

**Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria de Estado da Saúde**

MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE

UMA PROPOSTA CONCEITUAL E METODOLÓGICA

**MANUAL
DE ORIENTAÇÕES
TÉCNICAS**

Porto Alegre, Janeiro 2007

Secretário da Saúde/RS
Osmar Gasparino Terra

Diretora do Departamento de Ações em Saúde
Sandra Denise de Moura Sperotto

Coordenação

Núcleo de Monitoramento e Avaliação – DAS/SES/RS
José Inácio Lermen
Gládis Tyllmann
Rebel Machado Zambrano
Ana Maria Mejolaro Dalla Valle
Sílvia Takeda – Consultora Técnica

Colaboração

Departamento de Ações em Saúde

Cláudio Medina – Agravos Crônicos e Degenerativos
Maria Regina Melo - Agravos Crônicos e Degenerativos
Ana Maria Nunes Mendes - Agravos Crônicos e Degenerativos
Eleonora Gehlen Walcher – Saúde da Criança
Fúlvia Elena Schuster – Saúde da Criança
Maria Nathália de Melo – Saúde da Criança
Werner Ervino Fetzner – Saúde da Criança
Carlos Armando Ulrich Lima – Saúde da Criança
Paulo Vinícios Fontanive – Saúde da Família
Paulo Eduardo Correa – Saúde Bucal
Danusa Carvalho – Saúde Bucal
Leonardo Paviani – Saúde Bucal
Fátima Santos – Saúde do Idoso
Íride Cristofoli – Saúde do Idoso
Magda Raiter – Saúde da Mulher
Flávio Costa Vieira – Saúde da Mulher
Cesar Espina – Pneumologia Sanitária
Carlos Tietboehl - Pneumologia Sanitária

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Maria Elisa de Freitas – DAHA
Maria Salete Sulzbach – DAHA

Centro Estadual de Vigilância em Saúde

Cynthia da Silveira -Vigilância/ CEVS
Fernando José Faraco - Vigilância/ CEVS
Marcelo Battesini – Vigilância/ CEVS
Alethéa Sperb - Vigilância/ CEVS

Fundo Estadual de Saúde

Maria Salete Finger- FES

Cordenadorias Regionais de Saúde

Elizete Lopes Fofonka – 1ª CRS
Nelci Stochero – 1ª CRS
Sílvia Regina da Silva – 2ª CRS
Eloísa dos Santos – 2ª CRS
Hilda Maria Heinen – 3ª CRS
Solange José da Silva – 3ª CRS
Marcinia Moreno Bueno – 3ª CRS
Seli Winke – 3ª CRS
Arlete Vitola – 3ª CRS
Renice Vaccari Coimbra – 4ª CRS
Bernadete dos Santos Pereira – 4ª CRS
Sergio Arthur Fernandes da Silva – 4ª CRS
Ana Maria rocha – 5ª CRS
Neura de Boni Santos – 5ª CRS
Eduardo Kieling – 5ª CRS
Cláudia Freitas – 6ª CRS
Maria Aparecida Ferreira Frozza – 6ª CRS
Jusceli Seidler – 6ª CRS
Lenira Cunha Tesch – 8ª CRS
Rosa Maria Furian da Costa – 9ª CRS
Jorge Antônio R. Freitas – 9ª CRS
João Carlos da Silva Franco – 9ª CRS
Roselaine Bortolotto – 9ª CRS

Ana Luiza Corrêa – 9ª CRS
Carmem Lenira – 10ª CRS
Maria Graciana Bilhalba – 10ª CRS
Esther Simões – 10ª CRS
Marlene Batistella - 11ª CRS
Marcia W. Paganotto Lopes – 12ª CRS
Miriam Thier – 13ª CRS
Isabel Helena Halmeschlager – 13ª CRS
Flávia Pereira Bavaresco - 13ª CRS
Ione Alles Ames – 14ª CRS
Karina Kucharski – 14ª CRS
Carmem Chitolino – 14ª CRS
Izolete Dummel – 14ª CRS
Doris Buttenbender – 14ª CRS
Paulo Ricardo Sackis – 14ª CRS
Maria de Fátima Vargas – 15ª CRS
Marli Favretto – 15ª CRS
José Carlos Nicola – 15ª CRS
Eliz regina Antoniollo – 15ª CRS
Cássia Medeiros – 16ª CRS
Regina Sulzbach – 16ª CRS
Iara Conceição Kantorski – 17ª CRS
Jaqueline Shirmer – 17ª CRS
Lúcia Ottonelli Crescente – 17ª CRS
Rozeli Rita Rodrigues – 17ª CRS
Vera Guidolin – 17ª CRS
Cledis Maria Sangiovo Ottonelli – 17ª CRS
Miriam Bellinaso -18ª CRS
Ângela Fumagalli – 18ª CRS
Clarice Galimberti – 18ª CRS
Claudiane Mahl – 19ª CRS
Maria Augusta Balsan – 19ª CRS
Roque Antonio Hartmann – 19ª CRS
Jeanine Cristina Antoniollo Vargas – 19ª CRS

Centro Colaborador – ULBRA

Andréia Figueiredo
Luciana Gigante

Apoio:

Bruna Bertoletti

5. Siglas

API: Avaliação do Programa de Imunizações

CEVS: Centro Estadual de Vigilância em Saúde

CIB: Comissão de Intergestores Bipartite

CID 10: Código Internacional de Doenças versão 10

CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil

CMIT: Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia

CMNP: Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce

CMNT: Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia

CP: Exame papanicolau

CRS: Coordenadoria Regional de Saúde

DAS: Departamento de Ações em Saúde

DAHA: Departamento de Assistência Ambulatorial e Hospitalar

DATASUS: Banco de dados do Sistema Único de Saúde

DCESV: Doença Cerebrovascular

DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCV: Doença Cardio Vascular

DOTS: Directly observed treatment, short-course (tratamento diretamente observado de curto prazo)

FES:Fundo Estadual de Saúde

FRCV: Fatores de Risco Cardiovascular

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HSV: Hábitos Saudáveis de Vida

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMMS: Taxa de Mortalidade em Menores de 05 anos

IRA: Infecção Respiratória Aguda

LACEN: Laboratório Central / IPB/ FEPPS/ SES

LI: Levantamento de índice

MS: Ministério da Saúde

NIS: Núcleo de Informações em Saúde

NVBP: Nascidos Vivos de Baixo Peso

NVMBP: Nascidos Vivos de Muito Baixo Peso

PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF: Programa de Saúde da Família
RGM: Relatório de Gestão Municipal
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SIA: Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH: Sistema de Informações Hospitalares
SIGAB: Sistema Nacional de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica
SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN: Sistema Nacional de Agravos Notificados
SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI.PNI: Sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações
SiSCAM: Sistema de Informações do Câncer da Mulher
SISCOLO: Sistema de Informações de Câncer de Colo de Útero
SISAGUA: Sistema de Informações da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SSCA: Seção da Saúde da Criança e do Adolescente
SIS/FAD: Sistema Nacional de Informações de Febre Amarela e Dengue
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
ULBRA: Universidade Luterana do Brasil
VIGIAGUA: Vigilância de Qualidade da Água para Consumo Humano

APRESENTAÇÃO

A elaboração deste manual é uma das iniciativas para a institucionalização do Monitoramento e Avaliação no Estado do Rio Grande do Sul. Pretende subsidiar os profissionais da saúde na tarefa de exercer a função de monitorar e acompanhar as ações que são desenvolvidas na Gestão Estadual e Municipal.

É um marco por representar um esforço conjunto da Secretaria Estadual da Saúde, representada por profissionais do nível Central e Regional. Na sua elaboração participaram: Departamento de Ações em Saúde (coordenação), Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Assessoria Técnica e Planejamento, Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Fundo Estadual de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde.

Este documento é parte de um processo institucional continuado, iniciado com as pactuações da Atenção Básica e Vigilância em Saúde que estabeleceram compromissos de alcance de metas. A inserção de ações de monitoramento ratifica a lógica já estabelecida para os pactos, integrando a atenção a saúde com a vigilância em saúde.

Superar as fragmentações, integrando processos e pessoas na busca da qualidade na prestação dos serviços de saúde é nosso propósito e uma atribuição da Secretaria Estadual de Saúde.

Esperamos que estas informações técnicas em Monitoramento e Avaliação sejam o início do cotidiano de pensar e agir contribuindo para um melhor desempenho das ações e dos serviços de saúde no SUS.

Osmar Gasparini Terra
Secretário de Estado da Saúde

Agradecimentos,

Quando se trilha um novo caminho,
não sabemos com o que vamos nos deparar.
Desde o início, sabíamos nossa necessidade ,
monitorar ações, programações e pactos realizados,
buscando alcançar resultados mais efetivos na saúde.
A partir dela, definimos o que queríamos.
No entanto, saber o que queremos
está muito distante de saber como fazer,
para alcançar o que queremos.
Iniciamos a caminhada.
Paramos.
Retomamos de onde havíamos parado.
Neste ir e vir, muitos se agregaram,
outros desistiram da caminhada,
todos contribuíram,
mesmo os que não acreditaram.
O percurso acabou criando
um grupo coeso e motivado,
que alimenta e sustenta-se na idéia.
A necessidade nos tornou
Não prioritários, mas apenas isso:
Necessários.
Não mais uma tarefa,
Mas qualificação de toda
E qualquer tarefa/atividade/ação...
A estes agradecemos.
Somos gratos a cada profissional das regionais
que foram e são os mais engajados
no compromisso de tornar orgânico este trabalho.
Em especial agradecimentos:
À Miriam Bellinaso pelos questionamentos e soluções,
Ao Paulo Vinícios Nascimento Fontanive pela disponibilidade e participação,
À Sílvia Takeda por seu empenho, compromisso e dedicação na orientação
do processo.

Núcleo de Monitoramento e Avaliação

Sumário

Apresentação	
1. Introdução.....	
2. Relação dos Indicadores.....	
3. O Monitoramento de Resultados em Saúde no RS: uma proposta conceitual e metodológica	
3.1. Alguns conceitos, no contexto do monitoramento em questão.....	
3.2. Uma metodologia para monitorar indicadores.....	
4. Monitoramento de Indicadores :	
4.1 .Coeficiente de mortalidade Infantil.....	
4.2 .Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.....	
4.3 .Cobertura Vacinal de crianças menores de 1 ano vacinadas com Tetravalente.....	
4.4 .Cobertura Vacinal de crianças de 1 ano de idade vacinadas com vacina Tríplice Viral	
4.5 .Taxa de internações por IRA em menores de cinco anos.....	
4.6 .Taxa de internação por acidente vascular cerebral na população de 30 a 59 anos.....	
4.7 .Razão entre exames preventivos do câncer do cólo do útero em mulheres de 25 a 59 anos	
4.8. Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.....	
4.9. Número de casos de doenças exantemáticas investigados em até 48 horas após a notificação.....	
4.10. Número de amostras de água coletadas e analisadas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade.....	
4.11. Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> , em imóveis – municípios infestados.....	
4.12 . Média mensal de visitas domiciliares por família.....	
4.13. Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.....	
4.14. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.....	
5. Siglas.....	
Referências Bibliográficas.....	

1. O Monitoramento de Resultados em Saúde

Gladis Tyllmann¹
José Inácio Lermen²
Rebel Zambrano Machado³
Silvia Takeda⁴

O Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se com o desafio de implementar a atenção à saúde com qualidade. Nesta perspectiva as ações de monitoramento e avaliação constituem-se em ferramentas para aprimorar o sistema, pois permitem o conhecimento situacional, informam resultados e apontam necessidades de mudanças.

A construção de uma metodologia avaliativa para acompanhar as políticas e programas se faz necessária, para aprimorar o sistema. (1)

Com este objetivo o Ministério da Saúde, através do Componente III do PROESF busca a institucionalização das ações de monitoramento e avaliação (M&A) da atenção básica nas Secretarias Estaduais de Saúde.(1)

Portanto, o monitoramento e avaliação chega até nós como a “terceira onda” do SUS, após conquistar o estamento da legalidade, através da Constituição e Leis Orgânicas, como resultado do movimento sanitário brasileiro; e da regularização da descentralização, das formas de financiamento e proposição de um “modelo” de atenção/assistência à saúde, que foi explicitado inicialmente na NOB 96 e agora com a Política Nacional da Atenção Básica e do Pacto pela Vida. Chegou enfim a hora da qualidade em todos os extratos do sistema. Qualificação não se faz sem monitoramento e avaliação.

O Estado do Rio Grande do Sul, através do Núcleo de Monitoramento e Avaliação do Departamento de Ações em Saúde da SES, vem desenvolvendo ações com o objetivo de implantar e implementar ações de M&A, nos níveis Central, Regional e Municipal.

A atribuição de monitorar e avaliar está estabelecida para as três esferas de governo, entretanto, a sistematização e incorporação como função institucional ainda necessita de incremento, com estabelecimento de prioridades, definição de metodologia, estabelecimento de procedimentos que levem a resultados efetivos na saúde da

1 Psicóloga, Técnica do Departamento de Ações em Saúde – Monitoramento & Avaliação, SES/RS

2 Médico, Técnico do Departamento de Ações em Saúde – Monitoramento & Avaliação, SES/RS

3 Assistente Social, Técnica do Departamento de Ações em Saúde – Monitoramento & Avaliação, SES/RS, UERGS/ UNIFIN

população.

Os diversos Sistemas de Informações permitem o acesso a um rico panorama das condições de vida e de saúde da população, no entanto, a utilização das informações em saúde para acompanhamento do que está sendo executado pelos diversos níveis de gestão é ainda incipiente, por falta de conhecimento de como “ler” e interpretar os dados e ausência de cultura institucional de avaliação. Assim sendo, pouco sabemos do "como estamos e onde vamos chegar" com nossas ações.

Orientações técnicas cumprem o papel de clarear, orientar e subsidiar os cálculos dos indicadores selecionados. Elas servem como referência aos técnicos qualificando e unificando as informações e, por fim, permitindo que a padronização de cálculos e de apresentações possa garantir a unidade de resultados.

Com este intuito a SES elaborou o presente Manual para o Monitoramento Integrado de Indicadores da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, tendo como finalidade subsidiar as ações de monitoramento a serem desenvolvidas.

Este Manual é o produto de um processo iniciado em 2004, quando no II Encontro Estadual de Monitoramento da Gestão foram selecionados 18 indicadores que seriam relevantes para o acompanhamento da situação de saúde, sendo denominados "indicadores marcadores". A intenção de escolha destes indicadores foi facilitar a análise técnica e acompanhamento trimestral dos Relatórios de Gestão Municipal (RGM). A proposta naquele momento não se consolidou.

Em 2006, retomamos os indicadores selecionados, ratificando a escolha de 15 deles, sendo que cada área técnica do nível central e técnicos de regionais elaboraram uma metodologia para seu acompanhamento, estruturada através de momentos de concentração, em oficinas de trabalho e de dispersão ao longo de cinco meses.

O trabalho desenvolvido pelas Políticas da SES e pelas Regionais de Saúde na construção de Orientações Técnicas e de Instrumentos de Monitoramento e Avaliação dos indicadores marcadores, objetiva realizar uma experiência inicial de qualificação do monitoramento dos indicadores selecionados. A intenção é que esses indicadores sejam monitorados com uma frequência sistemática, alguns sendo mensal (mortalidade infantil, internações por IRA menor de 5 anos, visitas domiciliares), outros trimestral, e o indicador de internação por AVC, a cada seis meses.

Ressaltamos ainda a proposta de que esses indicadores sejam acompanhados no nível central pelas respectivas áreas técnicas que realizarão o monitoramento dos mesmos no nível estadual e das regionais e seus pactos de indicadores da atenção

básica na sua quarta versão em 2006. No nível regional, pelos técnicos das áreas técnicas (atenção básica e vigilância em saúde) e pelos colegiados estruturados por portaria : Os Grupos Regionais de Monitoramento da Gestão Municipal. Estes devem ter um olhar transdisciplinar na gestão da atenção básica e vigilância em saúde municipal.

Algumas áreas técnicas já tem um exercício consolidado de monitoramento e avaliação como a Vigilância Epidemiológica e a Seção de Saúde da Criança e do Adolescente na redução da Mortalidade Infantil. Outras já iniciaram a utilização deste instrumento como a Seção de Saúde Bucal. Outros ainda estão em fase de estruturação tanto das orientações técnicas como dos instrumentos de monitoramento.

Este Manual é dirigido aos profissionais da saúde que buscam aprimorar as ações de saúde com o objetivo de alcançar melhores resultados na saúde pública.

2. Monitoramento em Saúde: uma proposta conceitual e metodológica

É indiscutível a necessidade de alcançar melhores resultados em saúde no Brasil, e para orientar esta busca é essencial implementar e sedimentar uma cultura avaliativa. Preconizada pelo Ministério da Saúde em sua proposta de institucionalização da avaliação ^(1,2), busca-se a incorporação da avaliação à rotina das organizações de saúde, acompanhando todo o processo de planejamento e gestão das políticas e programas.

O monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde é uma responsabilidade das equipes das Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS) ⁽³⁾. Busca-se, por um lado, (a) *avaliar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde*; (b) *acompanhar os efeitos das ações em saúde*; (c) *identificar e superar dificuldades*; enfim, (d) *retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades*⁽⁴⁾. Por outro, entende-se que *‘avaliar é uma forma de participação’*⁽⁴⁾ da construção e aperfeiçoamento do SUS. É uma oportunidade dos diferentes atores participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social.

Nessa perspectiva, a avaliação deveria estar orientada para a ação, criando a oportunidade de aprendizado diversificado, participativo, não-hierárquico, portador de sentido, interdisciplinar, válido, prospectivo e democrático. Enquanto isso não ocorre, é muito provável que a institucionalização da avaliação continue sendo um procedimento limitado no alcance do seu objetivo final: a melhoria do desempenho do sistema de saúde ⁽⁵⁾.

Não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de voo e do motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água ⁽⁴⁾.

O monitoramento é entendido como etapa fundamental para a avaliação de ações de saúde, e consiste no acompanhamento e análise de indicadores em saúde.

Neste contexto, a SES-RS desencadeou um processo envolvendo as equipes coordenadoras das diversas áreas técnicas tanto do nível central como regional e foram (a) selecionados indicadores para monitoramento das ações em saúde e (b) desenvolvidas ‘orientações técnicas’ que descrevem uma metodologia e fornecem

instrumentos para monitorar os indicadores selecionados. Pretende-se que as orientações aqui apresentadas contribuam para o desenvolvimento de uma cultura de sistematicamente olhar os resultados dos indicadores, analisar e traduzir o que expressam e desenvolver ações sempre que necessárias.

A seguir apresentamos alguns conceitos correlatos ao tema e a sugestão de uma metodologia para o monitoramento de indicadores em saúde.

2.1. Alguns conceitos, no contexto do monitoramento em questão

Indicador: Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde ⁽⁵⁾. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis ⁽⁶⁾. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

Monitoramento: O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações em saúde.

Avaliação: A avaliação é uma função da gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo mais racional e efetivo. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção a saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis ⁽⁷⁾.

Assim, na avaliação de sistemas, serviços ou programas/projetos de saúde é possível iniciar o processo de avaliação com a abordagem sistêmica da administração ⁽⁷⁾,

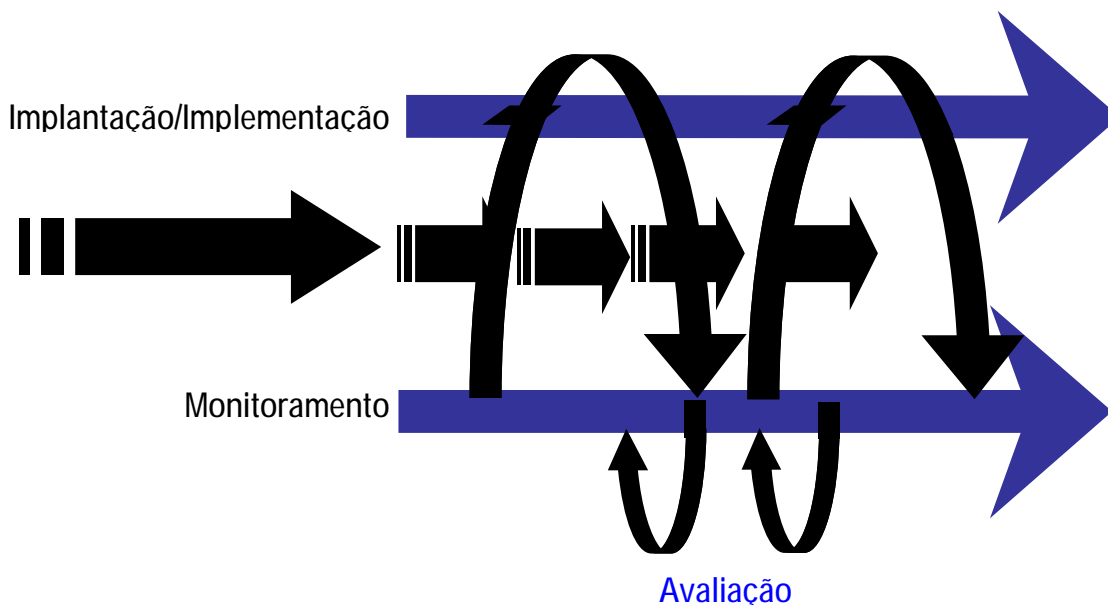
que permite analisar o processo de trabalho e as relações com os resultados e seguir com o estudo de impacto epidemiológico visando entender as repercussões das ações operacionalizadas para atender a população usuária ou de referência ⁽⁸⁾.

O esforço mais bem-sucedido de classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde foi desenvolvido por Donabedian ⁽⁹⁾, que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados” ^(10,11).

Como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação, entre nós, é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões. Tem-se observado, contudo, algumas modificações neste quadro nas últimas décadas. Além dos estudos de avaliação de serviços ⁽¹²⁾ ou programas ⁽¹³⁾ e estudos de utilização de serviços ^(14,15), têm surgido trabalhos preocupados com a discussão da qualidade e sua operacionalização ⁽¹⁶⁾. Com a avaliação de processos de descentralização das ações de saúde ⁽¹⁷⁾ e da implementação de políticas públicas ⁽¹⁸⁾ com o impacto de ações de atenção primária ⁽¹⁹⁾ com a avaliação da equidade ⁽²⁰⁾ e da tecnologia ⁽²¹⁾ com a utilização do processo de avaliação como estratégia para a garantia da qualidade dos serviços ^(22, 23), além de revisões sobre o tema ^(24, 17).

Com o objetivo didático apresenta-se a Figura 1, a qual representa a relação entre os processos de monitoramento e de avaliação.

Figura 1. Representação da retroalimentação entre os processos de planejamento, monitoramento (contínuo) e de avaliação (pontual e repetida). Adaptado de Green; Potvin, L. 2002⁽²⁵⁾.



Traduzido/Adaptado de Potvin, L. 2002

Meta: As metas, neste contexto, são resultados numéricos aonde se quer chegar. Cada indicador deve ser acompanhado de uma meta, o valor que se pretende alcançar com as ações/programas de saúde. As metas propostas para cada um dos indicadores desta publicação foram estabelecidas no Pacto da Atenção Básica ⁽²⁶⁾ e Programação Pactuada da Vigilância em Saúde ⁽²⁷⁾. Os códigos de procedimentos dos Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS, Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS,

necessários para a realização do monitoramento, são definidos na Portaria do Pacto⁽²⁶⁾ e/ou Resoluções da CIB/RS⁽²⁸⁾.

Parâmetro: Os parâmetros são valores numéricos encontrados na literatura e que traduzem a situação ideal, o resultado ideal. Os parâmetros são definidos de acordo com estudos científicos^(26,27).

2.2. Uma metodologia para monitorar indicadores

O primeiro aspecto a levar em conta ao monitorar um indicador é o conhecimento que dispomos sobre ele e alguns questionamentos devem ser suscitados: qual é o seu significado? Que informação nos fornece? Qual sua relação com resultados esperados na situação de saúde? Quais são suas limitações? Será de pouco valor acompanhar resultados para um indicador que desconhecemos.

São os seguintes os passos propostos:

a) Observar os resultados do indicador para o território proposto (o estado, uma regional, um município, um bairro, etc).

Este resultado está adequado? Era o esperado? Está abaixo ou acima do esperado?

Para responder estas perguntas é necessário comparar com metas e/ou parâmetros. As metas são os resultados esperados estabelecidos segundo um determinado propósito e contexto. No nosso caso, as metas apresentadas foram estabelecidas no Pacto da Atenção Básica⁵ e programação pactuada e integrada da Vigilância em Saúde. Os parâmetros são resultados descritos na literatura e refletem a situação ideal, o resultado que se gostaria de alcançar.

b) Observar a evolução dos resultados ao longo de um período de tempo (série histórica).

Qual é a tendência? Os resultados tendem a melhorar, piorar ou se mantêm estáveis? Esperava-se alguma modificação nesta tendência? Como se explicaria o resultado? A busca destas respostas sempre nos leva a examinar a estrutura e os processos.

5 Para o caso da Vigilância entenda-se metas programadas, conforme definição do Ministério da Saúde.

c) Comparar os resultados: com os outros estados, outras regionais, outros municípios, e com o Brasil.

Estado: os resultados em seu estado estão diferentes ou parecidos dos resultados de outros estados? Existe similitude de resultados por região do Brasil? E como está a média brasileira? Como se poderiam explicar as similitudes ou diferenças?

Regionais: podem comparar-se com outras regionais;

Municípios: podem comparar-se com outros municípios de mesmo porte ou de semelhantes características.

De acordo com as discussões ocorridas entre as diversas políticas e a equipe de Monitoramento e Avaliação da SES, combinou-se que para o próximo ano a responsabilidade da comparação entre as regionais fica a cargo do nível central, e entre os municípios pelas respectivas regionais, que deverão fazê-la e discuti-la com as regionais/municípios.

d) Desagregar os resultados, por territórios menores.

Estado: como se comportam os resultados nas diferentes regionais do estado? Existem variações? O resultado estadual (uma média) mascara as variações regionais?

Regionais: como se comportam os resultados nos diferentes municípios da regional? Existem variações? O resultado da regional (uma média) encobrirá as variações entre os municípios? É possível comparar-se municípios de diferentes tamanhos e características?

Municípios: como se comportam os resultados nas diversas regiões/bairros do município? Existem variações? O resultado do município (uma média) mascara as variações entre as regiões do município?

Ao final destas etapas temos um julgamento de valor (está indo bem ou não, está indo conforme esperado ou não) e algumas pistas das razões deste resultado. A próxima etapa consiste em conhecer mais sobre as razões deste resultado e se este processo foi participativo, envolvendo os diversos atores, obteremos um diagnóstico mais preciso.

e) A ampla divulgação dos resultados observados no monitoramento.

Nesta etapa busca-se a comunicar os resultados obtidos e envolver o conjunto de atores na identificação das razões do alcance ou não de metas. Esta etapa freqüentemente tem um efeito mais positivo que negativo entre o grupo de profissionais e

gestores envolvidos com as ações de saúde.

f) Construção de um plano de intervenção para o alcance das metas propostas.

A seguir, tendo-se identificado razões para o(s) resultado(s) alcançados, faz-se o planejamento de intervenções (quando necessárias), podendo ser utilizado a matriz lógica do Quadro 2.

Quadro 2. Matriz lógica do plano de intervenção (por indicador) a ser construída de forma participada.

<i>Data</i>	<i>Resultado do indicador</i>	<i>Problema(s) identificado para o alcance de metas</i>	<i>Atividades propostas para melhorar/resolver o(s) problema(s)</i>	<i>Recursos necessários</i>	<i>Responsáveis</i>

Pretende-se que o monitoramento não seja realizado apenas para cada indicador, separadamente, e sim que o olhar considere a área ou programa como um todo. Igualmente, a análise do conjunto de indicadores deve considerar o território e ser feita por equipes considerando um olhar transdisciplinar.

Conclusão

Espera-se que este manual auxilie na implantação e institucionalização de processos de monitoramento e avaliação que integrem as diversas políticas, seus programas e os diferentes níveis de gestão (central, regional, municipal, equipes de saúde), culminando na qualificação dos processos de trabalho e nos resultados em saúde.

3. Relação dos Indicadores

Quadro 1 – Indicadores a serem monitorados

Os indicadores estão divididos em três grandes áreas: Ações de Atenção Básica separados por ciclos de vida, Vigilância em Saúde e Gestão Municipal.

AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA.

Ciclo da Criança

Coeficiente de mortalidade Infantil
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer
Cobertura vacinal crianças menores de um ano com vacina Tetravalente
Cobertura vacinal de crianças de 1 ano de idade com vacina Tríplice Viral
Taxa de internações por IRA em menores de cinco anos

Ciclo de Vida do Adulto

Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral
Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose

VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

Proporção de casos de doenças exantemáticas investigados em até 48 horas após a notificação
Nº de amostras de água coletadas e analisadas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade
Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* em imóveis- municípios infestados

GESTÃO MUNICIPAL

Média mensal de visitas domiciliares por família
Percentual de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas

4. Monitoramento de Indicadores

4.1 Coeficiente de mortalidade infantil

4.1.1. Apresentação

Indicador de saúde que expressa de forma muito sensível a qualidade de vida de uma população e o nível de organização dos serviços de saúde de uma determinada região, em especial os serviços de assistência à gestante e ao recém-nascido.

4.1.2. Conceito

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), expressa o número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade ocorridos em um determinado período de tempo, em um determinado local.

4.1.3 Cálculo do indicador

$$\frac{\text{óbitos de menores de 1 ano em determinado local e período de tempo} \times 1000}{\text{total de nascidos vivos no mesmo local e período}}$$

4.1.4 Meta pactuada e parâmetro nacional

O Governo Federal, em março de 2004, através do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, definiu como meta uma redução de 15% no CMI do país até o final de 2006. Na época, o Brasil apresentava um CMI de 27/1000.

O Governo do Estado do Rio Grande do Sul, em janeiro de 2003, inseriu a redução da mortalidade infantil como prioridade dentre as políticas públicas, definindo como meta o desafio de reduzir o CMI em 35% até o final de 2006. Na época, o nosso Estado apresentava um CMI de 15,94.

4.1.5. Fonte para a obtenção do CMI

O numerador (número de óbitos de menores de um ano) e o denominador (nascidos vivos) são fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade do Núcleo

de Informações em Saúde do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (SIM/NIS/DAS/SES/RS).

4.1.6. Roteiro para obtenção do indicador

O NIS publica anualmente dois relatórios de Estatísticas de Saúde, denominados SIM e SINASC. Como esta fonte de dados apresenta dois anos de defasagem, o mesmo Núcleo disponibiliza os dados oficiais do ano anterior e os dados preliminares do ano vigente (no ano vigente o CMI não está calculado), através do site www.saude.rs.gov.br,

- clicando organograma,
- Departamento de Ações em Saúde,
- Núcleo de Informações em Saúde
- Relatório de retroalimentação e acompanhamento
- Número total de nascidos vivos (denominador)
- Mortalidade em menores de um ano (numerador)

4.1.7. Usos e limitações do indicador

Ferramenta estratégica que permite detectar as falhas de assistência relacionadas a acessibilidade da população aos serviços de saúde, a qualidade dos serviços oportunizados e os cuidados prestados à criança pelos familiares.

O indicador é utilizado como ferramenta para o monitoramento das ações propostas para a redução dos óbitos infantis quando da implementação das diretrizes estratégicas do Programa Viva a Criança.

É fundamental que o CMI seja desdobrado em CMNP, CMNT e CMIT e analisado juntamente com outros indicadores como cadastro precoce, conclusão da assistência pré-natal, % nascimentos com idade gestacional inferior a 37 semanas, % de NVBP, % NVMBP, % nascimentos de menores de 1.500g em maternidade de referência para gestante de alto risco, % óbitos em área de PSF, % óbitos vinculados a desmame precoce, % óbitos de nascidos vivos de gestantes e crianças identificadas como de risco.

É de extrema relevância que o % de óbitos investigados seja superior a 80%, e que grande parte destes óbitos seja analisada pelos municípios através de seus Comitês Municipais, no sentido de desencadear ações que gerem intervenção em tempo oportuno de evitar novos óbitos pelas mesmas causas já detectadas.

A grande limitação diz respeito ao denominador – “nascidos vivos” - usado no

cálculo do CMI. O número de nascimentos ocorridos no Estado é registrado pelo NIS, através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, com menor agilidade de informação se comparado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Logo, o CMI calculado com base no SINASC disponível sempre é maior do que o real, induzindo ao erro na avaliação e inviabilizando ações de monitoramento, se utilizado como único indicador.

Outra limitação se refere aos municípios de pequeno porte, com SINASC inferior a 100NV onde pequeno número de óbitos gera CMIs extremamente elevados e sem significância epidemiológica.

4.1. 8. Periodicidade do Monitoramento

Monitoramento trimestral.

Em 2005, o NIS incluiu os registros do ano em curso no site, sob o formato de 36 relatórios preliminares da situação e perfil dos óbitos por regional e municípios do Estado, com uma defasagem temporal de cerca de dois a três meses.

4.1. 9. Importância do Indicador na gestão municipal

Estes fluxos permitiram avançar no processo de análise das causas dos óbitos infantis, gerando intervenções municipais em tempo oportuno de evitar novos óbitos infantis pelas mesmas causas previamente detectadas. A reorganização dos processos assistenciais envolvendo a rede de atenção básica e a assistência hospitalar tiveram impacto na redução dos óbitos em caráter permanente, evitando prejuízo de recursos financeiros via rateio do ICMS.

4.1.10. Forma de monitorar o Indicador

O monitoramento do indicador será feito através de instrumento constituído por duas planilhas, que deverão ser preenchidas regularmente, para permitir análise trimestral com emissão de parecer.

Através deste instrumento será possível o acompanhamento trimestral do indicador nas regionais e municípios. Sua análise permitirá observar quais regionais e municípios estão provocando impacto positivo ou negativo no indicador, bem como a situação em relação à meta pactuada pelos mesmos.

Podem apoiar esta análise:

Situação de óbitos por semana epidemiológica – (desde 27/2003).

Investigação dos óbitos e sua análise com desempenho de CADA Município, Regional, Microregião e Estado.

Planilha I – Registro trimestral do número de óbitos de menores de um ano.

Planilha II – Monitoramento trimestral do Coeficiente de Mortalidade Infantil.

Planilha I – Registro mensal do número de óbitos de menores de um ano

Planilha I - Registro trimestral do coeficiente de mortalidade infantil por municípios do RS																	
2006																	
Municípios	1º Trimestre			2º Trimestre			3º Trimestre			4º Trimestre			Percentual Anual			% da meta anual cumulativa	Meta anual do indicador
	NV	óbitos	Coeficiente	NV	óbitos	Coeficiente	NV	óbitos	Coeficiente	NV	óbitos	Coeficiente	NV	óbitos	Coeficiente		
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
52																	
53																	
54																	
55																	
56																	
57																	
58																	
Cord. Reg.Saúde																	

Orientações para o preenchimento da Planilha I

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobraem para sua regional.
Coluna do número do total de nascidos vivos	Digitar o total nascidos vivos de cada trimestre, para cada um dos municípios e/ou CRS
Coluna do número de óbitos cada trimestre	Digitar o número óbitos de cada trimestre, para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna do coeficiente de mortalidade infantil para cada trimestre.	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de óbitos de menores de um ano pelo total de nascidos vivos de cada mês multiplicado por mil, de cada município e/ou CRS.
Coluna acumulado anual de nascidos vivos	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela soma do numero de nascidos vivos para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna acumulado anual de óbitos	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela soma do numero de óbitos de menores de um ano, para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna coeficiente acumulado	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do acumulado de óbitos de menores de um ano pelo acumulado de nascidos vivos de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da meta	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do percentual acumulado até aquele trimestre pela meta pactuada multiplicado por cem, para cada município e/ou CRS.
Coluna da Meta	Digitar o valor da meta pactuada para cada um dos municípios e/ou CRS.

Planilha II – Monitoramento trimestral do coeficiente de mortalidade infantil

Planilha II - Monitoramento trimestral do coeficiente de mortalidade infantil nos municípios e CRS													
28/11/2006 21:58													
Municípios	Série	Série	Série	Série	Série	Série	Meta 2006	1°	2°	3° Trimestre	4°	Coeficiente	% da
	histórica	histórica	histórica	histórica	histórica	histórica	indicador	Trimestre	Trimestre		Trimestre	Annual	meta
	2000	2001	2002	2003	2004	2005		Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente	acumulado	anual
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
Cord Reg Saúde													

Orientações para o preenchimento da Planilha II

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobram para sua Regional.
Colunas 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005 (Série Histórica)	Preencher com os dados dos municípios e/ou CRS.
Coluna dos coeficientes – trimestrais	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Os valores serão lançados a partir da planilha I.
Coluna coeficiente acumulado	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão óbitos de menores de um ano do(s) trimestre(s) pela total de nascidos vivos multiplicada por mil, de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da meta	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do percentual acumulado pela meta pactuada de cada município ou CRS
Coluna Meta	Lançada automaticamente a partir da planilha I

4.2 Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer

4.2.1. Apresentação

São considerados como de baixo peso ao nascer os recém nascidos com peso inferior a 2500g.

O baixo peso ao nascer é determinado por dois processos: duração da gestação e velocidade de crescimento fetal. Da interação destes dois fatores resultam os nascimentos prematuros e/ou recém nascidos pequenos para a idade gestacional.

4.2.2. Conceito

Reflete o percentual de recém nascidos com menos de 2500g em relação ao total de recém nascidos vivos num determinado local, num determinado período de tempo.

4.2.3. Cálculo do indicador

$$\frac{\text{recém nascidos com peso menor que 2500g em determinado local e período} \times 100}{\text{número total de nascidos vivos, no mesmo local e período}}$$

4.2.4. Meta pactuada e parâmetro nacional

A meta anual pactuada para o Estado em 2006 é 9%.

Não está estabelecido um parâmetro nacional.

4.2.5. Fontes para obtenção do indicador

O numerador e o denominador são obtidos nas seguintes bases de dados nacionais: SINASC/ NIS/DAS/SES/RS

4.2.6. Roteiro para obtenção do indicador

Os dados para o cálculo do indicador podem ser obtidos acessando o site www.saude.rs.gov.br .

- clique em organograma
- Departamento de Ações em Saúde
- NIS (Núcleo de Informações em Saúde)
- Relatórios de retroalimentação e acompanhamento
- Relatório de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (numerador)
- Relatório de nascidos vivos (denominador).

4.2.7. Usos e limitações do indicador

Este indicador nos permite:

- Monitorar a eficácia do pré-natal;
- Identificar as crianças de risco⁶

Uma dificuldade ao trabalhar com este indicador é a demora no repasse dos dados de registro de nascimentos pelos cartórios, resultando menor agilidade do SINASC.

4.2.8 Periodicidade do monitoramento

Propõe-se que o monitoramento deste indicador seja trimestral.

4.2.9. Importância do indicador na gestão municipal

É um indicador de eficácia, que permite ao gestor municipal avaliar a qualidade da atenção ao pré-natal. Cerca de dois terços dos óbitos neonatais são de menores de 1500 g, o que levou à utilização do indicador “percentual de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer” (menores de 1.500 g pela SSCA⁷), que, além de avaliar a rede de cuidados primários, monitora a qualidade de assistência perinatal nos serviços hospitalares. Indicador utilizado para avaliar o acesso, a sobrevivência e o óbito em unidade de tratamento intensivo neonatal.

É importante na organização da rede de assistência hospitalar, definindo pontos de estrangulamento e déficit de leitos para gestantes de alto risco e neonatos com necessidade de cuidados especiais.

4.2.10. Forma de monitorar o indicador

O monitoramento do indicador será feito através de instrumento constituído por duas planilhas, que deverão ser preenchidas regularmente, para permitir análise trimestral com emissão de parecer.

Planilha I – Registro trimestral do número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.

Planilha II – Monitoramento trimestral do percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.

6 conforme Resolução CIB/RS nº146 de 2003;

Através deste instrumento será possível o acompanhamento trimestral do indicador nas regionais e municípios. Sua análise permitirá observar quais regionais e municípios apresentam percentual acima da média, bem como a situação em relação de cada um com a meta pactuada.

Planilha I – Registro mensal do número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.

Planilha I - Registro trimestral do número de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer																	
23/11/2006 21:58 2006																	
Municípios	1º Trimestre			2º Trimestre			3º Trimestre			4º Trimestre			Acumulado do ano			% da meta anual acumulada	Meta anual do indicador
	NV	Baixo peso	Percentual	NV	Baixo peso	Percentual	NV	Baixo peso	Percentual	NV	Baixo peso	Percentual	NV	Baixo peso	Percentual		
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
53																	
54																	
55																	
56																	
57																	
58																	
Cord.Reg.Saúde																	

Orientações para o preenchimento da planilha I

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobram para sua regional.
Coluna do número do total de nascidos vivos	Digitar o total nascidos vivos de cada trimestre, para cada um dos municípios e/ou CRS
Coluna do número de nascidos vivos com baixo peso de cada trimestre	Digitar o número nascidos vivos com baixo peso ao nascer de cada trimestre para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna do percentual de nascidos vivos com baixo peso de cada trimestre.	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de nascidos vivos com baixo peso pelo total de nascidos vivos de cada trimestre, multiplicado por cem, de cada município e/ou CRS.
Coluna acumulado anual de nascidos vivos	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela soma do número de nascidos vivos para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna acumulado anual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela soma do número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna percentual acumulado	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do acumulado de nascidos vivos com baixo peso ao nascer pelo acumulado de nascidos vivos de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da meta	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do percentual acumulado até aquele trimestre pela meta pactuada multiplicado por cem, para cada município e/ou CRS.
Coluna da meta	Digitar o valor da meta pactuada para cada um dos municípios e/ou CRS.

Planilha II – Monitoramento trimestral o percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.

Planilha II - Monitoramento trimestral dos nascidos vivos com baixo peso ao nascer nos municípios e CRS													
29/11/2006 17:18													
Municípios	Série histórica	Série histórica	Série histórica	Série histórica	Série histórica	Série histórica	Meta 2006	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Percentual Anual	% da meta
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	indicador	percentual	percentual	percentual	percentual	acumulado	anual
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
51													
52													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
59													

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobram para sua regional.
Colunas 2000, 2001, 2002,2003, 2004 e 2005 (Série Histórica)	Preencher com os dados dos municípios e/ou CRS.
Coluna - meta	Lançada automaticamente a partir da planilha I
Coluna percentual anual de nascidos vivos com baixo peso trimestral	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Os valores serão lançados a partir da planilha I.
Coluna percentual acumulado	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número nascidos vivos com baixo peso do(s) trimestre(s) pela total de nascidos vivos multiplicada por cem, de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da meta	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do percentual acumulado pela meta pactuada de cada município ou CRS

4.3. Cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano com vacina Tetravalente

4.3.1 Apresentação

O Programa de Imunizações vem obtendo resultados relevantes frente a uma parcela significativa de doenças imunopreveníveis, em razão da manutenção de elevadas coberturas vacinais.

Uma das vacinas do Calendário Básico da Criança é a vacina tetravalente, que protege contra difteria, tétano, coqueluche e doença invasiva por *Haemophilus influenzae B*. A manutenção de altas coberturas para essa vacina permite assegurar a situação de controle dessas doenças.

4.3.2. Conceito do Indicador

O indicador de cobertura vacinal em determinado local e período demonstra a proporção de crianças menores de 1 ano de idade, que receberam o esquema de vacinação preconizado, que só está completo com a 3ª dose.

O conhecimento da cobertura vacinal possibilita avaliar o quanto a população está protegida e também, estimar se a imunidade de massa representa uma barreira efetiva na interrupção da cadeia de transmissão das doenças em questão.

O acompanhamento desse indicador permite identificar o acúmulo de suscetíveis e subsidia a programação das ações de imunização do município.

4.3.3. Cálculo do Indicador

A cobertura vacinal é expressa pelo percentual da população vacinada em um determinado período. Essa cobertura pode ser calculada para cada vacina, para o número de doses completadas, por grupo de idade e por área geográfica.

No Rio Grande do Sul, desde o início de 2004, é utilizado como denominador do indicador de cobertura vacinal, o número de nascidos vivos, de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em resposta ao problema decorrente do uso de estimativas populacionais.

O cálculo da cobertura vacinal para a vacina tetravalente é obtido diretamente a partir do SI-API ou através da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de vacinados menores de 1 ano com 3ª dose da vacina tetravalente}}{\text{Número de nascidos vivos no período e local}} \times 100$$

4.3.4. Meta pactuada e parâmetro nacional

A meta pactuada para a vacina tetravalente, que corresponde ao parâmetro nacional, é de vacinar 95% da população menor de 1 ano.

4.3.5. Fonte para obtenção do indicador

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) foi desenvolvido em 1993 em parceria com a Coordenação Nacional do Programa e o DATASUS/Ministério da Saúde.

O SI-PNI é integrado, entre outros, pelo *software* API (Avaliação do Programa de Imunizações) que tem como objetivo permitir o acompanhamento sistemático do quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de possibilitar o controle dos indicadores de cobertura e taxas de abandono. A cobertura vacinal pode ser obtida diretamente através do API, para os menores de um ano.

4.3.6. Roteiro para obtenção do indicador

O módulo API do SI-PNI está descentralizada para todos os 496 municípios e permite, facilmente, obter a cobertura vacinal para a vacina tetravalente em nível municipal, regional e/ou central.

4.3.7. Usos e limitações do indicador

O SI-API mantém como base de registro o local de aplicação da vacina, não considerando o local de residência da criança. Esta situação compromete a avaliação da cobertura de determinadas áreas e tem acarretado problemas no monitoramento de metas pactuadas pelos municípios por distorções da cobertura vacinal no nível administrativo, considerando invasão ou evasão da demanda.

Os dados obtidos também podem apresentar distorções relativas ao sub-registro de doses aplicadas e à duplicidade de registros.

É fundamental que seja considerada a mobilidade populacional, visto que este fenômeno altera diretamente os dados demográficos e por conseqüência as análises de

coberturas vacinais das unidades espaciais de interesse. É importante considerar as informações relativas a estes fluxos populacionais tais como: assentamentos, acampamentos, localização de populações indígenas e referências de serviços de saúde de maior complexidade como hospitais.

A análise do indicador também deve levar em conta as alterações na estrutura etária da população, a partir da queda da natalidade, mudanças na taxa de fecundidade e mortalidade infantil, ocasionando vieses na cobertura vacinal da população de menores de um ano. O cruzamento de dados de diferentes fontes, como SINASC, SIAB aprimora o monitoramento.

A vacinação da rede privada também deve ter seus registros coletados, complementando a informação oficial.

4.3.8. Periodicidade do monitoramento

As coberturas vacinais devem ser sistematicamente acompanhadas nos três níveis de gestão, com o objetivo de direcionar as ações necessárias para o alcance das metas pactuadas e a manutenção do controle das doenças, cuja incidência pode crescer rapidamente a partir do acúmulo de suscetíveis. Recomenda-se o monitoramento mensal a partir dos dados que podem facilmente ser obtidos do SI-API.

4.3.9. Importância do indicador na gestão municipal

A vacinação é uma das atividades mais tradicionais e exitosas em Saúde Pública. É inegável o impacto na morbi-mortalidade representado pelo controle, eliminação e/ou erradicação de algumas doenças, a partir da implantação dos programas de vacinação.

O desempenho municipal em relação à cobertura vacinal da tetravalente permite avaliar: acesso, organização do sistema de saúde local, eficácia e eficiência dos mecanismos de gestão e, em certa medida, a integração de ações de vigilância e atenção básica.

O programa de vacinação municipal deve avaliar o desempenho das unidades de saúde, sua capacidade de manter a adesão da comunidade a busca de faltosos, detectando bolsões de suscetíveis, identificando as razões da não-vacinação, com o objetivo de realizar os ajustes necessários e o desenvolvimento de estratégias pertinentes.

4.3.10. Monitoramento do Indicador.

O monitoramento do indicador será feito através de instrumento constituído por duas planilhas, que deverão ser preenchidas regularmente, para permitir análise trimestral e emissão de parecer.

Planilha I – Registro mensal do número de consultas nas especialidades básicas nos municípios e nas regional.

Planilha II – Monitoramento trimestral da média anual de Consultas nas especialidades básicas.

Planilha I – Registro mensal do número de menores de um ano com vacinação tetravalente nos municípios e nas regional.

Planilha I - Registro mensal do número de menores de um ano vacinadas tetravalentes aplicadas nos municípios e regionais																														
29/11/2006 14:05		2006																												
Municípios	Programação	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total ano programação acumulada		% da programação anual	Nascidos vivos 2005	
	anual	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
51																														
52																														
53																														
54																														
55																														
56																														
57																														
58																														
Coord. Reg. Saúde																														

Orientações para preenchimento da Planilha I

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobrem para sua regional.
Coluna do número de vacinas de cada mês (janeiro, fevereiro, etc...)	Digitar o número de vacinas de cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna da programação anual	Digitar o valor da programação para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna média de cada mês.	Não digitar. Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de vacinas do mês pela de nascidos vivos de 2005 de cada município e/ou CRS.
Coluna total anual de vacinas	Não digitar. Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculadas pela soma do número de vacinas de cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna da programação acumulada	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do total de vacinas pelo de nascidos vivos de 2005 de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da programação	Nã digitar. Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da programação acumulada até aquele mês pela programação para cada município e/ou CRS.

População Geral

Digitar para cada município a sua população e/ou CRS.

Planilha II – Monitoramento trimestral da vacinação tetravalente em menores de um ano nos Municípios e Regional

Planilha II - Monitoramento trimestral vacinação tetravalente em menores de um ano nos municípios e CRS											
#####	Série	Série	Série	Programação	1°	2°	3°	4°	Percentual	% da	Nascidos
Municípios	histórica	histórica	histórica		Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	acumulado	programação	
	2003	2004	2005	2006	Percentual	Percentual	Percentual	Percentual		anual	vivos 2005
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
Coor. Reg. Saúde											

Orientações para preenchimento da Planilha II

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobram para sua regional.
Colunas 2003, 2004 e 2005 (Série Histórica)	Preencher com os dados dos municípios e/ou CRS.
Coluna Programação anual	Lançada automaticamente a partir da planilha I
Coluna percentual de vacinas aplicadas por trimestre	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Os valores serão lançados a partir da planilha I.
Coluna programação acumulada	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de vacinas do(s) trimestre(s) pela população de nascidos vivos de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da programação	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da programação acumulada pela meta pactuada multiplicada por cem, de cada município ou CRS
População Geral	Lançada automaticamente a partir da planilha I

4.4 Cobertura vacinal de crianças de 1 ano de idade com vacina Tríplice Viral

4.4.1. Apresentação

O Programa de Imunizações vem obtendo resultados relevantes frente a uma parcela significativa de doenças imunopreveníveis, em razão da manutenção de elevadas coberturas vacinais.

Uma das vacinas utilizadas é a vacina tríplice viral, indicada para prevenir o sarampo, a caxumba e a rubéola e está disponível em todos os municípios do Estado do RS desde 1997. É aplicada em crianças de 1 ano de idade, com um reforço aos 4 e 6 anos.

4.4.2. Conceito

O indicador de cobertura vacinal de rotina, para a vacina tríplice viral em determinado local e período, demonstra a proporção de crianças de 1 ano de idade, vacinadas contra o sarampo, a caxumba e a rubéola.

A manutenção de altas coberturas vacinais permite assegurar a situação de erradicação do sarampo no RS desde 2000 e eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita.

O conhecimento da cobertura vacinal possibilita avaliar a proteção da população e também estimar o quanto a imunidade de massa representa uma barreira efetiva na interrupção da cadeia de transmissão das doenças em questão.

O acompanhamento desse indicador permite identificar o acúmulo de suscetíveis e subsidia a programação das ações de imunização do município.

4.4.3. Cálculo do indicador

A cobertura vacinal é expressa pelo percentual da população vacinada em um determinado período. Essa cobertura pode ser calculada para cada vacina, para o número de doses completadas, por grupo de idade e por áreas geográficas

O cálculo da cobertura vacinal é obtido diretamente a partir do SI-API ou através da seguinte fórmula:

$$\text{Cobertura Vacinal} = \frac{\text{Número de vacinados com um ano com a vacina tríplice viral}}{\text{Número de crianças com 1 ano de idade no período e local}} \times 100$$

4.4.4. Meta pactuada e parâmetro nacional

A meta pactuada para a vacina tríplice viral, que corresponde ao parâmetro nacional, é de vacinar 95% da população de 1 ano de idade.

4.4.5. Fonte para obtenção do indicador

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) foi desenvolvido em 1993 em parceria com a Coordenação Nacional do Programa e o DATASUS/Ministério da Saúde.

O SI-PNI é integrado, entre outros, pelo *software* API (Avaliação do Programa de Imunizações) que tem como objetivo permitir o acompanhamento sistemático do quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de possibilitar o controle dos indicadores de cobertura e taxas de abandono. A cobertura vacinal pode ser obtida diretamente através do API, para as crianças com um ano de idade no caso da vacina tríplice viral.

4.4.6. Roteiro para obtenção do indicador

O módulo API do SI-PNI está descentralizada para todos os 496 municípios e permite, facilmente, obter a cobertura vacinal para a vacina tríplice viral em nível municipal, regional e/ou central.

4.4.7. Usos e limitações do indicador

O SI-API mantém como base de registro o local de aplicação da vacina, não considerando o local de residência da criança. Esta situação compromete a avaliação da cobertura de determinadas áreas e tem acarretado problemas no monitoramento de metas pactuadas pelos municípios por distorções da cobertura vacinal no nível administrativo, considerando invasão ou evasão da demanda.

Os dados obtidos também podem apresentar distorções relativas ao sub-registro de doses aplicadas e à duplicidade de registros.

É fundamental que seja considerada a mobilidade populacional, visto que este fenômeno altera diretamente os dados demográficos e por conseqüência as análises de coberturas vacinais das unidades espaciais de interesse. É importante considerar as informações relativas a estes fluxos populacionais tais como: assentamentos, acampamentos, localização de populações indígenas e referências de serviços de saúde

de maior complexidade como hospitais.

A vacinação da rede privada também deve ter seus registros coletados, complementando a informação oficial.

4.4.8. Periodicidade do monitoramento

As coberturas vacinais devem ser sistematicamente acompanhadas nos três níveis de gestão, com o objetivo de direcionar as ações necessárias para o alcance das metas pactuadas e a manutenção do controle das doenças, cuja incidência pode crescer rapidamente a partir do acúmulo de suscetíveis. Recomenda-se o monitoramento mensal a partir dos dados que podem facilmente ser obtidos do SI-API.

4.4.9. Importância do indicador na gestão municipal

A vacinação é uma das atividades mais tradicionais e exitosas em Saúde Pública. É inegável o impacto na morbi-mortalidade representado pelo controle, eliminação e/ou erradicação de algumas doenças, a partir da implantação dos programas de vacinação.

O desempenho municipal em relação à cobertura vacinal da tríplice viral permite avaliar: acesso, organização do sistema de saúde local, eficácia e eficiência dos mecanismos de gestão e, em certa medida, a integração de ações de vigilância e atenção básica.

O programa de vacinação municipal deve avaliar o desempenho das unidades de saúde, sua capacidade de manter a adesão da comunidade e a busca de faltosos, detectando bolsões de suscetíveis, identificando as razões da não-vacinação, com o objetivo de realizar os ajustes necessários e desenvolvimento de estratégias pertinentes.

4.4.10. Monitoramento do Indicador.

O monitoramento do indicador será feito através de instrumento constituído por duas planilhas, que deverão ser preenchidas regularmente, para permitir análise trimestral com emissão de parecer.

Planilha I – Registro mensal do número de vacinas tríplice viral em crianças de 12 a 23 meses, nos Municípios e Regional;

Planilha II – Monitoramento trimestral da vacinação tríplice viral em crianças de 12 a 23 meses, nos Municípios e Regional;

Planilha I – Registro mensal do número de crianças de 12 a 23 meses vacinadas com tríplice viral aplicadas nos municípios e regionais

Planilha I - Registro mensal do número de crianças de 12 a 23 meses vacinadas com tríplice viral aplicadas em nos municípios e regionais																													
4/12/2006 11:24		2006																											
Municípios	Programação	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total ano programação acumulada	% da programação anual	crianças de 12 a 23 meses 2005	
	anual	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
51																													
52																													
53																													
54																													
55																													
56																													
57																													
58																													
Coord. Reg. Saúde																													

Orientações para preenchimento da planilha I

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobrem para sua regional.
Coluna da programação anual	Digitar o valor da programação anual para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna do número (N) de vacinas aplicadas em cada mês	Digitar o número de vacinas aplicadas em cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna percentual de cada mês.	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de vacinas do mês pela população de 12 a 23 meses de cada município e/ou CRS.
Coluna acumulado no ano	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculado (N) ano pela soma do número de vacinas de cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS. Percentual acumulado é calculado pela divisão do total de vacinas pela população 12 a 23 meses de cada município e/ou CRS
População de 12 a 23 meses	Digitar para cada município a sua população e/ou CRS.

Planilha II – Monitoramento trimestral da vacinação tríplice viral em crianças de 12 a 23 meses, nos municípios e CRS'S

Planilha II - Monitoramento trimestral vacinação tríplice viral de 12 a 23 meses nos municípios e CRS												
4/12/2006 11:14												
Municípios	Série	Série	Série	Programação	1°	2°	3°	4°	Percentual	% da	crianças de 12 a 23 meses 2005	
	histórica	histórica	histórica		Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre		programação		
	2003	2004	2005	2006	Percentual	Percentual	Percentual	Percentual	acumulado	anual		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
Coor. Reg. Saúde												

Orientações para preenchimento da Planilha II

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobraem para sua regional.
Colunas 2003, 2004 e 2005 (Série Histórica)	Preencher com os dados dos municípios e/ou CRS.
Coluna programação	Lançada automaticamente a partir da planilha I
Colunas percentual trimestral	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Os valores serão lançados a partir da planilha I.
Coluna percentual acumulado	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de consultas do(s) trimestre(s) pela população de 12 a 23 meses de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da programação anual	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da meta acumulada pela meta pactuada multiplicada por cem, de cada município ou CRS
População 12 a 23 meses	Lançada automaticamente a partir da planilha I

4.5 Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos

4.5.1. Apresentação

Indicador que permite medir a ocorrência de internações hospitalares por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) na população de menores de 5 anos, residente em determinado local e em determinado período de tempo. As IRAs, apesar de passíveis de controle através do diagnóstico precoce, manejo adequado e uso criterioso de antibióticos, ainda representam importante causa de morte em menores de 5 anos, sendo a 3ª causa de óbitos em menores de 1 ano no Estado, com 4% do total.

4.5.2. Conceito

A taxa de internação por IRA em menores de 5 anos mede **a ocorrência de internações** por doenças respiratórias, em determinado local e determinado período de tempo.

4.5.3. Cálculo do indicador

$$\frac{\text{Nº internações por IRA, em crianças residentes* menores de 5 anos em determinado local e período} \times 1000}{\text{Total de crianças menores de 5 anos, no mesmo local e período.}}$$

* residentes: refere-se ao fato que serão utilizadas para o cálculo somente as crianças moradoras no território em análise.

4.5.4. Meta pactuada e parâmetro nacional:

A meta estadual pactuada para o ano de 2006 foi de 35/1000.

Não está identificado um parâmetro nacional.

4.5.5. Fontes para obtenção do indicador:

a. Numerador: número de internações hospitalares, obtidas nas bases de dados:

DAHA/SIH-SUS/SIAB

b. Denominador: os residente menores de 5 anos é uma projeção do IBGE

c. Estudos sentinela nos municípios sede das CRS sobre internações e óbitos por IRA, são fornecidos semanalmente pelo NIS (Núcleo de Informações em Saúde)

4.5.6. Roteiro para obtenção do indicador:

No site da SES (Secretaria Estadual de Saúde): www.saude.rs.gov.br

1. organograma

2. DAHA(Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial)

3. relatórios

4. SIH-SUS informações hospitalares

5. indicadores básicos AIHs pagas SUS/RS - CID Infecções Respiratórias Agudas de menores de 5 anos.

4.5.7. Usos e limitações do indicador

Usos:

- O Indicador permite intervir, através do acompanhamento continuado, em uma importante causa de óbitos em menores de 1 ano.

- Taxas de internações elevadas servem de alertas para a necessidade de qualificar a assistência e realizar levantamento de parcelas da população não cobertas, podendo servir de critério para alocação de equipes do Saúde da Família (SF). A taxa de internação por IRA relaciona-se com o CMI, tanto em relação ao componente neonatal quanto ao tardio e com a TMM5⁸ (**taxa de mortalidade em menores de cinco anos**).

Limitações:

- Qualidade das informações obtidas através das AIHs, que muitas vezes são preenchidas de acordo com as patologias que remuneram mais.

- Não são consideradas as internações hospitalares sem vínculo com o **SUS**.

- Pode haver registro indevido do endereço da criança atendendo interesses da família, e assim prejudicando a identificação de áreas de maior ocorrência.

4.5.8. Periodicidade do monitoramento

A planilha permite o acompanhamento mensal do indicador. A CRS, através da

planilha, utilizando os dados de seus municípios, analisará a mesma, devendo propor ações e/ou questionamentos para a melhora do indicador. O nível central analisará trimestralmente cada CRS, encaminhando recomendações específicas se necessário.

4.5.9. Importância do indicador na gestão municipal

A análise dos resultados deste indicador contribui para que o município direcione ações e recursos adequados para os meses de maior demanda (inverno). Contribui ainda no planejamento da alocação de equipes nas áreas mais vulneráveis e qualificação do atendimento.

4.5.10. Forma de monitorar o indicador:

O indicador pode ser monitorado mensalmente através do acompanhamento de relatórios emitidos pelas fontes de dados citadas no item 4.5.5.

O monitoramento do indicador será feito através de instrumento constituído por duas planilhas, que deverão ser preenchidas regularmente, para permitir análise trimestral com emissão de parecer.

Planilha I – Registro mensal do número de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de cinco anos, nos Municípios e Regional;

Planilha II – Monitoramento trimestral Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de cinco anos, nos Municípios e Regional;

Através deste instrumento será possível o acompanhamento mensal do indicador nas regionais e municípios. Sua análise permitirá observar quais regionais e municípios provocam impacto no indicador, bem como a situação em relação à meta pactuada pelos mesmos.

Planilha I – Registro mensal do número de internações por Infecção Respiratória Aguda nos municípios e nas regional.

Planilha I - Registro mensal das internações por IRA em menores de 5 anos no RS																													
29/11/2006 17:37		2006																											
Municípios	Meta anual do indicador	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total ano Taxa acumulada		% da meta anual	População IBGE 2005 Menores de 5 anos
		Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa		
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
51																													
52																													
53																													
54																													
55																													
56																													
57																													
58																													
Coord. Reg. Saúde.																													

Orientações para preenchimento da planilha I

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência ordem alfabética). Excluir as linhas que sobraem para sua regional.
Coluna da Meta	Digitar o valor da meta pactuada para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna do número de internações de cada mês (janeiro, fevereiro, etc.	Digitar o número de internações de cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna taxa de cada mês.	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de internações do mês pela população de menores de cinco anos multiplicado por mil, de cada município e/ou CRS.
Coluna total anual de internações	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculadas pela soma do numero de internações de cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna na taxa acumulada	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do total das internações pela população de menores de cinco anos, multiplicado por mil, de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da meta	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da taxa acumulada até aquele mês pela meta pactuada multiplicado por cem, para cada município e/ou CRS.
População de menores de cinco anos	Digitar para cada município a sua população e/ou CRS.

Planilha II – Monitoramento trimestral da taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de cinco anos, nos municípios e regional.

Planilha II - Monitoramento trimestral da taxa de internação por IRA em menores de 5 anos no RS														
29/11/2006 17:37														
Municípios	Série histórica 2000	Série histórica 2001	Série histórica 2002	Série histórica 2003	Série histórica 2004	Série histórica 2005	Meta 2006 indicador	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Taxa acumulada	% da meta anual	População IBGE 2005 menores de 5 anos
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
50														
51														
52														
53														
54														
55														
56														
57														
58														
CRS														

Orientações para preenchimento da planilha II

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobram para sua regional.
Colunas 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005 (Série Histórica)	Preencher com os dados dos municípios e/ou CRS.
Coluna meta	Lançada automaticamente a partir da planilha I
Colunas taxa de internações trimestrais	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Os valores serão lançados a partir da planilha I.
Coluna taxa acumulada	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de internações do(s) trimestre(s) pela população de menores de cinco anos multiplicada por mil, de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da meta	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da taxa acumulada pela meta pactuada de cada município ou CRS
População de menores de cinco Anos	Lançada automaticamente a partir da planilha I

4.6 Taxa de internação por acidente vascular cerebral.

4.6.1. Apresentação

Este indicador, que mede a ocorrência de internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 30-59 anos, avalia o impacto das ações de saúde relacionadas às doenças cardiovasculares, especialmente a detecção, diagnóstico e tratamento adequados de casos de HAS.

4.6.2. Conceito

Mede a ocorrência de internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 30-59 anos.

4.6.3. Cálculo do indicador

$$\frac{\text{Nº de internação por AVC na faixa etária de 30-59 anos} \times 10.000}{\text{População Total de 30-59 anos.}}$$

4.6.4. Meta pactuada

A meta pactuada para o Estado é de redução de 3% ao ano.

4.6.5. Fonte para obtenção do indicador

Para a obtenção das informações que compõem o indicador utiliza-se o Sistema de **Informações Hospitalares – SIH/SUS**.

4.6.6. Roteiro para obtenção do indicador

Numerador: número de internações hospitalares, acessar o site DATASUS-MS e clicar nas opções conforme a seqüência:

1. Informações de Saúde
2. Epidemiológicas e Morbidade Hospitalar
3. Geral por local de residência
4. Clicar no mapa do **Estado** do Rio Grande do Sul

5. Morbidade hospitalar do SUS por local de residência e preencher conforme orientação a seguir:

Linha: Lista Morbidade CID -10

Coluna : Não ativa.

Conteúdo: Internações

Período Disponíveis : selecionar mês/ano

Acessar cap. CID 10 - IX Doenças do Aparelho Circulatório

Faixa etária : Selecionar 30 a 39 anos, 40 a 45 anos, 50 a 59 anos.

Clicar – Mostra.

Selecionar as 04 patologias: Lista Morbidade CID10: Infarto Cerebral + Hemorragia Intracraniana + AVC não especificado, hemorrágico ou isquêmico + outras doenças cerebrovasculares.

Denominador: projeção de população de 30 a 59 anos do IBGE.

4.6.7. Usos e limitações

Limitações:

- a) Os dados do numerador referem-se à população usuária do SUS⁹, enquanto dados do denominador são referentes à população total.
- b) Erros no preenchimento da AIH.
- c) A capacidade instalada do sistema de saúde deve ser avaliada, visto que a diminuição de leitos hospitalares (alta complexidade) acarretará diminuição deste coeficiente.

4.6.8. Periodicidade do monitoramento

A periodicidade de análise proposta para este indicador é semestral.

4.6.9. Importância do indicador na gestão municipal

Este indicador tem por objetivo avaliar as ações de prevenção primordial (estímulo à adoção de Hábitos Saudáveis de Vida (HSV)) e, com maior ênfase, as ações de prevenção primária (detecção, diagnóstico e tratamento adequados de casos de HAS e outros FRCV em pacientes sem evidências de DcebV) e secundária (tratamento adequado de pacientes portadores de DCebV visando a redução de recorrências).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam a principal causa de morte, de incapacidades e de mais altos custos em assistência médica à saúde da população do Rio Grande do Sul (RS).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) representadas principalmente pela Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doença Cerebrovascular (DCebV)) constituem o grupo das DCNT de maior importância sendo responsáveis por aproximadamente 50% das mortes decorrentes das DCNT. Em 2005 a Doença Cerebrovascular foi a principal causa de morte por DCV em nosso meio, superando em número absoluto as mortes decorrentes de DAC.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças de maior magnitude na população do RS com prevalência de 31,5% na população de 20 anos e mais , segundo pesquisa de frequência para DAC realizada em 1999-2000, atingindo taxas de prevalência superiores a 60% na população idosa (> 60 anos).

A HAS constitui um dos principais Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV) e o principal deles para o desenvolvimento de DcebV; dados da literatura evidenciam que 80% dos casos de AVC isquêmico e até 90% dos casos de AVC hemorrágico ocorrem em portadores de HAS não controlada. Por outro lado o controle adequado dos níveis tensionais acarreta diminuição de até 40% nos casos de AVC e de até 25% nos casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Depreende-se pois que o desenvolvimento de ações sistemáticas de detecção e diagnóstico correto de casos de HAS, tratamento adequado e acompanhamento de portadores de HAS resultará em diminuição das atuais taxas de morbidade e mortalidade decorrentes de DCV, especialmente aquelas relacionadas à DCebV.

4.7. Razão entre exames preventivos do Câncer do Cólo do Útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária

4.7.1. Apresentação

Através do acompanhamento sistemático dos resultados obtidos para o indicador 'razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária' espera-se qualificar a atenção à saúde da mulher, enfatizando a detecção precoce do câncer do colo do útero.

4.7.2. Conceito

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

Este indicador é uma razão e não percentual: a razão relaciona universos diferentes – no caso, exames e população; enquanto o percentual relaciona idênticos universos.

4.7.3. Cálculo do indicador

$$\frac{\text{Nº de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos em determinado local e período}}{\text{Nº total de mulheres 25 a 59 anos no mesmo local e período}}$$

4.7.4. Meta pactuada e parâmetro nacional

a. Meta pactuada

A meta pactuada para o Estado em 2006 foi de 0,20. As metas pactuadas para cada CRS e para cada município estão no Pacto da Atenção Básica e na PPI .

A meta, em termos de razão, é aproximadamente 0,27 (considerando-se exames trienais).

b. Parâmetro nacional

A meta nacional é 80% de “cobertura” trienal dos exames citopatológicos na população de mulheres de 25 a 59 anos de idade, o que significa uma razão de 0,27 anual.

4.7.5. Fontes para obtenção do indicador

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

Denominador: Base demográfica do IBGE

4.7.6. Roteiro para obtenção do indicador

Numerador: Tendo em vista a centralização do SISCOLO somente nas regionais de saúde que possuem laboratórios, o dado do denominador será disponibilizado pela Seção de Saúde da Mulher / **DAS/ SES**, até vinte dias úteis após o término do trimestre.

Denominador: O denominador pode ser obtido no site do **DATASUS**, seguindo o roteiro descrito.

Roteiro para obter projeção populacional feminina de 25 a 59 anos, por município e ano

- a. Entrar no site www.datasus.gov.br
- b. Clicar em “Informações em saúde”.
- c. Clicar em “**Informações** demográficas e sócio-econômicas”.
- d. Clicar em “população residente segundo faixa etária , sexo e situação de domicílio”.
- e. Quando abrir o mapa, clicar no RS.
 - Na linha, selecionar “município”.
 - Na coluna, selecionar “ano”.
 - Em conteúdo, deixar selecionada “ população residente”.
 - Selecionar o(s) ano(s) desejado(s). Se for mais de um, clicar no primeiro, apertar a tecla “CTRL” e ir clicando nos demais.
 - Em município, selecionar “todas as categorias”.
 - Em microrregião, selecionar “todas as categorias”.

- Em Regional de Saúde, selecionar a CRS desejada.
- Em macrorregião, selecionar “todas as categorias”.
- Em região metropolitana, selecionar “todas as categorias”.
- Em aglomerado urbano, selecionar “todas as categorias”.
- Em sexo, selecionar “Feminino”.
- Em situação, selecionar “todas as categorias”.
- Em faixa etária, selecionar “todas as categorias”.
- Em faixa etária detalhada, selecionar as categorias: 25 a 29, 30 a 34, 36 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54 e 55 a 59, usando a tecla CTRL. Tomar cuidado para **não** selecionar as categorias agrupadas em 10 anos e não detalhadas (por exemplo, 40 a 49 anos não detalhado) que geram erro.
- Em idade fértil, selecionar “todas as categorias”.
- Clicar em “mostra”.
- Aparecerá, na tela, o relatório solicitado, com os municípios da CRS na linha e os anos solicitados nas colunas. O conteúdo corresponde ao número estimado de mulheres de 25 a 59 anos.

4.7.7. Usos e limitações

a) Usos:

Identificar o acesso e a utilização do exame nos grupos de risco de população feminina e orientar a adoção de medidas de controle do câncer do colo do útero. Os fatores relacionados ao acesso dizem respeito à estrutura (recursos humanos capacitados, unidades equipadas, laboratórios, insumos, frequência e horário de oferta de exames) e os fatores relacionados à utilização que abrangem a educação em saúde, satisfação do usuário e questões culturais.

Subsidiar o planejamento, gestão e a avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher desse grupo etário.

Situações que podem interferir na tendência do indicador:

Situações-problema relacionadas ao acesso e à utilização, descritas no item anterior, podem impactar negativamente no indicador.

Realização de campanhas nacionais ou estaduais, de ampla divulgação na mídia, geralmente causam um aumento na razão de exames por mulher.

Em populações pequenas, a troca de um profissional de grande aceitação pela população alvo pode causar redução na procura pelo procedimento.

Humanização do atendimento.

Qualificação profissional.

O que o indicador pode revelar

*A falta de acesso da população feminina ao exame citopatológico;

*A falta de conhecimento das mulheres sobre a importância da realização do exame;

*A falta de sensibilização do gestor causando deficiência na política de controle do câncer do colo de útero.

b) Limitações:

O numerador só abrange o universo de mulheres desse grupo etário atendidas em unidades vinculadas ao SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de mulheres beneficiárias de seguros privados de saúde.

Não reflete adequadamente a cobertura ou concentração deste procedimento na população alvo, pois não identifica a realização de vários procedimentos em uma mesma mulher.

A fonte de informação é o Siscam-Siscolo, cujas informações não estão disponíveis para os municípios que não contam com laboratórios de citopatologia. O Siscolo tem problemas de perdas de informações por ocasião da exportação de dados. O Livro de Registro de Cp pode minimizar o problema e mensurar tais perdas. Este livro é fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde para que todos os municípios distribuam as suas UBS, para registrar todos os exames de Papanicolau realizados.

4.7.8. Periodicidade do monitoramento

Periodicidade trimestral.

4.7.9. Importância do indicador na gestão municipal

Medir a população de mulheres que está “coberta” pelo exame, e a partir daí identificar ações a serem realizadas para incrementar o número de mulheres que realizam o exame preventivo do câncer do colo de útero.

4.7.10. Forma de monitorar o indicador

a. Instrumento de monitoramento

Instrumento: planilha de dados com série histórica de cinco anos e os seguintes

dados do ano a ser monitorado: meta pactuada, valores trimestrais, valores regionais e estaduais.

ANEXO 1 – RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POP FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA

CRS:	SÉRIE HISTÓRICA			2006											
	RAZÃO 2003	RAZÃO 2004	RAZÃO 2005	META 2006	1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE		4º TRIMESTRE		% da META ANUAL	POP FEM 25-59 ANOS 2006	RAZÃO ACUMULADA ANUAL
					Nº	RAZÃO	Nº	RAZÃO	Nº	RAZÃO	Nº	RAZÃO			
RS															
CRS															
A															
B															
C															
D															
E															
F															
G															
H															

FONTE: SISCOLO e DATASUS/IBGE (POPULAÇÃO)

b. Instruções para preenchimento e interpretação do instrumento:

Numerador: Tendo em vista a centralização do SISCOLO somente nas regionais de saúde que possuem laboratórios, o dado do denominador será disponibilizado pela Seção de Saúde da Mulher / DAS / SES, até vinte dias úteis após o término do trimestre.

Denominador: O denominador pode ser obtido no site do DATAUS, seguindo o roteiro descrito.

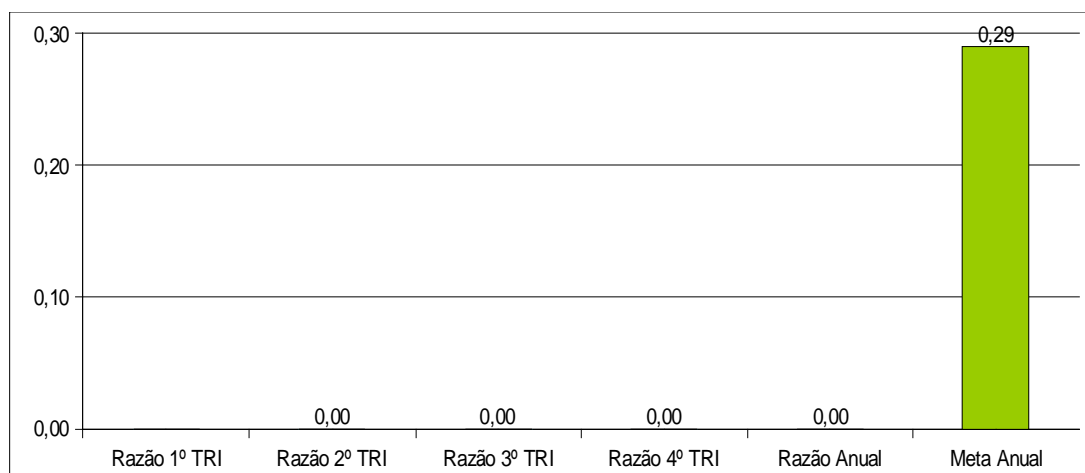
GRUPO DE M&A – SAÚDE DA MULHER

**ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DA PLANILHA DE MONITORAMENTO DE EXAMES
CITOPATOLÓGICOS DE COLO UTERINO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS**

CAMPO	ORIENTAÇÃO
CRS (amarelo, à esquerda)	Digitar o nº da CRS monitorada.
Colunas dos municípios (A,B,C,etc.)	A planilha está preparada para receber dados de 58 municípios . Exclua as linhas que sobram para sua regional. Após, digite os nomes dos municípios na primeira coluna.
Colunas “Razão 2003”, “Razão 2004”, Razão 2005”, “Meta 2006” e “população feminina 25-59 2006”	Preencher com os dados dos municípios da CRS, dado regional e estadual.
Colunas do Nº de exames de cada trimestre	Preencher com os dados recebidos da Seção de Saúde da Mulher, até 20 dias úteis após o término do trimestre.
Colunas azuis - razões trimestrais	Estas colunas contêm fórmulas que não devem ser apagadas. Calculadas pela divisão do nº de exames <u>do</u> <u>trimestre</u> pela quarta parte da população alvo total.
Coluna cinza – percentual da meta anual	Esta coluna contêm fórmulas que não devem ser apagadas. Significa quanto da meta pactuada foi atingida até o momento.
Coluna laranja – Razão acumulada anual	Esta coluna contêm fórmulas que não devem ser apagadas. Calcula, automaticamente, a razão atingida anual , através da divisão do <u>somatório de exames</u> até o momento pela população alvo total.
GRÁFICO	O gráfico contém valores regionais e é construído automaticamente após a digitação do número de exames do trimestre e demais dados.

EXAMES CITOPATOLÓGICOS DE COLO DE ÚTERO
RAZÕES TRIMESTRAIS, RAZÃO ACUMULADA ANUAL E META PACTUADA ANUAL
VALORES REGIONAIS - 2006

0	Razão 1º TRI	Razão 2º TRI	Razão 3º TRI	Razão 4º TRI	Razão Anual	Meta Anual
CRS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29



4.8 Proporção de abandono de tratamento da tuberculose

4.8.1. Introdução

A avaliação operacional é um processo importante em todos os níveis dentro do programa de controle da tuberculose. A sua realização periódica é indispensável para que se possa detectar deficiências com vistas a sua correção. O indicador proposto para monitoramento do programa de controle da tuberculose (abandono de tratamento) é operacional e pode avaliar indiretamente o desempenho da equipe de saúde envolvida. A aderência ao tratamento depende muito da abordagem que é realizado nos pacientes portadores de tuberculose.

4.8.2. Conceito

Este indicador diz respeito ao número de pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose em relação ao total de pacientes que iniciaram tratamento em determinado período. O indicador avalia indiretamente o desempenho da equipe de saúde envolvida com os pacientes portadores de tuberculose pois a aderência ao tratamento depende muito do acolhimento e do acompanhamento prestados .

4.8.3. Cálculo do indicador

O cálculo é feito selecionando-se os pacientes notificados por trimestre, semestre ou anualmente em uma determinada unidade ou município e verificando o resultado de tratamento (SITUAÇÃO DO 9º MÊS). Os dados são obtidos pelo SINAN e o resultado é calculado de seguinte forma:

$$\text{Proporção de abandono} = \frac{\text{nº de altas por abandono na coorte considerada} \times 100}{\text{Nº total de pacientes notificados na coorte}}$$

A seleção de pacientes inscritos em determinado período e a verificação dos resultados no 9º mês de tratamento constitui o que chamamos de Estudo da COORTE.

4.8.4. Parâmetro recomendado

Considera-se aceitável taxas inferiores a 10% mas o ideal é a taxa inferior a 5%. Estas taxas são sugeridas por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde o Panamericana da Saúde(seção de controle da tuberculose). Sugerimos que as regionais e os municípios que apresentem taxas acima destes valores, pactuem valores menores gradativamente até atingirem as taxas ideais.

Proporção de abandono de tratamento (Atenção Básica)

Ano 2007 (Período de abril de 2006 a março de 2007)

Frequência: Trimestral

Fonte: SINAN

	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE	TOTAL ANUAL
Casos novos inscritos nos meses de abril, maio e junho de 2006	Altas por abandono no 9º mês/total de casos do trimestre:				
Casos novos inscritos nos meses de julho, agosto e setembro de 2006		Altas por abandono no 9º mês/total de casos do trimestre:			
Casos novos inscritos nos meses de julho, agosto e setembro de 2006			Altas por abandono no 9º mês/total de casos do trimestre:		
Casos novos inscritos nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2007				Altas por abandono no 9º mês/total de casos do trimestre:	
Casos novos inscritos de abril de 2006 a					Altas por abandono no 9º mês/total do período:

4.8.5. Fonte para obtenção do indicador

Os dados de abandono de tratamento são obtidos pelo SINAN devendo selecionar os pacientes notificados em determinado período (trimestre, semestre ou ano) e avaliar os resultados de tratamento no 9º mês.

4.8.6. Roteiro para obtenção do indicador.

Na tabela acima colocamos como exemplo uma avaliação do indicadores para os trimestres de 2007 e o total anual.

4.8.7. Usos e limitações do indicador

O indicador é operacional e pode ser usado para avaliar desempenho da unidade considerada; a aderência ao tratamento está relacionada diretamente ao trabalho desenvolvido pela equipe de saúde em relação ao acolhimento, supervisão e acompanhamento dos pacientes. Deve ser considerado o fato que o indicador revela o abandono naqueles pacientes diagnosticados por determinada unidade; se não forem diagnosticados os pacientes estimados (percentual igual ou superior a 70%), o indicador , embora menor que 10 ou 5% pode revelar um falso desempenho da equipe de saúde .

O indicador pode ser prejudicado se não houver atualização dos dados no SINAN e também naquelas situações em que houver muitas altas por transferência.

4.8.8. Periodicidade do monitoramento

A periodicidade do monitoramento dependerá do número de pacientes inscritos nas unidades consideradas; naqueles municípios com grande incidência de tuberculose quanto mais freqüente o monitoramento melhor pois pode detectar problemas precocemente com ajustes imediatos. Nesses locais o monitoramento poderia ser mensal ou trimestral. Nos municípios que notificam poucos casos anuais o monitoramento poderá ser semestral ou anual. Nossa sugestão é que , em geral, possa ser realizado monitoramento trimestral nas coordenadorias.

4.8.9. Importância do indicador na gestão municipal

Segundo a Organização Mundial da Saúde, um Programa de Controle da Tuberculose para conseguir impacto epidemiológico, ou seja, reduzir as fontes de infecção na comunidade, deverá diagnosticar no mínimo 70% dos casos existentes num determinado local anualmente e curar 85% dos casos diagnosticados. O diagnóstico das fontes de infecção (casos bacilíferos) é feito através de busca de sintomáticos

respiratórios (presença de tosse com expectoração por mais de três semanas). O trabalho de busca de sintomáticos na comunidade deve ser feito nas unidades básicas de saúde (busca passiva) mas também diretamente nas comunidades através do trabalho desenvolvido pelas equipes do Programa de Saúde da Família, e agentes comunitários de saúde; todas as equipes devem ser capacitadas e motivadas para o diagnóstico de caso de tuberculose em suas áreas de atuação. Nos casos diagnosticados de tuberculose o tratamento deve ser imediatamente iniciado e o acompanhamento desses pacientes é fundamental para a adesão ao tratamento, resultando na cura bacteriológica. O tratamento diretamente observado (DOTS) quando de boa qualidade e com critérios de seleção de pacientes pode conseguir bons resultados quanto as taxas de cura e baixo abandono. Entende-se por tratamento diretamente observado aquele em que o medicamento é dado ao paciente por um profissional que integre a equipe de saúde da unidade; o profissional tem que observar a tomada do medicamento pelo menos 3 vezes por semana nos primeiros 2 meses de tratamento.

O tratamento de tuberculose é de no mínimo 6 meses de duração, com tomadas diárias da medicação. Cabe as equipes das unidades básicas de saúde, Programa de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde o desenvolvimento de um trabalho integrado no sentido de acompanhar os pacientes.

Um aspecto que deve ser abordado em relação ao abandono de tratamento é que os pacientes com co-infecção HIV/tuberculose apresentam taxas maiores quer devido a intercorrências clínicas ou problemas psico-sociais. A abordagem nesses pacientes requer participação e integração das equipes do programa de controle da AIDS e da tuberculose. A associação AIDS e Tuberculose vem aumentando no Estado e atualmente alcança 20% aproximadamente.

4.8.10. Forma de monitorar o indicador

A forma de monitoramento é feita através do preenchimento de uma tabela (em anexo) cujos valores são obtidos do SINAN. A cada trimestre podemos colocar o número de pacientes que abandonaram o tratamento (absoluto) e a tabela já calcula a taxa correspondente. Naqueles locais em que as taxas são maiores que o previsto aparecerá, na tabela, a cor vermelha de advertência, facilitando assim o controle.

14) Não alterar as fórmulas.

15) Excluir as linhas que não forem utilizadas.

Obs.: Considerar somente os casos novos inscritos na coorte.

4.9 Número de casos de doenças exantemáticas investigados em até 48 horas após a notificação

4.9.1. Apresentação

Desde 1992, o Estado do RS está desenvolvendo esforços extras para erradicação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita e várias conquistas foram obtidas. O ano de 1999 registrou os últimos casos de sarampo, a rubéola mantém-se numa incidência bem reduzida e a síndrome da rubéola congênita praticamente desapareceu, graças às ações de vigilância e imunização desenvolvidas nos níveis federal, estadual e municipal.

Portanto, é fundamental que os sistemas de vigilância municipais estejam preparados para identificar os casos suspeitos de doença exantemática (sarampo e rubéola) no seu território, proceder oportunamente a investigação epidemiológica e desencadear as medidas de controle necessárias, ou seja, vacinação seletiva de contatos visando proteger os suscetíveis.

4.9.2. Conceito

A investigação epidemiológica é componente essencial do sistema de vigilância, não só por fornecer os elementos para a discussão das medidas corretas a serem adotadas em cada situação, como para manter a integridade e a credibilidade do mesmo.

Em se tratando de doença exantemática, fundamentalmente sarampo e rubéola, os casos notificados devem ser investigados o mais rápido possível, até em 48 horas após a notificação, para que sejam desencadeadas as medidas de controle pertinentes.

Se a notificação não desencadear uma resposta ágil no sentido da investigação, as fontes notificadoras se desestimularão progressivamente. E, acima de tudo, ficará prejudicada a capacidade de intervenção efetiva. No caso das doenças exantemáticas, se os contatos suscetíveis não forem vacinados oportunamente, poderão surgir novos casos das doenças e até mesmo surtos.

4.9.3. Método de cálculo:

A partir dos casos notificados de doenças exantemáticas, deve ser verificado qual o percentual desses casos que foram investigados em até 48 horas após a notificação, através da seguinte fórmula:

$$\% \text{ Invest. Oportuna} = \frac{\text{Nº de casos de doenças exantemáticas investigados em até 48 horas após a notificação} \times 100}{\text{Nº total de casos de doenças exantemáticas notificados no local e período}}$$

4.9.4. Meta pactuada e parâmetro nacional

A meta pactuada para a investigação oportuna de doenças exantemáticas é investigar 80% dos casos em até 48 horas após a notificação e o parâmetro nacional é o mesmo.

4.9.5. Fonte de informação

Os casos notificados de doenças exantemáticas podem ser obtidos no sistema de informação oficial da vigilância epidemiológica - SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

O cálculo do indicador em municípios de pequeno porte pode ser feita facilmente pois, em geral, o número de notificações é pequeno . Em municípios com um número maior de casos notificados, pode ser necessário a utilização de aplicativos tipo Excell ou Epi-Info.

4.9.6. Roteiro para obtenção do indicador

Na prática, trata-se de verificar o intervalo entre a data da investigação e a data de notificação do caso, que não deve ultrapassar 48 horas em 80% dos casos notificados de doença exantemática (no mínimo).

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde disponibiliza um arquivo pgm para Epi-Info, que permite, rapidamente, a obtenção da informação.

4.9.7. Usos e limitações do indicador

O indicador da investigação oportuna das doenças exantemáticas permite avaliar o sistema de vigilância em um de seus atributos fundamentais, qual seja a oportunidade do desencadeamento da investigação.

Além disso, indica a necessidade de realizar ajustes ou correções no funcionamento das equipes, seja revisando os fluxos e rotinas da notificação, seja redimensionando os recursos humanos.

As limitações do indicador decorrem de problemas relativos à digitação incorreta e/ou incompleta das datas de notificação e/ou investigação dos casos de doenças exantemáticas no SINAN, distorcendo o percentual.

O indicador em si também não demonstra se foram desenvolvidas as medidas

de controle necessárias, tornando-se importante realizar cruzamento com outros parâmetros como investigação laboratorial oportuna e encerramento oportuno dos casos (até 30 dias), especialmente este último que sintetiza todo o processo de investigação epidemiológica.

4.9.8. Periodicidade do monitoramento

Em função da proposta de erradicação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita é importante que o indicador seja monitorado mensalmente, para que sejam procedidos adequações no sistema de vigilância municipal caso se apresente abaixo da meta preconizada.

4.9.9. Importância do indicador na gestão municipal

O indicador permite avaliar a capacidade do sistema de vigilância municipal de realizar investigação oportuna dos casos de doenças exantemáticas (até 48 horas após a notificação), sem a qual se perde a possibilidade de desenvolver medidas de controle adequadas e oportunas e prevenir novos casos e até surtos.

Caso o município não atinja a meta preconizada, devem ser revistos as fontes notificadoras, o fluxo da informação e a equipe de vigilância, tanto qualitativa como quantitativamente.

O Estado do RS já atingiu importantes conquistas na luta pela erradicação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita e os gestores em todos os níveis devem estar conscientes da importância de manter a vigilância sensível e atuante para as doenças em questão.

4.9.10. Monitoramento do Indicador.

O monitoramento do indicador será feito através de instrumento constituído por duas planilhas, que deverão ser preenchidas regularmente, para permitir análise trimestral com emissão de parecer.

4.10. Número de amostras de água coletadas e analisadas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade

4.10.1. Apresentação

A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidas na legislação vigente e para avaliar os riscos que a água de consumo representa para saúde a humana. A avaliação sistemática da qualidade da água consumida pela população, seja proveniente de sistemas de abastecimento ou soluções alternativas coletivas ou individuais, é um dos instrumentos utilizados pela vigilância para verificar o grau de risco à saúde pública representado pela água e definir ações preventivas e corretivas de modo a minimizar este risco.

4.10.2. Conceito

O indicador diz respeito ao número de amostras de água que são coletadas pelos municípios, em atendimento ao Plano Nacional de Amostragem do VIGIAGUA, e analisadas pelo LACEN para fins de vigilância e monitoramento da qualidade da água consumida pela população.

4.10.3. Cálculo do indicador

O número de amostras coletadas e analisadas mensalmente para monitoramento é estabelecido pelo Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano, em função da população do município.

4.10.4. Meta pactuada e parâmetro nacional

O parâmetro nacional para este indicador é realizar análises de cloro residual livre e turbidez em amostras de água para fins de vigilância e monitoramento da qualidade. A meta pactuada com os municípios é 100% do número anual de amostras estabelecido na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, para análises de cloro e turbidez, de acordo com o critério populacional, conforme Tabela abaixo:

Número pactuado de amostras coletadas para vigilância/monitoramento da qualidade da água para consumo humano, para fins de análises químicas de cloro residual livre e turbidez, em função da população total do município, de acordo com o Plano Nacional de Amostragem da Vigilância:

Parâmetros analisados	População Total do Município					
	Até 5.000 hab.	5.001 a 10.000 hab.	10.001 a 20.000 hab.	20.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	Maior que 100.000 hab.
CRL e turbidez	10 mensais 120/ano	14 mensais 168/ano	18 mensais 216/ano	25 mensais 300/ano	36 mensais 432/ano	53 mensais 636/ano

4.10.5. Fontes para obtenção do indicador

A fonte para obtenção do indicador é o SISAGUA – Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.

4.10.6. Roteiro para obtenção do indicador

O SISAGUA está descentralizado para as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde e 65% dos municípios do RS. O acompanhamento do indicador é feito através dos relatórios de monitoramento gerados pelo sistema. Estes relatórios são obtidos no âmbito municipal, no caso dos municípios que já solicitaram *login* de acesso ao SISAGUA, ou nas CRS pelo representante do VIGIAGUA, que possui *login*. Sendo o SISAGUA um sistema *on-line*, os relatórios de saída são atualizados na medida em que ocorre a entrada de dados.

4.10.7. Usos e limitações do indicador

As coletas das amostras de água são realizadas pelos municípios, que também devem realizar a leitura de cloro residual livre no momento da coleta, e as amostras, acompanhadas do formulário SISAGUA, são enviadas para o LACEN ou laboratório municipal de saúde pública certificado pelo LACEN para análises de turbidez. As amostras de água são coletadas em sistemas e soluções alternativas coletivas e individuais cadastrados no SISAGUA. A numeração das amostras e locais de coleta devem estar de acordo com o plano de amostragem elaborado pelo município, segundo critérios estabelecidos pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do VIGIAGUA.

Muitos municípios têm dificuldade na elaboração do plano de amostragem e

devem ser orientados pela CRS na elaboração de um plano anual que contemple o maior número possível dos diversos sistemas e soluções alternativas, especialmente em pontos estratégicos e de maior risco.

É responsabilidade dos municípios a aquisição e manutenção dos clorímetros, bem como dos reagentes necessários à leitura dos teores de cloro residual livre no momento das coletas de amostras. Alguns municípios não têm realizado as leituras de cloro a campo devido à falta de clorímetro ou de reagentes.

4.10.8. Periodicidade do monitoramento

As ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano executadas nos municípios devem ser sistematicamente acompanhadas, em especial nos níveis municipal e regional, com o objetivo de garantir a qualidade da água consumida. Recomenda-se o monitoramento mensal das atividades a partir dos relatórios do SISAGUA.

4.10.9. Importância do indicador na gestão municipal

Este indicador permite o diagnóstico da qualidade da água que está sendo consumida nos municípios e o mapeamento das áreas de maior risco. Pelo acompanhamento da incidência de doenças e agravos à saúde relacionados à água, subsidia o planejamento de ações integradas com a área de saneamento, objetivando garantir o acesso à água tratada e potável com o conseqüente controle das doenças de veiculação hídrica.

4.10.10. Monitoramento do Indicador.

O monitoramento do indicador será feito através de instrumento constituído por duas planilhas, que deverão ser preenchidas regularmente, para permitir análise trimestral com emissão de parecer.

Planilha I – Registro mensal do nº de amostras de água nos municípios e CRS.

Planilha II – Monitoramento trimestral do monitoramento da qualidade da água.

Planilha I – Registro mensal do monitoramento da qualidade da água nos municípios e CRS.

Planilha I - Registro mensal do nº de amostras de monitoramento da qualidade da água realizadas nos municípios e CRS																															
29/11/2006		2006																													
Municípios	Programação	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total ano		% da	populaçã		
	anual	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	programaçã	programaçã	IBGE	
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
51																															
52																															
53																															
54																															
55																															
56																															
57																															
58																															
Cood. Reg.																															

Orientações para preenchimento da Planilha I

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobram para sua regional.
Coluna da programação anual	Digitar o valor da meta de amostras pactuado para monitoramento da qualidade da água em cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna do número de amostras de cada mês (janeiro, fevereiro, etc...)	Digitar o número de amostras coletadas e enviadas para monitoramento a cada mês pelos municípios e/ou CRS.
Coluna percentual de cada mês.	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de amostras do mês pela população de cada município e/ou CRS.
Coluna acumulado no ano nº de amostras (absoluto)	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculadas pela soma do número de amostras de cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna percentual acumulado no ano	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do total de amostras pela população de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da programação anual	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do que foi realizado, até aquele mês pela programação (meta) para cada município e/ou CRS.
População Geral	Digitar para cada município a sua população e/ou CRS.

Planilha II – Monitoramento trimestral da qualidade da água, nos municípios e CRS

Planilha II - Monitoramento trimestral do monitoramento da qualidade da água nos municípios e CRS											
#####											
Municípios	Série histórica 2003	Série histórica 2004	Série histórica 2005	Programação 2006	1° Trimestre Percentual	2° Trimestre Percentual	3° Trimestre Percentual	4° Trimestre Percentual	Percentual acumulado	% da programação anual	pop IBGE
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
Coord. Reg. Saúde											

Orientações para preenchimento da Planilha II

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobrem para sua regional.
Colunas 2003, 2004 e 2005 (Série Histórica)	Preencher com os dados (nº de amostras da qualidade da água realizadas) dos municípios e/ou CRS nos períodos citados.
Coluna percentual de amostras trimestrais	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Os valores serão lançados a partir da planilha I.
Coluna programação acumulada	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de amostras realizadas no(s) trimestre(s) pelo número total de amostras pactuadas para cada município e/ou CRS no ano.
Coluna percentual da programação	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da programação acumulada pela meta pactuada multiplicada por cem, de cada município ou CRS
Coluna Programação anual (meta)	Lançada automaticamente a partir da planilha I
População Geral	Lançada automaticamente a partir da planilha I

OBS: Essa planilha gera gráficos que facilitam a análise do desempenho em cada período do ano.

4.11 Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, em imóveis – municípios infestados

4.11.1. Apresentação

No Rio Grande do Sul, a partir da detecção do primeiro foco de *Aedes aegypti*, em 1995, no município de Caxias do Sul, a dengue passou a ser uma doença de notificação compulsória, começando assim a Vigilância Epidemiológica.

Segundo o Plano Nacional de Controle da Dengue, a vigilância entomológica tem como objetivo principal o monitoramento dos índices de infestação por *Aedes aegypti* para subsidiar a execução das ações apropriadas de eliminação dos criadouros dos mosquitos, reduzindo o risco de circulação viral e ocorrência de surtos.

4.11.2. Conceito

Este indicador quantifica as atividades de pesquisa larvária, a fim de se conhecer o grau de infestação, dispersão e densidade por *Aedes aegypti* e/ou *Aedes albopictus*. Esta pesquisa é feita através de visitas bimestrais nos imóveis dos municípios.

4.11.3. Cálculo do indicador

$\text{N}^\circ \text{ de imóveis} \times 06 \text{ (ciclos)} = \text{total de inspeções programadas para o ano}$

4.11.4. Meta pactuada e parâmetro nacional

A meta pactuada para este indicador corresponde a número de inspeções, calculado de acordo com o protocolo do Programa Nacional de Controle da Dengue, que estabelece como parâmetro seis (6) inspeções anuais a 100% dos imóveis em municípios infestados.

4.11.5. Fontes para obtenção do indicador

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue é o SIS/FAD (Sistema Nacional de Informações de Febre Amarela e Dengue). Esse Sistema encontra-se em fase de descentralização, sendo a digitação de dados de grande parte dos municípios realizada pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, que o disponibilizam. Além dos dados de produção das atividades, o SIS/FAD informa

mensalmente os Índices Prediais de cada município.

4.11.6. Roteiro para obtenção do indicador

O SIS-FAD, está descentralizado para 18 Coordenadorias Regionais de Saúde e alguns municípios. O acompanhamento do indicador é feito através dos relatórios que o sistema gera.

Esses relatórios informam:

- a)** as ações desenvolvidas no Município ou na Localidade por Atividade (Levantamento de índice, Tratamento, Armadilha, Pontos Estratégicos, Delimitação de focos, Depósitos Predominantes), para um determinado período (mês, ciclo, semana epidemiológica);
- b)** Índice de Pendência: imóveis que os agentes de saúde não tiveram acesso para executar ações de controle do vetor
- c)** Cobertura: quantidade de imóveis trabalhados em relação a quantidade de imóveis existente no município ou na localidade;
- d)** Índice de Infestação Predial = n° de imóveis positivos x 100 / n° de imóveis inspecionados;
- e)** Índice de Breteau = depósitos positivos x 100 / n° de imóveis inspecionados

4.11.7. Usos e limitações do indicador

O indicador quantifica as atividades de vigilância do vetor, não permitindo avaliação qualitativa das mesmas, além disso, baseia-se nos dados alimentados no Sistema de Informação - FAD que apresenta algumas dificuldades que podem prejudicar o monitoramento:

a) falta de alimentação sistemática e atraso na digitação de boletins pelos municípios e CRS, salientando-se a necessidade dos municípios digitarem e enviarem semanalmente os dados do Boletim Diário às CRS, principalmente quando houver confirmação da presença do vetor.

b) dificuldades dos municípios na constituição de equipes de campo estáveis, com rotatividade dos agentes provocando interrupções nas atividades e baixo rendimento. Tal fato prejudica o alcance das metas, assim como a qualidade do dado de índice de infestação. Para ultrapassar esta situação, qualificando os dados, é essencial o processo de supervisão sistemática destes agentes pelas CRS.

4.11.8. Periodicidade do monitoramento

As atividades de vigilância entomológica (inspeções para detecção de criadouros) devem ser sistematicamente acompanhadas, em especial nos níveis municipal e regional, com o objetivo de garantir ações necessárias para a manutenção do controle da infestação pelo *Aedes aegypti*.

Recomenda-se o monitoramento mensal das atividades a partir dos dados obtidos do SIS-FAD.

4.11.9. Importância do indicador na gestão municipal

As visitas domiciliares, realizadas pelo agente de controle da dengue, constituem uma importante intervenção no sentido de levar à população informações sobre a necessidade de se manter o ambiente doméstico livre do vetor. Viabiliza também importante ação de vigilância sobre os diferentes tipos de depósitos que possam servir como criadouro do vetor, tratando com larvicidas apenas aqueles que não possam ser encaminhados para destino adequado ou protegidos.

O indicador também permite: dimensionar o risco de transmissão da doença; direcionar ações estratégicas para reduzir o índice de infestação predial dos municípios; identificar os depósitos predominantes do vetor da dengue, importante para realização das atividades educativas para a prevenção da doença.

4.11.10. Monitoramento do indicador.

O monitoramento do indicador será feito através de instrumento constituído por duas planilhas, que deverão ser preenchidas regularmente, para permitir análise trimestral com emissão de parecer.

Planilha I – Monitoramento trimestral da identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, em imóveis – municípios infestados (LI-levantamento de índice)

Planilha II – Monitoramento trimestral da identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, em imóveis – municípios infestados (LI-levantamento de índice)

Planilha I – Monitoramento trimestral da identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, em imóveis – municípios infestados (LI)

Planilha I - Registro mensal do número de inspeções de imóveis para LI nos municípios e regionais																															
29/11/2006		2006																													
Municípios	Programaçã	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total ano		% da	No.		
	anual	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	programaçã	programaçã	imóveis	
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
51																															
52																															
53																															
54																															
55																															
56																															
57																															
58																															
Coord. Reg.																															

Orientações para preenchimento da Planilha I

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobram para sua regional.
Coluna da programação anual (meta)	Digitar o número (meta) de inspeções de imóveis para LI no ano para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna número de inspeções de imóveis para LI de cada mês.	Digitar o número de inspeções de imóveis para LI realizado em cada mês pelos municípios e/ou CRS.
Coluna percentual de cada mês.	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de inspeções de imóveis para LI realizado no mês pelo número total de imóveis de cada município e/ou CRS.
Coluna total acumulado no ano de imóveis para LI (nº)	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculadas pela soma do numero de inspeções de cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna acumulada no ano de imóveis para LI (%)	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do total de inspeções realizadas pelo total de imóveis de cada município e/ou CRS
Coluna percentual da programação	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da programação acumulada realizada até aquele mês pela programação prevista para cada município e/ou CRS.
Número de Imóveis	Digitar para cada município a sua população e/ou CRS.

Planilha II – Monitoramento trimestral da identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, em imóveis – municípios infestados (LI – levantamento de índice)

Planilha II - Monitoramento trimestral de inspeções em LI nos municípios e CRS											
#####											
Municípios	Série histórica 2003	Série histórica 2004	Série histórica 2005	Programação 2006	1° Trimestre Percentual	2° Trimestre Percentual	3° Trimestre Percentual	4° Trimestre Percentual	Percentual acumulado	% da programação anual	Nºimóveis
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
Coord. Reg. Saúde											

Orientações para preenchimento da Planilha II

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobrem para sua regional.
Colunas 2003, 2004 e 2005 (Série Histórica)	Preencher com o número de inspeções de LI realizadas pelos municípios e/ou CRS em cada período.
Coluna Programação anual (meta)	Lançada automaticamente a partir da planilha I
Nº de amostras trimestrais	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Os valores serão lançados a partir da planilha I.
Coluna programação acumulada	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de inspeções de LI realizadas no(s) trimestre(s) pelo número total de inspeções pactuadas para cada município e/ou CRS no ano.
Coluna percentual da programação anual atingido	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da programação acumulada pela meta pactuada multiplicada por cem, de cada município ou CRS
Número de Imóveis	Lançada automaticamente a partir da planilha I

OBS: Essa planilha gera gráficos que facilitam a análise do desempenho em cada período do ano.

4.12. Média mensal de visitas domiciliares por família

4.12.1. Apresentação

Para acompanhamento do acesso a ação em saúde que é a visita domiciliar, o presente texto descreve as fontes, os instrumentos disponíveis e a análise necessária para tal.

4.12.2. Conceito

O indicador descreve a razão de famílias acompanhadas por visitas domiciliares pela equipe de saúde mensalmente em determinado local.

4.12.3. Cálculo do indicador

Nº de visitas domiciliares* de profis. de nível superior, médio e ACS**, em um determinado local e período
Número de famílias no município*** X número de meses, no mesmo local e período

* Utilizar os registros das quantidades apresentadas de visitas domiciliares por família

**Código dos procedimentos no SIA/SUS:

01.023.02-0 - Atividade executada por ACS

01.023.04-7 - Visita domiciliar por profissional de nível médio

04.011.06-6 - Consulta e atendimento domiciliar de atenção básica de enfermeiro

04.011.07-4 - Visita domiciliar, atendimento de atenção básica

04.012.03-8 - Consulta e atendimento domiciliar de enfermeiro do Pacs/PSF.

***O número de famílias é estimado pela divisão da população do município pelo número médio de pessoas por famílias, conforme o Censo 2000 (IBGE):

Região Norte: 4,0 pessoas por família,

Região Nordeste: 3,7 pessoas por família,

Região Sudeste: 3,3 pessoas por família,

Região Sul: 3,3 pessoas por família,

Região Centro-Oeste: 3,4 pessoas por família.

4.12.4. Parâmetro recomendado

A razão de visitas média do estado foi de 0,17 em 2005. A meta estadual para o indicador para o ano de 2006 é de 0,20. A série histórica de 2003 a 2005 está descrita na

tabela abaixo. Recomenda-se o atendimento da meta pactuada para as regionais para o ano de 2006. A construção da pactuação deve ser baseada na série histórica e de fatores que atuem sobre a tendência positiva deste.

	2003	2004	2005	2006	2006
<i>Coordenadoria</i>	Atingido SIA-SUS	Atingido SIA-SUS	Atingido SIA-SUS	Atingido proporcional SIA-SUS*	Meta SIA-SUS
1° CRS	0,04	0,04	0,05	0,05	0,1
2° CRS	0,07	0,08	0,09	0,08	0,46
3° CRS	0,15	0,16	0,15	0,08	0,57
4° CRS	0,17	0,18	0,2	0,14	0,46
5° CRS	0,1	0,11	0,17	0,14	0,51
6° CRS	0,26	0,3	0,37	0,29	0,76
7° CRS	0,15	0,13	0,13	0,19	0,52
8° CRS	0,26	0,29	0,28	0,35	0,53
9° CRS	0,11	0,09	0,12	0,07	0,69
10° CRS	0,13	0,15	0,15	0,11	0,59
11° CRS	0,33	0,34	0,37	0,34	0,53
12° CRS	0,32	0,38	0,36	0,39	0,43
13° CRS	0,2	0,23	0,27	0,31	0,65
14° CRS	0,42	0,46	0,44	0,36	0,61
15° CRS	0,38	0,43	0,5	0,37	0,63
16° CRS	0,19	0,19	0,24	0,23	0,49
17° CRS	0,25	0,26	0,3	0,13	0,58
18° CRS	0,15	0,18	0,22	0,21	0,67
19° CRS	0,35	0,39	0,43	0,26	0,40
Estadual	0,14	0,15	0,17	0,14	0,20

4.12.5. Fonte para obtenção do indicador

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

Denominador: Base demográfica do IBGE.

4.12.6. Roteiro para Obtenção do Indicador

a. Para obtenção do numerador e denominador do indicador se faz necessário acessar o site– <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>;

b. Na barra de acesso rápido seleciona-se assistência à saúde para o numerador;

c. Após, se faz necessário entrar na opção produção ambulatorial;

d. Na tabela do Tab win de produção ambulatorial é necessário selecionar na coluna *Mês de competência* e na linha *Município/Regional de Saúde*, no campo procedimentos após.10/99 é necessário selecionar com Ctrl (control pressionado) os 5 código do SIA/SUS de visitas domiciliares;

e. A planilha gerada deve ser salva com CSV e copiada para o instrumento de

monitoramento;

f. Na barra de acesso rápido seleciona-se demográficas e socioeconômicas para o denominador;

g. Após, se faz necessário entrar na população residente – item: Censos(1980. 1991 2000) ;

h. Na tabela do Tab win de produção ambulatorial é necessário selecionar na coluna *ano* e na linha *Município*, na caixa municípios é necessário selecionar com Ctrl (control pressionado) os municípios da regional;

i. A planilha gerada deve ser salva com CSV e copiada para o instrumento de monitoramento dividindo-se o valor por 3,3 (número médio de indivíduos por família).

4.12.7. Usos e limitações

- **Este indicador pode revelar:**

a. A configuração e modelo da atenção básica adotada pelo município;

b. Presença de sub-registro quando traçado paralelo entre os dados disponíveis pelo SIA e SIAB, bem como o super-registro dos indicadores. Para o Cálculo usa-se a população cadastrada no SIAB, razão de famílias acompanhadas por visita no SIAB, população total do município, taxa de cobertura da população coberta por VD (SIA);

$$\frac{\% \text{ visita/família} \times \text{população cadastrada SIAB}}{\text{População total}} = \text{_____} \% - \text{cobertura SIA}$$

$$\frac{0,85 \times 3590}{7500} = 0,41\% - 0,28\% = 0,13\% \text{ (este valor é o sub-registro).}$$

7500

Cobertura encontrada com o SIA: 0,28%

c. Dificuldades presentes quanto ao processo de trabalho das equipes e agentes comunitários;

d. Revela questões relativas a estrutura tendo também influência sobre o indicador (transporte, material de apoio...);

i Situações que podem interferir na tendência positiva do indicador:

- A rede da APS convencional não realiza de forma sistemática visitas para acompanhamento (municípios sem PACS e PSF quando muito atingem 3% das famílias da área acompanhadas). Em sua quase totalidade é realizada por municípios que aderiram as estratégias de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e a Estratégia Saúde da Família (SF);
- O superdimensionamento da população sob responsabilidade da equipe de saúde e por consequência da população adscrita por micro-área para o ACS e equipe de saúde;
- O cadastramento contínuo de novas famílias nas micro-áreas, por movimentos migratórios e por crescimento demográfico;
- Reconhecimento por parte do gestor do crescimento populacional, para redimensionamento das equipes, favorecendo a ampliação do número de equipes e garantindo o cumprimento das metas pactuadas;
- Outra questão pode interferir no alcance da meta pactuada para o indicador média mensal de visitas domiciliares por família é a mudança geopolítica ocorrida após os pleitos, como exemplo citamos o ocorrido no período 2004-2005, em que o incremento da cobertura da estratégia saúde da família foi de apenas 5% sobre a cobertura anterior (29%), passando a 30,44% em meados de 2005, em consequência da transição estabelecida dentro das administrações municipais;

4.12.8. Periodicidade do monitoramento

O monitoramento deve ser realizado mensalmente utilizando como fonte de informações os dados disponíveis do SIA-SUS.

4.12.9. Importância do indicador na gestão municipal

A visita domiciliar tem como função o reconhecimento das condições de vida da população, definindo áreas de intervenção intersectorial, através do acompanhamento e priorização das famílias em áreas de risco e vulnerabilidade a agravos em saúde.

A razão de visitas domiciliares por família é um indicador operacional (de processo), que demonstra o acompanhamento e assistência domiciliar da rede da Atenção Primária em Saúde, principalmente em unidades de saúde com agentes

comunitários e dentro da lógica da Saúde da família;

A visita domiciliar é uma ação que influencia positivamente inúmeros indicadores relacionados a ações de vigilância em saúde, captação, diagnóstico e acompanhamento de agravos crônico-degenerativos, bem como outros indicadores dependentes de ações de educação em saúde. Desta forma, o indicador mostra-se uma potente ferramenta para que a médio e longo prazo, por diminuição das internações e pela diminuição da mortalidade, melhore-se a qualidade de vida.

4.12.10. Forma de acompanhar o indicador

Instrumento de monitoramento:

Planilha de dados com série histórica de 2003-2006 com os seguintes dados do ano disponíveis para monitoramento: Meta pactuada, fração mensal do indicador, razão cumulativa anual e percentual da meta alcançada. A planilha geral gera 61 gráficos (até 58 gráficos dos municípios alimentados, um gráfico das tendências da regional através da série histórica, um gráfico das razões acumuladas e da tendência anual e um com a série histórica das informações e razão alcançada) .

A figura a seguir descreve o instrumento disponível para acompanhamento do indicador.

Anexo 5 - Média mensal de visitas domiciliares por família

29/11/2006 15:53		Série Histórica				2006																T. de méd. unad	População 31/12/2005 Fonte IBGE	Méd. Acumulada	População 1992-2005											
Municípios		Mês de Visitas 2003	Mês de Visitas 2004	Mês de Visitas 2005	Mês de Visitas méd. 2006	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto						Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro				
		Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão	Nº	razão							
CRS - 4 SANTA MARIA																																				
1	Agulhas				0,1																												75	167	0,0	267
2	... Cacupe	0,24	0,39	0,3	0,4	2558	0,28	2003	0,26	2070	0,24	882	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	927	0,15	1284
3	... Capão do Leão	0,02	0,02	0,01	0,02	0	0,00	81	0,00	8	0,00	333	0,07	371	0,08	700	0,07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75	000	0,21	223
4	... Dilermando de Aguiar	0,26	0,53	0,72	0,71	300	0,25	0,17	0,22	88	0,26	330	0,11	420	0,00	172	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	1010	0,08	932
5	... Duha Franco	0,24	0,04	1,24	0,26	534	0,24	817	0,28	818	0,28	710	0,09	103	0,06	0,06	0,06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90	152	1,2	411	
6	... Faxinal do Soturno	0	0,19	0	0,16	0	0,00	0	0,00	0	0,00	330	0,05	375	0,03	20	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	211	0,07	697	
7	... Formigueiro	0,25	0,5	0,31	0,61	1434	0,25	1042	0,22	1027	0,22	1552	0,11	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	238	0,25	750	
8	... Ilópolis	0,27	0,24	1,28	0,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	165	1,1	211	
9	... Ipirá	0,20	0,00	0,70	0,0	451	0,25	666	0,27	437	0,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	712	0,17	340
10	... Jacuiz	0,16	0,23	0,31	0,5	904	0,22	901	0,22	1409	0,20	1257	0,11	1534	0,00	50	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	3734	0,14	1225	
11	... Jará	0,11	0,12	1,24	0,14	778	0,25	0	0,00	800	0,25	745	0,09	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	110	1,18	344	
12	... Júlio de Castilhos	0,06	0,27	0,27	0,2	48	0,00	86	0,00	32	0,00	0	0,00	50	0,00	38	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	52	0,0	2008	
13	... Matei	0,47	0,23	0,54	0,7	1120	0,22	1222	0,22	5	0,00	1139	0,11	1350	0,01	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	169	0,24	575	
14	... Miranda	0,16	1,54	1,28	0,16	714	0,25	667	0,24	128	0,28	1110	0,07	1174	0,08	114	0,07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	154	1,28	415	
15	... Nova Fátima	0,02	0,20	0,5	0,7	585	0,27	1612	0,27	148	0,28	1329	0,08	1733	0,08	179	0,08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	150	0,1	097	
16	... Paraíso do Sul				0,5	619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00
17	... Pinhalzinho	0,4	1,37	1,24	0,26	628	0,28	674	0,25	1044	0,25	1742	0,09	553	0,03	1073	0,06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	164	1,28	284
18	... Quilombo	0,01	0,09	0,06	0,06	580	0,28	466	0,25	883	0,29	320	0,05	331	0,08	878	0,08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	000	0,0	510
19	... Restinga Seca	0,56	0,61	0,3	0,6	2047	0,20	1122	0,25	4940	0,20	3074	0,11	3339	0,00	3002	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	500	0,08	1736	
20	... Santa Maria	0,16	0,07	1,28	0,16	8404	0,20	6611	0,20	6664	0,20	1357	0,01	14470	0,01	1704	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	443	1,18	247	
21	... Santiago	0,10	0,11	0,10	0,10	3672	0,22	811	0,22	4083	0,22	5113	0,05	5355	0,03	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	1530	0,12	019	
22	... São Francisco de Assis				0,08	619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00		619x0		90x00
23	... São João do Pinheiro	0,46	1,27	1,28	0,24	245	0,22	161	0,20	243	0,22	174	0,01	240	0,02	220	0,02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	248	1,18	245	
24	... São Marcos da Serra	0,02	0,5	0,26	0,5	970	0,28	611	0,25	1279	0,11	335	0,08	1217	0,10	1084	0,08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	1011	0,0	016	
25	... São Pedro do Sul	0,27	0,03	0,20	0,5	2570	0,24	1907	0,20	2040	0,24	2210	0,14	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	518	0,15	130	
26	... São Roque	0,24	1,34	1,51	0,21	3225	0,24	3666	0,24	484	0,25	4572	0,09	5150	0,06	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	248	1,24	221		
27	... São Vicente do Sul	0,20	0,27	0,20	0,20	620	0,22	661	0,22	733	0,22	710	0,02	772	0,02	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	267	0,1	011		
28	... Silveira Martins	0,48	0,53	0,25	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	816	0,0	232	
29	... Soledade	0,11	0,16	1,28	0,17	0	0,00	246	0,25	020	0,28	104	0,09	103	0,08	805	0,07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	56	1,18	214		
30	... Tavares	0,20	0,25	0,17	0,10	0	0,00	0	0,00	2288	0,23	3335	0,01	2333	0,03	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	300	0,10	2100		
31	... Unistaloa	0,61	0,55	0,78	0,78	000	0,20	122	0,25	024	0,22	222	0,17	222	0,01	0,99	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	82	0,1	203		
32	... Vila Rica	0,11	0,12	1,24	0,17	660	0,28	666	0,24	0,3	0,25	751	0,09	751	0,05	004	0,05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	160	1,2	454		
33	... Média Regional	0,17	0,13	0,2	0,46	20022	0,22	12001	0,22	43002	0,22	43002	0,11	47201	0,02	27029	0,07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	3085	0,10	5345		

Grupo de Monitoramento e Avaliação - Saúde da família	
ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DA PLANILHA DE MONITORAMENTO DA RAZÃO DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIAS	
Os dados já alimentados na planilha dizem respeito aos valores encontrados no SIA-SUS da CRS usada como exemplo. Para iniciar é necessário a exclusão dos dados "modelo" e após a alimentação excluir o número de municípios excedentes. Fixou-se em 59 o número máximo de municípios utilizando como referência a 6º CRS	
CAMPO	ORIENTAÇÃO
Preto (à esquerda)	CRS e município pólo
Coluna numerada	Números que indentificam o município para verificar a evolução individual - gráfico
Coluna dos municípios	Nomes dos municípios em ordem alfabética
Colunas cinzas e azul marinho - Razão série histórica	Preencher com os dados dos municípios da CRS e dado regional
Colunas números (Nº) de visitas domiciliares de acordo com os códigos considerados na portaria nº 493	Preencher com os dados disponíveis no SIA-SUS referentes a esta atividade
Colunas Razão de visitas mensal - azul ciano	Estas colunas contêm fórmulas que não devem ser apagadas. Calculadas pela divisão do nº de visitas <u>do mês</u> pelo número estimado de famílias e por 12 (meses).
Coluna Percentual alcançado da meta - azul	Percentual alcançado da meta para 2006 até o último mês alimentado
Coluna nº de famílias estimadas	Esta coluna contêm fórmulas que não devem ser apagadas. Significa quantas famílias estima-se existir no município e CRS - pop IBGE 2005/3,3
Coluna Razão acumulada anual - Pêssego	Esta coluna contêm fórmulas que não devem ser apagadas. Significa o somatório das razões parciais mensais alcançadas até o momento. Razão alcançada - valor decimal
GRÁFICOS	O gráfico contêm valores regionais e municipais e é construído automaticamente após a digitação do número de exames do trimestre e demais dados. O gráfico com linha de tendência é determinado através da regressão linear dos meses anteriores.
Média Regional - Linha Amarela	Esta coluna contêm fórmulas que não devem ser apagadas. Valores regionais para as colunas
As tabelas da planilha gráfico são geradas automaticamente não exclua as fórmulas	

n Instruções de preenchimento e interpretação do instrumento:

Figura 1: Razão de visitas domiciliares por famílias da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde no ano de 2006. Fonte IBGE 2005 e SIA-SUS.

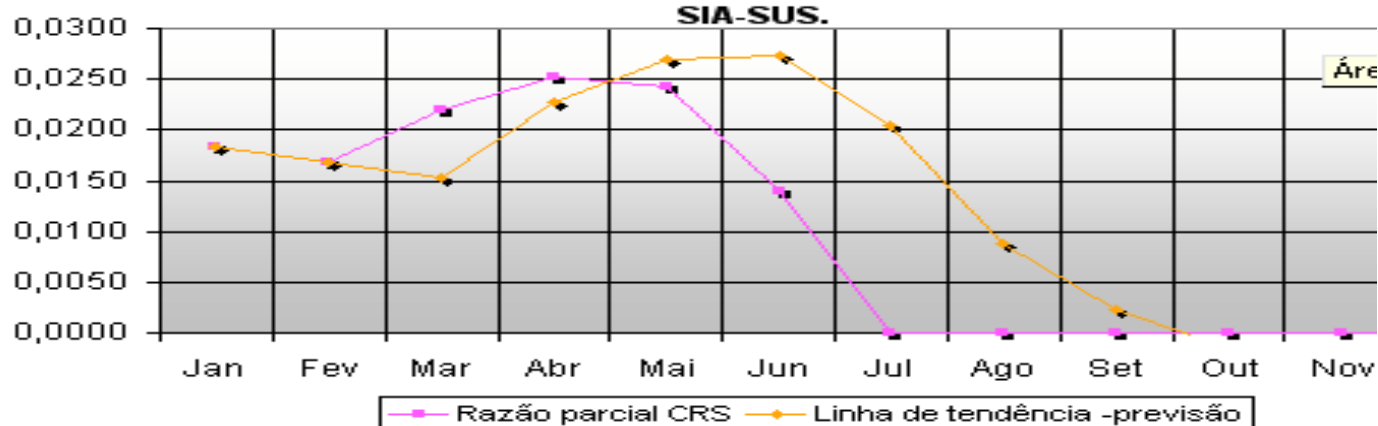
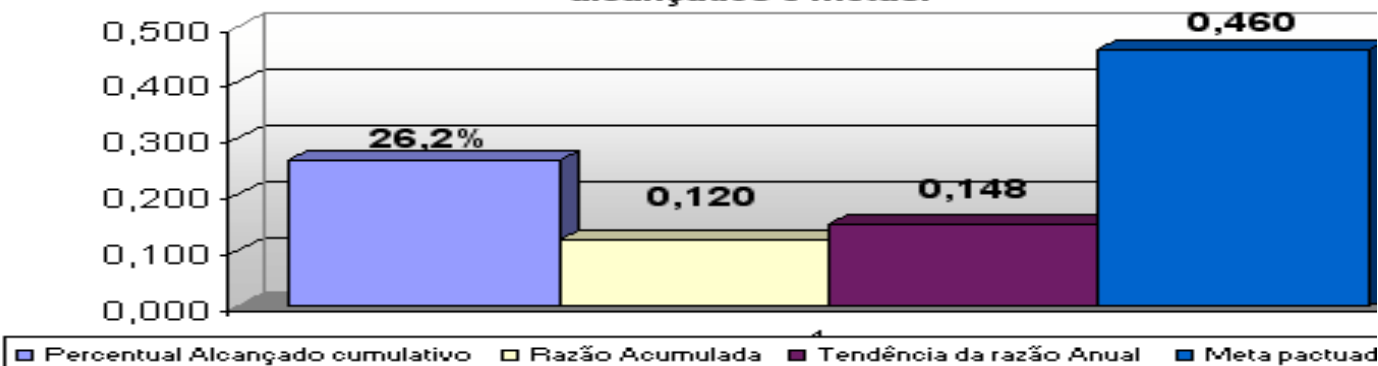


Figura 2: Percentuais e razões de visita de acordo com os valores alcançados e metas.



4.13 Proporção de Exodontias em Relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais

4.13.1. Apresentação

Segundo o levantamento epidemiológico SB RS - 2003, observa-se um declínio da doença cárie na população em relação a 1996. Porém, apenas a faixa etária de 12 anos encontra-se de acordo com as metas da OMS para o ano de 2000. Entre as principais situações apresentadas pelo estudo, destaca-se a elevada perda dentária, principalmente nos grupos etários dos idosos e adultos. Assim, a pactuação deste indicador que estabelece a relação da quantidade de exodontias em relação aos outros procedimentos de saúde bucal, pode demonstrar se o modelo de saúde praticado pelo município é de promoção de saúde ou apenas mutilatório.

Os valores deste indicador vêm se reduzindo no Estado nos últimos anos, acusando tendência positiva.

4.13.2. Conceito

Este indicador reflete, em forma percentual, a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia.

4.13.3. Cálculo do indicador

$$\frac{\text{Nº total de exodontias de dentes permanentes* realizadas em determinado local e período} \times 100}{\text{Total de ações básicas individuais em odontologia** realizadas em determinado}}$$

*Código do SIA/SUS: 03.041.02-6

** Códigos do SIA/SUS: somatório de todos os procedimentos que compõem o Grupo 03, à exceção dos códigos 0301101, 0301102, 0301103, 0301104, 0301105, 0302101.

4.13.4. Meta pactuada e parâmetro nacional

A meta pactuada deste indicador para o Estado do Rio Grande do Sul em 2006 é 8% de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

Não está estabelecido um parâmetro nacional.

4.13.5. Fontes de obtenção do indicador

O sistema de informação responsável por agrupar os dados referentes a produção da atenção básica em saúde bucal é o Sistema Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Neste sentido, o DATASUS disponibiliza através do site www.datasus.gov.br os dados produzidos pelos municípios, estados e União.

A Secretaria Estadual da Saúde disponibiliza em seu site www.saude.rs.gov.br o sistema TABSIA-RS, que contém também as informações da atenção básica informadas no SIA/SUS.

Os municípios que utilizam o SIGAB podem utilizar este sistema a nível local para obter a produção ambulatorial da odontologia.

4.13.6. Roteiro para obtenção do indicador

No site do DATASUS não é apresentado mais o indicador calculado pelo seu sistema, assim, é necessário obter os dados do número de exodontias e do total da produção ambulatorial individual para calcular-se manualmente o indicador conforme a fórmula descrita no ITEM 4.13.3 visto anteriormente.

Abaixo segue o roteiro de como acessar na página do DATASUS a produção de odontologia.

- a) www.datasus.gov.br
- b) clicar em informações em saúde
- c) clicar em assistência à saúde
- d) clicar em Produção ambulatorial - desde 1994
- e) clicar no Estado do Rio Grande do Sul (mapa)
- f) escolher os campos desejado e clicar ao fim da página mostra

Segue abaixo um exemplo dos campos preenchidos corretamente para obtenção dos dados de exodontia apenas no mês de setembro de 2006 em todas as regionais de saúde:

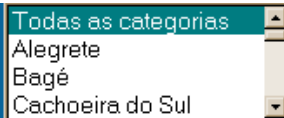
Produção Ambulatorial do SUS - Rio Grande do Sul		
Linha	Coluna	Conteúdo
Microrregião	Não ativa	Qtd.Aprovada
Regional de Saúde	Microrregião	Valor Aprovado
Reg Saúde/Municip	Regional de Saúde	Qtd.Apresentada
Macrorreg de Saúde	Macrorreg de Saúde	Valor Apresentado

Períodos Disponíveis



Dropdown menu showing available periods: Set/2006, Ago/2006, Jul/2006, Jun/2006.

Regional de Saúde



Dropdown menu showing health regions: Todas as categorias, Alegrete, Bagé, Cachoeira do Sul.

Proced. após 10/99

002-APLIC.VAC.ORAL CONTRA POLIO(SABIN) 2A.DOSE(PAB)
003-APLIC.VAC.ORAL CONTRA POLIO(SABIN) 3A.DOSE(PAB)

0304101-EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO
0304102-EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
0304103-REMOÇÃO DE RESTO RADICULAR
0304105-TRATAMENTO DE ALVEOLITE

Categoria_Proced.

Todas as categorias
Atendimento Básico

4.13.7. Usos e limitações

Este indicador pode revelar:

- a falta de acesso da população aos serviços de odontologia, gerando uma demanda acumulada de exodontias, resultado da historia natural da cárie dentária;
- tipo de prática desenvolvida pelos profissionais, independente das condições disponíveis para realizar atendimento preventivo/conservador;
- falta de investimento do município em ações preventivas de longo prazo;
- tipo de gestão desenvolvida no município que não prioriza investimentos em materiais e equipamentos odontológicos para garantir uma prática mais conservadora como restaurações, limpezas, tratamento de canal, etc..
- uma realidade cultural de algumas comunidades que têm como expectativa de uma boa estética bucal a extração dos dentes naturais e colocação de prótese total.

Situações que podem interferir na tendência positiva do indicador:

- quando o município implanta ESB no PSF, que normalmente localiza-se em áreas com grande demanda de necessidades, principalmente por falta de acesso da população a serviços odontológicos, pode haver um aumento na proporção de exodontia, sem que isto signifique um indicativo de modelo de gestão. Isto ocorre porque de acordo com protocolo técnico, é indicado, antes de iniciar o tratamento restaurador, remover-se os focos infecciosos e os fatores retentivos de placa como dentes com

extração indicada. Portanto, no início de trabalho da equipe na área de abrangência, pode haver um elevado número de exodontias.

- também, pelo mesmo motivo, nas situações em que determinada população passa a ter acesso a serviços odontológicos, como costuma ocorrer na área rural;

Relação com outros indicadores

- está diretamente relacionado com a Razão de Procedimentos Coletivos na População, porque quanto maior o acesso da população a medidas preventivas, maior a tendência de redução do indicador sentinela a médio e a longo prazos;

- também está relacionado com a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica, porque quanto maior o acesso da população aos serviços odontológicos, maiores são as chances do indicador sentinela reduzir a média prazo, desde que a prática implementada seja preventivo/restauradora.

Ponto Forte

Dos três indicadores definidos pelo Ministério da Saúde, é o mais fiel e que melhor reflete a gestão de saúde bucal no município. Tem a facilidade de ter todos os dados para o cálculo do indicador disponíveis em um único sistema de informação (SIA)

Limitação

Deve ser sempre analisado no conjunto dos demais indicadores de saúde bucal para refletir com maior fidelidade a gestão da prática odontológica no município. Outro fator limitante é sub-notificação dos dados, especialmente de algumas ESB do PSF que não costumam alimentar a sua produtividade no SIA.

4.13.8. Periodicidade de monitoramento

Periodicidade Trimestral

4.13.9. Importância do indicador na gestão municipal

Este indicador reflete o modelo de prática de gestão municipal em odontologia no atendimento individual. Indica que quanto menor o percentual de exodontias sobre o total de procedimentos individuais, menos mutilatória é a prática odontológica exercida no município, demonstrando uma tendência preventivo/conservadora de intervenção.

4.13.10. Forma de monitoramento do indicador

4.13.10.1 Monitoramento do indicador pela CRS

A orientação para este indicador é que ele seja reduzido a cada ano em todas

as CRS e municípios. Para as CRS/municípios que tem a proporção acima de 10% espera-se uma redução anual de 1,5 a 2%. Para aqueles que tem um valor entre 8 e 10 espera-se redução de 1 a 1,5 %. Quando o valor regional/municipal está entre 5 a 8% estima-se que esta redução seja de 1 a 0,5%. As CRS com menos de 5% a redução esperada é de até 0,5%.

Deve ser verificado trimestralmente, através do SIA, os valores atingidos pela CRS e em cada município da regional e analisados individualmente em relação a série histórica e meta para 2006.

A CRS deve averiguar quais municípios que estão aquém da média do atingido pelo conjunto dos municípios da regional e do Estado.

A CRS deve contatar os municípios que se encontram na situação acima descrita e realizar análise para identificar os motivos e/ou justificativas, observando prioritariamente os seguintes aspectos:

- como está a cobertura de primeira consulta odontológica;
- perfil do atendimento odontológico: se a prática é centrada em atendimento de urgência, se o profissional e/ou gestor está comprometido com uma prática não mutilatória, se há no município recursos humanos, materiais e equipamentos que permitam a realização de atendimento preventivo/conservador;
- como esta a razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos? (este indicador tem o potencial de a médio e longo prazo impactar na proporção de exodontias, etc.);
- se está havendo expansão das equipes de saúde bucal no PSF ou ampliação da rede que ao permitir maior acesso da população possa estar aumentando o número de extrações em consequência da demanda reprimida;
- se está ocorrendo a correta alimentação dos dados no SIA.

4.13.10.2. Monitoramento do indicador pelo nível central:

A Coordenação Estadual de Saúde Bucal fará o monitoramento trimestral deste indicador, encaminhando sua visão de cada CRS, a partir desta análise, com recomendações e solicitação das propostas de atuação junto aos municípios por parte da CRS.

4.13.10.3. Instrumento de monitoramento

O instrumento criado apresenta três planilhas: Inserção dos dados trimestrais dos municípios, Relatório do trimestre dos municípios, Relatório do trimestre da

Coordenadoria de Saúde.

a. Inserção dos dados trimestrais

Campo	Descrição
Número	Este número serve para identificar o município em outras tabelas, existem 60 números (linhas) para que a tabela sirva para todas as CRSs. Este número não deve ser modificado.
Município	Preencher com os nomes dos municípios da CRS .
Exodontia	Número total de exodontias de um determinado trimestre. (código 03.041.02-6)
Processos Individuais	Número total de Processos Individuais de odontologia da atenção básica (grupo 03) à exceção dos códigos 0301101, 0301102, 0301103, 0301104, 0301105, 0302101.

Proporçãode exodontias por procedimentos basicos individuais		jan/março		abril/junho		julho/setem		out/dez	
Número	Município	Exo	Proc. Ind	Exo	Proc. Ind	Exo	Proc. Ind	Exo	Proc. Ind
1	Alvorada	25	1000	15	1500	10	100	1	6
2	Araricá	200	3500	35	500	350	500	0	0
3	Cachoeirinha	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Campo Bom	12	200	0	0	0	0	0	0
5	Canoas	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Dois Irmãos	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Estância Velha	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Esteio	150	1500	0	0	0	0	0	0
9	Glorinha	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Gravataí	0	0	0	0	0	0	0	0

OBS: Os dados do **SIASUS** apresentam uma defasagem de cerca de 3 meses desde a sua produção até a sua divulgação. Neste sentido é importante que se estabeleça a rotina de quando digitar os dados do trimestre também atualizar os dados do trimestre anterior.

b. Relatório do trimestral dos municípios

Campo	Descrição
Número	Este número serve para identificar o município em outras tabelas, existem 60 números (linhas) para que a tabela sirva para todas as crs. Este número não deve ser modificado.
Município	Copiar os nomes dos municípios da CRS.
Série Histórica	Preencher com a série histórica dos municípios correspondendo ao ano da coluna
Indicador	Não digitar nada neste campo, as informações apresentadas são obtidas automaticamente de acordo com a alimentação da tabela 1.
Resultado anual	Não digitar nada neste campo, as informações apresentadas são obtidas automaticamente de acordo com a alimentação da tabela 1.
Meta Pactuada	Preencher com a meta pactuada de cada município.
Discrepância percentual em relação a meta	Não digitar nada neste campo. A discrepância percentual mede a distância percentual do indicador em relação a meta. Assim quando o indicador está positivo em relação a meta o percentual de discrepância aparece em azul, e quando o indicador está pior que a meta, o percentual de discrepância aparece em vermelho.

NÚMERO	MUNICÍPIOS	Série Histórica			Indicador				Resultado ANO	Meta Anual Pactuada	Discrepância percentual em relação a meta
		2004	2005	2006	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Indicador	Meta	
-	-										
1	Alvorada	8,02	8,15	8,43	2,50	1,00	10,00	16,67	1,96	9	78,26
2	Araricá	9,71	1,61	3,91	5,71	7,00	70,00	#DIV/0!	13,00	6	116,67
3	Cachoeirinha	5,15	6,70	6,10	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	#DIV/0!
4	Campo Bom	10,39	7,98	2,28	6,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	6,00		#DIV/0!
5	Canoas	14,10	9,45	8,22	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
6	Dois Irmãos	13,32	9,52	11,28	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
7	Estância Velha	8,05	4,15	3,56	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
8	Esteio	6,29	6,23	5,36	10,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	10,00		#DIV/0!
9	Glorinha	7,53	10,00	8,51	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	10	#DIV/0!
10	Gravatá	15,76	16,63	12,70	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!

c. Relatório do trimestral das CRS

Campo	Descrição
Série Histórica	Preencher com a série histórica da CRS correspondendo ao ano da coluna
Indicador	Não digitar nada neste campo, as informações apresentadas são obtidas automaticamente de acordo com a alimentação da tabela 1.
Resultado anual	Não digitar nada neste campo, as informações apresentadas são obtidas automaticamente de acordo com a alimentação da tabela 1.
Meta Pactuada	Preencher com a meta pactuada da Regional
Discrepância percentual em relação a meta	Não digitar nada neste campo. A discrepância percentual mede a distância percentual do indicador em relação a meta. Assim quando o indicador está positivo em relação a meta o percentual de discrepância aparece em azul, e quando o indicador está pior que a meta, o percentual de discrepância aparece em vermelho.

Série Histórica			Indicador				Resultado Ano	Meta Anual Pactuada	Discrepância percentual em relação a meta
2004	2005	2006	1º TRI	2º TRI	3º TRI	4º TRI	Indicador	META	
10	9,5	8,5	4,32	4,17	6,58	16,67	5,02	8	37,22

4.14 Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas

4.14.1. Apresentação

A média anual de consultas médicas nas especialidades básicas é um indicador de acesso ao atendimento médico proporcionado pelo sistema municipal de saúde.

4.14.2. Conceito

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

4.14.3. 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 de quantidades apresentadas de consultas médicas básicas

** Código dos procedimentos no SIA/SUS.

4.14.4. Metas e Parâmetros.

O Parâmetro de cobertura assistencial ambulatorial para o cálculo das consultas médicas (básicas + especializadas) sobre a população é de 2 consultas por habitante/ano, sendo 63% de consultas básicas (Portaria 1101/GM 12/06/2002).

A meta deve ser estabelecido de acordo com a capacidade instalada e recursos humanos disponíveis. Já os Serviços de Saúde da Família, onde se espera que haja vínculo de uma maior proporção de pessoas com a equipe de saúde, espera-se uma média menor. Serviços responsáveis por uma grande população e com pequeno número de profissionais, há uma tendência a um maior número de atendimentos por pessoa.

4.14.5. Fontes para obtenção do indicador.

Numerador: retirado do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, que é a fonte de informação utilizada pelo Ministério da Saúde.

Denominador: projeção da população geral IBGE para o respectivo ano.

4.14.6. Roteiro para obtenção do indicador.

Os dados podem ser extraídos do **TABSI/RS** ou TABNET (Informações em Saúde - Assistência a Saúde - Produção Ambulatorial). Selecionar o Estado, Município e o período desejado. Nas Seleções disponíveis clicar nas consultas básicas do grupo 2.

Também podem ser extraídos pelo **TABSI/RS**, desde que a Regional trabalhe com este tabulador do SIA/SUS. Os dados são mais confiáveis, esse arquivo é atualizado pela SES/RS.

4.14.7. Usos e limitações do indicador.

O indicador pode revelar as condições de avaliação e reprogramação da oferta de consultas básicas ambulatoriais.

Situações que podem interferir na tendência do indicador: suficiência de rede de serviços; suficiência de médicos e/ou carga horária de médicos.

O número de consultas ofertado vai definir também a programação da necessidade de exames e de consultas especializadas.

Existe dificuldade de se definir um parâmetro ideal de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante. Deverá ser levado em consideração a análise do modelo assistencial existente, da capacidade instalada, da morbidade histórica, das condições sócio econômicas das diversas áreas/municípios.

O sub-registro das informações no SIA/SUS, principalmente a partir da introdução do Siab (sistema de informação da Atenção Básica do Saúde da Família). Estruturar, no nível local, formas de integração, entre SIA e SIAB para evitá-lo.

Relação com outros indicadores:

Com todos os atendimentos médicos nas UBS, nas emergências e de observação de até 8 horas, vinculados a todas as áreas técnicas (ver os códigos abrangidos por este indicador) relacionadas ao indicador. Desta forma ele está vinculado direta ou indiretamente a todos os outros indicadores, incluindo as consultas especializadas e também os indicadores de internação hospitalar.

O registro realizado nas consultas de especialidades básicas devem ser consultadas quando da investigação de óbitos, principalmente de crianças e de mulheres em idade fértil.

4.14.8. Periodicidade do monitoramento

O indicador está disponível no DATASUS com dois meses de atraso e permite acompanhamento mensal. A cada trimestre deverá ser feita uma análise do indicador com emissão de parecer, tanto do nível central em relação às CRS (comparando-se com o Pacto Regional), como das CRS em relação aos municípios (comparando-se com os Pactos Municipais).

4.14.9. Importância do indicador para a gestão municipal.

O indicador reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência médica individual. Pode também refletir a opção local em termos de modelo de atenção à saúde. Também tem condições de apontar a capacidade gerencial de registrar todas as consultas médicas no Sistema de Informação Ambulatorial que é a fonte de informação para este indicador.

Questões a serem sugeridas para a gestão municipal: A capacidade instalada é suficiente para a demanda da população? Alguma especialidade básica tem demanda reprimida? Existe por parte da Secretaria Municipal de Saúde, controle e avaliação das consultas ofertadas e realizadas pelo SUS?

4.14.10. Monitoramento do indicador.

O monitoramento do indicador será feito através de instrumento constituído por duas planilhas, que deverão ser preenchidas regularmente, para permitir análise trimestral com emissão de parecer.

Planilha I – Registro mensal do número de consultas nas especialidades básicas nos municípios e nas regional.

Planilha II – Monitoramento trimestral da média anual de Consultas nas especialidades básicas.

Através deste instrumento será possível o acompanhamento mensal do indicador nas regionais e municípios. Sua análise permitirá observar quais regionais e municípios “puxam” o indicador para baixo, bem como a situação em relação à meta pactuada pelos mesmos.

Planilha I – Registro mensal do número de consultas nas especialidades básicas nos municípios e nas regional.

Planilha I - Registro mensal do número de consultas nas especialidades básicas nos municípios e regionais																												
29/11/2006 11:19		2006																										
Municípios	Meta anual do indicador	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total ano/ Média acumulada	% da meta anual	População
		Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	Nº	Média	
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
51																												
52																												
53																												
54																												
55																												
56																												
57																												
58																												
Coord. Reg. Saúde																												

Orientações para preenchimento da planilha I

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobram para sua regional.
Coluna da Meta	Digitar o valor da meta pactuada para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna do número (N) de consultas cada mês (janeiro, fevereiro, etc...	Digitar o número de consultas de cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS.
Coluna média de cada mês.	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de consultas do mês pela população geral de cada município e/ou CRS.
Coluna total ano/Média de consultas acumulados	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculado (N) ano) pela soma do número de consultas de cada mês para cada um dos municípios e/ou CRS. A Média acumulada e Calculada pela divisão do total de consultas pela população geral de cada município e/ou CRS
Coluna percentual da meta	Não digitar. Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da média acumulada até aquele mês pela meta pactuada para cada município e/ou CRS.
População Geral	Digitar para cada município a sua população e/ou CRS.

Planilha II – Monitoramento trimestral da média anual de Consultas nas especialidades básicas.

Planilha II - Monitoramento trimestral da média anual de consultas nas especialidades básicas nos municípios e CRS											
29/11/2006 11:23											
Municípios	Série histórica 2003	Série histórica 2004	Série histórica 2005	Meta 2006 indicador	1° Trimestre Média	2° Trimestre Média	3° Trimestre Média	4° Trimestre Média	Média acumulada	% da meta anual	População IBGE 2005
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
Coor. Reg. Saúde											

Orientações para preenchimento da Planilha II

CAMPO	ORIENTAÇÃO
Coluna dos municípios	A planilha está preparada para receber os dados de 58 municípios. Digite os nomes dos municípios na primeira coluna (de preferência em ordem alfabética). Excluir as linhas que sobrem para sua regional.
Colunas 2003, 2004 e 2005 (Série Histórica)	Preencher com os dados dos municípios e/ou CRS.
Coluna meta	Lançada automaticamente a partir da planilha I
Colunas média de consultas trimestrais	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Os valores serão lançados a partir da planilha I.
Coluna média acumulada	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão do número de consultas do(s) trimestre(s) pela população total de cada município e/ou CRS.
Coluna percentual da meta	Esta coluna tem fórmula que não deve ser apagada. Calculada pela divisão da meta acumulada pela meta pactuada multiplicada por cem, de cada município ou CRS
População Geral	Lançada automaticamente a partir da planilha I

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL. Monitoramento na Atenção Básica da Saúde: roteiros para reflexão e ação, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2004.
- 2 Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Ver Brás Saúde Materno-infantil* 2004; 4(3):317-21.
- 3 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. 76p. (CONASS Documenta; 7).
- 4 Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. Avaliação como estratégia de mudança da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. ABRASCO, 2006.
- 5 Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. – Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2002.299 p.
- 6 Contandriopoulos, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):705-711,2006.
- 7 Tanaka, Oswaldo Yoshimi; Melo, Cristina. Uma proposta de abordagem Transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 7, agosto, 2000.
- 8 Raupp B, Dierks M, Pekelman R, Fajardo A . *A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível*. In: Eymar VM, editor. *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo, Hucitec; 2001, pg 207-17.
- 9 Donabedian, A. *The definition of quality and approach to its assessment*. Ann Harbor: Health Administration Press,1980. v.1.
- 10 _____, *The criteria and standarts of quality*. Ann Harbor: Health Administration Press,1982. v.2.

11 _____, *The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis*. Ann Harbor: Health Administration Press, 1985. v.3.

12 Paim, J. S.; Dreyer, A. F.; Biao, D. R.; Santos, F. M.; Tishchenko, L. M.; Lima, M. C. L.; Barbosa, N. M.; Torres, O. D. S. & Bittencourt, S. R. V., 1978. Aspectos quantitativos da avaliação dos centros de saúde de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 5: 120-138. 1978.

13 Lessa, I. *Avaliação do Programa Materno-Infantil em uma Unidade Sanitária Modelo*. Tese para Concurso de Professor Assistente, Salvador. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. 1973.

14 Carvalho, F. M.; Silvany-Neto, A. M.; Paim, J. S.; Melo, A. M. C. & Azaro, M. G. A., 1988. *Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do Estado da Bahia*. Ciência e Cultura, 1988.

15 Tanaka, O. Y. & Rosenburg, C. P. A análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da secretaria de saúde do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 24: 60-68, 1990.

16 Campos, F. E., 1988. *Resolutividade — Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde*. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1988.

17 Silva, Ligia M. V. da; Formigli, Vera L. A.. *Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

18 Teixeira, S. M. F., 1991. *Avaliação comparativa das ações integradas de saúde*. *Divulgação em Saúde para Debate*. 1991.

19 UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), 1990. II Pesquisa de Saúde Materno-Infantil no Ceará PESMIC 2. Comparação de dois estudos de abrangência estadual, 1987/90. Fortaleza: Unicef/Socep/SSE-CE/HOPE. (UNICEF/SES-CE/SOCEP/HOPE, 1990),

20 Veras, C. M. T. Avaliação da atenção médico-hospitalar no Rio de Janeiro. *Divulgação em Saúde para Debate*, 3: 65-70. 1991.

21 Novaes, M. D. H. Consumo e demanda de tecnologia. *Divulgação em Saúde para Debate*. 1991. São Paulo.

22 Lessa, I. & Pousada, J. M. D. C. *Qualidade da assistência médica ao diabético*. *Arquivos Brasileiros de Medicina*. 1988.

23 Pitta, A. M. F., 1992. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. *Revista de Administração Pública*, 1992.

24 Sylver, L., 1992. *Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde*. In: *Planejamento Criativo. Novos Desafios em Políticas de Saúde* (E. Gallo, F. J. U. Rivera & M. H. Machado, orgs.), pp. 195-210, Rio de Janeiro.

25 Green, L. W., Potvin, L. (2002) *Education, health promotion, and lifestyle and social determinants of health and disease*. In R. Detels, J. et al. (Eds.), *Oxford Textbook of Public Health Fourth Edition* (pp. 113-130). Oxford: Oxford University Press.

26 Pacto da Atenção Básica, Portaria MS 396/2006.

27 Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde.

28 Resolução CIB/RS 28/2006 e Resolução CIB/RS 166/2006, que resolve aprovar o Pacto Estadual da Atenção Básica.

Leituras Recomendadas

Monitoramento na Atenção Básica de Saúde. Roteiros para Reflexão e Ação. Ministério da Saúde, Brasília- DF ,2004