalares por acidente vascular cerebral em indivíduos de 40 anos e mais para cada 10.000 habitantes nessa mesma faixa etária.

O indicador objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva, que envolve diagnóstico, tratamento e educação para a saúde e a efetividade das ações na saúde da população adulta.

Deve ser utilizado também para monitorar variações geográficas e temporais na taxa de hospitalizações entre indivíduos com 40 anos e mais, identificando situações que possam merecer atenção especial.

Apresenta limitações no sentido de não existirem parâmetros para comparação entre municípios do país. O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, durante o período analisado.

Espera-se que, nos municípios que priorizem a execução de ações na atenção básica, ocorra uma redução nessa taxa.

### **Método de Cálculo**

Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)

\* na população de 40 anos e mais em determinado local e período

---

X 10.000

População de 40 anos e mais no mesmo local e período

\*código SIH/SUS: 03.03.04.014-9

**Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

**Informações adicionais**

Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS.

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

**Tipo de Indicador**

Indicador Principal

**30. Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais:****Conceito**

Este indicador reflete a ocorrência de internações hospitalares por diabetes mellitus e suas complicações, na população de 30 anos e mais, para cada 10.000 habitantes nessa mesma faixa etária.

Objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle, que envolve diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde, do Diabetes Mellitus no âmbito do SUS.

Pode ser utilizado para identificar grupos de risco na população e orienta a adoção de medidas de controle, subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação da efetividade de políticas públicas voltadas para a assistência à população e as ações voltadas para a assistência médico-hospitalar.

Apresenta limitação pelo fato de ser influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado. Frequentemente o diabetes mellitus não é a causa principal da internação, mas sim uma de suas complicações.

Espera-se que, nos municípios que priorizem a execução de ações de controle, ocorra uma diminuição no número de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações.

## **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de internações por complicações do diabetes mellitus* na população de 30 anos e mais em determinado local e período}}{\text{Total da população de 30 anos e mais no mesmo local e período}} \times 10.000$$

\* Códigos do SIH/SUS: 03.03.03.003-8

## **Fonte**

SIH/SUS

## **Informações Adicionais**

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

Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS.

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

## **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **31. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas:**

### **Conceito**

O indicador refere-se à média anual de consultas médicas realizadas, por habitante, nas especialidades básicas.

Reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual a partir da oferta de consultas médicas nas especialidades básicas – clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Contribui para avaliar e reprogramar a oferta de consultas ambulatoriais.

### **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 no SIA/SUS:

03.01.06.005-3 Atendimento de urgência em atenção básica com remoção

03.01.06.003-7 Atendimento de urgência em atenção básica

03.01.06.004-5 Atendimento de urgência em Atenção Básica com observação até 8 horas

03.01.04.001-0 Atendimento clínico para indicação/fornecimento de diafragma uterino

03.01.04.002-8 Atendimento clínico para indicação/fornecimento/inserção de DIU

03.01.01.011-0 Consulta de pré-natal

03.01.01.006-4 Consulta médica em atenção básica

03.01.01.013-7 Consulta/atendimento domiciliar na atenção básica

03.01.01.012-9 Consulta puerperal

03.01.01.002-1 Consulta com identificação de casos novos de tuberculose

03.01.01.001-3 Consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento supervisionado)

03.01.01.009-9 Consulta para avaliação clínica do fumante

### **Fonte**

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

Denominador: Base demográfica do IBGE.

### **Informações adicionais**

Esse indicador apresenta um parâmetro nacional igual a 1,5 consulta médica que deve ser analisado por cada município e adequado de acordo com sua realidade respeitando as especificidades.

Na sua análise deve-se considerar a possibilidade de sub-registro das informações no SIA/SUS.

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios

### **Tipo de Indicador**

Principal

## **32. Proporção de nascidos vivos de mães com 04 ou mais consultas de pré-natal:**

### **Conceito**

Este indicador expressa a proporção de nascidos vivos de mães que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal.

Pode ser utilizado para analisar a cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais. Subsidia

o planejamento e avaliação de políticas de saúde voltadas para o atendimento pré-natal.

Tem como limitações não abranger o universo das gestantes, excluindo aquelas que tiveram aborto ou como produto da gestação o nascido morto, e a implantação parcial do Sinasc em alguns municípios.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães com 04 ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$$

**Observação:** Os municípios e estados que obtiveram 90% ou mais na proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal no ano anterior devem pactuar 7 ou mais consultas de pré-natal.

### **Fonte**

SINASC

### **Informações adicionais**

As informações do Sinasc refletem as consultas realizadas nos serviços de saúde SUS e não SUS.

O indicador não reflete a qualidade do atendimento prestado nas consultas de pré-natal. Para isso, sugere-se analisar outros indicadores de saúde, a exemplo da incidência de sífilis congênita e de tétano neonatal.

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **33. Média mensal de visitas domiciliares por família realizada por Agente Comunitário de Saúde:**

### **Conceito**

Este indicador reflete a média de visitas domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde - ACS, por família cadastrada e por mês.

Deve ser utilizado para analisar o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, com ênfase às atividades de acompanhamento de grupos prioritários, identificação de situações de risco e educação em saúde.

## Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de visitas domiciliares realizadas por ACS*}, \text{ em determinado local e período.}}{\text{Número de famílias no município X número de meses, no mesmo local e período.}}$$

\* Utilizar os registros das quantidades apresentadas de visitas domiciliares por família com código do procedimento no SIA/SUS: 01.01.01.001-0 e 01.01.03.001-0 Atividade executada por ACS.

## Fonte

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS.  
Denominador: Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB.

## Informações adicionais

Para obtenção de melhores resultados nesse indicador, devem-se registrar as visitas domiciliares realizadas pelo ACS no SIA/SUS.

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

## Tipo de Indicador

Indicador Complementar

## 34. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade:

### Conceito

O indicador expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, principalmente para caracterização do baixo peso. Essa avaliação é muito adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global do indivíduo.

Como limitação, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos progressos ou crônicos.

## Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças menores de cinco anos com peso por idade abaixo do percentil 3}}{\text{Número total de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN}} \times 100$$

**Fonte**

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN

**Informações adicionais**

O peso da criança é aferido segundo métodos preconizados e registrado em quilos. A idade da criança é calculada em meses. Esses valores são identificados no gráfico de crescimento infantil, segundo o sexo. Este gráfico corresponde a curvas que refletem o crescimento de uma população de referência, isto é, aquela que inclui dados de indivíduos saudáveis, vivendo em condições socioeconômicas, culturais e ambientais satisfatórias.

Na Caderneta de Saúde da Criança, que é distribuída em maternidades e em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, constam os percentis de peso por idade.

O percentil é obtido a partir da análise do gráfico existente na Caderneta de Saúde da Criança fazendo a intersecção da medida de peso da criança e da sua idade. Isso possibilita a identificação da faixa de percentil de peso por idade em que a criança se encontra, devendo ser observados os pontos de corte para sua interpretação. Esses pontos correspondem a percentis 3, 10 e 97, classificando o estado nutricional infantil em:

PERCENTIL	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	Peso baixo para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 10	Risco nutricional
≥ Percentil 10 e < Percentil 97	Adequado ou eutrófico
≥ Percentil 97	Risco de sobrepeso

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995 e MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série Caderno de Atenção Básica: nº 11: *Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília, 2002.

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

**Tipo de Indicador**

Indicador Principal

**35. Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica:****Conceito**

Este indicador reflete, em percentual, a relação entre o número de famílias com perfil saúde do Programa Bolsa Família que são acompanhadas pela atenção básica e o número total de famílias cadastradas no Cad-Único.

O acompanhamento das condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF, que tenham crianças até sete anos e gestantes é compromisso do Ministério da Saúde e atribuição compartilhada com os gestores estaduais e municipais do SUS.

São definidas como condicionalidades do Programa: o cumprimento do calendário de vacinação, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o seguimento do calendário de consultas de pré-natal da gestante, da assistência pós-parto e a avaliação do estado nutricional das famílias. Devem ser registradas individualmente, a cada semestre, no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de famílias com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica*}}{\text{Número total de famílias com perfil saúde cadastradas no Cad-Único*}} \times 100$$

\*Todas as famílias com perfil saúde do Programa Bolsa Família cadastradas no Cad-Único em cada vigência do programa (1ª vigência: período de 01 de janeiro a 30 de julho; 2ª vigência: período de 01 de agosto a 31 de dezembro).

### **Fonte**

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SIVAN)

### **Informações adicionais**

O SISVAN foi concebido inicialmente com objetivo de fomentar a formulação de políticas e projetos de nutrição e para avaliação de programas sociais, por meio da coleta, análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle dos problemas nutricionais. Estas informações são aquelas relacionadas principalmente ao estado nutricional e ao consumo alimentar da população.

A partir de 2004, o sistema incorporou novas funcionalidades, para atender o disposto na Portaria Interministerial nº 2509 de 18/11/2004, que definiu atribuições e regras para a oferta e o monitoramento das ações de saúde para o Programa Bolsa Família. O SISVAN possibilita os registros individuais da condição de saúde dos beneficiários.

Indicador a ser pactuado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

## **PRIORIDADE: SAÚDE DO TRABALHADOR**

### **36. Número de CEREST implantados:**

#### **Conceito**

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador são unidades destinadas a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, de referência para apoiar a vigilância e assistência agravos à saúde, relacionadas ao trabalho, assim como para a promoção da saúde dos trabalhadores. Apresentam-se sob a forma de Gestão Estadual (01 por UF) ou Gestão Regional, em função do contido na Portaria GM/MS 2.437 de 07.12.2005, devidamente pactuada na CIT.

#### **Método de Cálculo**

Número absoluto de Cerest

#### **Fonte**

Portaria de Habilitação da SAS/MS definindo as unidades instaladas no período.

#### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

### **37. Número de profissionais de saúde matriculados:**

#### **Conceito**

O Curso à Distância de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana é uma parceria com a EAD/ENSP/FIOCRUZ, com Estados, Municípios e Ministério da Saúde, cujo principal objetivo é capacitar profissionais de saúde para a implantação da RENAST – Rede Nacional de Integral à Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e desenvolvimento de ações em Saúde do Trabalhador no SUS.

#### **Método de Cálculo**

Número absoluto de profissionais

#### **Fonte**

EAD/ENSP/FIOCRUZ / alunos matriculados – sistema VIASK

#### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

## **PRIORIDADE: SAÚDE MENTAL**

### **38. Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes:**

#### **Conceito**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental destinados ao atendimento de crianças, jovens e adultos com transtornos mentais e decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

Este indicador já está consolidado como um instrumento de monitoramento da expansão da rede extra-hospitalar no Brasil, assim como indica o aumento da acessibilidade às ações comunitárias de saúde mental no SUS.

Para o efeito do cálculo, consideramos que:

- 1) CAPS I é referência para um território de até 50.000 habitantes;
- 2) CAPS II é referência para um território de 100.000 habitantes;
- 3) CAPS III (24 horas) é referência para um território de 150.000 habitantes;
- 4) CAPS infanto-juvenil (CAPSi) é referência para 100.000 habitantes;
- 5) CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) são referências para 100.000 habitantes

Por isso, cada serviço tem um peso diferenciado, por ser referência para números de população distintos. Desta forma, os pesos estão descritos abaixo:

CAPS I: 0,5

CAPS II, CAPSi e CAPSad: 1

CAPS III: 1,5

#### **Método de Cálculo**

$$\frac{[(n^{\circ}\text{CAPS I} \times 0,5) + (n^{\circ}\text{CAPS II}) + (n^{\circ}\text{CAPS III} \times 1,5) + (n^{\circ}\text{CAPSi}) + (n^{\circ}\text{CAPSad})]}{\text{População}} \times 100.000$$

#### **Informações adicionais**

Este indicador vem sendo utilizado desde 2002 pela Coordenação de Saúde Mental, em nível federal. Este indicador pode ser produzido em qualquer tempo, nos três níveis de gestão.

Permite também a desagregabilidade por tipo de serviço, como forma de subsidiar a expansão de um tipo de CAPS específico, caso a cobertura esteja insuficiente.

Consideram-se os seguintes critérios para o ranking de um estado ou município:

Cobertura muito boa: acima de 0,70/100.000 hab

Cobertura regular a boa: entre 0,50 a 0,69/100.000 hab

Cobertura regular/baixa: entre 0,35 a 0,49/100.000 hab

Cobertura baixa: 0,20 a 0,34/100.000 hab

Insuficiente/crítica: abaixo de 0,20/100.000 hab

### Série Histórica

Ano	Cobertura CAPS/100.000hab
2002	0,21
2003	0,24
2004	0,29
2005	0,33
2006	0,44
Out/2007	0,49

#### Fonte

CNES e IBGE

#### Tipo de Indicador

Indicador Principal

### 39. Taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa:

#### Conceito

O Programa de Volta para Casa (PVC) foi criado pela Lei 10.708/2003 e tem como objetivo a reinserção social dos pacientes longamente internados. É um programa que além de estabelecer um auxílio-reabilitação repassado diretamente aos pacientes com transtornos mentais (que tenham sido internados em hospitais psiquiátricos por mais de 2 anos ininterruptos até publicação da Lei), no valor de R\$ 240,00, tem como requisito a exigência de que o gestor local garanta atendimento aos pacientes em regime ambulatorial, nos serviços substitutivos de saúde mental.

A regulamentação foi feita pela Portaria do Ministério da Saúde nº. 2077, de 31/10/2003.

## Método de Cálculo

$$\frac{\text{Nº. de pessoas beneficiadas}}{\text{Total de beneficiários potenciais*}}$$

- Número de beneficiários com mais de 2 anos de internação ininterruptos, até a aprovação da Lei 10.708/2003
- Obs.: Considerar para efeito de pactuação o número absoluto de pessoas beneficiadas.

## Fonte

Sítio da Coordenação de Saúde Mental e DATASUS

## Informações adicionais

A Coordenação de Saúde Mental estima que cerca de 30% das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos são de longa permanência (mais de dois anos de internação). Mas propõe que sejam feitos censos clínicos e psicossociais para levantamento detalhado do perfil da clientela internada.

Série Histórica:

Ano	Número de beneficiários do PVC
2003	243
2004	879
2005	1991
2006	2519
out/2007	2831

## Tipo de Indicador

Indicador Complementar

**PRIORIDADE: FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

**40. Número total de serviços de reabilitação de saúde auditiva habilitados por UF**

**Conceito**

Contribui para a análise sobre a implantação da Política de Saúde para Pessoas com Deficiência pelos estados e municípios; sobre a possibilidade de acesso das pessoas com deficiência auditiva aos serviços específicos de atenção à saúde; sobre o comprometimento dos gestores estaduais/municipais com a implantação da Política de Saúde para Pessoas com Deficiência.

**Método de Cálculo**

Nº. total de serviços de saúde auditiva  
habilitados por UF

**Fonte**

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/> (página da Área Técnica saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS)  
Abrangência Nacional.

**Informações adicionais:**

- A Portaria MS/GM nº. 1.060/02 institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.
- A Portaria MS/SAS nº. 587/04 e Portaria MS/SAS nº. 589/04 estabelecem normas para a organização das Redes Estaduais de Serviços de Saúde Auditiva.
- A Portaria MS/SAS nº. 587/04, anexo V, estabelece o quantitativo máximo de Serviços de Saúde Auditiva por estados que devem compor as Redes Estaduais de Serviços de Saúde Auditiva. Esse quantitativo foi alterado a partir da estimativa populacional/2005, conforme tabela abaixo:

Estado	População 2005	Quantitativo de Serviços por UF	
		Portaria SAS 587/04	Alteração
. Acre	620.634	1	1
. Alagoas	2.980.910	2	2
. Amapá	547.400	1	1
. Amazonas	3.148.420	2	2
. Bahia	13.682.074	9	9
. Ceará	7.976.563	5	5
. Distrito Federal	2.282.049	2	2
. Espírito Santo	3.352.024	2	2
. Goiás	5.508.245	3	4
. Maranhão	6.021.504	4	4
. Mato Grosso	2.749.145	2	2
. Mato Grosso do Sul	2.230.702	2	2
. Minas Gerais	18.993.720	11	13
. Pará	6.850.181	4	5
. Paraíba	3.568.350	2	2
. Paraná	10.135.388	6	7
. Pernambuco	8.323.911	5	6
. Piauí	2.977.259	2	2
. Rio de Janeiro	15.203.750	9	10
. Rio Grande do Norte	2.962.107	2	2
. Rio Grande do Sul	10.726.063	7	7
. Rondônia	1.562.085	1	1
. Roraima	381.896	1	1
. Santa Catarina	5.774.178	3	4
. São Paulo	39.825.226	25	27
. Sergipe	1.934.596	2	2
. Tocantins	1.262.644	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>116</b>	<b>126</b>

### Tipo de Indicador

Indicador Principal

## **PRIORIDADE: ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA**

### **41. Proporção de redes de atenção integral à mulher e adolescentes em situação de violência implantados em municípios prioritários no estado:**

#### **Conceito**

Redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos e/ou temáticas comuns.

Redes para prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação de vulnerabilidade, que estão sofrendo ou que já passaram por situações de violência, são conjuntos articulados dentro da sociedade, que se dispõem a serem portas de entrada, acompanhamento psicossocial e reinserção dessas pessoas no cotidiano, na busca de minorar os seus sofrimentos.

Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres em situação de violência é a articulação das ações organizadas entre o Governo Federal, Governos Estaduais e Municipais, Organizações da Sociedade Civil, Entidades de Classes, Instituições de Ensino Superior e Comunidades para o desenvolvimento de estratégias globais no enfrentamento da violência contra mulheres.

Rede Estadual de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência é um redesenho do que seja a rede nacional, e que se compõe de forma a garantir ações estratégicas no âmbito do Estado. A Rede Estadual tem como fundamento a organização do que sejam as referências e contra-referências no atendimento, acompanhamento, notificação, defesa de direitos e responsabilização de agressores.

Rede Municipal de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência é a organização das estratégias locais (rede de serviços e sociedade civil, disponíveis) e que desenvolvem de forma intra e intersetorial as ações de acolhimento, atendimento, notificação, defesa de direitos, responsabilização de agressores e atenção psicossocial para o enfrentamento da violência contra mulheres.

#### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de redes municipais de atenção integral a mulheres e adolescentes em situação de violência implantadas no estado}}{\text{Municípios prioritários* no estado}} \times 100$$

\*Municípios prioritários conforme relação descrita na página 51 deste instrutivo.

**Fonte**

www.saude.gov.br/ portal cidadão/Saúde da Mulher

**Informações adicionais**

Indicador complementar

Meta para 2008: 50% dos municípios prioritários

**Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

**42. Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências, implantadas:**

**Conceito**

Este indicador mede a implantação da “*Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências*”.

O conceito de violência adotado pelo Ministério da Saúde/MS segue a definição da Organização Mundial de Saúde/OMS, que considera violência como sendo o “*uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação*” (OMS, 2002).

A ficha de notificação/investigação é individual, ou seja, para cada pessoa vítima de violência deve ser preenchida uma notificação, mesmo que esta violência acomete grupos de pessoas ou uma comunidade. No caso de várias pessoas, vítimas de violência num mesmo evento deverão ser feitas uma notificação para cada uma destas pessoas. Após a notificação do caso deve ser feita a investigação do mesmo, pois cada caso notificado demanda uma ação de intervenção específica, tanto em relação às medidas de prevenção em relação aos fatores de risco, como em relação à atenção e proteção social da pessoa vítima de violência.

A partir da conceituação da OMS e de necessidades específicas de intervenção do ponto de vista da saúde pública e da vigilância epidemiológica de causas externas, considera-se como objeto de notificação as violências: Física, Sexual, Psicológica ou Moral, Patrimonial ou Financeira, Negligência/Abandono, Maus tratos, Tráfico de Seres Humanos, Trabalho Infantil e as violências auto provocadas (suicídio e tentativas de suicídio). Não se considerou para fins de notificação as demais violências interpessoais, como a violência urbana (homicídios e tentativas de homicídios, outras violências); estes agravos serão monitorados por outros instrumentos e técnicas da epidemiologia, como as análises de tendência.

Em relação à violência sexual incluem-se as diversas subdivisões tanto do abuso sexual como da exploração sexual. Assim são de notificação: assédio sexual, estupro, atentado violento ao pudor, pornografia infantil, voyeurismo, outros.

Em relação à violência doméstica considera-se todas as formas de violência que ocorrem no âmbito das relações familiares (violência intra-familiar), seja contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos/as, homens. A violência doméstica independe de sua natureza (física, sexual, psicológica, negligência, abandono, maus tratos).

Em relação às "outras violências" objetos de notificação serão consideradas as violências auto provocadas (suicídio e tentativas de suicídio), pois são problemas de saúde pública em que há a necessidade de uma intervenção individual como forma de prevenir este agravo conforme preconizado nas "Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio" (Portaria MS/GM nº. 1.876 de 14 de agosto de 2006).

Salienta-se a necessidade da urgência na implantação deste indicador como estratégia de vigilância em saúde que permita trazer subsídios para as ações de prevenção de violências e de promoção da saúde e cultura de paz. Quanto ao perfil de morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências), estas são responsáveis pela 3ª causa de óbito na população geral brasileira, após doenças do aparelho circulatório e neoplasias, e se constitui na 1ª causa de óbito na faixa etária de 1 a 39 anos (BRASIL, 2004).

Aliado à mortalidade elevada por estas causas, que diminui a expectativa de adolescentes e jovens, estas são responsáveis por grande nº. de internações e outras demandas aos serviços de saúde, seja com procedimentos diagnósticos e terapêuticos, com reabilitação, etc. que acabam por onerar imensamente o sistema de saúde. Além dos custos com saúde, somam-se também os custos sociais decorrentes das causas externas, como as aposentadorias precoces, auxílios-doença, absenteísmo ao trabalho, à escola, etc., e os custos pessoais e familiares.

O novo formato de "Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA", que está sendo implementado no Sistema Único de Saúde/SUS e que utiliza a "*Ficha de Notificação/ Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências*" considerou os atos normativos e legais, nacionais e internacionais, além de algumas medidas em andamento, relacionados abaixo:

- Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, Pequim, 1995;
- Convenção Internacional para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, Belém do Pará- 1995;
- Lei nº. 6.259 de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de doenças e outros agravos inusitados, no âmbito do Sistema de Saúde;

- Lei nº. 8.069 de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – em seu artigo 13 diz que todo caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes é de notificação obrigatória;
- Lei nº. 10.741 de 2003 – Estatuto do Idoso, que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória;
- Lei nº. 10.778 de 2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços públicos e privados de saúde;
- Decreto Presidencial nº. 5.099, de 03 junho de 2004, publicado no DOU de 04 de junho de 2004, que regulamenta a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Este decreto, em seu artigo 1º diz: "*Ficam instituídos os serviços de referência sentinela, aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher*";
- Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: ações de Enfrentamento da Violência Sexual e/ou Doméstica contra a Mulher – Secretaria de Políticas para as Mulheres/Presidência da República – 2004;
- Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil – Secretaria Especial de Direitos Humanos/ Presidência da República – 2000;
- Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa – Secretaria Especial de Direitos Humanos/Presidência da República – 2005;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Plano de Ação 2004-2007 do Ministério da Saúde;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente – Plano de Ação 2004-2007 e Marco Legal do Ministério da Saúde;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde
- Portaria GM/MS nº. 1.968 de 25 de outubro de 2001 – dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde;
- Portaria GM/MS nº. 777 de 28 de abril de 2004, que institui a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador, como os acidentes/violência no trabalho, em rede de serviços sentinela, específica do Sistema Único de Saúde, prevista na;
- Portaria nº. 2.406/GM de 05 de novembro de 2004, que institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação;
- Portaria MS/GM Nº. 737 de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- Portaria MS/GM Nº. 936 de 19 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção

da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios;

- Portaria MS/GM nº. 1.190 de 14 de julho de 2005, que institui o colegiado gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Portaria MS/GM nº. 687 de 30 de março de 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Portaria MS/GM nº. 1.876 de 14 de agosto de 2006, que instituiu as "Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio".

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de municípios com Notificação* implantada no estado}}{\text{Número de municípios prioritários** no estado}} \times 100$$

\* Uso da "Ficha de Notificação/ Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências".

\*\* Municípios prioritários conforme relação descrita na página 51 deste instrutivo.

### **Fonte**

Sítio SVS CGDANT

### **Informações adicionais**

Anexo I

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **PRIORIDADE: SAÚDE DO HOMEM**

### **43. Percentual de unidades federadas e Distrito Federal que implantaram a Política de Saúde do Homem.**

#### **Conceito:**

Este indicador reflete o percentual UF e Distrito Federal que implantaram a Política da Saúde no Homem dentre o total UF e Distrito Federal em determinada local, durante determinado período.

#### **Usos:**

Identificar as UF e Distrito Federal que implantaram políticas de atenção integral a saúde do homem;

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a implantação da Política e a melhoria da qualidade da atenção à saúde do homem.

Limitações:

Possibilidade de as UF e Distrito Federal não terem condições de implantarem a Política.

Interpretação:

Mede a ocorrência do número de UF e Distrito Federal que implantaram a Política a partir das informações disponíveis na base de dados dos serviços de saúde próprios e conveniados ao SUS.

Este é um indicador que deve ser monitorado pelos gestores municipais e estaduais.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de unidades federadas e Distrito Federal com a Política de Saúde do Homem implantada}}{\text{Número total de unidades federadas e Distrito Federal existentes}} \times 100$$

### **Fonte**

Informações prestadas pelos estados e Coordenação de Saúde do Homem.

## **RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DAS INSTÂNCIAS GESTORAS DO SUS**

### **44. Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade:**

#### **Conceito**

Proporção de crianças menores de um ano de idade, vacinadas contra Difteria, Tétano, Coqueluche e Infecções por hemófilo Influenza tipo B.

## Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de terceiras doses registradas da vacina DTP+Hib (tetraivalente) em crianças menores de um ano.}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$$

## Fonte

SI-API/IBGE

## Informações adicionais

Denominador: nascidos vivos registrados no SINASC (fonte: SI-API).

## Tipo de Indicador

Indicador Principal

## 45. Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas:

### Conceito

Proporção de óbitos cuja causa básica está definida como integrante de qualquer capítulo da CID-10, excetuando os códigos R00 a R99, do Cap XVIII, que reúne os sinais, sintomas e achados anormais ao exame clínico e laboratorial na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Trata-se, portanto, de um indicador da qualidade da informação de mortalidade de um determinado espaço geográfico, e tempo considerado.

#### *Uso:*

- Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por causas definidas, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais com o propósito de identificar os fatores que condicionam a baixa definição de causa.
- Avaliar a qualidade das estatísticas de mortalidade e, subsidiariamente, das condições de prestação de serviços de saúde.
- Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação dos sistemas de informação sobre mortalidade, para a adoção de medidas destinadas a aprimorar o preenchimento da Declaração de Óbito.

#### *Limitações:*

- As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo

expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.

- A proporção de causas definidas tende a estar subestimada em áreas com baixa cobertura de informação sobre mortalidade. Essas áreas costumam apresentar condições assistenciais insatisfatórias, com prejuízo para a identificação das causas de morte.

#### *Interpretação*

- Avalia o grau da qualidade da informação sobre causas de morte. Percentuais baixos sugerem deficiências na declaração das causas de morte, que podem expressar má qualidade da assistência médica, do registro médico, da codificação, do sistema de investigação de causas de óbito, etc.
- A frequência de causas definidas é condicionada pela disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico.
- O emprego de expressões ou termos imprecisos prejudica a identificação da causa básica da morte, contribuindo para o aumento dos óbitos codificados no capítulo de causas mal definidas (códigos R00 a R99 da CID - 10), e conseqüentemente para a piora do indicador de causas definidas.

### **Método de Cálculo**

Número de óbitos, não fetais, por causas básicas definidas (todas as causas de mortalidade, constantes em todos os capítulos da CID - 10, excetuado o Cap XVIII - códigos R00 a R99), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. X100

---

Número total de óbitos não fetais informados ao SIM na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### **Fonte**

Numerador e denominador: SIM

Abrangência da fonte: municipal, estadual e nacional

### **Informações adicionais**

O indicador pode ser calculado em todos os níveis (municipal, estadual e nacional), utilizando as mesmas fontes e o mesmo método de cálculo.

Deverá ser utilizada a linha de base aferida em 2006 para propor a meta a ser alcançada por cada UF em 2008.

Série histórica, com a proporção de óbitos por causas definidas, segundo região e Brasil, 1996 a 2006 (\*).

(\* ) 2006 – dado preliminar.

Fonte: SIM-SVS

**Série histórica, com a proporção de óbitos por causas definidas, segundo UF, região e Brasil, 1996 a 2006 (\*).**

UF/Reg Res	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brasil	84,9	85,3	84,9	84,9	85,7	85,9	86,3	86,7	87,6	89,6	91,0
<b>Região Norte</b>	<b>75,8</b>	<b>75,6</b>	<b>75,8</b>	<b>75,7</b>	<b>76,0</b>	<b>77,3</b>	<b>78,4</b>	<b>78,8</b>	<b>79,2</b>	<b>82,3</b>	<b>83,4</b>
Rondonia	81,7	84,3	85,3	84,6	87,1	87,5	88,9	87,6	88,8	90,6	92,7
Acre	72,9	72,1	67,5	68,3	68,8	71,2	76,5	75,1	70,7	92,3	88,2
Amazonas	76,9	75,4	77,2	76,2	74,8	75,2	74,8	74,6	77,4	78,7	79,3
Roraima	95,4	92,2	96,1	91,0	90,9	93,8	95,6	93,3	92,0	93,8	92,9
Para	72,6	72,9	72,2	71,9	72,4	74,1	73,7	74,6	74,3	77,6	79,6
Amapa	94,4	91,1	90,2	89,5	85,1	87,2	87,6	84,6	85,4	85,7	85,7
Tocantins	69,7	69,8	71,4	75,4	78,8	80,2	88,2	93,4	95,0	94,5	97,8
<b>Região Nordeste</b>	<b>67,6</b>	<b>68,8</b>	<b>69,5</b>	<b>69,7</b>	<b>71,6</b>	<b>72,5</b>	<b>73,2</b>	<b>74,1</b>	<b>76,3</b>	<b>82,8</b>	<b>87,7</b>
Maranhao	59,9	60,4	60,0	59,3	63,9	60,5	59,7	62,6	63,4	83,4	89,7
Piaui	65,9	67,7	67,3	68,6	69,3	70,4	74,1	73,8	75,7	77,9	92,7
Ceara	69,1	71,1	76,0	78,1	79,8	78,5	74,5	73,9	75,2	80,9	93,3
Rio Grande do Norte	70,1	70,3	70,5	70,5	72,4	72,0	73,0	75,1	80,0	91,5	94,5
Paraiba	49,6	48,1	47,1	46,5	53,5	54,9	59,5	65,1	70,3	84,4	85,6
Pernambuco	72,9	75,3	75,3	75,4	77,2	79,0	81,0	82,3	83,8	90,0	93,0
Alagoas	58,8	61,8	65,2	65,6	70,9	72,0	71,8	72,8	74,8	86,5	84,5
Sergipe	67,9	67,0	68,0	68,3	70,3	73,6	76,5	76,2	89,4	90,5	91,1
Bahia	71,4	72,2	71,8	70,1	70,3	73,3	74,6	74,3	75,2	74,7	77,7
<b>Região Sudeste</b>	<b>90,8</b>	<b>90,9</b>	<b>90,0</b>	<b>89,9</b>	<b>90,2</b>	<b>90,4</b>	<b>90,9</b>	<b>91,1</b>	<b>91,5</b>	<b>91,9</b>	<b>92,0</b>
Minas Gerais	85,6	85,8	85,2	83,9	85,8	86,3	86,9	87,0	87,6	88,5	88,7
Espirito Santo	80,1	81,5	80,6	80,7	82,4	83,6	88,2	93,6	95,4	95,6	96,3
Rio de Janeiro	90,4	90,2	89,0	89,1	88,5	88,8	89,2	89,2	90,3	90,7	90,7
Sao Paulo	94,0	93,9	93,3	93,4	93,4	93,3	93,5	93,6	93,6	93,7	93,8
<b>Região Sul</b>	<b>91,1</b>	<b>92,3</b>	<b>92,3</b>	<b>92,9</b>	<b>93,7</b>	<b>93,7</b>	<b>93,7</b>	<b>93,3</b>	<b>93,8</b>	<b>94,2</b>	<b>94,3</b>
Parana	90,2	92,7	92,9	93,4	94,6	94,9	95,4	95,0	94,9	95,2	95,2
Santa Catarina	84,7	86,3	85,8	87,0	87,4	88,0	88,7	89,6	90,7	91,3	90,9
Rio Grande do Sul	94,4	94,6	94,4	95,0	95,6	95,1	94,3	93,5	94,3	94,6	94,9
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>89,2</b>	<b>89,5</b>	<b>89,4</b>	<b>89,9</b>	<b>91,5</b>	<b>92,1</b>	<b>93,4</b>	<b>94,3</b>	<b>94,2</b>	<b>94,8</b>	<b>95,3</b>
Mato Grosso do Sul	89,1	89,7	89,9	90,8	91,5	94,5	96,8	97,6	98,4	98,2	98,4
Mato Grosso	90,0	91,3	90,8	92,5	92,1	91,1	91,8	94,1	91,7	93,6	93,9
Goiás	85,3	85,7	86,1	86,4	89,8	90,5	92,0	92,4	92,7	92,8	93,4
Distrito Federal	98,8	98,0	96,1	95,1	95,3	94,9	95,4	95,7	96,5	97,7	97,9
Total	84,9	85,3	84,9	84,9	85,7	85,9	86,3	86,7	87,6	89,6	91,0

(\* ) 2006 – dado preliminar. Fonte: SIM-SVS

## Tipo de Indicador

Indicador Principal

### 46. Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA em menores de 15anos:

#### Conceito

Total de casos de PFA notificados em menores de 15 anos, dividido pela população menor de 15 anos, multiplicado por 100.000.

#### Interpretação

Um caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos

*Usos:* monitorar a vigilância das paralisias flácidas agudas (PFA) em menores de 15 anos visando à manutenção da erradicação da poliomielite no Brasil.

Este indicador tem que ser analisado conjuntamente com dois outros indicadores operacionais da vigilância das PFA, possibilitando também a identificação de:

- Casos associados à vacina;
- Casos importados de poliomielite;
- Circulação de vírus derivados vacinais.

*Limitações:* baixa sensibilidade dos profissionais de saúde para notificação de casos e da importância do indicador na execução das ações de vigilância das PFA.

## Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de casos notificados de PFA em menores de 15 anos residentes}}{\text{Total de população menor de 15 anos}} \times 100.000$$

## Fonte

**PESS:** O cálculo do indicador Taxa de Notificação que avalia a sensibilidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica das PFA, é realizado a partir dos dados registrados no *Poliomyelitis Eradication Surveillance System (PESS)*. Implantado em 1991, o *PESS* é um *software* distribuído pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para fins de monitoramento regional da poliomielite nas Américas.

O *PESS* encontra-se instalado no Nível Central na Coordenação de Doenças de Transmissão Respiratórias e Imunopreveníveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde na Área Técnica de PFA (VE\_PFA/Pólio/COVER/SVS/MS). As fichas de notificação e investigação de casos de PFA recebidas das Unidades Federadas são digitadas no respectivo sistema, e repassados semanalmente para a OPAS.

## Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Os dados coletados pela equipe de vigilância epidemiológica são digitados no SINAN, porém por questões operacionais ainda não está sendo utilizado para o cálculo dos indicadores de qualidade da vigilância das PFA. Ressaltando-se a necessidade de maior rapidez na disponibilidade dessas informações, bem como da qualidade das mesmas.

## Tipo de Indicador

Indicador Principal

## 47. Proporção de doenças exantemáticas investigados oportunamente:

### Conceito

Investigar todos os casos suspeitos de sarampo e rubéola em até 48 horas após a notificação e que tenham as variáveis, Dt. de investigação, Dt.

de exantema, Dt. de coleta e se realizou bloqueio vacinal, preenchidas na ficha de investigação.

*Interpretação:* 80% casos investigados adequadamente

*Usos:* Avaliar a qualidade da vigilância epidemiológica das Doenças Exantemáticas

*Limitações:* o não preenchimento das variáveis que compõem o indicador

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados em até 48 horas após a notificação e que tenham as variáveis, Dt. de investigação, Dt. de exantema, Dt. de coleta e se realizou bloqueio vacinal preenchido.}}{\text{Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola notificados}} \times 100$$

### **Fonte**

SINAN

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **48. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação:**

### **Conceito**

Este indicador reflete a proporção de casos notificados de doenças de notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria GM/MS Nº. 5 de 21 de fevereiro de 2006, que foram encerrados dentro do prazo preconizado para cada agravo, de acordo com o quadro abaixo, em determinado local e período.

*Usos:*

- a. Útil para avaliar a eficiência de um sistema de vigilância epidemiológica quanto à sua agilidade em encerrar casos notificados.
- b. O monitoramento deste indicador possibilita obter informação para interromper ou prevenir exposição continuada dos agravos de notificação compulsória
- c. Prover bases com dados oportunos para planejamento de programas de controle das doenças de notificação compulsória e avaliação dos impactos das intervenções.

**Interpretação:**

- a. A informação da investigação concluída oportunamente fornece o conhecimento de casos confirmados e descartados e, por conseguinte permite orientar a aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil.
- b. Este indicador contribui ainda para construção de mais dois indicadores quantitativos de avaliação de um sistema de vigilância epidemiológica, quer seja a sensibilidade que é a capacidade do sistema detectar casos, quer seja a especificidade que expressa a capacidade de exclusão dos “não-casos”.

**Limitações:**

- a. casos notificados fora do município de residência podem não ser avaliados se os mesmos não forem encaminhados pelo fluxo de retorno do SINAN.
- b. Não são avaliados os casos de hanseníase e tuberculose.

**Prazo para encerramento dos casos notificados como suspeitos ou confirmados:**

<b>Agravo</b>	<b>Prazo</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cólera</li><li>• Coqueluche</li><li>• Dengue (FHD, Dengue com complicações e Síndrome do Choque da Dengue).</li><li>• Difteria</li><li>• Doença de Chagas (casos agudos)</li><li>• Febre Amarela</li><li>• Febre Maculosa</li><li>• Febre Tifóide</li><li>• Hantavirose</li><li>• Leishmaniose Visceral</li><li>• Leptospirose</li><li>• Malária</li><li>• Meningites</li><li>• Peste</li><li>• Poliomielite</li><li>• Paralisia Flácida Aguda</li><li>• Sarampo</li><li>• Raiva Humana</li><li>• Rubéola</li><li>• Tétano Neonatal</li><li>• Tétano Acidental</li></ul>	60 dias após a data notificação
<ul style="list-style-type: none"><li>• Leishmaniose Tegumentar Americana</li><li>• Hepatites Virais</li></ul>	180 dias após a data notificação
<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome da Rubéola Congênita</li></ul>	180 dias após a data nascimento da criança

## **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de casos de DNC encerrados oportunamente, residentes em determinado local e notificados em determinado ano.}}{\text{Número de casos de DNC, residentes em determinado local e notificados em determinado ano.}} \times 100$$

## **Fonte**

Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, utilizando arquivo de programação do Epi-Info (pgm específico).

## **Informações adicionais**

A ação refere-se ao percentual de notificações de casos residentes que tiveram suas respectivas investigações encerradas oportunamente, isto é, contém dados do diagnóstico final e da data do encerramento preenchidos no prazo estabelecido para cada agravo.

O encerramento das investigações referentes aos casos notificados como suspeitos e/ou confirmados deverá ser efetuado após um período de tempo definido, de acordo com o agravo notificado, conforme Quadro I que apresenta o prazo esperado para encerramento da investigação dos casos notificados, segundo agravo. Esta avaliação é realizada por meio da leitura do banco de dados do SINAN por um arquivo de programação do programa Epi-Info (pgm), elaborado especificamente para este propósito, atualizado bimensalmente e disponibilizado aos interlocutores do SINAN nas Secretarias Estaduais de Saúde.

## **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **49. Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000:**

### **Conceito**

Representa o percentual de receita de impostos e transferências constitucionais e legais aplicadas a saúde.

## **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Despesas financiadas por recursos próprios (despesas deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a Saúde)}}{\text{Receita de impostos e transferências constitucionais e legais}}$$

## **Fonte**

SIOPS

## **Informações adicionais**

Resultado igual a 1 significa que a unidade federada cumpriu o percentual de investimento estabelecido na EC29; <1 não cumpriu.

Para a União, a meta será calculada conforme a regulamentação da EC 29/2000.

## **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **50. Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórias. (SIASUS - SIHSUS – CNES e SIAB):**

### **Conceito**

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo e aperfeiçoando seus sistemas de informação ao longo dos anos, para acompanhar tantos os indicadores epidemiológicos como aqueles referentes à produção de serviços, desde a Atenção Primária, os procedimentos de média e alta complexidade e os internamentos hospitalares.

O aperfeiçoamento contínuo de tais sistemas é de fundamental importância, tanto para os processos de acompanhamento, regulação, avaliação e auditoria do próprio Ministério, como também para as gestões estaduais e municipais.

Importante também porque tais sistemas subsidiam estudos epidemiológicos e de serviços para pesquisadores das universidades e gestores e técnicos das três esferas de governo.

Considerando as afirmações acima, é de fundamental importância que as instâncias e áreas técnicas responsáveis pela alimentação dos sistemas, desde o nível local/municipal, estadual e federal estejam conscientes da relevância desse registro, melhorando permanentemente a sua qualidade.

Duas preocupações compõem as limitações que restringem a qualidade dos sistemas de informação nacionais; a) a melhoria da qualidade da alimentação das bases de dados dos sistemas; b) a melhoria da qualidade da

operacionalização dos órgãos responsáveis pelo processamento das informações, como o DATASUS e o próprio Ministério da Saúde.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de bases de dados dos sistemas de informação de alimentação obrigatória informadas no período}}{\text{Total de sistemas de informação de alimentação obrigatória}} \times 100$$

### **Fonte**

DATASUS; CNES, SIASUS; SIHSUS.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## **51. Proporção de constituição de Colegiados de Gestão Regional:**

### **Conceito**

O indicador vai avaliar o quantitativo de Colegiados de Gestão Regional (CGR) implantados por Estado, possibilitando observar o processo de identificação, reconhecimento e planejamento das regiões de saúde. E também possibilita ao MS o acompanhamento do processo de atualização da regionalização nos Estados.

A constituição dos Colegiados de Gestão Regional objetiva auxiliar os Estados e Municípios no fortalecimento das pactuações e negociações entre os gestores, refletido no aprimoramento da aplicação dos princípios do SUS, por meio da construção dos Termos de Compromisso de Gestão (adesão ao Pacto pela Saúde).

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de Colegiados de Gestão Regional implantados}}{\text{Total de regiões de saúde constantes no PDR}} \times 100$$

### **Fonte**

CIT

### **Informações adicionais**

- A constituição dos CGR deve ocorrer no bojo do processo da proposta de regionalização estadual por meio da utilização dos instrumentos de planejamento regional: PDR, PDI e PPI.
- As metas da proporção de CGR constituídos para 2008 devem ser estabelecidas a partir do cumprimento das metas de 2007.
- A constituição dos CGR ocorre mediante homologação na CIB e informação à CIT.
- As Secretarias de Estado, baseadas no PDR e nas orientações contidas na publicação da Série Pactos pela Saúde – Volume 3, devem definir qual a abrangência territorial correspondente à Região de Saúde.
- O repasse de incentivo financeiro para apoiar as ações de regionalização no SUS será feito de acordo com a Portaria/GM nº. 2691, de 19/10/2007, mediante informações da CIB à CIT do reconhecimento dos CGR.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

## **52. Quantidade de estados com a PPI atualizada:**

### **Conceito**

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde e deve estar intimamente conectado aos processos de planejamento, programação, regulação, regionalização, hierarquização, construção de redes de atenção, entre outros.

Sendo todos parte de um mesmo conjunto de ações, quanto mais integrados forem, mais resultados positivos serão alcançados em organização, gestão e qualidade nos serviços ofertados à população. Especialmente as Centrais de Regulação, envolvendo o conjunto dos municípios e as ações de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, e incluindo a Vigilância à Saúde – promoção, prevenção.

Alinhado ao Pacto pela Saúde, o objetivo geral da PPI é a reorganização da oferta de serviços, em todo o país, a partir dos municípios e áreas regionalizadas, no sentido de garantir à população acesso às ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação, nos vários níveis de complexidade tecnológica.

São definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, conforme seu perfil e suas necessidades.

Os fluxos estabelecidos devem ser pactuados entre os Municípios (com a participação das Secretarias de Estado da Saúde, e aprovados no colegiado bipartite – Comissão Intergestores Bipartite – CIB) de forma transparente,

definindo-se, a partir de critérios e parâmetros populacionais e epidemiológicos, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Ressalta-se a descrição do processo da PPI da Assistência em Saúde, e os objetivos gerais da PPI descritos na portaria nº. 1.097, de 22 de maio de 2006 ART3º:

- Buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.
- Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população.
- Definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios.
- Possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde
- Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde.
- Contribuir na organização das redes de serviços de saúde.
- Possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de PPI da Assistência e assegurar que estejam explicitados no "Termo de Compromisso para Garantia de Acesso".

### **Método de Cálculo**

Envio dos quadros referentes à PPI, sempre que alterada a programação, até implantação do novo SISPPI.

### **Fonte**

Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência - até a implantação do novo SISPPI.

### **Informações adicionais**

UF que não usam o SISPPI/MS devem apresentar informações em meio magnético de mesmo padrão do SISPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os municípios.

### **Tipo de Indicador**

Indicador Complementar

### **53. Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS, nos estados e municípios:**

#### **Conceito**

Os princípios norteadores do SUS prevêm a compra de serviços em caráter complementar à rede pública, quando detectada a insuficiência desta. A preferência, para complementação é dada às entidades filantrópicas sem fins lucrativos. Esgotada esta complementação, o setor público pode, então, lançar mão da compra de serviços de prestadores privados com fins lucrativos.

Os contratos e convênios no Brasil são regulados pela Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, que determina que os serviços privados devam obedecer às regras fixadas nesta norma para contratação formal com a administração pública.

A contratação destes serviços de saúde assumiu ao longo do tempo diferentes formas, muitas das quais inadequadas e insuficientes do ponto de vista da gestão da coisa pública. A experiência brasileira mostra que os gestores têm dificuldade em firmar contratos formais dentro da regra da administração pública, o que vem dificultando o desenvolvimento de ações concretas de regulação.

Neste contexto o Ministério da Saúde tem feito um esforço, dentro das suas possibilidades como gestor central, para sensibilizar os gestores estaduais e municipais no sentido de firmar contratos com a rede privada de serviços de saúde.

A princípio o esforço se concentrou nos hospitais de ensino, filantrópicos e de pequeno porte, ao oferecer incentivos financeiros estabelecidos em normas específicas. Como ocorreu na rede básica, o repasse de recursos passou a ser efetuado em parte fixa (media complexidade) de acordo com metas estabelecidas entre gestor e prestador. A parte variável deste repasse é realizada por produção (alta complexidade).

Neste momento os esforços começam a apontar para os estabelecimentos privados, uma vez que o índice de prestadores contratados formalmente é ainda muito baixo, de acordo com as informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

A contratualização torna-se um instrumento de suma importância para o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde, na medida em que o objeto da contratualização/contratação ao ser disponibilizado para o complexo regulador dos gestores, que passarão a deter o controle da rede de serviços possibilitando sua estruturação.

## Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de unidades conveniadas ao SUS – privadas e filantrópicas – que estão com contrato regular e informada a data de publicação}}{\text{Total de unidades conveniadas, por município ou estado.}} \times 100$$

## Fonte

CNES /DATASUS

## Informações adicionais

Há necessidade de contato com gestores e atualização do CNES, para melhoria da qualidade da informação.

## Tipo de Indicador

Indicador Principal

## 54. Proporção de estados e municípios com relatórios de gestão aprovados no CES e CMS:

### Conceito

Este indicador é o marcador do Índice de Gestão Estratégica e Participativa, que é composto pelos seguintes componentes como disposto no quadro abaixo.

Item	Descritivo
a) Plano de Saúde atualizado e aprovado pelo Conselho de saúde	Plano de Saúde atualizado e aprovado pelo Conselho de saúde para o período da gestão
<b>b) Relatório de Gestão aprovado pelo Conselho de Saúde</b>	<b>Relatório de Gestão aprovado pelo Conselho de Saúde</b>
c) Realização Conferências de Saúde,	Conferência de Saúde realizada com base na etapa municipal previa á 13ª Conferencia Nacional de saúde
d) Conselho funcionado de acordo com a resolução 333/2003	Conselho de Saúde em funcionamento e respeitando as diretrizes da portaria 333 do ano de 2003.
e) Capacitação de Conselheiros realizada	Conselheiros capacitados através de processo desenvolvido em parceria com as instituições formadoras, a gestão e o conselho de saúde.

A sua utilização possibilita a identificação das potencialidades e fragilidades dos gestores no tocante a construção dos processos de planejamento, monitoramento, avaliação e controle da gestão da respectiva esfera de governo, como também a permite do cumprimento dos dispositivos legais inerentes à prestação de contas dos recursos transferidos fundo a fundo e o ordenamento de ações, com vistas à correção de rumos dos programas e projetos que compõem anualmente as programações em saúde.

No tocante às limitações, as mesmas guardam relação com a prática ainda incipiente na construção desse processo e do indicador apenas indicar a existência ou não do relatório, sem se ater à qualidade do mesmo. Como esta é uma fase inicial no aprimoramento das ações de monitoramento, nesta área, o mapeamento dessa situação trará condição adequada para o seu desenvolvimento.

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de estados de Relatórios de Gestão aprovados no CES}}{\text{Total de estados da federação}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de municípios por estado com Relatórios de Gestão aprovados no CMS}}{\text{Total de municípios por estado}} \times 100$$

### **Fonte**

CIT e CIB-Anexo da Portaria nº. 1.229/GM, de 24 de maio de 2007

### **Informações adicionais**

Indicador a ser pactuado pelo Ministério da Saúde

### **Tipo de Indicador**

Indicador Principal

## ANEXO I

### MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

UF	MUNICÍPIO	AGENDA SOCIAL	MULHER	PAIR	SVS-1	SVS-2	IDOSO	FINAL
AC	Rio Branco					X	X	1
AL	Arapiraca				X	X		2
	Maceió	X	X		X	X	X	3
AM	Manaus		X	X	X	X	X	4
AP	Macapá		X		X	X	X	5
BA	Feira de Santana		X	X		X		6
	Itabuna			X	X			7
	Juazeiro			X	X			8
	Salvador	X	X	X	X	X	X	9
	Vitória da Conquista		X	X	X			10
CE	Caucaia			X	X			11
	Fortaleza		X	X	X	X	X	12
	Sobral			X		X		13
DF	Brasília	X	X		X		X	14
ES	Cariacica	X	X		X	X		15
	Serra	X	X		X	X		16
	Vila Velha	X	X		X	X		17
	Vitória	X	X		X	X	X	18
GO	Aparecida de Goiânia		X		X			19
	Goiânia		X		X	X	X	20
	Luziânia	X			X			21
MA	Imperatriz		X	X		X		22
	São Luís		X	X	X	X	X	23
MG	Belo Horizonte	X	X	X	X	X	X	24
	Betim	X	X		X			25
	Contagem	X	X		X	X		26
	Governador Valadares		X		X			27
	Ibirité	X			X			28
	Montes Claros		X			X		29
	Ribeirão das Neves	X	X		X	X		30
	Santa Luzia	X	X		X			31
	Uberaba		X	X		X		32
	Uberlândia		X		X			33
MS	Campo Grande		X	X	X	X	X	34
	Corumbá			X		X		35
MT	Cuiabá		X		X	X	X	36
PA	Ananindeua	X			X			37
	Belém	X	X		X	X	X	38
	Santarém		X		X			39
PB	Campina Grande		X	X		X		40
	João Pessoa		X	X	X	X	X	41

PE	Cabo de Santo Agostinho	X			X	X		42
	Caruaru		X		X			43
	Jaboatão dos Guararapes	X	X		X	X		44
	Olinda	X	X		X	X		45
	Paulista	X			X			46
	Recife	X	X	X	X	X	X	47
PI	Teresina		X		X	X	X	48
PR	Cascavel		X		X			49
	Colombo	X			X			50
	Curitiba	X	X		X	X	X	51
	Foz do Iguaçu		X		X	X		52
	Londrina		X		X	X		53
	Maringá		X			X		54
	São José dos Pinhais	X	X		X			55
RJ	Belford Roxo	X	X		X	X		56
	Campos dos Goytacazes		X		X			57
	Duque de Caxias	X	X		X	X		58
	Itaboraí		X		X			59
	Macaé		X		X			60
	Nilópolis	X	X		X			61
	Niterói		X		X	X		62
	Nova Iguaçu	X	X		X	X		63
	Petrópolis		X			X		64
	Queimados	X			X			65
	Rio de Janeiro	X	X		X	X	X	66
	São Gonçalo	X	X		X			67
São João de Meriti		X		X			68	
RN	Natal		X	X	X	X	X	69
RO	Porto Velho		X		X	X	X	70
RR	Boa Vista		X	X		X	X	71
	Pacaraima			X		X		72
RS	Alvorada				X	X		73
	Caxias do Sul		X			X		74
	Novo Hamburgo	X						75
	Porto Alegre	X	X		X	X	X	76
	São Leopoldo	X	X		X			77
SC	Criciúma		X			X		78
	Florianópolis		X		X	X	X	79
SE	Aracaju		X		X	X		80
SP	Campinas		X		X	X		81
	Carapicuíba	X	X			X		82
	Diadema	X	X		X	X		83
	Embú		X		X	X		84
	Embu-Guaçu	X				X		85
	Guarulhos	X	X		X	X		86
	Hortolândia				X	X		87
	Itapecerica da Serra		X		X			88
	Itaquaquecetuba	X	X		X	X		89
	Jundiaí		X			X		90

	Mauá	X	X		X			91
	Osasco	X	X		X	X		92
	Praia Grande		X			X		93
	Ribeirão Preto		X			X		94
	Santo André	X	X		X	X		95
	Santos		X			X		96
	São Bernardo do Campo	X	X		X			97
	São José do Rio Preto		X			X		98
	São José dos Campos		X		X	X		99
	São Paulo	X	X		X	X	X	100
	Sorocaba		X		X	X		101
	Sumaré		X		X	X		102
	Taboão da Serra	X			X			103
TO	Palmas					X	X	104

**ANEXO II**  
**Critérios para seleção dos municípios prioritários para**  
**Atenção integral às pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade**  
**para violências**

Para definição da relação de municípios prioritários, foram selecionados todos constantes na Agenda Social da Presidência da República, sendo a relação complementada pelos que atendem no mínimo dois dos critérios relacionados abaixo.

Coluna	Critério	Comentário
Agenda Social	Inclusão na Agenda Social da Presidência da República	Em negrito e amarelo, critério suficiente
Mulher	<p>Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas na População Feminina</p> <p>Coeficiente de Internação no SUS por Agressão na População Feminina</p> <p>Município com ao menos um caso de Aids em Mulher</p> <p>Município com Exploração Sexual em Criança ou Adolescente</p> <p>Município pertencente à faixa de fronteira</p>	Sugeridos pela Área Técnica de Saúde da Mulher, estes critérios foram adotados para organizar um ranqueamento, do qual foram selecionados os cem municípios com maiores índices.
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Território Nacional	Programa da SEDH/PR
SVS1	<p>Mortalidade por acidentes de trânsito</p> <p>Mortalidade por homicídios</p> <p>Mortalidade por suicídios</p>	Ranking calculado segundo a fórmula abaixo, em que $N_H$ = homicídios, $N_I$ = homicídio por arma

Mortalidade por homicídios por armas de fogo

$$N = 0,4N_H + 0,4N_I + 0,3 N_S + 0,3 N_T$$

de fogo não intencional,  $N_S =$  suicídios e  $N_T =$  acidentes de trânsito.

SVS2 Projetos selecionados pelo Edital Nº3, em 2006 (resultados publicados pelo Edital Nº. 5/2006)

Projetos selecionados pelo Edital Nº1, em 2007 (resultados publicados pelo Edital Nº. 5/2007)

Adesão ao projeto de "Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela - VIVA"

Núcleos integrantes da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (conforme Portaria Nº. 936/2004)

Para inclusão, basta estar inserido em um desses programas da SVS

IDOSO Integrar a relação de municípios prioritários da Área Técnica de Saúde da Pessoa idosa

---