



PROGRAMA DE AVALIAÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PROGRAMA DE AVALIAÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. Introdução

A Política de Monitoramento e Avaliação para a Qualificação do SUS vem sendo formulada pelo Ministério da Saúde, tendo entre seus objetivos reunir indicadores capazes de medir e refletir a situação atual das redes de serviços de saúde, passíveis de serem sintetizados num indicador composto voltado para a análise de duas dimensões estratégicas e prioritárias: acesso e qualidade.

O programa se propõe a avaliar o desempenho dos sistemas de serviços de saúde componentes do SUS, visando encontrar a qualidade pregressa recente e, ao mesmo tempo, subsidiar os gestores municipal, estadual e federal a imprimirem mais qualidade a esses sistemas, para que estes possam ter como macro objetivo a defesa e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. O programa leva em consideração a importância de serem avaliados os aspectos do acesso às ações e serviços, em todos os níveis da atenção, assim como a satisfação dos usuários.

Em linhas gerais, para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde pretende-se avaliar os aspectos essenciais da gestão e da atenção. Na perspectiva da integralidade, essa avaliação deverá contemplar as ações e serviços de: vigilância à saúde (promoção e prevenção); atenção básica; atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade; atenção às urgências e emergências; assistência farmacêutica; e, por suas especificidades, as atenções à saúde mental e bucal.

2. Diretrizes do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS:

1. Avaliar não apenas para classificar, mas para subsidiar os gestores na efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);
2. Avaliar para detectar problemas, ensejando sua superação e induzindo melhorias, isto é, para buscar acréscimos de graus de qualidade ao desempenho encontrado;
3. Avaliar de modo a contemplar e discriminar as especificidades das esferas de gestão municipal, estadual e federal dos sistemas de saúde, considerando,



também, suas diferenças socioeconômicas, perfil de morbimortalidade e suficiência de estrutura;

4. Avaliar os sistemas de saúde em suas potências de ação sobre os determinantes e condições de saúde da população;
5. Fazer da avaliação um dos meios para buscar a equidade no tratamento com os sistemas de saúde, priorizando apoio e investimentos àqueles que apresentem: baixos níveis socioeconômicos; alto risco de adoecimento; piores perfis de morbimortalidade; e deficiências de estrutura, sem excluir apoio (devidamente mediados por pactos de compromisso, contratos e responsabilização) àqueles que apresentem baixo desempenho devido a deficiências de processos e resultados;
6. Tomar a avaliação como um processo em construção, que apresenta, como produto provisório, uma aproximação ao real desempenho dos sistemas de saúde, a partir da utilização dos melhores indicadores. A qualidade desses indicadores será garantida: pelos dados disponíveis; por ajustes nos bancos de dados existentes; pela construção de novos bancos de dados; pelos testes e uso desses indicadores; além de pela crítica da academia, dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários do SUS;
7. Associar e integrar a avaliação de desempenho dos sistemas com projetos específicos de monitoramento de planos, programas, projetos, serviços e ações;
8. Tornar público os graus de qualidade dos sistemas de saúde, contribuindo para aumentar a transparência com relação a sua qualidade, eficiência e efetividade em produzir um cuidado integral à saúde dos brasileiros;
9. Permitir a comparação de desempenho entre sistemas de saúde semelhantes;
10. Trabalhar com a periodicidade anual, tendo o ano anterior como base, para a maioria dos dados e, dois anos anteriores, para alguns dados, por conta dos processos de qualificação diferenciados dos indicadores do SUS (como o Sistema de Informação sobre Mortalidade);
11. Realizar e se basear em Inquéritos e/ou pesquisas nacionais que possam avaliar a satisfação dos usuários.

3. Critérios para definição e cálculo dos indicadores do Programa

1. Construir indicadores de estrutura, de processo e de resultados, considerando: as especificidades necessárias para se avaliar sistemas e suas respectivas esferas de gestão; os modelos de atenção; os estabelecimentos, serviços e ações; e as equipes de saúde;
2. Definir e construir os indicadores mediante o consenso dos dirigentes e técnicos do Ministério da Saúde, com abertura para contribuições e críticas externas (gestores, academia, trabalhadores e usuários do SUS);



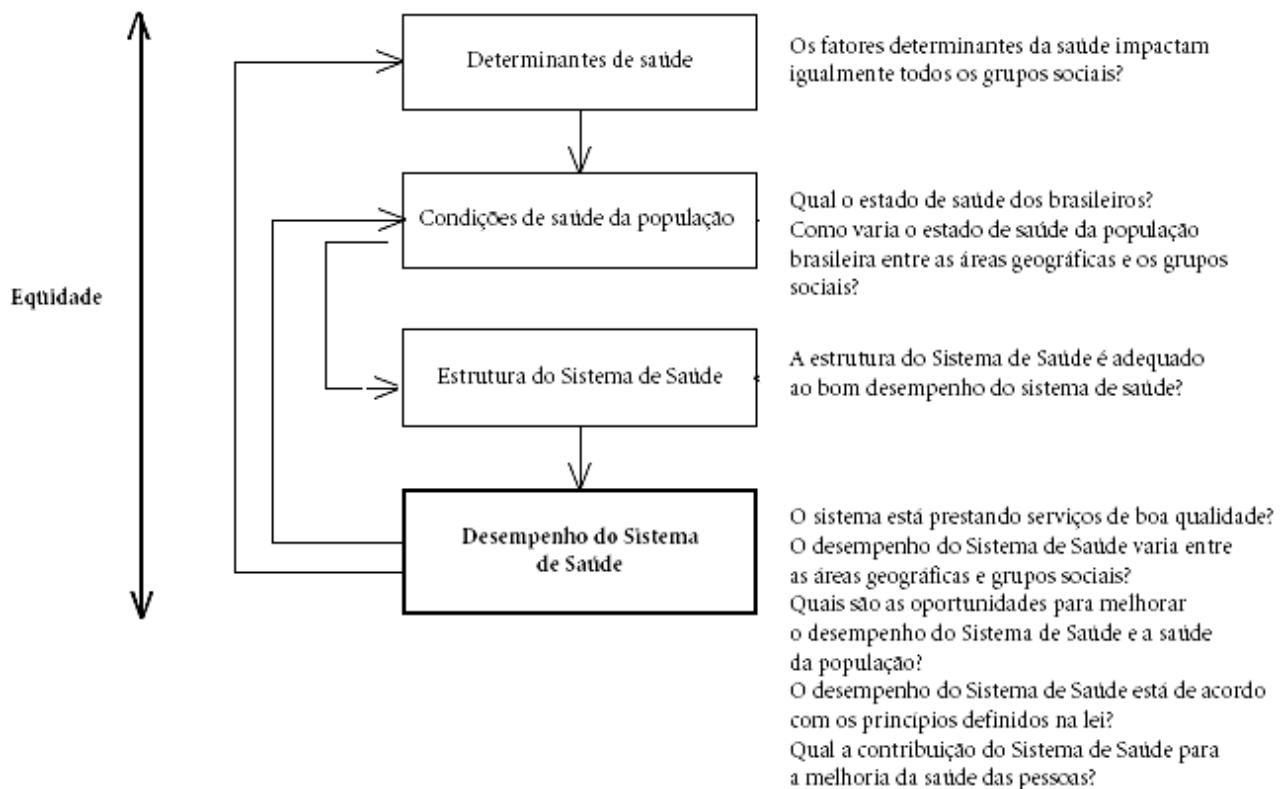
3. Usar como fonte, para a escolha e definição dos indicadores, experiências do próprio Ministério da Saúde como as de monitoramento e avaliação: do Pacto pela Saúde; das agências reguladoras a ele vinculadas (ANVISA e ANS); do IDB-RIPSA; e de outros órgãos governamentais (IPEA, IBGE, etc.), além de experiências internacionais como as da OPAS/OMS, OECD, AHRQ, entre outras;
4. Buscar como características dos indicadores: validade (os dados medem o que se pretende, podendo ser mais sensíveis ou mais específicos na captura do fenômeno medido); confiabilidade (reproduzem os mesmos resultados em condições similares); viabilidade (estão disponíveis ou são de fácil obtenção e demandam tempo e recursos compatíveis); e relevância (respondem às prioridades políticas definidas) (RIPSA, 2002; OECD, 2006);
5. Construir indicadores indiretos que possibilitem inferir a qualidade do acesso, como os de realização oportuna de procedimentos, assim como indicadores que meçam a suficiência de estruturas de produção de alguns procedimentos e/ou de ações de saúde;
6. Usar os indicadores do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde-PNASS (após sua reformulação) como medida de satisfação daqueles que obtiveram acesso, tendo em mente os limites desses indicadores por não avaliarem a insatisfação daqueles que não conseguiram acesso aos serviços públicos ou utilizaram serviços particulares;
7. Construir indicadores que permitam avaliar a integralidade e a continuidade do cuidado, segundo os desenhos das linhas de cuidado;
8. Construir indicadores que meçam a equidade dos sistemas de saúde. Isto é, que avaliem como os sistemas de saúde buscam diminuir e/ou eliminar as diferenças sociais evitáveis e injustas, tanto no adoecer quanto na atenção à saúde dos distintos grupos ou classes sociais;
9. Aplicar consagradas metodologias estatísticas de padronização e ajustes de indicadores (taxas, proporções, índices), visando à maior comparabilidade;
10. Tornar rotineiro o uso de críticas que visem uma maior consistência dos dados, além de buscar estratégias para a validação dos mesmos.

4. Proposta de modelo de avaliação:

Propõe-se modelo de avaliação que tem como fundamento teórico, o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (VIACAVA et al, 2004).

Este modelo está resumido na figura abaixo (figura 1):

Figura 1: Modelo explicativo do desempenho dos sistemas de saúde



Fonte: VIACAVA et al, 2004.

Neste modelo de avaliação, os determinantes de saúde ambientais, sócio-demográficos, comportamentais e biológicos (1^a dimensão) dão as condições de saúde da população, expressas pelo bem estar, estado funcional, morbidade e mortalidade (2^a dimensão).

As condições de saúde devem ser identificadas pelos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, buscando-se discriminar seus impactos em diferentes regiões geográficas e grupos sociais.

Esse perfil de morbimortalidade, ao medir a magnitude dos problemas, indica as necessidades de saúde, que podem ser confrontadas com a adequação da estrutura do sistema de saúde existente. Esta estrutura é caracterizada pela condução, financiamento e recursos (3^a dimensão), podendo por sua vez ser avaliada em seu desempenho com vistas a alterar positivamente as condições de saúde e seus determinantes (4^a dimensão) considerando acesso, aceitabilidade, respeito aos direito das pessoas, continuidade, adequação, segurança, eficiência e efetividade.



Todas as dimensões devem ser avaliadas na perspectiva da equidade. Esse modelo é representado na figura abaixo (figura 2):

Figura 2 – Matriz de dimensões da avaliação de desempenho dos sistemas de saúde

Determinantes da saúde			
Ambientais	Socioeconómicos e demográficos	Comportamentais e biológicos	
Fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos à saúde	Características demográficas e socioeconómicas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas com a produção de agravos à saúde	Atitudes, práticas, crenças, comportamentos, e fatores biológicos individuais, que condicionam, predispõem, influenciam a ocorrência de agravos à saúde	
Condições de saúde da população			
Morbidade	Estado funcional	Bem-estar	Mortalidade
Ocorrência de sintomas, doenças traumas e deficiências	Ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas (funcionalidade)	Qualidade de vida associada ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos	Padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população
Sistema de Saúde			
Estrutura do Sistema de Saúde			
Condução	Financiamento	Recursos	
Capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas	Montante de recursos financeiros e modos pelos quais são captados e alocados	Conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do Sistema de Saúde	
Desempenho do Sistema de Saúde			
Acesso	Aceitabilidade	Respeito ao direito das pessoas	Continuidade
Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo	Grau com que os serviços de saúde oferecidos estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população	Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas	Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada
Adequação	Segurança	Efetividade	Eficiência
Grau com que os cuidados e intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico-científico existente	Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais	Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados

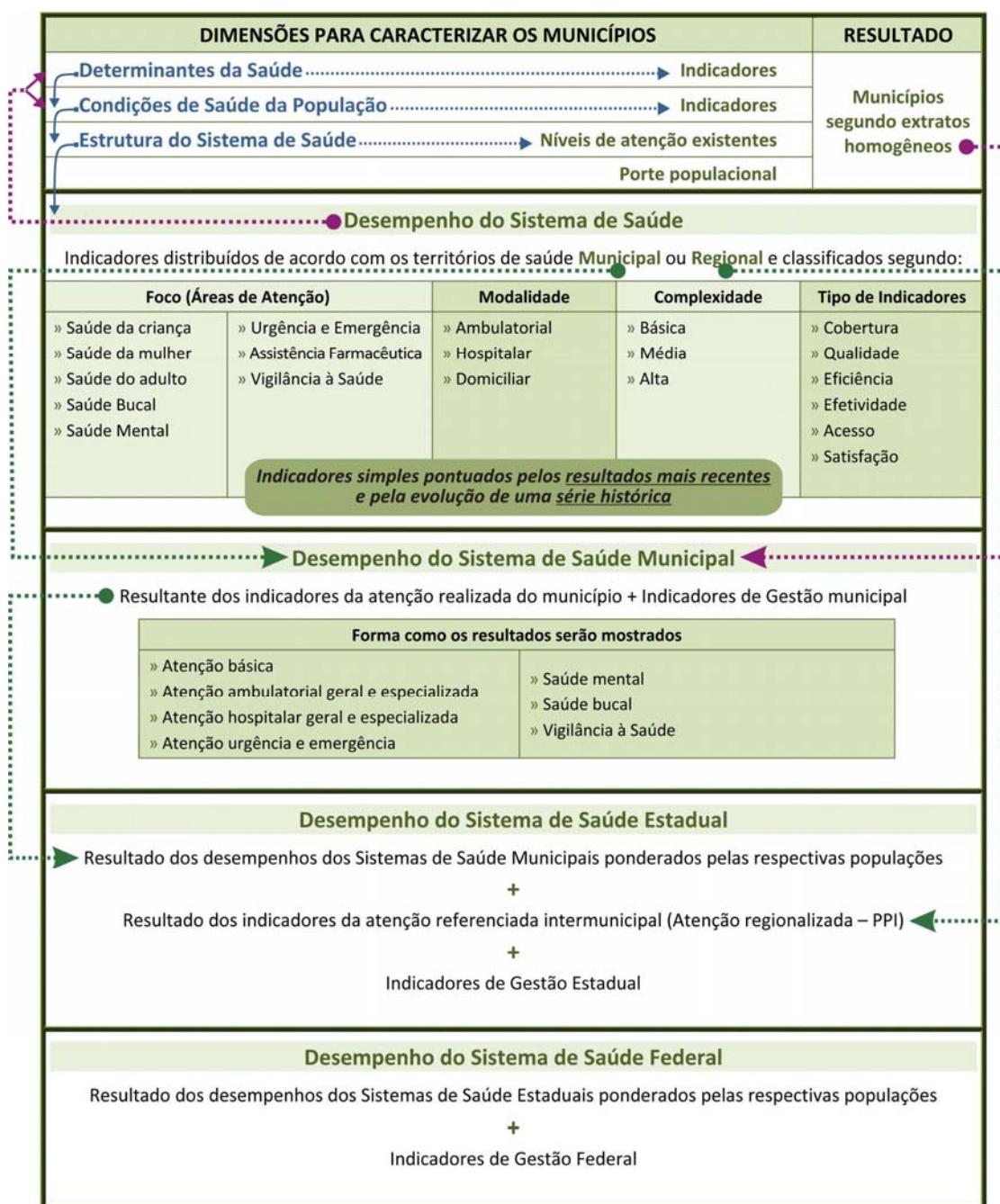
Nota: Equidade é o eixo que corta transversalmente todas as dimensões. Portanto, todas elas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando as variáveis e indicadores mais apropriados a cada uma delas.

Fonte: VIACAVA et al, 2004.



A proposta de avaliação do Ministério da saúde está resumida no quadro 1. É inspirada no modelo do PRO-ADESS, mas apresenta o objetivo de, paulatinamente, ir construindo a viabilidade para se obter indicadores mais adequados de todos os componentes ou categorias avaliativas propostas para cada dimensão, buscando sempre o foco na avaliação do acesso e da qualidade dos vários sistemas de saúde componentes do SUS.

Quadro 1 - Modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde do SUS



Fonte: CGMA/Demas/SE/MS.



5. Critérios propostos para o modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde componentes do SUS:

- Usar as 4 dimensões propostas pelo PRO-ADESS com os indicadores mais adequados e disponíveis atualmente;
- Pontuar os resultados de cada indicador a partir de parâmetro ou meta estabelecida em sua ficha técnica;
- Avaliar a pertinência de atribuir pesos para a pontuação de determinados indicadores, seja por sua relevância, seja como fator de estímulo para a melhoria de resultados;
- Não usar, para pontuação dos indicadores, intervalos ou faixas de valores dos resultados, mas transpor a escala de valores contínuos dos resultados para as respectivas pontuações, permitindo discriminar as pequenas diferenças;
- Usar a escala de pontuação de zero a dez (0-10) para todos os indicadores, por ser um formato de fácil compreensão por parte da população;
- Estabelecer, como base de medida do desempenho do SUS, os municípios e seus sistemas de saúde por serem os maiores responsáveis pela produção das ações e serviços e objeto principal das gestões estaduais e federal;
- Estabelecer que alguns indicadores, que têm como denominador a população residente no município, possam ser ajustados pela subtração da parcela da população coberta com planos privados de saúde;
- Caracterizar os municípios por porte ou tamanho de suas populações, pois isso permite uma primeira separação dos municípios de acordo com suas diferenças socioeconômicas, seu perfil de morbimortalidade e, principalmente, sua suficiência de estrutura de sistemas de saúde;
- Usar os indicadores das dimensões de Determinantes da Saúde e de Condições de Saúde da População para caracterizar os municípios. Assim, os municípios com baixos valores nos indicadores de Determinantes da Saúde representariam aqueles que são pobres econômica e socialmente, além de apresentarem maiores riscos de adoecer. Já os municípios com baixos valores nos indicadores de Condições de Saúde da População



representariam aqueles que têm graves problemas de morbimortalidade. Os municípios com altos valores nesses indicadores representariam o oposto;

- Caracterizar os municípios segundo os níveis de atenção existentes na estrutura de seus sistemas de saúde, isto é, segundo os níveis de atenção dos estabelecimentos vinculados ao SUS localizados em seu território. Esta caracterização será dada pela combinação das categorias: modalidade da atenção (ambulatorial ou hospitalar) e complexidade da atenção (básica, média e alta);
- Utilizar a análise por cluster para construir grupos homogêneos de municípios a partir das dimensões utilizadas na caracterização desses (Porte populacional +Determinantes + Condições de Saúde + Níveis de atenção existentes), construindo, assim Extratos Homogêneos dos Municípios, que permitirão a comparação de municípios semelhantes;
- Estabelecer que o desempenho dos sistemas de saúde seja resultante de um conjunto de indicadores distribuídos e classificados segundo: foco (saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde bucal, saúde mental, urgência e emergência, assistência farmacêutica e vigilância à saúde); modalidade (ambulatorial, hospitalar e domiciliar); complexidade (básica, média e alta); e tipo (cobertura, qualidade, eficiência, efetividade, acesso e satisfação);
- Pontuar, cada um dos indicadores simples que resultará o desempenho dos sistemas de saúde, segundo sua tendência pretérita. Assim, além de pontuar o desempenho mais recente em relação ao objeto do indicador, pontuar-se-ia também sua evolução histórica, se de piora ou melhora nos resultados;
- Distribuir os indicadores, para cada município, segundo a atenção realizada no município (território de saúde municipal) ou na região de atenção à saúde (território de saúde regional). Os indicadores distribuídos no território de saúde municipal integrarão a avaliação de desempenho do sistema de saúde municipal, enquanto os indicadores distribuídos no território de saúde regional integrarão a avaliação de desempenho do sistema de saúde estadual;
- Categorizar os municípios, conforme a PPI e a regionalização, de forma a contribuir para alocar, em cada município, os indicadores segundo os



territórios de saúde (municipal ou regional). Dessa forma, o mesmo indicador poderá avaliar o desempenho do sistema de saúde estadual em municípios pequenos que não dispõem do nível assistencial a que se refere o indicador. No caso do município contar com atenção especializada o mesmo indicador poderá avaliar o desempenho de saúde do próprio município;

- Estabelecer que os resultados da avaliação de desempenho dos sistemas de saúde municipais serão mostrados das seguintes formas de atenção: básica (atenção nos centros de saúde e pelas equipes da estratégia da Saúde da Família); ambulatorial geral e especializada (consultas com especialistas e exames e tratamentos especializados); hospitalar geral e especializada (atendimentos e internações no hospital-geral e no hospital especializado); urgência e emergência (atendimentos e internações nos hospitais de urgência ou prontos-socorros); saúde mental (consulta e tratamentos psiquiátricos e psicológicos); saúde bucal (consultas e tratamentos odontológicos); e vigilância à saúde (ações de promoção à saúde e prevenção de doenças);

Os municípios serão caracterizados segundo porte, determinantes de saúde, perfil de morbimortalidade e sua rede, segundo um dos Estratos Homogêneos de Municípios e terá avaliado o desempenho de seu sistema de saúde em relação ao acesso e qualidade por meio de um índice composto.

Entraria na avaliação do desempenho do sistema de saúde municipal: a adequação da rede sob sua responsabilidade (resultante de indicadores da atenção realizada do município); o resultado da atenção sob sua responsabilidade; e o resultado da atenção nos níveis mais complexos (PPI) da rede regionalizada sob a responsabilidade estadual. Esse resultado, dependente da rede regionalizada, poderá ser discriminado do resultado da atenção sob sua responsabilidade, uma vez que os indicadores de desempenho serão categorizados como municipais ou regionais, sendo que a discriminação deste atendimento regional ficará na dependência de os dados contarem com o local de residência.

Sendo o município a menor unidade de desagregação dessa proposta de avaliação do SUS, a atenção regionalizada poderá ser avaliada em suas várias abrangências: microrregional, macrorregional, interestadual, onde se pode garantir a atenção integral à saúde.



O desempenho dos sistemas de saúde estaduais será dado pelo resultado dos desempenhos dos sistemas de saúde de seus municípios, ponderado: pela respectiva população; pelo resultado dos indicadores da atenção referenciada regional (atenção regionalizada – PPI); e pelo desempenho dado por indicadores de gestão estadual.

O desempenho do sistema federal será dado pelo resultado dos desempenhos dos sistemas estaduais, ponderado pela respectiva população e pelo desempenho dado por indicadores da gestão federal.

O desempenho dos sistemas de saúde, que será resultante do conjunto de indicadores escolhidos, poderá ser medido pela média de todos indicadores ou pela construção de indicadores compostos. O teste destas alternativas definirá aquela que melhor medirá os desempenhos avaliados conforme demonstram as experiências nacionais e internacionais estudadas.

6. Indicadores propostos

Apresentamos no anexo 1 os indicadores propostos para avaliação, bem como avaliação da assessoria técnica da Secretaria Executiva do CONASS quanto às suas limitações e aplicabilidade.

7. Encaminhamentos

A presente proposta foi submetida a consulta pública, através de publicação pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial em 08/04/2011 (Consulta Pública N° 2). O texto está disponível no endereço <http://www.saude.gov.br/consultapublica> até 08/06/2010.

É essencial que após o processo de consulta pública a proposta seja submetida à avaliação e pontuação nas instâncias da Comissão Intergestores Tripartite. Nesta discussão será necessária especial atenção não só ao modelo de avaliação mas especialmente aos indicadores propostos. Conforme apresentamos no anexo 1 desta nota técnica, diversos necessitam de reavaliação quanto à sua aplicabilidade, para outros será necessário extremo cuidado em qualquer iniciativa de comparação entre as UF e em alguns não há possibilidade de desagregação até a esfera municipal.



Cuidado importante deverá ser feito em relação à proposta de formação de indicadores compostos, até o momento sem maior detalhamento.

Anexo 1: Indicadores selecionados para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde:

Descrição e avaliação de sua aplicabilidade

	Nome do Indicador	Definição	Interpretação	Método de Cálculo	Fonte	Origem	Limitações / Avaliação CONASS
1	Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente.	Coberturas vacinais da vacina DTP+Hib (tetravalente) em menores de um ano de idade	Mede a cobertura do programa de vacinação	Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com a 3ª dose da DTP+Hib / População de menores de 1 ano x 100.	SI-API e SINASC	Pacto	Tem como fator limitante a avaliação da série histórica, que deverá ser feita com cuidado, uma vez que o SI-API atual avalia crianças vacinadas e anterior doses aplicadas. SUGERIMOS MANTER
2	Taxa de Mortalidade Neonatal	Número de óbitos de menores de 28 dias de vida a cada 1000 nascidos vivos, num determinado período e local.	Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido	Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida / Número de nascidos vivos (x1.000). De uma determinada localidade num mesmo período.	SIM e SINASC	RIPSA	Ripsa propõe para cálculo uso de dados diretos (SIM e SINASC) somente para 7 UF e indiretos para os demais. Estimativas não atendem avaliação a nível municipal. SUGESTÃO: REAVALIAR: Verificar possibilidade de ampliar utilização de dados diretos, avaliando com muito cuidado situações de possível subnotificação, rever possibilidade de disagregação na esfera municipal, com cuidado maior nos pequenos municípios (maior variabilidade / pequenos números).
3	Taxa de mortalidade pós-neonatal	Número de óbitos 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 dos 28 aos 364 dias de vida. De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, frequentemente, o componente mais elevado.	Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade / Número de nascidos vivos de mães residentes X 1000	SIM e SINASC	RIPSA	Ripsa propõe para cálculo uso de dados diretos (SIM e SINASC) somente para 7 UF e indiretos para os demais. Estimativas não atendem avaliação a nível municipal. SUGESTÃO: REAVALIAR: Verificar possibilidade de ampliar utilização de dados diretos, avaliando com muito cuidado situações de possível subnotificação, rever possibilidade de disagregação na esfera municipal, com cuidado maior nos pequenos municípios (maior variabilidade / pequenos números).



4	Incidência de Sífilis Congênita.	Número de casos de sífilis congênita	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	Somatório anual do número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em residentes.	SINAN	Pacto	Tem sério fator limitante: a subnotificação importante ainda existente, estimada pelo próprio MS como superior a 50% em algumas regiões dos casos de sífilis congênita. O que se espera neste momento é um aumento desta incidência, pelo aprimoramento das ações de vigilância. SUGERIMOS RETIRAR ESTE INDICADOR
5	Proporção de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com 7 ou mais consultas de pré-natal.	O objetivo do indicador é analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita	Nº de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período /Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período X 100.	SINASC	Pacto	Sem limitações significativas, bom indicador. SUGERIMOS MANTER
6	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.	Estima o risco de ocorrência de casos novos confirmados de AIDS na população de menores de 5 anos de idade. É utilizado como proxy da taxa de incidência de casos de AIDS por transmissão vertical	Mede efetividade da prevenção da transmissão mãe filho	Nº de casos de AIDS diagnosticados em menores de 5 anos de idade, em determinado local de residência e ano de diagnóstico / População residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano e local x 100.000.	SINAN / SISCEL / SICLOM / SIM / IBGE	Pacto	Sem limitações significativas, bom indicador. SUGERIMOS MANTER
7	Taxa de Cesárea	Este indicador reflete a proporção de partos cesáreos realizados dentre o total de partos ocorridos, em determinada instituição ou determinado local,durante determinado período.	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	Número de partos cesárea/total de partos X 100	SIH	Pacto	Limitação relacionada à qualidade da informação no SIH, sujeita às questões referentes ao financiamento, uma vez que ao contrário da informação constante “em interpretação”, não está se propondo a utilização dos dados do Sinasc, mais confiáveis. Por outro lado a possibilidade de intervenção do poder público nos partos não SUS é limitada, não sendo possível esta diferenciação



			unidades hospitalares de alto risco - 40% e para unidades de risco habitual - até 25%				neste último sistema. SUGERIMOS MANTER O INDICADOR E FONTE DE DADOS.
8	Proporção de partos hospitalares	Percentual de partos hospitalares no total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Mede a participação relativa dos partos hospitalares no total de partos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de partos. É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas	Número de nascidos vivos de parto hospitalar, de mães residentes/ Número total de nascidos vivos de mães residentes x 100.	SINASC	RIPSA	Sem limitações significativas,. SUGERIMOS MANTER
9	Taxa de mortalidade materna	Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado	Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas. Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna / Número de nascidos vivos de mães residentes X 100.000	SIM / SINASC		Tem sério fator limitante: a subnotificação ainda importante de óbitos maternos, uma vez que a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil ainda não está implementada de forma adequada em muitas UF, o que prejudica qualquer comparabilidade. A própria RIPSA só divulga este indicador referente a 7 UF. SUGESTÃO: REAVALIAR: Verificar possibilidade de ampliar utilização de dados diretos, avaliando com muito cuidado situações de possível subnotificação, rever possibilidade de desagregação na esfera municipal, com cuidado maior nos pequenos municípios (maior variabilidade / pequenos números).



10	Cobertura de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos	O indicador expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolaou) na população feminina de 25 a 59 anos, alvo do rastreamento do câncer do colo do útero, em determinado local e ano.	Possibilita avaliar a oferta de exames para a cobertura população.	Número de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano / População feminina, na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano.	SIA / SISCOL O / IBGE	Pacto	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
11	Cobertura de mamografia	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	Permite conhecer o número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, permitindo inferir as desigualdades no acesso à mamografia	Número de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado local e ano / População feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	SIA / IBGE	Pacto	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
12	Proporção de mulheres submetidas a procedimentos selecionados de neoplasia de mama	Percentual de mulheres com câncer de mama internadas para a realização de procedimentos selecionados, em relação ao número total de mulheres com câncer de mama internadas, no ano considerado	Esse indicador permite avaliar o percentual de mulheres internadas por neoplasia maligna de mama que foram submetidas a procedimentos hospitalares tidos como de intervenção mais precoce ao tratamento dessa patologia. De forma indireta, esse indicador infere o quanto a doença está sendo diagnosticada e tratada oportunamente	Número de mulheres, com câncer de mama, submetidas a procedimentos selecionados / Número de mulheres internadas por câncer de mama x 100	SIH	ANS	Tem como fator limitante a não inclusão dos procedimentos ambulatoriais, uma vez que se propõe o uso somente do SIH. SUGESTÃO: REAVALIAR: Verificar possibilidade de inserir informações de procedimentos informados através do SIA
13	Proporção de mulheres submetidas a procedimentos selecionados de neoplasia de colo de útero	Percentual de mulheres com câncer de colo de útero internadas para a realização de procedimentos selecionados, em relação ao número total de mulheres com câncer de colo de útero internadas, no ano considerado	Esse indicador permite avaliar o percentual de mulheres internadas por neoplasia de colo de útero que foram submetidas a procedimentos hospitalares tidos como de intervenção mais precoce ao tratamento dessa patologia. De forma indireta, esse indicador infere o quanto a doença está sendo diagnosticada e tratada oportunamente	Número de mulheres com câncer de colo de útero submetidas a procedimentos hospitalares selecionados/ Número de mulheres internadas por câncer de colo de útero x 100	SIH	ANS	Tem como fator limitante a não inclusão dos procedimentos ambulatoriais, uma vez que se propõe o uso somente do SIH. SUGESTÃO: REAVALIAR: Verificar possibilidade de inserir informações de procedimentos informados através do SIA.



14	Proporção de homens submetidos a procedimentos selecionados de neoplasia de próstata	Percentual de homens com câncer de próstata internados para realização de procedimentos selecionados, em relação ao número total de homens com câncer de próstata internados, no ano considerado	Esse indicador permite avaliar o percentual de homens internados por neoplasia de próstata que foram submetidos a procedimentos hospitalares tidos como de intervenção mais precoce ao tratamento dessa patologia. De forma indireta, esse indicador infere o quanto a doença está sendo diagnosticada e tratada oportunamente	Número de homens com câncer de próstata submetidos a procedimentos hospitalares selecionados / Número de homens internados por câncer de próstata x 100	SIH	ANS	Tem como fator limitante a não inclusão dos procedimentos ambulatoriais, uma vez que se propõe o uso somente do SIH. SUGESTÃO: REAVALIAR: Verificar possibilidade de inserir informações de procedimentos informados através do SIA.
15	Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações.	Este indicador mede a ocorrência de internações hospitalares por diabetes mellitus e suas complicações, na população de 30 a 59 anos de idade no âmbito do SUS.	Avalia o impacto das ações de saúde relacionadas ao diabetes mellitus, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos	Nº de internações por diabetes mellitus* e suas complicações na população de 30 anos a 59 anos, em determinado local e período/ População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período x 10.000. Código SIH/SUS: 03.03.03.003-8	SIH/SUS IBGE	Pacto	Sem limitações significativas, bom indicador. SUGERIMOS MANTER
16	Proporção de pessoas submetidas a procedimentos selecionados de neoplasia de cólon e reto	Percentual de homens e mulheres com câncer de cólon e reto internados para realização de procedimentos selecionados, em relação ao número total de homens e mulheres com câncer de cólon e reto internados, no ano considerado	Esse indicador permite avaliar o percentual de homens e mulheres internados por neoplasia de próstata que foram submetidos a procedimentos hospitalares tidos como de intervenção mais precoce ao tratamento dessa patologia. De forma indireta, esse indicador infere o quanto a doença está sendo diagnosticada e tratada oportunamente	Número de homens e mulheres com câncer de cólon e reto submetidos a procedimentos hospitalares selecionados / Número de homens e mulheres internados por câncer de cólon e reto x 100	SIH	ANS	Tem como fator limitante a não inclusão dos procedimentos ambulatoriais, uma vez que se propõe o uso somente do SIH. SUGESTÃO: REAVALIAR: Verificar possibilidade de inserir informações de procedimentos informados através do SIA.
17	Mortalidade precoce por AVC	Percentual de mortes em pessoas de 30 e 59 anos por AVC. Potencialmente, indica dificuldade de controle das doenças: hipertensão, diabetes e dislipidemias	Mede o grau da efetividade dos cuidados primários à hipertensão, diabetes e dislipidemias	Número de óbitos por AVC em indivíduos entre 30 e 59 anos / Total de óbitos por AVC (x100).	SIM	Proposta MS 2005	Sem limitações significativas, bom indicador. SUGERIMOS MANTER



18	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Este indicador reflete, em percentual o numero 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 individuo ingressa num programa de saúde bucal a partir de uma avaliação/exame clinico odontológico realizado com finalidade de diagnostico 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	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* realizadas em determinado local e período /População no mesmo local e período X100 * Código do SIA/SUS: 03.01.015-3	SIA/ IBGE	Pacto	Tem sério fator limitante: nem todos os sistemas medem este indicador, não é possível avaliar série histórica. O indicador não indica resolutividade (não temos como saber se este atendimento foi completado e de forma adequada). SUGERIMOS RETIRAR ESTE INDICADOR
19	Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	Este indicador reflete, em percentual o numero de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde - SUS.	Maior cobertura indicaria maior oferta de serviços e indicaria facilidade de acesso	Nº de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas* X 3.450 pessoas** População no mesmo local e período x100	FCES IBGE	Pacto	Interpretação está equivocada, é referente ao indicador anterior. Indica somente a oferta de serviços de forma administrativa. Na ausência de outro indicador adequado para a área, SUGERIMOS MANTER ESTE INDICADOR
20	Número de consultas médicas de urgência apresentadas por habitante	Proporção de consultas especializadas de urgência (não básicas) por habitante	Indicaria a cobertura de consultas especializadas de urgência para a população residente	Número de consultas médicas especializadas de urgência apresentadas / população residente	SIA	Proposta MS 2005	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
21	Número de consultas médicas especializadas apresentadas por habitante	Proporção de consultas especializadas por habitante	Indicaria a cobertura de consultas especializadas para a população residente	Número de consultas médicas especializadas apresentadas / população residente	SIA	Proposta MS 2005	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER



22	Letalidade nas primeiras 48 horas de internação por causas externas	Percentual de óbitos ocorridos nas primeiras 48 horas de internação por causas externas	Mede a efetividade da atenção pré-hospitalar e os primeiros cuidados na urgência / emergência	Total de óbitos nas primeiras 48 horas (motivos de cobrança 41, 42, 51 ou 52) / Total de internações com diagnóstico principal de CID10 = Capítulo XIX (x100).	SIH	Proposta MS 2005	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
23	Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	Percentual de pessoas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família em determinado local e período. *População cadastrada nos tipos de equipe: ESF, ESF com saúde bucal modalidade I e II	Mede a cobertura com o PSF	População cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica* em determinado local e período/ População no mesmo local e período X 100	SIAB IBGE	Pacto	Apesar de limitação pois informação administrativa nem sempre reflete a realidade, considerando a importância da estratégia para a Rede de Atenção, SUGERIMOS MANTER.
24	Média anual de consultas médicas por habitante na Atenção Básica	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.	Número de consultas médicas nas especialidades básicas* em determinado local e período/população total no mesmo local e período	SIA/IBGE (ajuste pela pop Suplem)	Pacto	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
25	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Percentual de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados no ano avaliado.	O valor representa o êxito no tratamento de tuberculose, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes, possibilitando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas esferas: Municipal, Estadual, Distrito Federal e Federal.	Nº de casos novos pulmonares positivos curados de tuberculose no período avaliado / Nº de casos novos pulmonares positivos de tuberculose no período avaliado x 100.	SINAN	Pacto	Sem limitações significativas. Bom indicador, SUGERIMOS MANTER
26	Taxa detecção de hanseníase em menor de 15 anos	Taxa de casos novos de hanseníase em menor de 15 anos em determinado território e período	A presença taxas elevadas indicam a presença de transmissão da doença no território, podendo se inferir problemas no Programa de	Nº de casos novos de Hanseníase menores de 15 anos no período avaliado / População menor de 15 anos no período	SINAN	SVS	Sem limitações significativas. Bom indicador, SUGERIMOS MANTER

		avaliado.	Controle da Hanseníase no território avaliado.	avaliado x 10.000			
27	Internação por asma	Taxa: internações por asma em relação ao total da população	É um indicador de efetividade da atenção primária, pois trata-se de internações evitáveis	Numerador: número de internações por asma x 100 - Denominador: População total. Códigos CID 10: J45-46.	AIH e IBGE	Pro-Adess	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
28	Internação por gastroenterite	Taxa de internação por gastroenterite padronizada por sexo e idade e ajustada pelo total de internações	É um indicador de efetividade da atenção primária, pois trata-se de internações evitáveis	Numerador: número de internações por gastroenterite x 100.000 Denominador: População total Taxa padronizada por sexo e idade e ajustada pelo total de internações. Códigos CID-10: A000-9.	SIH e IBGE	Pro-Adess	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
29	Número de internações SUS não obstétricas por habitante	Número médio de internações hospitalares não obstétricas pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Mede a relação entre a produção de internações hospitalares não obstétricas com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica.	Número total de internações hospitalares não obstétricas de residentes, pagas pelo SUS / População total residente (x100).	SIH/SUS) e base demográfica IBGE e SIB - ANS	Proposta MS 2005	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
30	Taxa de letalidade das formas graves de dengue	Taxa de letalidade das formas graves de dengue é um indicador que reflete a qualidade da atenção a saúde prestada aos casos graves de dengue e como os serviços de saúde se organizam para atender estes casos	Mede efetividade da atenção aos casos graves da Dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações / Nº de casos confirmados de Febre Hemorrágica da Dengue e/ou Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações - DCC)	Nº de óbitos por Febre Hemorrágica da Dengue e/ou Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações / Nº de casos confirmados de Febre Hemorrágica da Dengue e/ou Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações X 100.	SINAN	Pacto	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
31	Tempo espera transplante de do	Tempo médio de espera para transplante	Um tempo longo implica em tratamentos paliativos e pior qualidade de vida do paciente	Numerador: número de dias de permanência na lista de espera para transplante Denominador: número de transplantes realizados.	Sistema Nacional de Transplantantes	Pro-Adess	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER



32	Proporção de óbitos com causa básica definida.	Número de óbitos não fetais com causa básica definida notificados ao SIM, por 100, no total de óbitos não fetais residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito. Sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito.	Nº de óbitos não fetais com causa básica definida informada / Total de óbitos não fetais residentes x 100.	SIM	Pacto	Sem limitações significativas. Bom indicador, SUGERIMOS MANTER
33	Proporção de ocupação dos leitos públicos existentes	Percentual de ocupação dos leitos hospitalares públicos existentes	Mede o grau de regulação sobre os leitos pelo gestor	Número de leitos públicos utilizados em um período (*) / Número médio de leitos públicos existentes no mesmo período. (*)número de dias de permanência / Número de dias do período	SIH, CNES	Proposta MS 2005	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
34	Proporção de ocupação dos leitos hospitalares privados contratados	Percentual de ocupação dos leitos hospitalares privados contratados	Mede o grau de regulação sobre os leitos pelo gestor	Número de leitos privados utilizados em um período (*) / Número médio de leitos privados contratados no mesmo período. (*) número de dias de permanência / Número de dias do período	SIH, CNES	Proposta MS 2005	Sem limitações significativas. SUGERIMOS MANTER
35	Tempo médio de espera na atenção ambulatorial de média complexidade	Tempo médio de espera, medido nas centrais de regulação, para a realização de determinado procedimento ambulatorial de média complexidade	Longos tempos de espera indicam estrangulamentos na oferta e dificuldades de acesso à atenção especializada ambulatorial de média complexidade	Soma do número de dias entre a data de solicitação e a data de realização do procedimento ambulatorial de média complexidade, no ano avaliado / Número procedimentos realizados no ano e território considerados	SISREG Regionais	Proposta MS 2011	Tem sério fator limitante: O SISREG, além de importantes problemas operacionais, não está implantado em todas as UF. SUGERIMOS RETIRAR ESTE INDICADOR
36	Tempo médio de espera na atenção ambulatorial de alta complexidade	Tempo médio de espera, medido nas centrais de regulação, para a realização de determinado procedimento ambulatorial de alta complexidade	Longos tempos de espera indicam estrangulamentos na oferta e dificuldades de acesso à atenção especializada ambulatorial de alta complexidade	Soma do número de dias entre a data de solicitação e a data de realização do procedimento ambulatorial de alta complexidade, no ano avaliado / Número procedimentos realizados no ano e território considerados	SISREG Regionais	Proposta MS 2011	Tem sério fator limitante: O SISREG, além de importantes problemas operacionais, não está implantado em todas as UF. SUGERIMOS RETIRAR ESTE INDICADOR



37	Tempo médio de espera na atenção hospitalar de média complexidade	Tempo médio de espera, medido nas centrais de regulação, para a realização de determinado procedimento hospitalar de média complexidade	Longos tempos de espera indicam estrangulamentos na oferta e dificuldades de acesso à atenção especializada hospitalar de média complexidade	Soma do número de dias entre a data de solicitação e a data de realização do procedimento hospitalar de média complexidade, no ano avaliado / Número procedimentos realizados no ano e território considerados	SISREG Regionais	Proposta MS 2011	Tem sério fator limitante: O SISREG, além de importantes problemas operacionais, não está implantado em todas as UF. SUGERIMOS RETIRAR ESTE INDICADOR.
38	Tempo médio de espera na atenção hospitalar de alta complexidade	Tempo médio de espera, medido nas centrais de regulação, para a realização de determinado procedimento hospitalar de alta complexidade	Longos tempos de espera indicam estrangulamentos na oferta e dificuldades de acesso à atenção especializada hospitalar de alta complexidade	Soma do número de dias entre a data de solicitação e a data de realização do procedimento ambulatorial de alta complexidade, no ano avaliado / Número procedimentos realizados no ano e território considerados	SISREG Regionais	Proposta MS 2011	Tem sério fator limitante: O SISREG, além de importantes problemas operacionais , não está implantado em todas as UF. SUGERIMOS RETIRAR ESTE INDICADOR