

Luciana Dias da Rosa

**SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE COMO
FERRAMENTA DE GESTÃO DAS AÇÕES DE MÉDIA
COMPLEXIDADE AMBULATORIAL NO ÂMBITO DO SUS**

Dissertação submetida ao Programa de
Mestrado Profissional em Informática
em Saúde da Universidade Federal de
Santa Catarina para a obtenção do
Grau de Mestre em Informática em
Saúde

Orientador: Prof. Dr. ^a Grace T M Dal
Sasso

**Florianópolis
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rosa, Luciana Dias da

Sistemas de Informações em Saúde como Ferramenta de
Gestão das Ações de Média Complexidade Ambulatorial no
Âmbito do SUS / Luciana Dias da Rosa ; orientador, Dr^a.
Grace T. M. Dal Sasso Dal Sasso, 2018.
254 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Informática em Saúde,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Informática em Saúde. 2. Sistemas de Informação em
Atendimento Ambulatorial. 3. Indicadores de Gestão. 4.
Gestão da Informação em Saúde.. 5. Sistema Único de Saúde..
I. Dal Sasso, Dr^a. Grace T. M. Dal Sasso. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Informática em Saúde. III. Título.

Luciana Dias da Rosa

**SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE COMO
FERRAMENTA DE GESTÃO DAS AÇÕES DE MÉDIA
COMPLEXIDADE AMBULATORIAL NO ÂMBITO DO SUS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestrado Profissional em Informática em Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa Mestrado Profissional em Informática em Saúde

Florianópolis, 26 de setembro de 2018.

Prof. Grace T M Dal Sasso, Dr.^a
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Grace T M Dal Sasso,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Sayonara de Fátima Faria Barbosa
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Camila Rosalia Antunes Baccin
Universidade Federal de Santa Catarina

Este trabalho é dedicado aos meus colegas de trabalho e à minha amada família, pelo apoio e estímulo por toda essa trajetória.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Grace, pelo importante apoio e apontamentos assertivos que foram fundamentais para o desenvolvimento desta investigação.

À Dr.^a Alacoque Lorenzini Erdmann, pelos primeiros direcionamentos para o desenvolvimento desta investigação

Ao Dr. Paulino Artur Ferreira de Sousa, pelo que me ensinou sobre Sistemas de Informação em Saúde e pela enorme disponibilidade durante os dois meses que frequentei a Escola de Enfermagem do Porto.

A Dr.^a Sayonara de Fátima Faria Barbosa por aceitar compor esta Banca Examinadora.

A Dr.^a Camila Rosalia Antunes Baccin por aceitar compor esta Banca Examinadora.

Aos meus queridos colegas da Gerência de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, pela amizade e troca diária de experiências que foram decisivas para a concretização deste trabalho. Em especial à Elenir Evers, Uiara Rautenberg e Elisa Fernanda Braga Moura Schreiner, que me fizeram entender a historicidade e importância da área de sistemas de informações em saúde.

À Maria Regina de Souza Soar, Secretaria Municipal de Saúde durante a maior parte do mestrado, por sua confiança no trabalho desenvolvido e apoio para a conclusão desse estudo.

Aos meus queridos amigos de todos os setores que passei durante a minha trajetória como servidora do Ministério da Saúde, que me acolheram há 12 anos nas mais variadas áreas e que contribuíram para a construção do meu conhecimento sobre o SUS.

Ao meu pai Dario e minha mãe Terezinha, minha família querida, pelo carinho, afeto e apoio constante em todos os aspectos na minha vida.

Ao companheiro Sávio Abi-Zaid, amado, pela paciência, carinho e apoio que foram decisivos ao longo desta empreitada. E que ficou ao meu lado, literalmente, durante todo o período de desenvolvimento desta dissertação.

Ao meu querido filho Konrad, por compreender, apesar de tão pequeno, a importância dessa etapa na vida da mamãe, e me apoiar incondicionalmente.

Ao meu querido amigo Wagner Iansen Pansard, por insistir na ideia de que eu precisava ingressar nesse mestrado, por dividir comigo

todas as viagens até Florianópolis e não me deixar desistir mesmo com tantas dificuldades.

Informar é reduzir as incertezas e oferecer ferramentas que auxiliem na identificação e superação dos problemas.

Ministério da Saúde, 2009

ROSA, Luciana Dias da. Sistemas de Informações em Saúde como Ferramenta de Gestão das Ações de Média Complexidade Ambulatorial no Âmbito do SUS. 2018. 254p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação em Informática na Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Orientador: Prof. Dr^a. Grace T. M. Dal Sasso

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Informação e Comunicação

RESUMO

Os Sistemas de Informação em Saúde – SIS são um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde. Eles congregam um conjunto de informações e conhecimentos utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos usuários do sistema de saúde, tanto nos níveis assistencial quanto na gestão. Este estudo trata-se de uma análise documental das informações disponíveis de acesso livre nos documentos do MS e nos Sistemas de Informação em Saúde. As informações foram apresentadas em números absolutos, opiniões e informações para classificar e analisar a estrutura informacional para a Média Complexidade, contribuindo para a validação dos indicadores de saúde que auxiliam os gestores nos processos decisórios inerentes a gestão de recursos. Como um dos resultados temos a descrição do fluxo das informações das ações de média complexidade na modalidade ambulatorial no âmbito do SUS para auxiliar na avaliação dos dados e das informações em saúde registrados nos SIS do MS, para construção de indicadores em saúde para auxiliar no processo de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS. Os resultados evidenciaram que do total dos indicadores avaliados (142) nos quatro ciclos de indicadores de gestão SUS, apenas 22 utilizam como fonte de informações o Sistema de Informações Ambulatoriais, isso representa 15,5%; e apenas 17 indicadores utilizam procedimentos de Média Complexidade para o cálculo, isso representa 11,9%. Esse estudo avaliou os sistemas já incorporados na prática de gestão do SUS para cálculo desses indicadores, e verificou-se que contemplam todas as informações necessárias para a realização dos cálculos. Este estudo contribui para demonstrar o potencial das análises de situação de saúde no âmbito do SUS, como uma das bases de

construção do planejamento SUS com as evidências geradas a partir dos registros das ações nos serviços de saúde.

Descritores: Sistemas de Informação em Atendimento Ambulatorial. Indicadores de Gestão. Gestão da Informação em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ROSA, Luciana Dias da. Health Information Systems as a Tool for the Management of Medium Complexity Ambulatorial Care in the Field of SUS. 2018. 254p. Dissertation (Professional Master's Degree) - Post-Graduation Program in Health Informatics, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Advisor: Prof. Dr^a. Grace T. M. Dal Sasso

ABSTRACT

Health Information Systems – HIS are a set of interrelated components that collect, process, store and distribute information to support the decision-making process and assist in the management of health organizations. They congregate a set of information and knowledge used in the health area to support the planning, improvement and decision-making process of health professionals involved in the health care, on both healthy system, assistance and management. This study is a documentary analysis of available free access information in MS documents and in Health Information Systems. Information was presented in absolute numbers, opinions and information to classify and analyze the information structure for Medium Complexity, contributing to the validation of health indicators that help managers in the decision-making processes inherent to resource management. As one of the results we have a description of the flow of information of the medium complexity care in the ambulatory modality in the framework of the Unified Health System to assist in evaluating the data and health information recorded in the Ministry of Health Information Systems, for building indicators in Health to assist in the process of planning, monitoring and evaluation of Unified Health System. The results showed that of the total of the evaluated indicators (142) in the four cycles of Unified Health System management indicators, only 22 use as a source of information the ambulatory information system, this represents 15.5%; And only 17 indicators use medium-complexity procedures for calculus, this represents 11.9%. This study evaluated the systems already incorporated in the practice of Unified Health System management to calculate these indicators, and it was found that they contemplate all the information necessary for the realization of the calculations. This study contributes to demonstrate the potential of health situation analyses, as one of the bases for the construction of Unified Health System planning with the evidence generated from the records of the actions in the health services.

Key words: Ambulatory Care Information Systems. Management Indicators. Health Information Management. Unified Health System.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Caracterização do PPA, da LDO e da LOA.....	38
Quadro 2 - Exemplos de Indicadores Básicos por Categoria de Análise	71
Quadro 3 - Descrição das Diretrizes de Pactuação Interfederativa 2013-2015 e Quantidade de Objetivos, Metas e Indicadores	76
Quadro 4 - Descrição das Diretrizes de Pactuação Interfederativa 2016 e Quantidade de Objetivos, Metas e Indicadores.	78
Quadro 5 - Descrição das Diretrizes de Pactuação Interfederativa 2017-2021 e Quantidade de Objetivos, e Indicadores.	81
Quadro 6 - Descrição das Competências em cada Esfera de informação.	96
Quadro 7 - Descrição dos Atributos Relacionados ao próprio Procedimento.....	103
Quadro 8 - Descrição dos Atributos Relacionados ao Estabelecimento de Saúde com base no SCNES da Competência da realização do Procedimento.....	104
Quadro 9 - Descrição dos Atributos Relacionados ao usuário.....	104
Quadro 10 - Descrição dos Atributos Relacionados ao financiamento.	104
Quadro 11 - Descrição dos Atributos Relacionados ao financiamento.	105
Quadro 12 - Descrição dos Dados do Cabeçalho no Instrumento de Registro Consolidado no BPA.	109
Quadro 13 - Descrição dos Dados de Ação em Saúde no Instrumento de Registro Consolidado no BPA.	110
Quadro 14 - Descrição dos Dados do Cabeçalho no Instrumento de Registro Individualizado no BPA.....	111
Quadro 15 - Descrição dos Dados de Identificação do Paciente no Instrumento de Registro Individualizado no BPA.....	111
Quadro 16 - Descrição dos Dados do Procedimento realizado no Instrumento de Registro Individualizado no BPA.....	113
Quadro 17 - Descrição dos Dados de Identificação do Paciente inseridos no RAAS.....	115
Quadro 18 - Descrição dos Dados de Atendimento Psicossocial inseridos no RAAS.....	116
Quadro 19 - Descrição dos Dados das Ações Realizadas inseridos no RAAS.....	117

Quadro 20 - Descrição dos Dados de Identificação do Usuário inseridos no APAC.....	124
Quadro 21 - Descrição dos Dados das Ações em Saúde inseridos na APAC.....	125
Quadro 22 - Descrição dos Dados da Identificação da Autorização inseridas no APAC.....	126
Quadro 23 - Quantidade de Procedimentos da Tabela SIGTAP de Média Complexidade com processamento SIA/SUS por Grupo	131
Quadro 24 - Quantidade de Procedimentos da Tabela SIGTAP de Média Complexidade conforme a forma de Registro.	135
Quadro 25 - Procedimentos com forma de Registro RAAS	136
Quadro 26 - Descrição dos Códigos da Tabela SIGTAP por Indicadores Relacionada da Pactuação Interfederativa 2013-2015.	140
Quadro 27 - Descrição dos Códigos da Tabela SIGTAP por Indicadores Relacionada da Pactuação Interfederativa 2016.....	147
Quadro 28 - Descrição dos Códigos da Tabela SIGTAP por Indicadores Relacionada da Pactuação Interfederativa 2017-2021.	150
Quadro 29 - Descrição dos Códigos da Tabela SIGTAP por Indicadores IDSUS de Média Complexidade na Modalidade Ambulatorial.....	151
Quadro 30 - Relação dos Procedimentos Comuns nas Quatro Matrizes de Indicadores selecionadas	155
Quadro 31 - Descrição dos Totais de Indicadores Avaliados e Selecionados para o Estudo.....	159

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modelo da Tabulação dos Procedimentos da Tabela SIGTAP e análise se pertencem a algum Indicador Selecionado.....	88
Tabela 2 - Total de Procedimentos por Subgrupo do Grupo Procedimentos com finalidade diagnóstica da Tabela SIGTAP.....	132
Tabela 3 - Total de Procedimentos por Subgrupo do Grupo Procedimentos Cirúrgicos da Tabela SIGTAP.....	133
Tabela 4 - Total de Procedimentos por Subgrupo do Grupo Procedimentos Clínicos da Tabela SIGTAP.	134

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Exemplo de Relatório Simples de Procedimentos da Tabela SIGTAP utilizados no Estudo.	87
Figura 2 - Diagrama de processamento ambulatorial e sistemas de envolvidos.	93
Figura 3 - Sistemas e Aplicativos da produção ambulatorial.	95
Figura 4 - Fluxo de captação do atendimento ambulatorial sem autorização	97
Figura 5 - Fluxo de captação do atendimento ambulatorial com autorização.	98
Figura 6 - Exemplo de Codificação de Procedimentos da Tabela SIGTAP.....	101
Figura 7 - Fluxo do SISCAN	120
Figura 8 - Diagrama das sequencias necessárias para habilitar o SIA para processamento.	128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BDCNES	Banco de Dados Nacional do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
BDSIA	Banco de Dados Nacional do Sistema de Informação Ambulatorial
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Código de Endereçamento Postal
CID	Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CMD	Conjunto Mínimo de Dados
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EAS	Estabelecimento de Saúde
e-GOV	Política de Governo Eletrônico Brasileiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
e-SUS AD	e-SUS Atenção Domiciliar
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GAP	Guias de Autorização Ambulatorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Maios Auxiliares de Locomoção
PDTI	Plano Diretor de Tecnologia da Informação e

	Comunicação
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
RAAS	Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Serviços de Saúde
RES	Registro Eletrônico de Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do SUS
SIHD	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SisPNCd	Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue
SISPRENAT	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal,
AL	Parto, Puerpério e Criança
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNIS	Sistema Nacional de Informações em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UTI	Unidade de Tratamentos Intensivos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	29
1.1	PERGUNTA DE PESQUISA	41
1.2	OBJETIVOS	41
1.2.1	Objetivo geral.....	41
1.2.2	Objetivos específicos	41
2	REVISÃO DE LITERATURA	43
2.1	A ORGANIZAÇÃO DE PLANEJAMENTO DO SUS.....	43
2.2	ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL NO SUS	48
2.2.1	Política Nacional de Atenção Cardiovascular	52
2.2.2	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.....	53
2.2.3	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.....	54
2.2.4	Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade.....	56
2.2.5	Política Nacional de Atenção Oncológica.....	57
2.2.6	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.....	58
2.2.7	Política Nacional de Saúde Bucal	59
2.2.8	Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopédia.....	59
2.2.9	Política Nacional de Atenção às Urgências.....	60
2.2.10	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica.....	61
2.2.11	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	61
2.2.12	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	62
2.2.13	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	63
2.2.14	Política Nacional de Saúde Mental	63
2.2.15	Política Nacional de Atenção Integral Genética Clínica.....	64
2.2.16	Política Nacional de Oftalmologia	64
2.2.17	Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave.....	65
2.2.18	Sistema Nacional de Transplantes	66
2.2.19	Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva	66

2.2.20	Planejamento, monitoramento e avaliação das políticas nacionais de saúde e os SIS	67
2.3	INDICADORES EM SAÚDE E PLANEJAMENTO SUS.....	68
2.3.1	Indicadores preconizados para planejamento, monitoramento e avaliação no Brasil.....	73
2.3.2	Pactuações Interfederativas.....	74
2.3.2.1	PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015.....	75
2.3.2.2	PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016	78
2.3.2.3	PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021.....	80
2.3.3	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).....	82
3	METODOLOGIA.....	85
3.1	TIPO DO ESTUDO	85
3.2	FONTE DE DADOS.....	85
3.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	86
3.4	ETAPAS DA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	87
4	DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS	91
4.1	FLUXO DAS INFORMAÇÕES DAS AÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE NO ÂMBITO AMBULATORIAL	91
4.1.1	SIS e o processo de planejamento, monitorização e avaliação do SUS.....	91
4.1.2	SIS envolvidos no fluxo das informações ambulatoriais de média complexidade	99
4.1.2.1	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - (SCNES).....	99
4.1.2.2	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP ...	100
4.1.2.2.1	Atributos gerais.....	102
4.1.2.2.2	Atributos Complementares.....	105
4.1.2.2.3	Atributos do SIGTAP para desenvolvimento de indicadores	107
4.1.2.3	Boletim de Produção Ambulatorial BPA Magnético.....	108
4.1.2.3.1	Registro de BPA consolidado.....	109
4.1.2.3.2	Registro de BPA individualizado	110
4.1.2.4	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde RAAS.....	114

4.1.2.5	Sistema de Informação do Câncer - SISCAN.....	119
4.1.2.6	SISPRENATAL Web	121
4.1.2.7	Sistema de Informações Ambulatoriais APAC Magnético.....	123
4.1.2.8	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SAI.....	127
4.1.2.9	Aplicativo para a realização de tabulações na Intranet/Internet – TABNET.....	128
4.1.2.9.1	Ações de média complexidade registradas no SIA/SUS.....	131
4.1.2.9.2	Os indicadores de média complexidade e os sistemas de informação em saúde.	139
4.1.2.9.3	Pactuação Interfederativa 2013-2015....	139
4.1.2.9.4	Pactuação Interfederativa 2016.....	146
4.1.2.9.5	Pactuação Interfederativa 2017-2021....	149
4.1.2.9.6	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).....	151
4.1.2.9.7	Análise dos 4 grupos de indicadores elencados.....	158
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
5.1	RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS ESTUDOS	171
	REFERÊNCIAS.....	173
	ANEXOS	187
	ANEXO A - FORMULÁRIO BPA CONSOLIDADO	189
	ANEXO B - FORMULÁRIO BPA INDIVIDUALIZADO.....	190
	ANEXO C - FORMULÁRIO RAAS	191
	ANEXO D - FORMULÁRIO APAC.....	192
	ANEXO E - FORMULÁRIO APAC LAUDO COMPLEMENTAR.....	193
	ANEXO F - FORMULÁRIO FOLHA DE FREQUÊNCIA DIÁLISE.....	194
	ANEXO G - FORMULÁRIO APAC LAUDO BARIATRICA-1 .	195
	ANEXO H – FORMULÁRIO APAC LAUDO BARIATRICA-2.....	195
	ANEXO J - INDICADOR 6: PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).	199
	ANEXO K - INDICADOR 7: RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).	202

ANEXO L - INDICADOR 18: RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).....	205
ANEXO M - INDICADOR 19: RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).....	207
ANEXO N - INDICADOR 22: NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).....	209
ANEXO O - INDICADOR 41: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).....	211
ANEXO P - INDICADOR 44: NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).....	214
ANEXO Q - INDICADOR 2: PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016).	216
ANEXO R - INDICADOR 5: RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016).....	219
ANEXO S - INDICADOR 6: RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016).	221
ANEXO T - INDICADOR 26: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016).....	223
ANEXO U - INDICADOR 11: RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA	

FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).....	225
ANEXO V - INDICADOR 12: RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).....	227
ANEXO W - INDICADOR 20: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).....	229
ANEXO X - INDICADOR 21 AÇÕES DE MATRICIAMENTO SISTEMÁTICO REALIZADAS POR CAPS COM EQUIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).....	231
ANEXO Y - INDICADOR Nº 4: RAZÃO ENTRE EXAMES DE MAMOGRAFIA EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO FEMININA DA MESMA FAIXA ETÁRIA E LOCAL DE RESIDÊNCIA. (IDSUS).....	233
ANEXO Z - INDICADOR Nº 5: RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E POPULAÇÃO FEMININA DA MESMA FAIXA ETÁRIA E LOCAL DE RESIDÊNCIA. (IDSUS).....	237
ANEXO AA - INDICADOR Nº 6: RAZÃO ENTRE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS SELECIONADOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE PARA RESIDENTES E POPULAÇÃO DE MESMA RESIDÊNCIA. (IDSUS).....	240
ANEXO BB - INDICADOR Nº 10: PROPORÇÃO DO TOTAL BRASIL DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS SELECIONADOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE PARA NÃO RESIDENTES. (IDSUS).....	246
ANEXO CC - INDICADOR Nº 20: MÉDIA MENSAL DE PARTICIPANTES NA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA. (IDSUS).....	250
ANEXO DD - INDICADOR Nº 21: PROPORÇÃO DE EXODONTIA ENTRE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS SELECIONADOS. (IDSUS).....	252

1 INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Informação em Saúde - SIS são um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde (FERREIRA, 2015).

Eles congregam um conjunto de informações e conhecimentos utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos usuários do sistema de saúde, tanto nos níveis assistencial quanto na gestão.

A Organização Mundial da Saúde - OMS, por meio da resolução WHA 58.21, introduziu o conceito de e- Saúde, que define: “e-Saúde é o uso de tecnologias de informação e comunicação para a saúde” (OMS, 2005 p 1). O uso de e-Saúde vem mudando a forma de se organizar e disponibilizar serviços de saúde em todo o mundo (OMS, 2012).

As aplicabilidades das informações em saúde são diversas, como por exemplo, assistência ao paciente, pesquisa, educação e capacitação da força de trabalho em saúde e monitoramento e avaliação em saúde. Reafirmando a necessidade de produzir, utilizar e sistematizar o uso da informação em saúde com a finalidade de gestão, de vigilância e de atenção à saúde, no intuito de beneficiar usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviço de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada.

A experiência internacional em países como Canadá, Austrália, Estados Unidos e Inglaterra vêm investindo sistematicamente em infraestrutura, sistemas, serviços, recursos humanos e em modelos de organização para tornar a e-Saúde parte do cotidiano da Saúde e uma Estratégia de melhoria (OFFICE OF NATIONAL COORDINATOR FOR HEALTH INFORMATION TECHNOLOGY, 2011).

Os avanços mais significativos e consolidados estão associados a modelos robustos de governança e gestão das iniciativas de e-Saúde em países modelos de cobertura semelhantes ao SUS, como é o caso do Canadá (HEALTH INFOWAY, 2016).

Importantes trabalhos na área das Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC no âmbito da saúde, que buscam integrar-se as iniciativas mundiais com as experiências brasileiras foram produzidos por pesquisadores e gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. Entre os apontamentos levantados, pode-se destacar o ambiente complexo em que os SIS foram instituídos no Brasil.

Os vários SIS que existem no Brasil foram criados em momentos distintos e de acordo com as necessidades informacionais específicas e setoriais nas três esferas de gestão do SUS. Isso, aliado com a ausência de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) coesa no passado, ocasiona uma profunda fragmentação de sistemas e, conseqüentemente, de suas bases de dados (BRASIL, 2016a).

Contudo, um dos objetivos específicos dos SIS vem ao encontro do conceito de descentralização de gestão do SUS, pois determina que o SIS deva possibilitar a análise da situação de saúde ao nível local, e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde doença. Desta forma, o nível local tem a responsabilidade não apenas alimentar os SIS, mas também sua organização e gestão.

No âmbito do Ministério da Saúde - MS, os Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, hoje representado por 19 sistemas, foram conformados historicamente de acordo com as necessidades específicas e iniciativas isoladas de diferentes áreas, e não por uma estratégia mais ampla que considerasse o setor saúde como um todo. Gerando uma fragmentação das bases de informações do SUS, além de uma grande redundância na produção de informações em saúde em cada subsistema de informação (BRASIL, 2017a).

Existem outros fatores como a fragmentação ainda presente entre as diversas áreas técnicas da gestão do SUS (especialmente na gestão federal e estadual), demandando aplicativos informatizados para cada setor específico de atuação; e a infraestrutura (hardware e conectividade) ainda insuficiente para fazer frente às novas tecnologias disponíveis e ao volume e detalhamento de informações geradas ou necessárias (BRASIL, 2015a)

Cada sistema tem como objetivo geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas específicos de saúde. Para tanto, cada sistema foi desenvolvido com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações.

Como, por exemplo, o Sistema de Informação do Câncer - SISCAN este sistema é a versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO e do Câncer de Mama - SISMAMA implantada em 30/10/2012. Com

objetivo, enquanto ferramenta de gestão, de fortalecer as ações de controle e prevenção destes cânceres (MANUAL SISCAN).

O SISCAN gera dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação. Por meio dos relatórios, o gestor pode: conhecer a distribuição dos exames de colo do útero e de mama para organizar o acesso a rede de serviços; verificar resultados dos exames, qualificando os dados do sistema de informação; e construir indicadores para acompanhar o desempenho do programa de controle destes cânceres e fazer análises temporal e espacial.

Como resultado, tem-se um número grande de sistemas que estruturalmente são diferentes, inviabilizando muitas vezes a interoperabilidade¹ entre eles. Assim a alimentação de dados desses sistemas se torna muitas vezes trabalhosa, tendo que alimentar vários subsistemas com a mesma informação, como por exemplo, Cartão Nacional de Saúde - CNS do profissional e do usuário, sexo, data de nascimento, dados clínicos, etc.. (PANITZ, 2014).

Um exemplo disso, é de que se utilizarmos uma consulta médica para acompanhamento pré-natal de uma mulher em faixa etária considerada de risco para câncer de mama ou colo de útero, o profissional precisa referenciar esse contato assistencial em três sistemas de informação diferentes para o Ministério da Saúde, tais como o SISPRENATAL. Inicialmente é necessário informar ação em um sistema que coleta informação clínica de acompanhamento do pré-natal, Sistema de Monitoramento e avaliação do Pré-natal, Parto, Puerpério e Criança - SISPRENATAL; o SISCAN e o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA Os dois primeiros sistemas são de plataforma web e supostamente deveriam ser inseridos os dados no momento do atendimento, já o terceiro tem o fluxo de inserção pós-contato assistencial por um digitador, ou por geração de um arquivo de produção de um outro sistema de informação, como por exemplo um prontuário eletrônico.

A estrutura dos três sistemas de informação é totalmente diferente entre eles, mas ao mesmo tempo exigem os mesmos dados para

¹ Interoperabilidade é a capacidade de um sistema (informatizado ou não) de se comunicar de forma transparente (ou o mais próximo disso) com outro sistema (semelhante ou não). Portaria 2.073, de 31 de agosto de 2011, Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar.

identificação da unidade de saúde, profissional de saúde, cidadão e até mesmo de dados clínicos; além de exigir permissões de acesso em cada um deles com cadastro do usuário e senha que dificultam a prática assistencial nas unidades de saúde em todos os níveis de atenção da Rede de Atenção de Saúde - RAS.

Essa repetição de inserção de dados nos diferentes sistemas; a necessidade de acessar diferentes sistemas web para inserir dados, em uma realidade estrutural de conectividade frágil como é a das unidades de saúde que fazem atendimento pelo SUS; somado a alta demanda de pacientes que são atendidos diariamente, resultam em uma rotina de inserção de dados nos SIS pós-contato assistencial utilizando registros manuais por formulários preestabelecidos além da perda de dados e informações.

Assim, observa-se na prática da gestão da informação em saúde que ao avaliar os quantitativos de uma mesma ação de saúde realizados em um território em diferentes SIS do MS temos valores totalmente diferentes. Pois na prática o profissional de saúde prioriza o atendimento ao usuário ao preenchimento redundante dos dados em vários SIS (PANITZ, 2014).

Esse panorama também prejudica a elaboração de relatórios de gestão das ações realizadas e a construção de indicadores reais que reflitam a realidade local, regional ou nacional das condições de saúde da população para suporte de profissionais e gestores na tomada de decisão em saúde, bem como alocação de recursos financeiros e investimento em equipamentos.

Para tentar superar esses problemas o MS desenvolveu a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - PNIIS, que tem como propósito o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação a fim de melhorar os processos de trabalho em saúde e assim, resultar em um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) articulado e que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos, eficácia e qualidades mensuráveis por meio da ampliação de acesso, equidade, integridade e humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2016a).

Entre os elementos direcionadores da PNIIS, pode-se destacar: a Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-GOV); o conceito de e-Saúde; o Registro Eletrônico de Saúde (RES), o desenvolvimento de ações articuladas entre os atores responsáveis pelos SIS público e

privado da informação de saúde e a agilidade no acompanhamento das ações (IBIDEM).

Em um encontro em 18 de maio de 2016 do Ministro da Saúde com os Representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e representantes dos secretários de saúde estaduais e municipais, o Ministro da Saúde pediu o empenho dos gestores, para que os sistemas de informação em saúde informatizados que alimentam a gestão da saúde pública estivessem sempre atualizados (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

Contudo, mesmo após um longo período de implantação de Tecnologias da Informação e Comunicação - TICs nos processos de trabalho no âmbito do SUS e da implementação de melhorias nas estruturas dos SIS, os gestores locais em saúde vivenciam práticas de bases de dados fragmentadas que não permitem extração de informações consistentes que poderiam auxiliar na gestão de recursos, afim de garantir acesso à toda população aos cuidados em saúde no âmbito do SUS.

Os Sistemas universais, como o SUS, deparam-se com crescentes problemas de eficiência emergindo dúvidas sobre a sustentabilidade financeira futura, reforçando a necessidade de investimento no conhecimento das informações em saúde que podem ser consumidas de forma secundária dos SIS para auxiliar na gestão de recursos visando garantir a sustentabilidade financeira dos mesmos (BERNARDINO, 2017).

A implantação e a consolidação do SUS vem desafiando profissionais e gestores na condução e aperfeiçoamento como todo. A transição de um modelo de sistema de saúde centralizado para um modelo descentralizado vem redefinindo papéis e competências em todos os níveis de atenção. Porém, nem todas as mudanças acontecem com definições e instruções claras que auxiliariam no desenvolvimento das atividades.

Assim desde a criação do SUS os gestores vêm discutindo, de forma tripartite (Federal, Estadual e Municipal), normas de organizar a gestão do SUS e atender aos seus princípios garantido constitucionalmente e na Lei Orgânica da Saúde. A descentralização na saúde foi caracterizada pela municipalização, no sentido de transferir aos municípios responsabilidades e recursos necessários para exercerem plenamente funções de coordenação, negociação, planejamento entre outras. Essa descentralização político-administrativa da saúde, definida

pela Constituição de 1998, preconiza a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde (BRASIL, 2013a).

Entretanto, a Lei nº. 8.080/90, já aponta o princípio da descentralização concomitante a um processo de regionalização, que possibilite pensar a hierarquização dos serviços. Reconhecendo a heterogeneidade e diversidade dos municípios brasileiros é necessária a instituição de mecanismos de cooperação técnica e financeira, tanto por parte da União como dos Estados.

A Municipalização foi uma estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população.

“Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território” (BRASIL, 2009, p. 216).

O Brasil apresenta grande diversidade econômica, sociais, climáticas e culturais que torna a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações.

Assim, o Gestor municipal se caracteriza com um dos atores principal no processo de gestão do SUS. Suas atribuições estão bem definidas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, na Portaria GM/MS nº 399/2006 e na Portaria GM/MS nº 699/2006, em âmbito municipal, estadual e federal.

Na Portaria GM/MS nº 399/2006 temos como algumas das responsabilidades gerais da Gestão do SUS dos municípios:

- desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica

com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

- elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

Para fins de implantação e monitoramento dos pactos pela vida e de gestão, Termo de Compromisso de Gestão, contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida, as responsabilidades e atribuições de cada gestor, e os indicadores de monitoramento.

Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão que devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde, e nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação;

Já a Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, traz um conceito importante que define uma das competências dos gestores municipais:

“Os municípios habilitados ou que vierem a se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada.”

Esse conceito estabelece por completo a responsabilidade do Gestor local pelo comando único de média e alta complexidade, e define a autonomia total para forma de utilização dos recursos, inclusive os recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal e recursos financeiros para o atendimento das referências intermunicipais.

O conceito estabelecido por essa portaria, apesar de revogada pela Portaria nº 1580, de 19 de fevereiro de 2012, da responsabilidade do Gestor local ser responsável pelo planejamento dos recursos para garantia da assistência da população foi reafirmado em portarias subsequentes. É importante para o entendimento do contexto atual.

Além disso, deixa bem clara a necessidade de alimentação dos SIS do MS para acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas no município.

Em relação aos SIS, as funções dos atores que os utilizam no âmbito do SUS e como os gestores podem usufruir das informações ofertadas pelos mesmos para auxiliar nas tomadas de decisões quanto a utilização de recursos financeiros para o desenvolvimento de ações em saúde de média e alta complexidade, torna-se determinado por realidades e estruturas locais, que geralmente estão muito longe daquelas descritas pelos instrumentos normativos do MS.

Daí a importância da construção de um padrão coleta e análise dos indicadores da saúde segundo uma realidade local, com o objetivo de qualificar os dados de saúde inseridos nos sistemas de informação e dos indicadores de saúde que apoiarão as tomadas de decisão dos gestores.

Os dados em saúde permitem os gestores saber, a grosso modo, quem são, onde moram, como vivem e sobrevivem, do que adoecem e do que morrem as pessoas. Mas, também permitem avaliar se uma ação específica trouxe benefícios reais a saúde da população, como por exemplo, se a realização de um mutirão de exames melhorou o prognóstico de uma patologia pela detecção precoce da mesma.

Tal tarefa, que em princípio parece fácil, implica em garantir a coleta do dado com qualidade, e que o produto de sua análise sirva de norte para ações efetivas promovidas pela gestão. No entanto, aqui estão postos alguns desafios como: a capacitação dos trabalhadores sobre a coleta do dado autodeclarado, o compromisso das diferentes áreas técnicas do SUS, a superação de fragilidades de alguns sistemas de informação que ainda não possuem o campo para a coleta do dado, e a própria gestão, que deverá se qualificar para utilizar as informações dos SIS nos processos de tomada de decisão (BRASIL, 2016b).

Na prática observa-se ausência de padrões para utilização dos SIS do MS e práticas de gestão da saúde em nível municipal sem a utilização das informações que podem auxiliar a visualização, a análise e o desenvolvimento de estratégias para condução de políticas, planos e programas de saúde (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2013).

Nesse contexto, o MS vem propondo a construção de uma estratégia de e-Saúde busca a qualificação dos processos de atenção à saúde à população, de forma a permitir a integração e interoperabilidade dos SIS já existentes no país (BRASIL, 2017b).

Considerando a necessidade de se obter informações integradas sobre a atividade assistencial desenvolvida pela rede de atenção à saúde pública, suplementar e privada no território nacional, outra estratégia do e-Saúde é a instituição de um Conjunto Mínimo de Dados da Atenção a Saúde – CMD, que visa subsidiar a gestão, planejamento e avaliação das ações em saúde desenvolvidas em todo território nacional (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2016a).

Atualmente, não existe um escopo das informações inseridas nos vários sistemas de informação do MS que garanta ao gestor municipal subsídio para fazer a gestão do recurso financeiro destinado ao município com base em indicadores administrativos efetivos.

Principalmente as ações em saúde realizadas no âmbito do SUS de média e alta complexidade, que representam uma parte significativa dos recursos financeiros, porque possuem alto custo por representarem atendimento especializado e procedimentos com alta tecnologia envolvida.

No ano de 2017, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 42.686.221.843,88, portanto, o triplo das transferências para atenção primária (R\$ 17.216.492.935,64), demonstrando a importância dessas ações na Rede de Atenção à Saúde no Brasil (PORTAL DA SAUDE, 2018).

É responsabilidade dos gestores dos municípios garantirem a qualidade dos dados inseridos nos SIS e a gestão desses dados para a geração de informações, possibilitando a análise da situação local de saúde no nível local, considerando as condições de vida da população.

Justifica-se, então, o desenvolvimento de uma metodologia sistemática para utilização das TIC para extração de informações que auxiliem no planejamento e na eficácia da gestão dos recursos disponibilizados para as ações em saúde na esfera municipal, para garantir o aperfeiçoamento das Rede de Atenção à Saúde - RAS e garantir atender as necessidades da população no âmbito da saúde individual e coletiva (BRASIL, 2015a).

Acrescenta-se que a utilização das TIC para o desenvolvimento estratégico da gestão pública traz transparência ao processo de alocação de gastos e impulsiona a organização estrutural no âmbito da saúde no governo brasileiro (BRASIL, 2016c).

O Monitoramento em saúde pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo

ou fenômeno nessa área específica. Essa dinâmica dentro do MS é definida pelos Pactos de Gestão.

“Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomadas de decisão, a identificação, o encaminhamento de solução e a redução de problemas, bem como a correção de rumos” (BRASIL, 2009a, p. 215).

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui um poderoso instrumento para a democratização de informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde. Mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde, como já descrito na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

A Constituição de 1988, nos artigos 165 a 169, descreve o planejamento orçamentário para utilização de recursos públicos em todos as esferas regido por três instrumentos básicos: Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 2009a).

Esses instrumentos encontram-se descritos no quadro 01.

Quadro 1 - Caracterização do PPA, da LDO e da LOA

<p>O Plano Plurianual (PPA)</p>	<p>Caracteriza-se por um planejamento estratégico que é realizado para um prazo de 4 anos, contendo os projetos e atividades que o governo pretende executar, devendo ser enviado pelo Presidente da República ao Congresso Nacional até o dia 31 de agosto do primeiro ano de seu mandato. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios também apresentarão os planos quadrienais, com prazos regulamentados por legislação específica.</p>
<p>Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)</p>	<p>É a lei anterior à lei orçamentária, que define as metas e prioridades em termos de programas a serem executados pelo Governo. Esta lei estabelece as metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente, orienta a elaboração do Orçamento (Lei Orçamentária Anual), e dispõe sobre alterações na legislação tributária, gastos com pessoal, política fiscal e transferências da União.</p>

Lei Orçamentária Anual (LOA)	Pode ser caracterizada como sendo a programação das ações a serem executadas, visando à viabilização das diretrizes, objetivos e metas programadas no PPA, buscando a sua concretização em consonância com as diretrizes estabelecidas na LDO
-------------------------------------	---

Fonte: COSTA, 2017, p.20.

Assim, o PPA é um instrumento para planejar estrategicamente ações prioritárias, avaliadas por indicadores de desempenho específicos e com a transparência necessária para o acompanhamento do uso dos recursos.

Já a LDO é a ferramenta que consolida a proposta orçamentária de todos os órgãos dos Poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário), orientando as metas a serem alcançadas. É o instrumento de conexão entre o plano estratégico das ações governamentais (PPA) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

A LOA por sua vez define as ações estratégicas a serem realizadas para alcançar as metas, envolvendo a estimativa de receitas que o governo espera arrecadar e fixa os gastos e despesas necessários para se realizar as ações estabelecidas. Ela tem duração de um ano e nenhuma despesa pública pode ser executada sem estar consignada no Orçamento da LDO.

É importante que na área da saúde as diretrizes dessas três ferramentas estejam alinhadas com a Política Nacional de Saúde (PNS), que está baseada nos diagnósticos epidemiológicos e nas estatísticas da área da saúde com a visão de garantir o direito à saúde da Constituição de 1988, que prevê um Sistema Único de Saúde, universal, com integralidade das ações e descentralizado (BRASIL, 2011).

Nesse momento destaca-se o caráter fundamental dos SIS. Em um primeiro momento auxiliando no processo de escolha das áreas prioritárias de um município ou de uma região de saúde, através do cálculo dos indicadores de desempenho específicos que orientam o PPA.

Em um segundo momento, os SIS permitem avaliar as ações estratégicas que já foram desenvolvidas de que poderiam garantir alcançar as metas e prioridades em termos de programas a serem executados pelo Governo. Também auxiliam na avaliação orçamentária dos gastos programados, proporcionando os ajustes necessários aos limites estabelecidos nas três esferas de poder. Ou seja, os órgãos poderão decidir “quanto será feito” (metas) em razão do custo previsto para cada ação.

Na LOA os SIS permitem planejar a fixação das despesas em ações específicas, monitorar a eficácia das ações pelos indicadores e metas prioritárias e o desenvolvimento de futuros planejamentos com a análise dos resultados.

“A Lei Orçamentária Anual (LOA) estima as receitas e fixa as despesas para um determinado exercício financeiro e é elaborada de acordo com a Lei das Diretrizes Orçamentárias ” (BRASIL, 2009a, p. 102).

Durante os 30 anos de consolidação do SUS o MS publicou várias portarias, decretos e manuais que têm os objetivos de caracterizar esse processo acima citado de gestão de recursos públicos dentro das especificidades dos programas da área da saúde e orientar os gestores das três esferas como garantir a execução destas etapas permitindo garantir os fundamentos do SUS.

Nesses documentos são descritas responsabilidades, deveres, obrigações, cronogramas, orientações de como calcular indicadores, formatação dos documentos primordiais para o planejamento (PPA, LDO, LOA, etc.), fluxo de financiamento e participação de cada esfera do poder.

Porém, não descreve como garantir que os indicadores de saúde preconizados sejam fidedignos a realidade da população em questão, ou como analisar de forma crítico-reflexiva esses indicadores para auxiliar os gestores nos processos de tomada de decisão e no desenvolvimento de estratégias para garantir a saúde da população.

“A adequada gestão e alimentação dos sistemas de informações em saúde são fundamentais para analisar a situação de saúde nos territórios, bem como para a avaliação das intervenções realizadas e monitoramento e regulação das atividades desenvolvidas por prestadores públicos e privados de serviço de saúde... a avaliação das gestões das três esferas de governo ocorre por meio do aferimento do alcance de metas pactuadas, que depende da alimentação das bases de dados nacionais” (BRASIL, 2015a, p. 17).”

Existe uma lacuna de conhecimento de como se chega aos indicadores de saúde a partir dos dados em saúde da população inseridos nos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde.

Essa lacuna não está relacionada em como se desenvolve o cálculo do indicador em saúde, mas sim em como esses dados ou informações em saúde são inseridas nos SIS, grau de qualidade dos

mesmos e como os gestores podem usufruir de forma secundária essas informações para auxiliar no planejamento de recursos públicos na assistência em saúde da população.

Esse quadro se agrava com a realidade nacional de sistemas de informação em saúde fragmentados, anteriormente descrito, e a infraestrutura precária de internet e equipamentos tecnológicos nas unidades de atenção em saúde do SUS (BRASIL, 2009b).

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Desta forma, a pergunta norteadora desta pesquisa é:

- Quais as informações e os indicadores de planejamento em saúde de Média Complexidade Ambulatorial no âmbito do SUS, inseridas nos SIS do Ministério da Saúde que podem auxiliar os gestores nos processos decisórios inerentes a gestão de recursos para garantia da assistência adequada da população?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

- Analisar as informações e os indicadores preconizados pelo MS na estrutura informacional para a Média Complexidade Ambulatorial existentes no âmbito do SUS, que possa auxiliar os gestores nos processos decisórios inerentes a gestão de recursos.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar padrões essenciais de informações em saúde qualificadas que auxiliam as tomadas de decisão dos gestores do SUS e dos órgãos congêneres a partir das informações dos SIS;
- Elucidar o fluxo das informações em saúde das ações de Média Complexidade Ambulatoriais dentro dos SIS do MS;
- Identificar os indicadores de planejamento de Média Complexidade Ambulatoriais preconizados pelo MS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Consiste na identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto (GIL, 2002).

Através desta revisão de literatura foi possível se ter um entendimento sobre o assunto abordado neste trabalho, com a apresentação de conceitos fundamentais sobre o tema apresentados nas publicações do Ministério da Saúde e em outras pesquisas relevantes para o estudo.

2.1 A ORGANIZAÇÃO DE PLANEJAMENTO DO SUS

O processo de gestão do setor saúde exige a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social. Assim, trabalhar com as informações se coloca como uma questão central no cotidiano da gestão. É a partir delas que o gestor poderá qualificar seu conhecimento sobre a realidade sanitário e subsidiar um processo de planejamento para enfrentamento dos problemas prioritários, orientando a formulação de estratégias de ação, bem como o monitoramento e avaliação dos resultados.

“Ao assumir suas atribuições, o gestor se depara com uma ampla e diversificada gama de situações e problemas, de diferentes naturezas, que podem ser abordados de maneiras igualmente variadas, dependendo de combinações entre técnicas/métodos e tecnologias/equipamentos disponíveis para a organização dos processos de trabalho, além de uma grande diversidade de itens e recursos com os quais terá de lidar em seu cotidiano” (BRASIL, 2009, p. 7).

As localidades possuem peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros organização social, conflitos e contradições locais. As estratégias para condução dos sistemas de Saúde devem se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e imutável de gestão.

As análises de situação de Saúde são processos que permitem medir, caracterizar, explicar e avaliar o processo saúde/doença. Essas contribuem para o estabelecimento de estratégias políticas e tomada de decisões na área da Saúde pública (BRASIL, 2009).

No caso da gestão local do sistema de saúde, pode-se definir como um conjunto de procedimentos que deve ser incorporado ao processo de acompanhamento da situação de saúde, visando a oferecer subsídios aos gestores para o planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde, permitindo maior clareza na definição das prioridades e na avaliação do resultado de suas ações (BRASIL, 2016c).

A análise do sistema de saúde permite que seu funcionamento se torne mais eficiente equitativo e democrático. Inclui o diagnóstico de saúde (ou seja, o conhecimento das necessidades locais em saúde), o mapeamento da capacidade de oferta de ações e serviços (estrutura física, equipamentos, distribuição da produção e profissionais disponíveis) e sua distribuição social; o domínio dos processos de trabalho e das formas de organização da atenção à saúde, além da avaliação dos resultados alcançados, em termos de acesso dos usuários e melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2015c).

Para analisar o sistema de saúde é necessário entre outras ações: definir previamente os objetivos da análise (o que se deseja verificar), identificar as fontes de informações existentes ou programar a busca de informações, quando não estiverem disponíveis, estabelecer os indicadores mais adequados para representar os fatos ou eventos que se deseja aferir, proceder à análise do “comportamento” da saúde local, por meio de indicadores seguros, ao longo do período que se está avaliando (BRASIL, 2016c).

Para a gestão em saúde pelo MS, os sistemas de informação considerados básicos podem ser divididos em áreas relacionadas com (BRASIL, 2015c):

- Assistência e produção de serviços de saúde;
- Cadastramento;
- Eventos vitais;
- Vigilância em saúde;
- Orçamento.

Destaca-se que o grande desafio não está somente em ter acesso às informações, mas em na capacidade da gestão para analisar essas informações e efetivamente utilizá-las na tomada de decisões. Se faz necessário fazer uma análise detalhada dessas informações regularmente para que estas possam alimentar devidamente os processos de tomadas de decisões em qualquer ente federado envolvido.

Assim, no nível de gestão municipal as Secretarias Municipais de Saúde devem incorporar em seu planejamento a cultura de avaliação dos processos que envolvem os sistemas de informação em saúde desde a

inserção dos dados inseridos até o consumo final das informações deles extraídas (BRASIL, 2015c).

Atualmente os SIS relacionados a assistência e produção de serviços de saúde de média complexidade ambulatorial são:

- BPA – Boletim de Produção Ambulatorial;
- APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial;
- RAAS – Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde;
- SIA – Sistema de Informação Ambulatorial.

Para processar as análises das informações em saúde geradas por esses sistemas, existem ferramentas como o TABWIN e o TABNET, que são tabuladores dessas informações que permite a gestão buscar dentro da base de dados do MS o histórico das ações em saúde realizadas em um determinado local e em um determinado espaço de tempo, conforme a necessidade dos gestores (BRASIL, 2015c).

O modelo de planejamento em saúde atual definido pelo Ministério da Saúde está baseado nos instrumentos de planejamento definidos pela Lei Complementar 141, de 16 de janeiro de 2012, anteriormente citados (plano de saúde, programação anual de saúde e relatórios de gestão) (IBIDEM).

Esse modelo de planejamento é fundamentalmente orçamentário, mas a ideia é organizar atividades, buscar melhores resultados e reduzir incertezas. Está associado a planejar ações políticas, definir estratégias econômicas, criar esquemas regulatórios e instituir modelos de administração de recursos (BRASIL, 2016c).

No setor da saúde, as práticas de planejamento estão presentes em todo o processo que é conhecido como Gestão do SUS. Definir metas, estabelecer objetivos e planejar ou programar ações representa o dia-a-dia dos gestores do setor público.

“É fundamental a estruturação e a manutenção de uma sistemática permanente de avaliação de desempenho que contribua para um redesenho das estratégias, quando necessário, e que possibilite ao gestor verificar se está alcançando os resultados pretendidos, no que se refere à melhoria das condições de saúde dos seus municípios” (BRASIL, 2009, p. 8).

Atualmente esse planejamento ainda segue uma lógica financeira muito forte, onde se calcula a quantidade de ações e serviços em saúde que podem ser oferecidos com o valor financeiro disponível para uma região em um certo período. O sistema de financiamento ainda é por procedimento em ponto de atenção à saúde isolados.

O modelo de gestão continua a se desenvolver por estruturas isoladas (ambulatórios, unidades hospitalares, etc.) e o planejamento de oferta ainda é baseado em séries históricas e definido por interesses dos prestadores de serviço (MENDES, 2011).

Essa dinâmica pode induzir a uma Gestão do SUS pouco efetiva, uma vez que não leva em consideração as necessidades de saúde da população que, em linhas gerais, sofrem alterações sazonais.

Essas necessidades de saúde da população diferenciadas também são bem descritas na Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, pois as consideram para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Decreto nº 7.508 de junho de 2011, que dispõe sobre a estrutura organizativa do SUS, vem regulamentar a Lei 8.080/90 para preencher uma lacuna do arcabouço do SUS ao determinar a necessidade de praticar a Gestão do SUS a partir das necessidades da população para estabelecimento de metas de saúde (BRASIL, 2011b).

Esse Decreto reforça o protagonismo das relações Interfederativas para o planejamento do SUS, consagrando as Comissões Intergestoras Tripartite – CIT, Bipartite – CIB e Regional – CIR, como instâncias de Pactuações consensual entre os entes federativos para definição das regras de gestão compartilhada, mas que mantem o fluxo ascendente. Ou seja, do nível local até o federal.

O ambiente da gestão municipal é fundamentado como o espaço em que se avalia as necessidades específicas da população e que desenha o planejamento em saúde.

A informação gerencial é fundamental para construir esse ambiente de gestão.

Os sistemas de informação que alimentam os gestores de forma oportuna e permanente com dados corretos sobre as condições de saúde e doença no âmbito do território de atuação, condições de vida e ambientais, condições de atuação do sistema e dos serviços de saúde, suas formas de funcionamento e grau de cumprimento dos objetivos. Permitindo os gestores tomarem decisões, bem como implementar ações baseadas na realidade local e regional de seus serviços e das necessidades de sua população (BRASIL, 2009).

Outro conceito do Decreto 7.508 de junho de 2011, é o de organização do SUS em Regiões de Saúde para garantir o conjunto mínimo de ações e serviços a todos os usuários do sistema, mesmo que esses serviços não estejam contemplados em seu município. Desta forma fica instituída que a Região de Saúde deve conter:

- atenção primária;
- urgência e emergência;
- atenção psicossocial;
- atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- vigilância em saúde.

Esse conjunto de ações e serviços de saúde devem ser articulados em níveis de complexidade crescente, afim de garantir a integralidade da assistência à saúde. A complexidade é determinada pelas densidades tecnológicas dos recursos utilizados no local de atenção à saúde, variando da menor densidade, ações de atenção primária; as de densidade tecnológica intermediária, ações de média complexidade; e as de maior densidade tecnológica, ações de alta complexidade (BRASIL, 2011).

Além da consolidação de conceitos já existentes, o Decreto traz três novos conceitos: o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, a Relação Nacional de Serviços de Saúde – RENASES e a Relação de Nacional de Medicamentos – RENAME (BRASIL, 2011d).

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma região. Esse Planejamento Integrado do SUS inclui a definição de indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações em saúde (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2012).

O COAP, como um instrumento da gestão compartilhada, tem diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de pactuações claras e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo (CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE, 2011).

O COAP representa a figura jurídica que dará concretude aos compromissos de cada ente federado frente a objetivos comuns, discutidos e consensuados em cada região de saúde, respeitando a diversidade federativa e garantindo a segurança jurídica necessária a todos (BRASIL, 2016c).

A avaliação de desempenho do ente federado (Municipal ou Estadual) tem por finalidade medir periodicamente o desempenho na execução deste contrato, de acordo com as metas e indicadores previstos em contrato. A avaliação de desempenho deste contrato deverá observar

padrão nacional, considerando: Índice de desempenho do SUS (IDSUS); e as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Planejamento do contrato (CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE, 2011).

Fica estabelecido também que a definição de indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho é de responsabilidade do MS (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2013).

A RENASES compreende todas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece para atendimentos da integralidade da assistência à saúde. As ações e serviços de saúde são aquelas voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo (PORTARIA GM/MS nº 841, 2012).

A RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou de agravos a saúde.

Estas duas relações nacionais servirão de base para a elaboração dos Contratos Organizativos, pois elas determinam um rol mínimo de ações e serviços de saúde, bem como de medicamentos, que deverá ser ofertado em cada região e, conseqüentemente, em todo país.

2.2 ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL NO SUS

A organização da prestação da assistência no SUS estabeleceu que as ações e procedimentos seriam dispostos em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Dessa forma, foram definidos sistemas de informação, de pagamento, e de controle, avaliação e regulação dessas ações em saúde (BRASIL, 2010).

“As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão” (BRASIL, 2011c, p. 7).

O Atendimento Ambulatorial é definido como a modalidade na qual o paciente é atendido de forma programada ou não, sem necessidade de utilizar a estrutura hospitalar.

Independentemente do nível de organização todas as ações em saúde têm como princípio a acurácia diagnóstica, que é a avaliação da capacidade de determinada tecnologia em realizar um dado diagnóstico (MENDES, 2011).

A Secretaria de Atenção à Saúde do MS, define:

“A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (BRASIL, 2011c, p. 12).

Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (MENDES, 2011).

A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de junho de 2003, e descreve como atribuições Departamento de Atenção Especializada em seu Artigo 15:

“Ao compete:

- I - Elaborar, coordenar e avaliar a política de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar do SUS;
 - II - Criar instrumentos técnicos e legais para a implantação de modelos de gestão;
 - III - Criar instrumentos técnicos e legais para o desenvolvimento de gestão de redes assistenciais;
 - IV - Elaborar parâmetros e indicadores gerenciais para a gestão das redes assistenciais; ...”
- (DECRETO nº 4.726, 2003).

De acordo com Brasil (2015c) os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes:

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos trauma ortopédicos;
- ações especializadas em odontologia;
- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;

- radiodiagnóstico;
- exames ultrassonográficos;
- diagnose;
- fisioterapia
- terapias especializadas;
- próteses e órteses;
- anestesia.

Os gestores devem considerar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, entre eles: a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sócio demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 descreve a organização dos serviços de Média Complexidade no SUS no Capítulo I.4:

“17. A Atenção de Média Complexidade (MC) compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

18. Excetuando as ações mínimas da média complexidade (M1), que devem ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual.

21.1. A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos nos estados para os diferentes grupos de ações assistenciais respeitados os limites financeiros

estaduais e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.”

A Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, também foi revogada pela Portaria nº 1.580 de julho de 2012, mas apenas a parte dos critérios para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios

O gestor público necessita de critérios bem definidos para definição dos serviços de média e alta complexidade que possam garantir no território o atendimento das necessidades da população.

Os principais critérios são (BRASIL, 2015b):

- população a ser atendida;
- necessidade de cobertura assistencial;
- mecanismos de acesso com fluxos de referência e contrarreferência;
- capacidade técnica e operacional dos serviços (de acordo com as normas técnicas específicas, se houver);
- série histórica de atendimentos realizados e identificação de demanda reprimida;
- integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares que compõem a rede de assistência;
- disponibilidade de financiamento.

O quinto critério está diretamente ligado aos sistemas de informação do MS, pois através destes, pode-se desenhar a série histórica e identificar a demanda reprimida.

A maioria dos procedimentos de média complexidade exige que os estabelecimentos tenham especificados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES informações que caracterizam a possibilidade de se realizar procedimentos; como habilitações, serviços e classificação e profissionais especializados.

Os procedimentos de média complexidade são financiados com recursos de bloco financeiro específico do MS transferidos aos Estados e municípios conforme apresentação nos sistemas de informação em saúde.

A Portaria GM/MS nº. 204/2007 prevê que os recursos atualmente destinados ao custeio de procedimentos de ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário e novos procedimentos até a definição de sua série histórica para incorporação gradativamente ao limite financeiro da média e alta complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios, reforçando o papel dos sistemas de informação em saúde.

Uma vez que os serviços de saúde de média e alta complexidade necessários ao SUS, em uma dada região, tenham sido identificados, credenciados e contratados, os gestores do sistema devem manter o acompanhamento das ações de saúde prestadas (BRASIL, 2011c).

Essa avaliação como atividade integrante do planejamento utiliza os mais diversos sistemas de informação do MS como ferramentas para consumir as informações em saúde necessárias para monitoramento, avaliação e desenho de estratégias (BRASIL, 2009c).

Os sistemas de informações utilizados para o registro da produção ambulatorial são sistemas informatizados, que integram um fluxo de informações, que são de envio obrigatório por todos os gestores que tenham serviços públicos ou privados sob sua gestão para o ente federal (BRASIL, 2015c).

Cada Política Nacional de Saúde possui componentes de média e alta complexidade, em que são considerados: o tipo de problema de saúde, o tipo específico de serviço de atenção, áreas de atenção e segmentos populacionais. Assim, será descrito a seguir os componentes de média complexidade para as principais Políticas Nacionais, que envolvem ações de média complexidade e os SIS envolvidos no registro dessas ações para Gestão do SUS (BRASIL, 2011c).

Dentre elas destacam-se:

2.2.1 Política Nacional de Atenção Cardiovascular

As unidades da Rede de Atenção Cardiovascular devem cumprir as exigências específicas para cada um dos serviços que pretendem oferecer ao SUS, essas exigências encontram-se estabelecidas na Portaria SAS/MS nº. 210/2004.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas do Ministério da Saúde. Para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, utiliza-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA/SIA). A avaliação deve levar em consideração os seguintes parâmetros:

- Atendimento ambulatorial de cardiologia clínica: disponibilizar, no mínimo, 267 consultas/mês para cada 180 cirurgias cardiovasculares/ano.
- Atendimento ambulatorial de cardiologia clínica pediátrica: disponibilizar, no mínimo, 179 consultas/mês para cada 120 cirurgias cardiovasculares/ano.

- Atendimento ambulatorial de angiologia e cirurgia vascular: disponibilizar, no mínimo, 100 consultas/mês para cada 180 cirurgias vasculares/ano.
- Exames de ergometria: disponibilizar, no mínimo, 80 exames para cada 180 cirurgias cardiovasculares.
- Holter: disponibilizar, no mínimo, 30 exames para cada 180 cirurgias cardiovasculares.
- Ecocardiograma: disponibilizar, no mínimo, 130 exames para cada 180 cirurgias cardiovasculares.
- Ultrassonografia com doppler colorido de três vasos: disponibilizar, no mínimo, 80 exames para cada 180 cirurgias vasculares.

Todas essas condições necessárias devem estar descritas em um “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme descrito na Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, e esse instrumento também passa ser um modelo de avaliação da assistência prestada a população em um território.

2.2.2 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

Portaria GM/MS nº. 2.073/2004, com o objetivo geral de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça uma linha de cuidados globais e integrados no atendimento das principais causas da deficiência auditiva, com o intuito de reduzir o dano da deficiência auditiva na população.

E no Artigo 3 define serviço de média complexidade como sendo: “Serviço de média complexidade – é aquele que se propõe a realizar as ações de média complexidade e, para tanto, deve oferecer atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional” (PORTARIA nº 2.073, 2004).

A média complexidade constitui-se na primeira referência para a atenção primária, garantindo a contrareferência e a referência, quando necessária, para a alta complexidade.

As atividades neste nível compreendem (BRASIL, 2011c, p. 55):

- Triagem e monitoramento da audição, da atenção diagnóstica e da terapêutica especializada;
- Realização de consulta otorrinolaringológica, avaliação audiológica e avaliação fonoaudiológica de linguagem, triagem e monitoramento da audição em neonatos,
- Realização do diagnóstico da perda auditiva em crianças maiores de três anos de idade, jovens, adultos e idosos, reabilitação mediante tratamento clínico em otorrinolaringologia, seleção, adaptação e fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) e terapia fonoaudiológica para adultos e crianças maiores de três anos de idade;
- garantia de avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientação à família e à escola do portador de deficiência auditiva.

Essa política ainda define alguns outros critérios assistências para rede de atenção, como por exemplo, os serviços de média complexidade podem atender, no máximo, 60 pacientes/mês para protetização, e número de exames esperado por paciente ao ano, número de terapias fonoaudiológicas preconizadas e acompanhamento periódico do paciente de acordo com a faixa etária e condição clínica.

Além de colocar como objetivo contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes dessa política, permitindo que, a partir do seu desempenho, seja possível um aprimoramento da gestão, da disseminação as informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva.

2.2.3 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

A Portaria GM/MS nº. 1.168, de 15 de junho de 2004, instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença renal a ser implantada em todas as Unidades Federadas.

A média complexidade compreende os ambulatórios de especialidades, os centros de diabetes e hipertensão e os hospitais, onde são desenvolvidas ações de prevenção, educação, confirmação diagnóstica e estadiamento do grau de disfunção renal e terapêutica.

O tratamento da doença renal deve seguir diretrizes terapêuticas e investigação complementar, enfocando:

- promoção do retardo na progressão da disfunção renal;
- identificação e tratamento das comorbidades frequentes nesses pacientes;
- identificação e tratamento das principais complicações próprias da doença renal crônica;
- orientação e preparação do paciente para as terapias de substituição renal: diálises e transplante renal.

Além disso, a Portaria nº. 1.168 de junho de 2004, coloca como um de seus objetivos: garantir o acesso ao tratamento e às complicações, destacando que a média complexidade tem caráter complementar e/ou suplementar à atenção primária e, também, respaldando a redução de demanda para a atenção de alta complexidade.

São colocadas como responsabilidades dos municípios que integram a Rede de Atenção ao Portador de Doença Renal:

- Autorização para realização dos procedimentos.
- Programação das metas físicas e financeiras para os prestadores sob sua gestão.
- Garantia de acesso à população referida e referenciada, acordada na Programação Pactuada e Integrada (PPI).
- Definição de fluxos de rotinas intermunicipais, compatíveis com os fluxos e rotinas estaduais.
- Realização de prestação de contas dos procedimentos de controle, avaliação e auditoria de serviços.
- Programação das metas, físicas e financeiras, para os prestadores sob sua gestão.

O conjunto de informações relacionadas à questão dos portadores de nefropatias crônicas, hipertensos e diabéticos, estão disponíveis nos sistemas de informação do MS, como o de mortalidade (SIM), o de internações (SIHD), e o SIA/SUS – APAC. Entretanto, os mesmos não estão integrados e os produtos de disseminação de informações do Departamento de Informática do SUS - DATASUS são de difícil manipulação pela maioria dos gestores.

Seguem os sistemas para processamento da produção ambulatorial de terapia renal Substitutiva:

- As diálises serão cobradas através de APAC/SIA (é obrigatório o preenchimento do campo correspondente ao número do Cartão Nacional de Saúde), para os procedimentos ambulatoriais, inclusive quando o paciente apresentar intercorrência que resulte em internação com emissão de AIH.

- Os exames de rotina dos pacientes em programa de TRS e os acompanhamentos de pacientes pós transplante renal são cobrados através do APAC/SIA.

Essas condutas são reafirmadas pela Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

2.2.4 Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade

A Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade definida pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº. 1.372/2004, e regulamentada pela Portaria MS/SAS nº. 501/2004, tem como objetivos:

- A estruturação de uma rede de serviços, regionalizada e hierarquizada, que permita cuidados integrais à saúde e melhoria do acesso dos pacientes ao atendimento especializado de cirurgias eletivas de média complexidade.
- Ampliar a oferta de cirurgias eletivas de média complexidade e reduzir as filas de espera para procedimentos eletivos de média complexidade, identificados e priorizados pelo gestor.
- Organizar fluxos de referência e contrarreferência para essa assistência.

A Portaria SAS/MS nº. 553, de 3 de outubro de 2008, redefiniu os instrumentos de registro dos procedimentos que integram a Política com a criação de série numérica específica para APAC e AIH.

Após pactuação na CIT foi publicada a Portaria GM/MS nº. 1.919, de 15 de julho de 2010, que redefine no âmbito do SUS a prestação de contas e consequentemente a forma de registro dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, refere que os recursos financeiros serão transferidos diretamente aos Fundos de Saúde de estados e municípios conforme produção apresentada no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD e no SIA, que para o faturamento dos procedimentos cirúrgicos eletivos realizados deverão ser utilizados obrigatoriamente as respectivas séries numéricas específicas de AIH e APAC.

Essas linhas condutoras são reafirmadas pela Portaria nº 1.294, de 25 de maio de 2017, que define, para o exercício de 2017, a estratégia

para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2.5 Política Nacional de Atenção Oncológica

A política de atenção oncológica envolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, articuladas e organizadas entre as três esferas de governo, constituindo redes estaduais ou regionais de atenção oncológica.

A assistência oncológica compreende um conjunto de procedimentos que envolvem os diferentes níveis de atenção conforme descrito na Política Nacional de Atenção Oncológica, por meio da Portaria GM/MS nº. 2.439/2005.

Os serviços de Média complexidade na Rede de Atenção Oncológica são responsáveis por realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos.

Os serviços que integram essa rede de assistência necessitam apresentar laudos de solicitação de procedimentos previamente à realização do ato, que são analisados segundo bases técnicas específicas disponíveis no site do Ministério da Saúde e, se aprovados, recebem o documento a APAC, no caso do ambulatorial.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informação do Ministério da Saúde. Para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, utiliza-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA; para os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, como a quimioterapia e a radioterapia, o instrumento utilizado é a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), também do SAI (CONAS, 2011).

A partir do monitoramento da produção é possível acompanhar a execução da programação para cada um dos serviços e essas informações são disponibilizadas pelo DATASUS.

A Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirma a importância da alimentação dos sistemas de informação em saúde para o monitoramento e avaliação dessa Rede de Atenção.

2.2.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência Física foi instituído no âmbito do Ministério a Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº. 827/1991, em decorrência da qual foram editadas portarias que estabeleceram normas e incluíram os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no sistema, regulamentando inclusive a concessão de órteses e próteses.

A Portaria GM/MS nº. 1.060/2002 define que a atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares.

No nível de atenção secundária, os serviços devem estar qualificados para atender às necessidades específicas das pessoas portadoras de deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível é prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

A organização das ações definida em bases epidemiológicas, devem ter caráter complementar à atenção primária e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contrarreferência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados.

As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados. É nesse nível, que ocorre o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia necessária.

Avaliação, controle e monitoramento da assistência à pessoa portadora de deficiência física preveem obrigatoriedade de preenchimento, pelos serviços, do relatório de avaliação, acompanhamento e alta, conforme anexos da portaria, inclusive para o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, além das informações inseridas nos BPA/SIA.

Esses relatórios serão encaminhados anualmente às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, que deverão compatibilizar os

relatórios e remetê-los à SAS/ MS, visando permitir, dentre outras informações, a avaliação e o acompanhamento da assistência.

2.2.7 Política Nacional de Saúde Bucal

O Ministério da Saúde, em janeiro de 2004, divulgou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que apontou para uma reorganização da Saúde Bucal em todos os níveis de atenção.

A Portaria GM/MS nº. 600/2006 determina o monitoramento da produção das unidades credenciadas, nos quantitativos definidos nas portarias vigentes, com relatórios trimestrais obtidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e analisados pelo Departamento de Atenção Básica (SAS/MS). O registro da produção dos Centro de Especialidades Odontológicas dá-se por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA, de acordo com a programação estabelecida pelo gestor.

Já alguns dos procedimentos realizados nos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, o registro dá-se no Sistema de Informações Ambulatoriais, subsistema APAC/SIA.

2.2.8 Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopédica

A Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopédica, instituída por meio da Portaria GM/MS nº. 221/2005, foi concebida com a intenção de dar uma nova conformação para os serviços de assistência nessa área, garantir o atendimento integral aos usuários do SUS e organizar esse atendimento em serviços hierarquizados e regionalizados, com fluxos de referência e contrarreferência.

Para serem credenciados, os centros de referência deverão oferecer, obrigatoriamente:

- Ambulatório geral de ortopedia para pacientes externos, ofertando 500 consultas/mês a cada 700 mil habitantes.
- Atender, no mínimo, a seis dos conjuntos de área abaixo, incluindo a microcirurgia ortopédica: coluna, cintura escapular, braço e cotovelo, antebraço, punho e mão, cintura pélvica, quadril e coxa, perna, tornozelo e pé, ortopedia infantil, e traumatologia ortopédica de urgência e emergência.

- Execução integral dos procedimentos de média e alta complexidade relacionados a cada tipo de serviço.
- Acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório continuado e específico.
- Atendimento em urgência e emergência em serviços habilitados para essa finalidade.
- Realização de, no mínimo, quatro procedimentos mensais de alta complexidade e quatro de alta tecnologia e de alto custo para cada conjunto de área credenciado.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informação do MS, sendo que, para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, utiliza-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA.

O monitoramento da produção permite acompanhar a execução da programação para cada um dos serviços e essas informações são disponibilizadas pelo DATASUS na internet.

2.2.9 Política Nacional de Atenção às Urgências

A área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. O aumento dessa demanda tem forte impacto sobre o SUS e pode ser medido diretamente, na assistência, pelo aumento dos gastos realizados com internações hospitalares, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar desse perfil de pacientes.

A estruturação da Rede de Atenção às Urgências se deu pela publicação de várias portarias e discussões e pactuações nas CIBs e CITs pelas várias regiões do Brasil.

A produção de procedimentos clínicos relacionados à atenção de urgência e emergência é registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), segundo a Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.

Para o atendimento pré-hospitalar móvel e centrais de regulação médica (SAMU 192), o financiamento está previsto por meio de incentivos de custeio repassados, mensalmente, fundo a fundo, pelo MS, e contrapartidas estaduais e municipais, porém a repasse financeiro está atrelado a apresentação de produção com códigos específicos dos procedimentos no BPA/SIA/SUS.

2.2.10 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº. 1.161/2005, instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doenças Neurológicas, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

A estrutura assistencial deve oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas, aos pacientes, atuando nas modalidades de assistência neurológica e neurocirúrgica de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo, para as quais foram credenciadas, sendo obrigatórias as seguintes ações:

- Realizar anualmente, no mínimo, 150 procedimentos de alta complexidade para pacientes SUS.
- Realizar atendimento de urgência e emergência, nas 24 horas, aos pacientes que necessitem de procedimentos para os quais foram credenciadas.
- Realizar atendimento ambulatorial em neurologia e neurocirurgia, oferecendo 500 consultas eletivas/mês para cobertura de 800.000 habitantes.
- Assegurar atendimento pós-operatório na unidade.
- Oferecer exames de diagnose e terapia em neurologia, para cada conjunto de 150 procedimentos de alta complexidade:
 - ✓ 100 exames/mês de eletroencefalograma;
 - ✓ 60 exames/mês de ecodoppler arterial;
 - ✓ 50 exames/mês de eletroneuromiografia.

As ações de Média Complexidade Ambulatorial contemplam ações consultas especializadas, de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informações do Ministério da Saúde, sendo que para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, usa-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA.

2.2.11 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa,

criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (lei nº. 8.842/94 e Decreto nº. 1.948/96).

A Portaria GM/MS nº. 1.395/1999 publicou, pela primeira vez, a Política Nacional de Saúde do Idoso (revogada pela Portaria GM/MS nº. 2.528/2006). E a Rede de Atenção à Pessoa Idosa foi estruturada por várias outras portarias.

Sendo, Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, serviços adequados a oferecer uma ou mais modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à Saúde do Idoso.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informações do Ministério da Saúde, sendo que para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, usa-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA.

2.2.12 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A Portaria GM/MS nº. 399/2006 estabeleceu o Pacto pela Saúde, definido em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela vida e Pacto pela Gestão, sendo que o Pacto pela vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, e dentre as prioridades elencadas nesse Pacto, desde 2006, encontram--se, especificamente, relativas à Saúde da Mulher:

- Controle de câncer de colo de útero e de mama.
- Redução da mortalidade infantil e materna.
- A atenção para controle do câncer de colo uterino já fora abordado anteriormente, por meio da Portaria GM/MS nº. 3.040/1998, que institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero.
- Uma série numérica específica para identificação das gestantes no Programa, por meio do SISPRENATAL, que é um software disponibilizado pelo DATASUS.

Coloca como responsabilidade da SMS lançar no BPA magnético, gerado pelo SISPRENATAL, que consta da tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, - SIGTAP para processamento no SIA/SUS.

Ao término do pré-natal, após a realização do parto e da consulta do puerpério, a ficha de cadastro da gestante será encerrada e a SMS lançará em BPA magnético, gerado pelo SISPRENATAL, o código de procedimento de conclusão da assistência ao pré-natal, que consta da tabela SIGTAP para processamento no SIA/SUS.

Coloca também como responsabilidade da SMS lançar no BPA magnético, gerado pelo SISCAN, com os procedimentos relacionados a coleta do exame e análise do material de colo de útero e mama, que consta da tabela SIGTAP para processamento no SIA/SUS.

2.2.13 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A Portaria GM/MS nº. 1.944, de 27 de agosto de 2009, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Compete aos municípios entre outros:

- Analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.
- Analisar de forma articulada com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde os sistemas de informação que podem auxiliar nas avaliações de desempenho da Política.

2.2.14 Política Nacional de Saúde Mental

Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, estabelece as diretrizes e normas das Rede de Atenção à Saúde Mental.

A assistência ao paciente na Rede de Atenção à Saúde Mental inclui as seguintes atividades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros);
- Atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica,
- Atividades socioterápicas, dentre outras);
- Visitas domiciliares;

- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informações do Ministério da Saúde, sendo que para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas, acompanhamento e avaliações, usa-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e o RAAS (Atenção Psicossocial) do SIA.

2.2.15 Política Nacional de Atenção Integral Genética Clínica

A Portaria GM/MS nº. 81, de 20 de janeiro de 2009, institui a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica.

Na atenção especializada em genética clínica são realizados o acompanhamento especializado multidisciplinar e os demais procedimentos do elenco desse nível de atenção dos casos encaminhados pela atenção primária.

Inclui especificamente alguns exames que necessitam habilitação e serviço de classificação específicos para registro dos mesmos no SIS.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informações do Ministério da Saúde, sendo que para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, usa-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA.

2.2.16 Política Nacional de Oftalmologia

Por meio da Portaria GM/MS nº. 866/2002, criaram-se mecanismos para organização e implantação de redes estaduais de assistência em oftalmologia, no âmbito do SUS.

Atenção Especializada em Oftalmologia deve realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade.

Os SIS devem oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação, através da série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida.

Assim, é responsabilidade da SMS garantir os registros dessas ações no BPA magnético, para posterior processamento no SIA/SUS.

Na Atenção Especializada deverão realizar, obrigatoriamente:

- consulta oftalmológica com avaliação clínica que consiste em: anamnese, aferição de acuidade visual, refração dinâmica e/ou estática, biomicroscopia do segmento anterior;
- exame de fundo de olho, hipótese diagnóstica e apropriada conduta propedêutica e terapêutica;
- procedimentos de diagnose, terapia e acompanhamento da patologia oftalmológica identificada;
- seguimento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico para os procedimentos cirúrgicos, incluindo os procedimentos de diagnose e terapia complementares.
- atendimento das complicações que advenham do tratamento cirúrgico realizado.

Desta forma, para monitoramento e avaliação dessas ações em saúde, deve-se avaliar os registros dos itens acima descritos nos SIS do MS.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informações do Ministério da Saúde, sendo que para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, usa-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA.

2.2.17 Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave

A Portaria GM/MS nº. 196/2000 estabelece critérios clínicos e amplia a rede SUS para realização dos procedimentos, instituindo os centros nacionais de referência para cirurgia bariátrica.

A Portaria GM/MS nº. 1.569, de 28 de junho de 2007, institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Apesar do nome da Política descrever apenas Alta Complexidade, existem ações de média complexidade que são desenvolvidas para garantir a integridade da assistência.

Ficam definidas as diretrizes para a atenção à saúde com vistas à prevenção da obesidade e à assistência ao portador de obesidade nos componentes fundamentais. Para Média Complexidade fica definido:

- Realizar ações diagnósticas e terapêuticas especializadas garantidas a partir do processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada Unidade Federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;
- Alimentar os sistemas de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação;

2.2.18 Sistema Nacional de Transplantes

Definida pela chamada Lei dos Transplantes, Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 e do Decreto nº. 2.268, de 30 de junho de 1997, que a regulamentou.

A Portaria nº 2.041, de 25 de setembro de 2008, inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS relacionados as ações de transplante e suas adequações para registro nos sistemas de informação do MS, sendo que para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas, os exames de diagnóstico e procedimentos específicos, usa-se o BPA e APAC/SIA.

2.2.19 Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva

A Portaria GM/MS nº. 1.531/2001 institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.

A Portaria SAS/MS nº. 364/2001 inclui, na tabela dos serviços/classificação do SIA/SUS, o serviço de terapia em pneumologia e inclui, na tabela de procedimentos SIGTAP, os procedimentos compatíveis com essa atenção, através da forma de registro APAC.

2.2.20 Planejamento, monitoramento e avaliação das políticas nacionais de saúde e os SIS

Para o planejamento, monitoramento e avaliação de cada política nacional existem ações/procedimentos específicos, como por exemplo acompanhamento pré e pós transplante; e ações/procedimentos em comum, como por exemplo, consultas médicas especializadas.

Porém como descrito, a maioria dessas ações são registradas nos sistemas de informação em saúde de diferentes formas (BPA-I, BPA-C, APAC, RAAS), e essas informações são processadas por um único sistema o SIA/SUS, que unifica as informações das ações em saúde realizadas em uma localidade em um determinado espaço de tempo para enviar ao DATASUS (BRASIL, 2015c).

Assim, para cada política do MS, pode-se utilizar indicadores específicos para avaliação e monitoramento, como por exemplo, quantidade de exames de Holter realizados por habitante em um município que possui serviço de Cardiologia de Alta Complexidade, para verificar se está sendo garantido o acesso ao serviço (BRASIL, 2011c).

Existem também indicadores em comum, como por exemplo, número de consultas médicas especializadas por habitantes. Porém, dependendo da política em questão pode-se avaliar a especialidade da consulta pela especialidade do profissional que a realizou.

Nesse sentido, cada região ou cada município pode utilizar uma variedade de indicadores para verificar se está alcançando suas metas, cumprindo com serviços pactuados, atendendo a população conforme suas necessidades, entre outros critérios de avaliação, monitoramento e, conseqüentemente, planejamento (BRASIL, 2013b).

Para as ações de média complexidade ambulatorial utiliza-se um conjunto de sistemas de informação em saúde que estabelecem um fluxo dessas informações até o Ministério da Saúde para Gestão do SUS.

As prioridades devem ser estabelecidas através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local (BRASIL, 2014a).

Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas, que devem fazer parte dos indicadores preconizados para gestão (BRASIL, 2006):

- Saúde do idoso;

- Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção da Saúde;
- Fortalecimento da Atenção Básica.

O Ministério da Saúde junto com a CIT, são responsáveis por determinar os indicadores de gestão que permitem avaliar o alcance das metas e objetivo dentro dessas prioridades nacionais acima citadas (BRASIL, 2015d).

Destes, serão descritos adiante aqueles que envolvem as ações de média complexidade realizadas ambulatorialmente.

Além desses indicadores, serão também descritos os indicadores de desempenho do SUS preconizados pelo MS. que envolvem as ações de média complexidade realizadas ambulatorialmente (CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE, 2011).

2.3 INDICADORES EM SAÚDE E PLANEJAMENTO SUS

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação de saúde em um território, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. É necessário analisar dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Os dados são a base para gerarmos informações. Os que escolhemos e o modo como os combinamos refletem o referencial que orienta a nossa visão de mundo, ou seja, o nosso “modo de ver” ou de conhecer uma determinada situação. Eles são como uma matéria prima, sobre a qual trabalhamos (juntando-os, correlacionando-os, contrapondo-os etc.) buscando produzir informações que se traduzam em um conhecimento, uma interpretação e um juízo sobre uma determinada situação (FERREIRA, 1999).

Assim, a informação é o produto obtido a partir de uma determinada combinação de dados, da avaliação e do juízo que fazemos sobre determinada situação. É um importante recurso para subsidiar o

processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação das ações desencadeadas.

“Um indicador é uma representação numérica ou não que, considerando nossas referências e critérios, nos permite, a partir da “preferência” que damos a determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças), produzir informações visando a elaborar um conhecimento (quantitativo e/ou qualitativo) sobre uma determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado” (FERREIRA, 1999, p. 6).

Em termos gerais, os indicadores são medidas que contêm informação relevante sobre saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos) (IBIDEM).

Uma das qualidades esperadas dos indicadores é a facilidade de serem analisados e interpretados, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde (IBIDEM).

Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes a integridade ou completude (dados completos) e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios). A

qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde dependem da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo. A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – deve ajustar-se à disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região (IBIDEM).

A manutenção de um conjunto de indicadores depende de instrumentos e métodos simples, para a sua extração regular dos sistemas de informação, assegurando a confiança dos usuários na informação produzida. Desta forma, é preciso monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da série histórica de dados, e disseminar a informação com oportunidade e regularidade.

Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação de saúde e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população e transparência (WHO, 2015).

Além de facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados.

Um Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve informar se ele está sendo eficiente, eficaz e efetivo no enfrentamento da situação de saúde indicada. Para tanto, deve produzir dados que reflitam indicadores capazes de medir (FERREIRA, 1999, p.11):

- Eficiência: utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível, evitando desperdícios;
- Eficácia: através das ações produzidas alcançar os melhores resultados possíveis, principalmente em relação à cobertura (número de pessoas atendidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa).
- Efetividade: obter transformações concretas na situação de saúde, coerente com os objetivos propostos pela gestão”

Exemplos de indicadores básicos para cada uma dessas categorias de análise, estão descritos no Quadro 02

Quadro 2 - Exemplos de Indicadores Básicos por Categoria de Análise

Categoria	Indicador
Eficiência	Produtividade por tipo de procedimento (consultas, exames laboratoriais etc.)
	Utilização da capacidade instalada
	Utilização da capacidade operacional (recursos humanos)
	Distribuição dos gastos por tipo de atenção prestada (ambulatorial básica e especializada; hospitalar e urgência; apoio diagnóstico e terapêutico; etc.)
Eficácia	Cobertura alcançada conforme as ações produzidas (consultas, vacinas, partos etc.)
	Concentração de procedimentos oferecidos (por exemplo: 03 consultas de pré-natal por gestante)
	Resolubilidade da atenção (por exemplo: a proporção de altas em relação às consultas realizadas)
	Em relação a uma ação realizada quantos foram atingidos (cobertura)
	Em relação a uma ação realizada quanto foi oferecido (concentração)
	Em relação a uma ação realizada como foi respondido (resolubilidade)
Efetividade	Indicadores de mortalidade
	Indicadores de morbidade
	Indicadores demográficos
	Indicadores socioeconômicos
	Indicadores ambientais (saneamento)

Fonte: Próprio do Autor

Por outro lado, a World Health Organization (WHO) em 2018 dividiu os indicadores em quatro categorias de análise:

- Estado de Saúde: inclui indicadores de mortalidade por idade, sexo, causa da morte, morbidade e fertilidade.
- Fatores de Risco: indicadores relacionados a nutrição, meio ambiente, comportamento, situações de risco e violência.
- Cobertura: indicadores relacionados aos serviços de reprodução, maternidade, recém-nascidos, crianças, adolescentes, imunização, doenças contagiosas, saúde mental, abuso de substâncias, etc.

- Sistemas de saúde: indicadores relacionados as entradas e saídas do sistema de saúde, como densidade e distribuição de serviços de saúde; profissionais de saúde, informação em saúde; e qualidade e segurança do cuidado.

No Brasil, A Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSAs, preconiza a construção de uma matriz de indicadores pautada nos critérios de: relevância para a compreensão da situação de saúde, suas causas e consequências; validade para orientar decisões de política e apoiar o controle social; identidade com processos de gestão do SUS; e disponibilidade de fontes regulares (BRASIL, 2009c).

Ainda, conforme WHO (2015), existe a classificação dos indicadores em seis subconjuntos temáticos, aos quais são: demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e de fatores de risco, além de recursos e cobertura. Cada indicador é caracterizado na matriz pela sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados (WHO, 2015).

De maneira geral estão disponíveis, para cada indicador, dados desagregados por unidade geográfica, idade e sexo. Dados sobre cor/raça e situação de escolaridade, quando disponíveis, são utilizados para avaliação de condição social (MENDES, 2011).

As Fichas de Qualificação dos indicadores são instrumentos de orientação técnica a ao usuário, que esclarece os conceitos e critérios adotados para os indicadores. Cada indicador pode ser definido em uma ficha de qualificação padronizada que dispõe sobre as seguintes características:

- Conceituação: informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo.
- Interpretação: explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
- Usos: principais finalidades de utilização dos dados, a serem consideradas na análise do indicador.
- Limitações: fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
- Fontes: instituições responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador e pelos sistemas de informação a que correspondem.
- Método de cálculo: fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo os elementos que a compõem.

- Categorias sugeridas para análise: níveis de desagregação definidos pela sua potencial contribuição para interpretação dos dados e que estão efetivamente disponíveis.
- Dados estatísticos e comentários: tabela resumida e comentada, que ilustra a aplicação do indicador em situação real. Idealmente, a tabela apresenta dados para grandes regiões do Brasil, em anos selecionados desde o início da série histórica (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008, p. 18).

As fichas de qualificação devem ser progressivamente aperfeiçoadas com a contribuição de consultores, especialistas e grupos de trabalhos, e esse processo de revisão e atualização deve ser periódico.

2.3.1 Indicadores preconizados para planejamento, monitoramento e avaliação no Brasil

De acordo com o Decreto nº 7508/2011, o planejamento, monitoramento e avaliação da gestão do SUS em um território deve ser conduzido pelo cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Esse monitoramento e avaliação periódicos serem realizados através de indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, são indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

A avaliação de desempenho tem por finalidade medir periodicamente o desempenho do gestor do ente federado na execução deste planejamento, de acordo com as metas e indicadores previstos, no caso, Pactuações de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; o e Índice de desempenho do SUS -IDSUS.

A primeira publicação do Ministério da Saúde, com os indicadores que devem ser utilizados para a Gestão do SUS, foi o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015, elaborado com a participação do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; seguido das publicações das Pactuações de 2016 e 2017-2021.

Já o IDSUS, foi lançado no dia 1º de março de 2012, como uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS. E esses indicadores passam a ser discutidos, a partir da Portaria nº 1.517, de 24 de julho de 2013, que institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da

Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de discussões que envolvem representantes de várias Secretarias do MS e do CONASS e CONASEMS (BRASIL, 2013c).

Para esse estudo serão elucidados os indicadores e cada ciclo de Pactuação Interfederativa e o IDSUS que envolvem procedimentos de Média Complexidade os quais as informações são extraídas do sistema SIA/SUS.

2.3.2 Pactuações Interfederativas

Para cada indicador desenvolvido foi desenvolvida uma Ficha Técnica que descreve as seguintes características (BRASIL, 2015d):

- Tipo de indicador: se ele é universal, que expressa o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema; ou específico, que expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema.
- Diretriz Nacional: as diretrizes de saúde estabelecidas pelos conselhos de Saúde expressam as linhas de ação a serem seguidas e orientam a formulação de política que se concretizam nos objetivos.
- Objetivo Nacional: expressam o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações no território, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada.
- Meta: expressam um compromisso para alcançar objetivos. Ao estabelecer metas, alguns fatores devem ser considerados: desempenhos anteriores (série histórica); compreensão do estágio de referência inicial, ou seja, da linha de base e a factibilidade, levando-se em consideração a disponibilidade dos recursos necessários, das condicionantes políticas, econômicas e da capacidade organizacional. As metas municipais, regionais, estaduais e do Distrito Federal serão definidas no processo de elaboração do planejamento regional integrado, no âmbito da Comissão Intergestores Regionais (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite e do Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal, respectivamente, considerando a análise da situação de saúde do território.

- Relevância do indicador: expressa a avaliação e o juízo que se faz sobre determinada situação de saúde, que reflete a realidade, indicando as necessidades, o perfil epidemiológico, entre outros. Subsidiando processos de planejamento e a gestão.
- Método de Cálculo: esclarece a metodologia para se calcular o indicador.
- Fonte: indica os SIS dos quais serem extraídas as informações.
- Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação: determinam a periodicidade que o indicador deve ser calculado e avaliado.
- Responsabilidade da União para alcance da meta: demonstram as ações que são de responsabilidade da esfera Federal para se alcançar a meta.
- Responsável pelo Monitoramento no MS: indica o Departamento do MS que é responsável pelo desenvolvimento e avaliação desse indicador, com o contato.

As fichas de qualificação dos indicadores estão padronizadas e elaboradas para cada um dos indicadores.

2.3.2.1 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015

Esse primeiro ciclo possui 66 indicadores, sendo que para os Estados, Distrito Federal e Regiões de Saúde 32 indicadores são universais, ou seja, são obrigatórios; e 34 são específicos e se tornam obrigatórios quando forem observadas especificidades no território. (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2013).

As diretrizes estão descritas no quadro 03.

Quadro 3 - Descrição das Diretrizes de Pactuação Interfederativa 2013-2015 e Quantidade de Objetivos, Metas e Indicadores

Diretriz	Quantidade de Objetivos	Quantidade de Metas	Quantidade de Indicadores
1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada	2	11	11
2. Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.	1	6	6
3. Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.	2	11	11
4. Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.	1	1	1
5. Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.	1	1	1
6. Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.	1	4	4

7. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	2	19	19
8. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.	3	3	3
11. Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.	2	6	6
12. Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.	1	2	2
13. Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.	1	3	3

Fonte: Próprio do Autor

Em toda a busca realizada nos materiais disponíveis não foi possível encontrar quais eram as diretrizes 9 e 10 que não foram incluídas no material final publicado pelo MS.

Na avaliação de 2014, o Indicador 17: Proporção das internações de urgência e emergência reguladas, pertencente a diretriz 2 foi excluído.

Ao analisar o quadro 03, verifica-se que o número de metas é igual ao de indicadores, ou seja, para cada meta foi desenvolvido um indicador específico.

A diretriz que mais apresenta indicadores é 7, Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, e os sistemas de informação mais relacionados são os de vigilância em saúde; Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI, Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - SISAGUA, Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue - SisPNCD.

As fichas de qualificação dos indicadores são padronizadas e elaboradas para cada um dos indicadores, e as fichas com os indicadores

que possuem como fonte de informações o sistema SIA/SUS encontram-se nos anexos 01, 02, 03, 04, 05, 06 e 07.

2.3.2.2 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016

O processo nacional de Pactuação de metas apresenta as fichas de qualificação dos 29 indicadores estabelecidos para o ano de 2016, conforme decisão tomada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite em 28 de julho de 2016 e publicado no Diário Oficial da União, em 16 de agosto de 2016, por meio da Resolução nº 2.

Os indicadores, relacionados a seis diretrizes e oito objetivos nacionais, são compostos por 18 indicadores universais, ou seja, de pactuação comum e obrigatória e 11 indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

As diretrizes estão descritas no quatro 04.

Quadro 4 - Descrição das Diretrizes de Pactuação Interfederativa 2016 e Quantidade de Objetivos, Metas e Indicadores.

Diretriz	Quantidade de Objetivos	Quantidade de Metas	Quantidade de Indicadores
1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.	1	2	2
2. Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e	2	9	9

nas redes de atenção nas regiões de saúde.			
3. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violência, no controle das doenças transmissíveis e na promoção de envelhecimento saudável.	2	15	15
4. Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013	1	1	1
5. Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.	1	1	1
6. Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.	1	1	1

Fonte: Próprio do Autor

Em toda a busca realizada nos materiais disponíveis não foi possível encontrar os motivos pelos quais houve a mudança das diretrizes. Mas pode-se observar que as diretrizes da primeira Pactuação estão contempladas na segunda Pactuação, porém reorganizadas.

Essa segunda Pactuação consegue alcançar uma das premissas da primeira que é buscar a redução do número de indicadores universais e específicos (BRASIL, 2015d).

As fichas de qualificação dos indicadores são padronizadas e elaboradas para cada um dos indicadores, e as fichas com os indicadores que possuem como fonte de informações o sistema SIA/SUS encontram-se nos anexos 08, 09, 10, e 11.

2.3.2.3 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021

Esse processo nacional de Pactuação de metas apresenta as fichas de qualificação dos 23 indicadores estabelecidos para os anos de 2017 a 2021, conforme decisão tomada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite em 24 de novembro de 2016 e publicado no Diário Oficial da União, em 12 de dezembro de 2016, por meio da Resolução nº 8.

Os indicadores, relacionados a diretrizes nacionais, são compostos por 20 indicadores universais, ou seja, de Pactuação comum e obrigatória e 3 indicadores específicos, de Pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território, conforme orientações nas fichas.

Nesse ciclo de Pactuação as Fichas Técnicas apresentam algumas características diferentes:

- Objetivo e Relevância do Indicador estão agrupados em uma mesma característica, fazendo que para cada diretriz se tenha um objetivo diferente;
- A característica Meta foi excluída, desta forma essa coluna foi excluída no quadro 05;
- A série histórica e estatísticas da OMS aparecem como informações auxiliares na característica Método de Cálculo;
- Surge uma nova característica que é Observações e Limitações, que contribui para os gestores perceberem alguns pontos frágeis no momento de se calcular o indicador e as limitações nas interpretações da mensuração final. Essa ferramenta para o gestor indica quais os registros nos SIS devem ser priorizados.

As diretrizes estão descritas no quatro 05.

Quadro 5 - Descrição das Diretrizes de Pactuação Interfederativa 2017-2021 e Quantidade de Objetivos, e Indicadores.

Diretriz	Quantidade de Objetivos	Quantidade de Indicadores
1. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violência, no controle das doenças transmissíveis e na promoção de envelhecimento saudável	11	11
2. Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.	5	5
3. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.	6	6

Fonte: Próprio do Autor

O Indicador 15 não possui Diretriz descrita como característica na Ficha de Qualificação.

As fichas de qualificação dos indicadores são padronizadas e elaboradas para cada um dos indicadores, e as fichas com os indicadores que possuem como fonte de informações o sistema SIA/SUS encontram-se nos anexos 12, 13, 14, e 15.

2.3.3 Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

O IDSUS materializa o esforço do MS no sentido de estabelecer parâmetros objetivos, que norteiem os investimentos no SUS por parte do Estado Brasileiro, contribuindo para a prestação de serviços públicos de saúde adequados e efetivos.

É um instrumento pactuado entre gestores da saúde dos municípios estados e governo federal importante para a formulação e execução de políticas públicas de saúde.

Tem como objetivo permitir uma aferição contextualizada do desempenho do sistema de saúde em cada município, estado e região, em relação ao acesso e a efetividade da atenção básica, atenções ambulatorial e hospitalar, e urgência e emergência. Além de permitir a detecção de deficiências e monitoramento dos pactos de compromisso entre os entes federados, pois os indicadores do IDSUS estão atrelados as metas definidas no Contrato de Organização de Ação Pública (COAP) (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Construído dentro da implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação para a Qualificação do SUS, expressa-se por meio de indicadores simples e compostos, visando subsidiar ações dos gestores municipais, estaduais e federais, afim de melhorar a qualidade dos sistemas de serviços de saúde aos brasileiros, dentro dos preceitos do SUS.

Sua principal característica é ter, em quase todos os indicadores, como numeradores dados sobre procedimentos de saúde produzidos para os habitantes de determinado território atendidos pelo SUS; e, como denominador dados referentes a todos os habitantes desse mesmo território que contam não só com o SUS, mas sim serviços de saúde financiados privadamente (BRASIL, 2013c).

O IDSUS se propõe a avaliar o desempenho do SUS, quanto ao acesso potencial ou obtido e a efetividade das ações presentes e futuras em toda a rede integrada e hierarquizada de uma região de saúde. E não tem objetivo de avaliar todos os aspectos do SUS, como custo e satisfação do usuário.

Os indicadores IDSUS possuem Fichas Técnicas bem estruturadas com as seguintes características:

- Definição, define o objetivo do indicador;
- Interpretação, define a relevância do indicador;
- Método de Cálculo, esclarece a metodologia para o cálculo;
- Parâmetro, define qual seria meta a ser alcançada;

- Pontuação, indica a nota que o território avaliado recebeu;
- Fonte, indicada a origem das informações utilizadas;
- Linha Avaliativa, se avalia acesso ou efetividade;
- Complexidade, qual a complexidade das ações envolvidas (Básica, Média ou Alta);
- Modalidade, se é ambulatorial ou hospitalar;
- Atenção, indica qual linha de atenção a saúde do MS se refere;
- Origem;
- Nota, mostra a distância entre a situação atual e a situação desejada;
- Ano Analisado, período avaliado para o cálculo do indicador.

O IDSUS conta com indicadores que aferem:

- “Acesso Potencial, aquele que permite inferir a oferta potencial de atendimentos. Exemplo: os indicadores de cobertura pelas equipes básicas de Saúde
- Acesso Obtido, isto é, aquele que pode ser medido por meio dos atendimentos realizados. Exemplo: os indicadores razões de procedimentos habitante/ano
- Efetividade entendida com característica que mostra o grau com que serviços atingem s resultados esperados. Exemplo: baixa proporção de internações sensíveis à atenção básica, alta cobertura vacinal, baixa proporção de óbitos nas internações por infarto do miocárdio” (BRASIL, 2013c, p.14).

Focado no cuidado em saúde o IDSUS selecionou no total 24 indicadores, (14 de acesso potencial ou obtido e 10 de efetividade) divididos em cinco categorias: Indicadores de Acesso Potencial da Atenção Básica.

1. Indicadores de Acesso Obtido na Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade
2. Indicadores de Acesso Obtido na Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência
3. Indicadores de Efetividade da Atenção Básica
4. Indicadores de Efetividade da Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência

As fontes de dados do IDSUS são: SCNES, SIA, SINAN, SI-PNI, SIHD, Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, Instituto Brasileiro de geografia e Estatística - IBGE e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome.

Métodos estatísticos aplicados são (BRASIL, 2013c):

- Padronização Indireta por Faixa Etária e Sexo Para eliminar a influência das diferenças de faixas etárias e sexo existente nas populações dos municípios.
- Bayes Empírico para eliminar a grande variação do resultado de indicadores em pequenas populações (ex: óbito de < 15 anos, em 5 internações com UTI, dá uma proporção de 20%, nenhum óbito daria 0%).
- Análise de Componentes Principais (*PCA Principal Component Analysis*) Método utilizado para atribuir pesos aos indicadores do IDSUS. Atribui maior peso aos indicadores com resultados diferentes entre os municípios, permitindo expressar a diversidade do SUS. Compara os resultados dos indicadores entre todos municípios brasileiros e dá: (i) maior peso se os resultados forem muito diferentes e (ii) menor peso se os resultados forem muito semelhantes.

A metodologia estatística empregada, com uso de estatística bayesiana, análise de componente principal não foi divulgada de forma que pudesse ser validada ou replicada. Assim, o IDSUS levantou um grande debate por parte de pesquisadores e dos gestores pela pouca representatividade do indicador síntese, à falta de transparência da metodologia, bem como à forma de divulgação e sua finalidade e utilização na melhoria do desempenho dos serviços prestados” (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

O IDSUS não conta com indicadores de gestão (planejamento, financiamento, recursos, etc) diretamente, porém partindo do pressuposto que o bom desempenho no cuidado à saúde traz indícios de lequada, a análise desses indicadores foi mantida no estudo dos entos de Média Complexidade Ambulatoriais envolvidos.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma análise documental das informações disponíveis de acesso livre nos documentos do MS e nos Sistemas de Informação em Saúde.

As informações com significado relevante, para a estrutura informacional das ações de Média Complexidade Ambulatorial já existente no âmbito do SUS e para os indicadores de saúde que auxiliam os gestores nos processos decisórios inerentes a gestão de recursos, a partir de um olhar cuidadoso e crítico das fontes documentais, foram apresentadas em números absolutos; e o fluxo dessas informações inseridas nos SIS do Ministério da Saúde foi descrito contribuindo para a validação das mesmas.

3.2 FONTE DE DADOS

Foram utilizadas todas as ações em saúde descritas no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMS do SUS – SIGTAP, que possuem modalidade de atendimento ambulatorial com tipo de complexidade média.

Para o desenvolvimento do estudo foi utilizada a versão da tabela da competência de junho de 2018, disponível no site do SIGTAP².

A partir desse momento foi realizado um levantamento dos sistemas de informação em saúde do MS que permitiram acesso as informações em saúde de Média Complexidade Ambulatoriais e uma análise do fluxo dessas informações desde o momento da inserção dos dados até a disponibilização das informações para consulta pública.

Os documentos analisados para a análise documental dos indicadores de saúde no processo de gestão do SUS para ações de Média Complexidade Ambulatorial e dos SIS foram publicações científicas (livros, artigos, dissertações de mestrado, teses de doutorado), documentos governamentais (Leis, Decretos, Portarias, Normas Técnicas, Manuais) bem como sites de instituições governamentais, e organismos internacionais publicados a partir de 1990.

² SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do SUS. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>> Acesso em: 12 jul. 2018.

O período foi escolhido para que se fosse possível analisar os registros encontrados desde o início da implantação do SUS no Brasil e a utilização de textos nacionais e internacionais para que seja possível avaliar o desenvolvimento no Brasil em paralelo as experiências nos outros países.

Os SIS envolvidos no fluxo das informações avaliadas foram descritos quanto aos dados que podem ser inseridos, forma de registro, instrumentos de coleta de dados, relações e regras de negócio dentro dos sistemas e fatores que podem interferir no registro.

Desta forma, foram avaliados indicadores já preconizados pelo Ministério da Saúde para a gestão do SUS e para avaliação de desempenho do SUS. Esses indicadores foram avaliados em sua plenitude, mas foram detalhados apenas os que contemplam os procedimentos de Média Complexidade Ambulatorial.

“No processo de planejamento no SUS devem ser consideradas como essenciais as Pactuações realizadas nas Comissões Intergestores — CIR, CIB e CIT —, uma vez que esses espaços de governança têm a competência de discutir e pactuar de forma permanente a política de saúde e sua execução na construção da gestão compartilhada do SUS” (BRASIL, 2016c, p.81).

Desta forma, foram escolhidos os Indicadores dos ciclos de Pactuação Interfederativa 2013-2015, 2016, 2117-2021 e Índice de Desenvolvimentos do SUS – IDSUS, descrito no Decreto 7508/2011. No detalhamento dos indicadores, foram também apontados os possíveis pontos frágeis no momento do registro nos SIS, que podem interferir na confiabilidade no cálculo do indicador.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esse estudo analisou os dados de ações e informações em saúde inseridos nos sistemas de informação do Ministério da Saúde e suas aplicações para instrumentarem os gestores municipais de saúde no processo de tomada de decisão.

Desta forma, não foram utilizadas informações em saúde de indivíduos atendidos no SUS ou um banco de dados específico com informações de saúde desses indivíduos.

Assim, não foram desrespeitados nenhum princípio da Bioética, como autonomia, maleficência, beneficência, justiça ou anonimato.

3.4 ETAPAS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Nessa primeira parte da coleta de dados do estudo foram selecionados todos os procedimentos da Tabela SIGTAP de média complexidade que possuem forma de registro BPA-I, BPA-C, RAAS e APAC.

Foram realizados relatórios em Excel® a partir da ferramenta da Tabela disponível no site do SIGTAP³, acessando o seguinte caminho da informação: Acessar a Tabela Unificada> Relatórios >Procedimentos> Publicados> Com Atributos.

O tipo de relatório selecionado foi o Simples, pois refere a lista de procedimentos com os respectivos códigos. Conforme a Figura 1.

Figura 1 - Exemplo de Relatório Simples de Procedimentos da Tabela SIGTAP utilizados no Estudo.

Ministério da Saúde - MS		
Secretaria de Atenção à Saúde		
Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS		
Procedimento (Simples)		
Competência: 07/2018		
Filtros Utilizados		
Competência:	07/2018	
Situação do Procedimento:	Publicado	
Consultar:	Todos	
Grupo:	04 Procedimentos cirúrgicos	
SubGrupo:	07 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	
Filtrar Exc. Modalidade:		
Modalidade:	Ambulatorial,	
Filtrar Exc. Inst. Registro:		
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal), APAC (Proc. Secundário),	
Complexidade:	Média Complexidade	
Código	Nome	
0407020225	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	
Total de Procedimentos: 1	7/9/18 9:17 AM	Página 1 de 1

Fonte: SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, e OPM do SUS.

³ SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do SUS. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>> Acesso em: 12 jul. 2018.

Foram selecionados os seguintes filtros: Grupo Subgrupo Modalidade: Ambulatorial Instrumento de Registro: BPA-I, BPA-C, RAAS e APAC Complexidade: Média Complexidade Formato: MS Excel® (xls).

Para cada Grupo e Subgrupo foram gerados relatórios com os códigos dos procedimentos, e posteriormente os códigos foram colocados todos em um único arquivo de Excel®, onde as linhas contemplavam os diferentes códigos e nome dos procedimentos; e nas colunas foram as seguintes informações: Formas de Registro (BPA-I, BPA-C, RAAS e APAC), matrizes de indicadores das Pactuações Interfederativas e IDSUS, se houvesse algum indicador com algum dos códigos das linhas foram criadas colunas com o número do Indicador.

Como resultado final temos uma tabela, na qual todos os procedimentos de Média Complexidade que podem ser realizados ambulatorialmente estão descritos e qual a forma de registro e se o mesmo está envolvido no cálculo de algum indicador de planejamento oficial do MS.

O modelo da tabela encontra-se na tabela 01:

Tabela 1 - Modelo da Tabulação dos Procedimentos da Tabela SIGTAP e análise se pertencem a algum Indicador Selecionado.

Código	Nome	BPA-I	BPA-C	APAC	RAAS	Pactuação Interfederativa 2013-2015	Indicador X	Pactuação Interfederativa 2016	Indicador Y	Indicador Z	Pactuação Interfederativa 2017-2021	Indicador W	IDSUS	Indicador K
000	AA													
000	AA													
111	DD													
111	DD													

Fonte: Próprio do Autor

Após a tabela estruturada com os códigos da Tabela SIGTAP de Média Complexidade e suas formas de Registro, foram avaliados todos os indicadores das Pactuações Interfederativas e do IDSUS.

Essa avaliação contemplou inicialmente todos os indicadores que integram as fontes de informações extraídas do SIA/SUS.

Em um segundo momento, foram analisados, desses indicadores selecionados, os que contemplavam ações de Média Complexidade entre os procedimentos selecionados para o cálculo e avaliação.

A partir deste momento, foram analisados os seguintes critérios para seleção dos indicadores estudados:

- Os indicadores contemplam só procedimentos de Média Complexidade para a realização do cálculo;
- Os indicadores são calculados só com a série histórica dos procedimentos processados pelo SIA/SUS;
- A relevância do Indicador para o planejamento de ações de Média Complexidade;
- Qual a forma de registro nos SIS dessas ações contempladas nos indicadores selecionados;
- Como a forma de registro pode interferir no planejamento das estratégias a partir dos indicadores;
- Quais as informações em saúde que podem contribuir para o planejamento e que ser extraídos dos SIS do MS;

Com a seleção dos indicadores realizada, os procedimentos envolvidos no desenvolvimento dos indicadores foram selecionados na tabulação, conforme mostra a tabela 01.

Nesse momento, foi necessário esclarecer o fluxo desses dados de ações em saúde de Média Complexidade Ambulatoriais realizadas no âmbito do SUS. Para compreender melhor se as ações que envolvem a utilização dos SIS para geração dessas informações são eficientes no processo de utilização dos recursos dos SIS para a transformação dos conhecimentos em produtos e processos que atendam às necessidades de gestão do SUS para as ações em saúde definidas nesse estudo.

Essa análise do fluxo dessas informações permitiu avaliar pontos frágeis e bem estruturados desses processos para construção dos indicadores selecionados.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.1 FLUXO DAS INFORMAÇÕES DAS AÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE NO ÂMBITO AMBULATORIAL

A informação é matéria-prima importante na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) um Sistema de informação de Serviços de Saúde tem o propósito de selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Para além disso, a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (WHO 2010).

Assim para o presente estudo, busca-se esclarecer (ou elucidar) o fluxo das informações das ações de média complexidade na modalidade ambulatorial no âmbito do SUS para auxiliar na avaliação dos dados e das informações em saúde registrados nos SIS (Sistemas de Informação em Saúde) do MS (Ministério da Saúde) que podem fazer parte da construção de indicadores em saúde para auxiliar no processo de planejamento, monitoração e avaliação do SUS.

4.1.1 SIS e o processo de planejamento, monitorização e avaliação do SUS

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. O MS desenvolveu sistemas nacionais de informação sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, orçamento público em saúde e outros. A ampla disponibilidade eletrônica desses dados, permite cada vez a utilização dos mesmos nas práticas de gestão e saúde pública (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados, com o intuito de analisar o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes. Ou seja, permitir o desenvolvimento de estratégias mais apropriadas e, conseqüentemente, mais efetivas (IBIDEM).

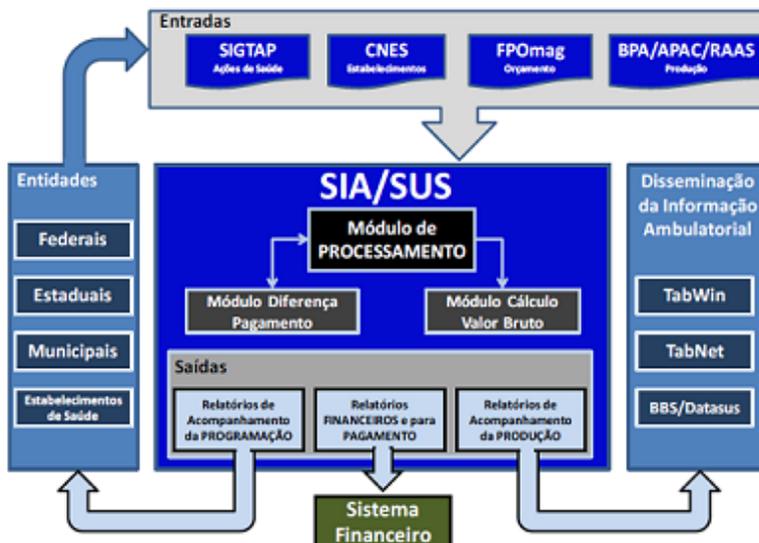
O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de 90, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do (Boletim de Produção Ambulatorial) BPA. Ele vem sendo aprimorado com o objetivo de gerar informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. Isso reforça a ideia do SUS para uma gestão cada vez mais descentralizada. Nesse sistema, o processamento dos dados ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município poderiam a princípio cadastrar programar e processar a produção dos prestadores de serviço do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão (BRASIL, 2016d).

A partir da sua implantação passou por várias melhorias em função de deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS. Em paralelo, outras estruturas informacionais também foram aprimoradas e/ou criadas para dar suporte a esse novo sistema e suas melhorias. Um primeiro movimento foi uma revisão completa da tabela de procedimentos ambulatoriais concluída em 1998. Também foi criado o aplicativo Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) Magnético destinado ao registro da captação do atendimento ambulatorial de caráter relevante na operacionalização dos procedimentos que necessitam de autorização prévia (IBIDEM).

Outro avanço foi a unificação dos cadastros de estabelecimentos de saúde SIA e do Sistema de Informação Hospitalar – SIH, por meio do SCNES (IBIDEM).

A estrutura completa de processamento das informações envolvido é composta pelas fases de entradas, módulo de processamento, saídas e disseminação da informação ambulatorial. Uma vez que as entradas e as saídas estejam bem estabelecidas, é necessário enumerar os módulos que executarão as rotinas e os processos que irão do tratamento aos dados, consistindo-os, validando-os, agregando-os e permitindo a produção das informações desejadas (IBIDEM).

Figura 2 - Diagrama de processamento ambulatorial e sistemas de envolvidos.



Fonte: SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema, 2016, p.10

O SIA possui quatro entradas básicas para o processamento e geração de informação, são elas:

- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP: contém todos os procedimentos, atributos e regras que possibilitam o processamento da produção ambulatorial, através do SIA. Essa tabela é inserida no processamento da produção ambulatorial por meio de publicação mensal, e que deve ser atualizada mensalmente nos sistemas e aplicativos.
- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES: é o documento público e sistema de informação oficial de cadastro de informações de todos os estabelecimentos de saúde do país SUS e não SUS.
- Ficha de Programação Orçamentária Magnética – FPO-Mag: é o aplicativo que possibilita ao gestor local registrar a programação física orçamentária ambulatorial, de cada estabelecimento de saúde, que presta atendimento ao SUS.

- BPA-Mag, APAC-Mag e RAAS: são sistemas de captação de dados de atendimento ambulatorial que permitem ao prestador de serviço vinculado ao SUS, registrar os atendimentos realizados em um local em um período (BRASIL, 2015c).

Após as entradas, o módulo de processamento do SIA executa o tratamento desses dados que são utilizados como entrada para todos os módulos do sistema que usam tais informações. Ocorre também o tratamento dos dados de orçamento de cada prestador importados do FPO-Mag, criando no sistema a ficha orçamentária que será confrontada com a produção ambulatorial apresentada (BRASIL, 2016d).

O processamento dos dados das ações de saúde executadas a partir das informações de produção ambulatorial importada, contempla o tratamento dos dados validando e consistindo com os dados do cadastro de estabelecimento de saúde, a programação físico orçamentária, e a Tabela SUS; visando à execução das funções de conferência e consolidação da produção ambulatorial apresentada pelos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2015c).

Como saída após o processamento, o SIA fornece como produtos importantes relatórios que são utilizados para diversos fins para os gestores. Entre eles Relatórios de Acompanhamento de Programação, Relatórios da Produção e Relatórios Financeiros e para Pagamento. As informações com os valores produzidos por estabelecimentos devem ser encaminhadas ao setor financeiro para que sejam efetuados os respectivos descontos e os pagamentos aos prestadores do SUS (BRASIL, 2016d).

As informações processadas pelo SIA são encaminhadas ao MS, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, para alimentar o Banco de Dados Nacional do SIA.

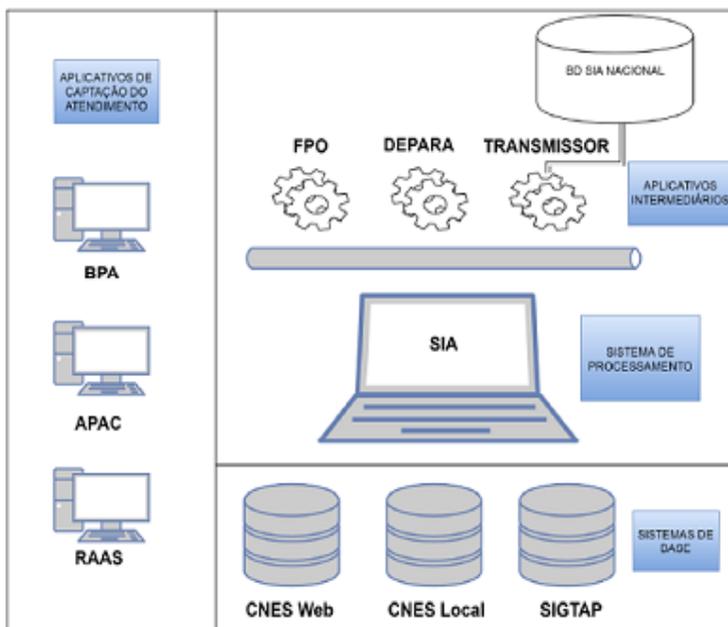
O DATASUS é responsável por efetuar a validação desses bancos de dados e realizar a disseminação das informações através de três ferramentas:

- TABNET: Instrumento online tabulador de diversas informações de saúde.
- TABWIN: Aplicativo tabulador de informações de saúde para Windows. Necessita de arquivos de configurações e de produção disponibilizados pelo DATASUS.

- MSBBS/DATASUS: permite a importação e o tratamento de dados por outras ferramentas de banco de dados diferente do TABWIN.

A figura abaixo mostra os sistemas e aplicativos de produção ambulatorial envolvidos no processamento de dados em saúde na modalidade ambulatorial no SUS.

Figura 3 - Sistemas e Aplicativos da produção ambulatorial.



Fonte: SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema, 2016, p.13

Para cada nível de atenção e gestão existem competências e sistemas de informação necessários para garantir o fluxo das informações de média complexidade ambulatorial, descritos no quadro 06.

Quadro 6 - Descrição das Competências em cada Esfera de informação.

Esfera	Competências
Estabelecimentos de Saúde	Estão instalados os aplicativos BPA-Mag, APAC-Mag e RAAS, os quais permitem registrar os atendimentos realizados em regime ambulatorial. Além desse aplicativos existem outros, como SISCAN e SISPRENATAL que captam informações gerando arquivos de saúde com estrutura compatível para importação pelo SIA.
Secretarias Municipais	São instalados o SIA, os sistemas de base e os aplicativos intermediários, que conjuntamente contém todas as informações e regras para o processamento ambulatorial. Compete ao gestor municipal o controle e avaliação da produção ambulatorial processada e enviada.
Secretarias Estaduais	São instalados o SIA, os sistemas de base e os aplicativos intermediários, que conjuntamente contém todas as informações e regras para o processamento ambulatorial. Compete ao gestor municipal o controle e avaliação da produção ambulatorial processada e enviada.
Ministério da Saúde	Está instalado o Banco de Dados Nacional do Sistema de Informações Ambulatorial (BDSIA Nacional) que possibilita a disseminação das informações por meio dos aplicativos TABNET e TABWIN, geridos pelo DATASUS. Também é responsável pela gestão dos sistemas SIGTAP e SCNES.

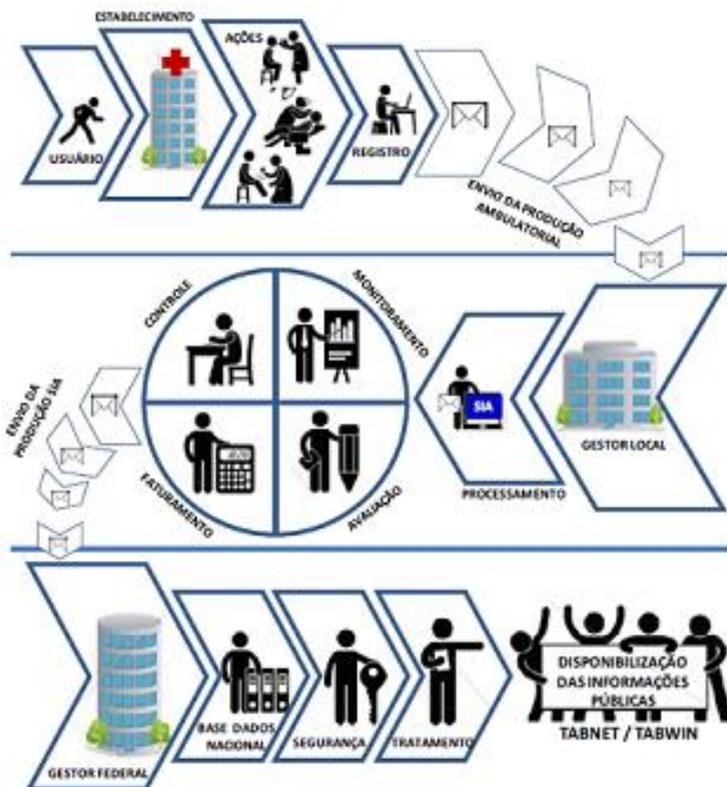
Fonte: Próprio do Autor

Em relação ao fluxo de atendimento e captação da informação existem dois panoramas. Os dois fluxos começam em um estabelecimento de saúde que esteja devidamente cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES para prestar atendimento ambulatorial ao SUS. Após a realização das ações em saúde em um determinado período, o estabelecimento de saúde registra

as ações em um dos SIS do MS. Se as ações não exigem autorização pelo gestor as ações serão registradas nos aplicativos BPA-Mag, RAAS, SISPRENATAL e SISCAN. Alguns prestadores de serviço utilizam sistemas próprios para o registro dos atendimentos ambulatoriais, que obrigatoriamente, devem gerar arquivos de saída com estrutura compatível com a do SIA.

Esse fluxo é bem ilustrado na Figura 04.

Figura 4 - Fluxo de captação do atendimento ambulatorial sem autorização



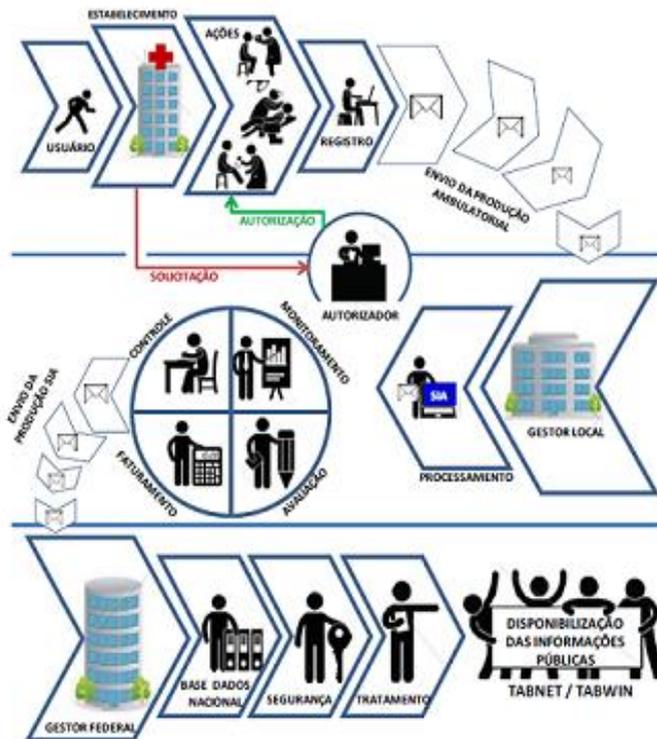
Fonte: SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema, 2016, p.16

Se as ações realizadas exigirem autorização do gestor elas serão registradas no aplicativo APAC-Mag e os procedimentos podem ser principais e secundários, conforme relações no SIGTAP.

“O procedimento Principal é definido pelo MS como aqueles que necessitam de autorização prévia para a sua realização. Já os Procedimentos Secundários são aqueles que não necessitam de autorização prévia para sua realização, entretanto o registro desses procedimentos na APAC-Mag somente pode ser efetuado junto com um procedimento principal compatível, de acordo com definições constantes no SIGTAP.” (BRASIL, 2016d, p.17).

Esse fluxo é bem ilustrado na Figura 05.

Figura 5 - Fluxo de captação do atendimento ambulatorial com autorização.



Fonte: SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema, 2016, p.16

4.1.2 SIS envolvidos no fluxo das informações ambulatoriais de média complexidade

Sob outro ângulo, os SIS citados envolvidos no fluxo das informações ambulatoriais de média complexidade serão explicados a seguir das quais se destacam:

4.1.2.1 Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - (SCNES)

O SCNES visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas Federal, Estadual e Municipal. Permite adquirir o conhecimento efetivo de como está formado o universo de estabelecimentos que cuidam da saúde da nossa população, desde nos grandes centros, até nas mais longínquas localidades, tornando visível esse cenário a toda sociedade, fortalecendo o controle social (BRASIL, 2009d).

Esse aplicativo é base para operacionalizar os Sistemas de Informação em Saúde, imprescindíveis para um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente a suas potencialidades, auxiliando no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo (PORTARIA SAS/MS nº 403, 2000).

Compreende o cadastro dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos da área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. Em relação aos profissionais, compreende o cadastro do profissional de saúde e das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

É base estrutural juntamente com outros sistemas de cunho estruturante para todos os sistemas que dependem de dados relativos a Estabelecimentos, Profissionais e Usuários (BRASIL, 2009d).

O SCNES pode ser implantado em diferentes locais de instalação, integrando os níveis de organização da rede de saúde municipal, e transfere os dados para o Banco de Dados Nacional – BDCNES. É uma ferramenta de otimização do gerenciamento local direcionada às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Estabelecimentos de Saúde – EAS (BRASIL, 2015c).

4.1.2.2 Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP

É uma ferramenta para consulta de todos os procedimentos que podem ser realizados no âmbito ambulatorial e hospitalar e que compõem a Tabela de Procedimentos do SUS. Esse sistema entrou em vigor em janeiro de 2008 e é resultado da junção das tabelas de procedimentos separadas para os sistemas SIH e SIA, e permitiu a integração das bases de dados destes dois sistemas de informação. O seu desenvolvimento é o segundo movimento para a padronização de terminologia das áreas ambulatorial e hospitalar pelo MS, o primeiro foi a criação do SCNES em 2003 (BRASIL, 2016d).

Enquanto ferramenta de gestão ela permite o acompanhamento sistemático, inclusive com séria histórica, das alterações realizadas a cada competência detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidade e relacionamentos (BRASIL, 2011e).

A cada competência esse sistema gera um arquivo com todas as alterações realizadas para registro de produção ambulatorial, hospitalar e outros níveis de atenção e, que irão alimentar outros sistemas de informação em saúde como é o caso do SIA, SIHD e e-SUS AB e consequentemente as versões desses sistemas (BRASIL, 2015c).

É direcionada às Secretarias Estaduais de Saúde – SES, as Secretarias Municipais de Saúde – SMS, aos fornecedores públicos, filantrópicos e privados de serviço e demais usuários ligados direta ou indiretamente à Rede SUS.

Este sistema possui duas versões para acesso sendo uma web⁴ e outra desktop⁵. Estruturalmente o sistema agrega os procedimentos, medicamentos e OPM do SUS, com uma nomenclatura única, em quatro níveis de agregação:

- GRUPO: É o primeiro nível de agregação da tabela. Em cada grupo estão agregados procedimentos com ações gerais semelhantes ou de acordo com a finalidade do atendimento a ser prestado aos usuários na rede do SUS.

⁴ Sistema SIGTAP Versão web – Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/>>

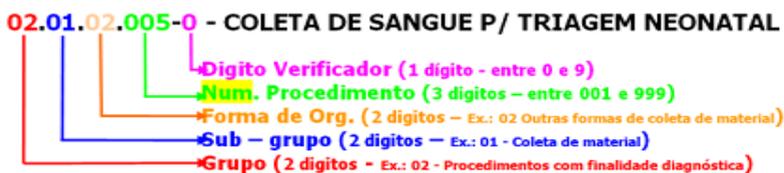
⁵ Sistema SIGTAP Versão Desktop – Disponível em:

<<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp.>>

- **SUBGRUPO:** É o segundo nível de agregação da tabela. Nos subgrupos estão agregados os procedimentos por tipo e/área de atuação.
- **FORMA DE ORGANIZAÇÃO:** É o terceiro nível de agregação da tabela. Os procedimentos estão agregados por diferentes critérios: região anatômica, sistemas do corpo humano, especialidades, tipos de exames, tipos de órtese e prótese, tipo de cirurgias, entre outros.
- **PROCEDIMENTO:** É o quarto nível de agregação da tabela. Corresponde ao detalhamento máximo do método, do processo, da intervenção ou do atendimento do usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento das ações complementares ou administrativas. Cada procedimento tem atributos definidos que caracterizam de forma exclusiva.

Essa estrutura resulta em uma forma de codificação que permite a identificação dos procedimentos de forma mais direta, objetiva e unificada, possibilitando também ajustes necessários ao longo da linha do tempo conforme as necessidades das áreas técnicas. Conforme pode-se observar no exemplo da figura 06.

Figura 6 - Exemplo de Codificação de Procedimentos da Tabela SIGTAP.



Fonte: Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão DESKTOP, 2011, p. 11

Para cada item contemplado na Tabela SIGTAP são descritos atributos, que são características inerentes da ação em saúde ou que determinam condições necessárias para a realização do mesmo. Para cada procedimento existem atributos definidos os quais são exigidos e consistidos durante o processamento de dados dos sistemas de informação de produção ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2015c).

Esse sistema garante uma maior transparência das regras existentes ao criar um repositório não só de todos os procedimentos, mas sim também das regras gerais relacionadas a cada um deles. Pode-se conhecer as características totais dos procedimentos, como: tipo de financiamento, valor, profissional que pode executar o procedimento, condições de saúde específicas que justificam a realização do procedimento, tipos de estabelecimentos que podem realizar o procedimento, complexidade dos procedimentos entre outros (BRASIL, 2016d).

Os atributos podem ser divididos em dois tipos:

4.1.2.2.1 Atributos gerais

São características estruturais para composição dos procedimentos, e estão divididas em 4 categorias:

- Relacionados ao próprio procedimento
- Relacionados ao estabelecimento de saúde com base no SCNES da competência da realização do procedimento
- Relacionados ao usuário
- Relacionados ao financiamento

Cada tipo de atributo está descrito conforme os quadros 07, 08, 09 e 10 abaixo:

Quadro 7 - Descrição dos Atributos Relacionados ao próprio Procedimento.

Atributo Geral	Descrição
Código	É o identificador numérico com dez dígitos, constituído a partir da estrutura da Tabela de procedimentos
Nome	É a denominação do procedimento
Descrição	É uma definição ou detalhamento do procedimento, quanto as suas características e orientações de uso
Portaria/Vigência	É o ato normativo que institui/altera/exclui os procedimentos da Tabela SUS. Identifica também a competência/mês de validade inicial e final do procedimento
Código de origem	Identifica os códigos que originam novos procedimentos da Tabela SIGTAP
Modalidade de atendimento	Identifica o regime de atendimento onde o procedimento pode ser realizado
Complexidade	Identifica o nível de atenção à saúde no qual é possível a realização do procedimento
Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Corresponde aos códigos da classificação das ocupações do mercado de trabalho, especificando os profissionais de saúde, que poderão realizar o procedimento
Instrumento de Registro	Identifica o instrumento e captação de dados dos atendimentos
Média de Permanência	É a quantidade média de dias de internação prevista para o procedimento
Quantidade Máxima	É o limite máximo permitido por procedimento para realização do tratamento/atendimento
Pontos	Tem por objetivo subsidiar o cálculo do valor a ser rateado entre os profissionais envolvidos na realização do procedimento
Valor	É o valor de referência nacional mínimo definido pelo MS para remuneração do procedimento

Fonte: Próprio do Autor

Quadro 8 - Descrição dos Atributos Relacionados ao Estabelecimento de Saúde com base no SCNES da Competência da realização do Procedimento.

Atributo Geral	Descrição
Serviço/Classificação	Identifica os serviços especializados, que o estabelecimento de saúde precisa dispor para realização de um procedimento
Habilitação	Determina as condições técnicas operacionais para a prestação de determinado tipo de assistência
Tipo de Leito	Determina o tipo de leito indicado para a realização do procedimento

Fonte: Próprio do Autor

Quadro 9 - Descrição dos Atributos Relacionados ao usuário.

Atributo Geral	Descrição
Idade	Define em anos completos, a idade mínima/máxima permitida para realização do procedimento especificado
Sexo	É o gênero permitido para a realização do procedimento
CID Principal	É o código que identifica a patologia/lesão que motivou o atendimento
CID Secundário	É o código que identifica a patologia que iniciou a cadeia de acontecimentos que conduziram a doença/lesão

Fonte: Próprio do Autor

Quadro 10 - Descrição dos Atributos Relacionados ao financiamento.

Atributo Geral	Descrição
Tipo de Financiamento	Determina o bloco de financiamento definido pelo MS para custeio do procedimento
Incremento	É um percentual que é acrescido ao valor do procedimento, vinculado diretamente a uma habilitação específica do estabelecimento

Fonte: Próprio do Autor

4.1.2.2.2 Atributos Complementares

São marcadores adicionados que compõe regras para aplicação de consistências para determinados procedimentos, a serem utilizadas pelos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar.

Quadro 11 - Descrição dos Atributos Relacionados ao financiamento.

Atributo Complementar	Descrição
Inclui valor da Anestesia	Identifica se o valor do procedimento já inclui o valor da anestesia
Política Nacional de Cirurgias Eletivas	Indica se o procedimento faz parte do rol das Cirurgias Eletivas definidas pelo MS
Admite longa Permanência	Identifica os procedimentos que permitem o registro na AIH de continuidade
Admite Permanência à Maior	Identifica os procedimentos que permitem permanência além do dobro dos dias previstos no atributo média de permanência
Admite liberação de quantidade na AIH	Identifica os procedimentos em que o gestor pode liberar a quantidade superior definida no atributo quantidade máxima
CNRAC	Identifica os procedimentos que integram a Política Nacional de Regulação de Alta Complexidade
Permanência por Dia	Procedimentos com valor fixado por dia de internação
Não permite mudança de Procedimento	Identifica procedimentos que não podem ser alterados após a autorização dos mesmos
Exige CNS	Exigem o registro do CNS do usuário
Exige VDRL na AIH	Identifica os procedimentos que exigem na AIH a realização do exame VDRL
Admite alta direta da UTI	Identifica os procedimentos que não exigem permanência em leito de enfermaria após a alta da UTI
Exige idade no BPA (consolidado)	Identifica os procedimentos que exigem registro da idade
Verifica Habilitação de Terceiros	Identifica os procedimentos que é verificado no CNES a existência de habilitação do estabelecimento

	terceirizado
Admite APAC de Continuidade	Identifica os procedimentos que permitem tratamento contínuo
Admitido apenas em Hospital Especializado em Psiquiatria	Identifica os procedimentos que exigem caracterização específica no CNES
Exige informação de OPM	Identifica os procedimentos que não podem ser registrados sem o registro da OPM
Projeto Olhar Brasil	Identifica os procedimentos que integram o Projeto Olhar Brasil
Monitoramento CEO	Identifica os procedimentos que podem ser realizados no CEO
Não exige CBO	Identifica os procedimentos que não exigem o registro do CBO
Exige registro na APAC de dados complementares	Identifica os procedimentos que exigem o registro de dados complementares
Registro no SISCAN	Identifica os procedimentos que devem ser registrados no SISCAN
Registro no SISPRENATAL	Identifica os procedimentos que devem ser registrados no SISPRENATAL
Registro de Procedimentos secundários compatível	Identifica os procedimentos que exigem registro de procedimentos secundários
Identificação de Cirurgias Cardiovasculares Pediátricas	Identifica os procedimentos que seguem os critérios da Portaria GM nº 3.430/2010
Admite período maior para a apresentação	Identifica os procedimentos que permitem apresentação de até cinco competências anteriores

Fonte: Próprio do Autor

O SIGTAP permite emitir uma série de relatórios de procedimentos com todos os seus atributos, para auxiliar os gestores nas avaliações de registro nos sistemas de informação de produção ambulatorial e hospitalar. Existem várias opções de relatórios com relações diferentes entre os procedimentos e atributos.

Destacamos que as ações descritas na RENASES e na RENAME estão contempladas na Tabela SUS e orientam os gestores em relação aos procedimentos obrigatórios e de medicamentos essenciais que devem ser oferecidos a população.

Para este estudo iremos detalhar melhor alguns atributos da Tabela SIGTAP envolvidos nos dados necessários para o desenvolvimento de indicadores.

4.1.2.2.3 Atributos do SIGTAP para desenvolvimento de indicadores

A Complexidade caracteriza o nível de atenção conforme a prática clínica exercida; disponibilidade de profissional especialista e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, métodos e técnicas, exigência de alta tecnologia e/ou alto custo, para atender os problemas e agravos de saúde da população (BRASIL, 2011c).

Assim, denomina-se a Média Complexidade:

“um conjunto de ações e serviços ambulatoriais ou hospitalares que visam a atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática e clínica demandam a disponibilidade de profissionais com certo grau de especialização e a utilização de recursos tecnológicos de apoio” (BRASIL, 2011 e, p.13).

A forma de registro determina como serão registradas as ações em saúde realizadas em um local em um determinado espaço de tempo nos respectivos sistemas de informação em saúde de produção do MS, que serão detalhados posteriormente. Destacamos os seguintes registros:

- Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C): determina o registro da ação de forma agregada, e dispensa o processo de autorização. É necessário informar apenas o código do procedimento, a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego - CBO do profissional que realizou, o estabelecimento que realizou e a quantidade
- de procedimentos realizados no período. Quando existe o atributo complementar exige idade no BPA (Consolidado) se faz necessário registrar quantos procedimentos foram realizados por idade dos usuários.
- Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I): determina o registro da ação de forma individualizada, com a identificação do usuário, bem como sua procedência, idade, sexo, CID, etc. A exigência do registro da autorização dos procedimentos fica a critério do gestor.

- Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC): determina o registro do procedimento de forma individualizada, e necessita de autorização prévia com o registro da autorização no sistema de informação de produção.

O entendimento dessa ferramenta é fundamental para a utilização correta dos sistemas de informação em saúde do MS, pois permite a inserção dos dados em saúde de forma padronizada sem possíveis interpretações equivocadas das informações extraídas posteriormente. Para o gestor da saúde a Tabela SIGTAP proporciona uma tabela para informação em saúde que primordialmente subsidia processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle do SUS.

Além disso, as ações em saúde desenvolvidas em qualquer ponto de atenção devem seguir os critérios estabelecidos pelos atributos para garantir a validação dos dados em saúde inseridos nos SIS pelo MS, garantindo uma séria histórica fidedigna ao praticado pela Rede de Atenção em Saúde.

4.1.2.3 Boletim de Produção Ambulatorial BPA Magnético

O sistema de Boletim de Produção Ambulatorial, BPA Mag, como é mais conhecido tem como objetivo registrar as ações em saúde realizadas no âmbito do SUS na modalidade ambulatorial em qualquer estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES dentro do território nacional (BRASIL, 2012a).

A interface principal do BPA permite acessar um conjunto completo de funcionalidades para registrar ações, emitir relatórios, intercambiar arquivos, consultar tabelas utilizadas pelo sistema oriundas de outros sistemas, atualizar tabela e fazer manutenção da base de dados.

Instituído em 1993 a partir da Portaria GM/MS nº 545/1993, esse sistema substituiu as Guias de Autorização Ambulatorial – GAP, mantendo o caráter de registros das ações de forma consolidada.

Em 2007, a Portaria SAS/MS nº 709/2007, instituiu no BPA uma nova forma de registro das ações em saúde, a forma individualizada, somando-se a já existente APAC, mas sem a obrigatoriedade no número de autorização, mas agregando os dados do usuário do SUS, assim como a sua situação de saúde através da CID.

A partir deste momento, várias ações da tabela SIGTAP foram migrando para essa forma de registro estrategicamente. O MS também

acrescentou dados a serem agregados no momento do registro da ação em saúde que contribuem para o desenho do perfil epidemiológico da população atendida.

Além disso, atualmente é possível saber o município originário do paciente e o município em que foi atendido, possibilitando conhecer a mobilidade da população entre os municípios brasileiros em busca de atenção a sua saúde. Esse conhecimento é fundamental para os gestores estaduais e municipais para que se organize o território de serviços conforme a oferta de demanda por serviços.

As duas formas de registro serão descritas a seguir (BRASIL, 2012a).

4.1.2.3.1 *Registro de BPA consolidado*

Podem ser registradas desta forma apenas os atendimentos e as ações identificadas na Tabela SIGTAP com Instrumento de Registro BPA (Consolidado). Os dados que devem ser registrados estão divididos em dois blocos.

O primeiro bloco constitui o cabeçalho e possui três dados especificados no quadro abaixo.

Quadro 12 - Descrição dos Dados do Cabeçalho no Instrumento de Registro Consolidado no BPA.

Dado	Descrição	Caráter de Preenchimento
CNES	Indica o estabelecimento que executante das ações. Deverá estar de acordo com o CNES.	Obrigatório
Mês/ano	Indica o mês e ano em que as ações foram realizadas	Obrigatório
Folha	Indica a sequência em que a ações foram referidas. Não se pode repetir número de sequencias em um mesmo CNES	Obrigatório

Fonte: Próprio do Autor

O segundo bloco de informações possui informações sobre a ação em saúde, e possui quatro dados especificados no quadro abaixo.

Quadro 13 - Descrição dos Dados de Ação em Saúde no Instrumento de Registro Consolidado no BPA.

Dado	Descrição	Caráter de Preenchimento
Procedimento	Indica a ação em saúde realizada	Obrigatório
CBO	Indica a área de atuação do profissional que realizou a ação. Deverá estar de acordo com o CNES.	Obrigatório exceto se a ação na Tabela SIGTAP possuir atributo complementar Não Exige CBO
Idade	Indica a idade do usuário	Obrigatório se a ação na Tabela SIGTAP possuir atributo complementar Exige Idade no BPA (Consolidado)
Quantidade	Indica quantas vezes a ação foi realizada	Obrigatório

Fonte: Próprio do Autor

Observa-se que o grau de especificidade das informações que podem ser extraídas dessa forma de registro é baixo, uma vez que uma quantidade de dados agregados é pequena ao se referir uma ação em saúde. Possui um formulário para coleta de dados das ações em saúde realizadas para posterior digitação no sistema de informação (ANEXO A).

4.1.2.3.2 *Registro de BPA individualizado*

Podem ainda ser registradas desta forma, os atendimentos e as ações identificadas na Tabela SIGTAP com Instrumento de Registro BPA (Individualizado), e também os de Instrumento de Registro Consolidado, porém para um mesmo procedimento não se pode ter duas formas de registro diferentes.

Os dados que devem ser registrados estão divididos em três blocos.

O primeiro bloco constitui o cabeçalho e possui oito dados especificados no quadro abaixo.

Quadro 14 - Descrição dos Dados do Cabeçalho no Instrumento de Registro Individualizado no BPA

Dado	Descrição	Caráter de Preenchimento
CNES	Indica o estabelecimento que executante das ações. Deverá estar de acordo com o CNES.	Obrigatório
CNS Profissional	Indica o profissional que executou a ação	Obrigatório
Nome Profissional	Indica o nome do profissional que executou a ação	Obrigatório
CBO	Indica a área de atuação do profissional que realizou a ação. Deverá estar de acordo com o CNES.	Obrigatório
Código INE	Quando for realizado no contexto de equipes de saúde. Deve estar de acordo com o CNES.	Opcional
Mês/Ano		
Folha	Indica a sequência em que a ações foram referidas. Não se pode repetir número de sequencias em um mesmo CNES	Obrigatório

Fonte: Próprio do Autor

O segundo bloco constitui dos Dados de Identificação do Paciente e possui 16 dados especificados no quadro abaixo.

Quadro 15 - Descrição dos Dados de Identificação do Paciente no Instrumento de Registro Individualizado no BPA

Dado	Descrição	Caráter de Preenchimento
Número do CNS	Número de identificação do usuário do MS	Obrigatório
Nome	Nome do usuário em tratamento	Obrigatório
Sexo	Informa o sexo do usuário	Obrigatório
Data Nascimento	Informa a data de nascimento do usuário	Obrigatório
Nacionalidade	Indica nacionalidade do	Obrigatório

	usuário	
Raça/Cor	Informa a raça do usuário, segundo a classificação do IBGE	Obrigatório
Etnia	Corresponde as etnias indígenas brasileira, segundo a Fundação Nacional do Índio – FUNAI	Obrigatório se for usuário indígena
Código do Logradouro	Tipo de endereço do usuário	Obrigatório
Endereço	Indica o endereço do usuário	Obrigatório
Número	Indica o número da residência	Obrigatório
Complemento		Obrigatório
Bairro	Identifica o bairro de residência	Obrigatório
Município de Residência	Indica o município de residência	Obrigatório
UF	Indica o estado de residência do usuário	Obrigatório
Código de Endereçamento Postal - CEP	Deve ser um CEP cadastrado nos Correios	Obrigatório
Código de área	Indica o telefone do usuário	Obrigatório
Telefone	Indica o telefone do usuário	Obrigatório somente se o campo telefone celular não for preenchido
E-mail	Indica o e-mail do usuário	Obrigatório

Fonte: Próprio do Autor

O terceiro bloco constitui os Dados do Procedimento realizado e possui 9 dados especificados no quadro abaixo.

Quadro 16 - Descrição dos Dados do Procedimento realizado no Instrumento de Registro Individualizado no BPA.

Dado	Descrição	Caráter de Preenchimento
Data atendimento	Data de realização da ação	Obrigatório
Código	Indica o procedimento realizado	Obrigatório
Quantidade	A quantidade de ações deve estar em concordância com a quantidade de linhas de ações referidas. Deverá respeitar a quantidade máxima da Tabela SIGTAP.	Obrigatório
CNPJ	SERVIÇOS DE TERCEIROS	OPCIONAL
Serviço	Indica o tipo de serviço do estabelecimento para realizar o procedimento. Deverá estar de acordo com o CNES. Deverá respeitar as relações da Tabela SIGTAP.	Obrigatório se
Classificação	Indica as ações que podem ser realizadas no estabelecimento. Deverá estar de acordo com o CNES.	Obrigatório se
CID	Indica a morbidade que originou a atenção psicossocial	Obrigatório se
Caráter Atendimento	Indica se o atendimento foi de caráter eletivo, urgência, acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa, acidente no trajeto para o trabalho, outros tipos de acidente no trânsito, outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos ou físicos, sem informação.	Obrigatório
Número de Autorização	Indica se a ação precisa de número de autorização	Opcional

Fonte: Próprio do Autor

Observa-se que o grau de especificidade das informações que podem ser extraídas desse sistema é muito alto, uma vez que existem

muitos dados agregados a um único contato assistencial, ou até mesmo ao registrar um único procedimento.

Possui um formulário para coleta de dados das ações em saúde realizadas para posterior digitação no sistema de informação (ANEXO B).

Os dados de identificação do usuário serão armazenados no sistema após a primeira digitação e serão recuperados em tela após a digitação do CNS do usuário, possibilitando ainda alterar algum dado caso haja necessidade de atualização cadastral.

Ao final de cada competência os atendimentos registrados no BPA devem ser exportados e enviados ao gestor de saúde correspondente (BRASIL, 2012a).

4.1.2.4 Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde RAAS

O sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) tem como objetivo atender as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde Domiciliar e Psicossocial. Foi instituído pela Portaria nº 276/2012.

A interface principal desse sistema permite acessar um conjunto completo de funcionalidades para registrar ações em saúde de Redes de atenção em saúde específicas, emitir relatórios, intercambiar arquivos, consultar tabelas utilizadas pelo sistema oriundas de outros sistemas do MS, atualizar essas tabelas e fazer manutenção da base de dados.

Essa ferramenta permite a importação de informações de outros sistemas de saúde proprietários, como por exemplo um prontuário eletrônico, já que somente o RAAS poderá gerar a remessa final para o gestor.

Os atendimentos no RAAS se caracterizam por permitirem o registro de atendimentos contínuos, que ultrapassam o mês em que se iniciou o atendimento. E uma mesma ação poderá ser realizada em dias distintos, ou por profissionais e equipes diferentes em um mesmo período (BRASIL, 2013d).

Atualmente o RAAS é utilizado apenas para registrar informações das ações em saúde na Rede de Atenção Psicossocial, pois o registro das ações na Rede de Atenção Domiciliar passou a ser realizado pelo e-SUS AD a partir de 2015.

Assim será descrito apenas o registro de Atenção Psicossocial que segue o perfil de registro individualizado baseado no usuário,

segundo as relações estabelecidas pela Tabela SIGTAP. Nessa ferramenta são registrados apenas os procedimentos cadastrados na SIGTAP com o Instrumento de Registro RAAS (Atenção Psicossocial).

O registro das ações inicialmente exige os dados referentes ao mês de atendimento, CNES do estabelecimento, CNS do usuário e data de admissão do mesmo no serviço específico. Em seguida os dados a serem inseridos estão divididos em três blocos, o primeiro de Identificação do Paciente, o segundo de Identificação do Atendimento, e o terceiro de Dados das Ações Realizadas. Os dados de cada bloco estão descritos nos quadros 17, 18 e 19.

Quadro 17 - Descrição dos Dados de Identificação do Paciente inseridos no RAAS

Dado	Descrição	Caráter de Preenchimento
Prontuário	Número de identificação do usuário no estabelecimento de saúde	Obrigatório
Nome	Nome do usuário em tratamento	Obrigatório
Sexo	Informa o sexo do usuário	Obrigatório
Data de Nascimento	Informa a data de nascimento do usuário	Obrigatório
Nacionalidade	Indica nacionalidade do usuário	Obrigatório
Raça/Cor	Informa a raça do usuário, segundo a classificação do IBGE	Obrigatório
Etnia	Corresponde as etnias indígenas brasileira, segundo a FUNAI	Obrigatório se for usuário indígena
CEP	Deve ser um CEP cadastrado nos Correios	Obrigatório
UF	Indica o estado de residência do usuário	Obrigatório
Município	Indica o município de residência	Obrigatório
Nome da Mãe	Nome da mãe do usuário	Obrigatório
Nome do Responsável		Obrigatório
Bairro	Identifica o bairro de residência	Obrigatório
Tipo de Logradouro	Tipo de endereço do usuário	Obrigatório
Endereço	Indica o endereço do usuário	Obrigatório

Número	Indica o número da residência	Obrigatório
Complemento		Obrigatório
Telefone Celular	Indica o telefone do usuário	Obrigatório
Telefone Contato	Indica o telefone do usuário	Obrigatório somente se o campo telefone celular não for preenchido
E-mail	Indica o e-mail do usuário	Opcional
Em situação de rua?	Deve ser preenchido a cada novo atendimento, pois não se trata de uma situação permanente do usuário	Obrigatório

Fonte: Próprio do Autor

Os dados de identificação do usuário serão armazenados no sistema após a primeira digitação e serão recuperados em tela após a digitação do CNS do usuário, possibilitando ainda alterar algum dado caso haja necessidade de atualização cadastral.

Quadro 18 - Descrição dos Dados de Atendimento Psicossocial inseridos no RAAS

Dado	Descrição	Caráter de Preenchimento
Data Admissão	Preenchido automaticamente com os dados digitados ao incluir o atendimento. Definem se o atendimento é inicial ou de continuidade.	Automático
Mês de Atendimento	Preenchido automaticamente com os dados digitados ao incluir o atendimento. Definem se o atendimento é inicial ou de continuidade.	Automático
Usuário de Álcool e/ou outras Drogas	Identifica se o usuário faz uso de Álcool e/ou Drogas	Obrigatório
Quais	Identifica quais drogas são utilizadas pelo usuário	Obrigatório somente se o campo
Origem do Paciente	Identifica se o paciente veio por demanda espontânea ou	Obrigatório

	encaminhado de outro serviço	
CID Principal	Indica a morbidade que originou a atenção psicossocial	Obrigatório
CID Causas Associadas	Indica a morbidade complementar que originou a atenção psicossocial	Opcional
Cobertura de Estratégia Saúde da Família	Indica se o usuário possui um serviço de Atenção Básica que o acompanha	Obrigatório
CNES	Indica qual Estratégia de Saúde da Família - ESF o acompanha	Obrigatório somente se o campo
Destino do Paciente	Identifica se o usuário continua em tratamento ou se está concluindo	Obrigatório
Data Conclusão	Informa a data de conclusão do tratamento	Obrigatório se o destino do paciente for diferente de Permanência

Fonte: Próprio do Autor

Após informar os dados de identificação do atendimento psicossocial, deverão ser preenchidos os dados referentes às ações realizadas no mês vigente.

Quadro 19 - Descrição dos Dados das Ações Realizadas inseridos no RAAS

Dado	Descrição	Caráter de Preenchimento
Ação	Ações realizadas que na Tabela SIGTAP possuem Instrumento de Registro RAAS Psicossocial	Obrigatório
Data Realização	Data de realização da ação	Obrigatório e dentro do mesmo mês do atendimento
Quantidade	A quantidade de ações deve estar em concordância com a quantidade de linhas de ações referidas. Deverá respeitar a quantidade	Obrigatório

	máxima da Tabela SIGTAP.	
CID	Indica a morbidade que originou a atenção psicossocial	Obrigatório
Serviço	Está fixado em Atenção Psicossocial	Obrigatório
Classificação	Indica as ações que podem ser realizadas no estabelecimento. Deverá estar de acordo com o CNES.	Obrigatório
CNS Profissional	Indica o profissional que executou a ação	Obrigatório
CBO	Indica a especialidade do profissional que executou a ação. Deverá estar de acordo com o CNES. Deverá respeitar as relações da Tabela SIGTAP.	Obrigatório
Local de realização da Ação	Indica-se a ação foi realizada no CAPS ou no território	Obrigatório
Nº da Autorização	Indica-se a ação precisa de número de autorização	Obrigatório se a ação pela Tabela SIGTAP possui o atributo complementar Exige Autorização

Fonte: Próprio do Autor

Observa-se que o grau de especificidade das informações que podem ser extraídas desse sistema é moderado, uma vez que uma quantidade de dados agregados é moderada ao se registrar um único contato assistencial.

Também possui um formulário para coleta de dados das ações em saúde realizadas para posterior digitação no sistema de informação (ANEXO C).

Em relação à competência de apresentação vigente no RAAS, é possível apresentar os atendimentos de até três meses anteriores.

Após o registro das ações é gerado um arquivo no RAAS que será encaminhado ao gestor para importa-lo no SIA e processamento destas

informações com todas as demais informações ambulatoriais dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão (BRASIL, 2013d).

Assim, a geração do arquivo no RAAS não garante que todos os registros de atendimentos serão exportados com sucesso para o SIA, pois ainda podem haver inconsistências com as informações do CNES do estabelecimento (BRASIL, 2013d).

4.1.2.5 Sistema de Informação do Câncer - SISCAN

O SISCAN é destinado a registrar a suspeita e a confirmação diagnóstica, registrar informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas aos exames positivo/alterados, fornecer o laudo padronizado, arquivar e sistematizar as informações referentes aos exames de rastreamento e diagnóstico dos cânceres do colo do útero e de mama, selecionar amostras para monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero, dispor as informações para construção dos indicadores do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM), disponibilizar o módulo opcional de rastreamento para as localidades que estiverem estruturadas para implantar o rastreamento organizado e disponibilizar para prestadores de mamografia exclusivamente privados o módulo componente do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (MANUAL SISCAN, 2013).

O desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) permitiu a integração e a substituição dos sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA).

A organização dos serviços para a prevenção e detecção precoce desses cânceres exige monitoramento e avaliação constantes das ações de saúde realizadas com vistas a reduzir os indicadores de mortalidade por essas neoplasias. Para tanto, entende-se que os sistemas de informação são ferramentas indispensáveis à gestão dos programas de saúde, por subsidiarem tomadas de decisão embasadas no perfil epidemiológico e na capacidade instalada de cada localidade. A importância gerencial dos sistemas de informação é caracterizada, pela sua definição, como componente fundamental da Política Nacional de Atenção Oncológica (PORTARIA GM Nº 2439/05).

O SISCAN foi desenvolvido em plataforma web e possibilita que as unidades de saúde informatizadas e com acesso à internet sejam usuários do sistema para fazer a solicitação de exames, visualizar os

disponíveis no sistema como responsáveis por essas ações. Para tanto, é fundamental que todos os prestadores de serviço e unidades de saúde mantenham o cadastro de funcionários atualizados no CNES, informando corretamente o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do profissional.

“O fluxo de utilização do SISCAN deverá ser adequado segundo o cenário local quanto ao nível de informatização das unidades de saúde. Nas unidades com computador, internet e impressora a solicitação de exames poderá ser feita diretamente pelo SISCAN, bem como a impressão, a requisição e a visualização dos laudos. Nas localidades sem acesso à internet o fluxo não muda, as unidades de saúde continuam preenchendo os formulários de solicitação de exames em papel e encaminhando ao prestador de serviço, que fará a inclusão no sistema” (MANUAL SISCAN, 2013, p. 12).

4.1.2.6 SISPRENATAL Web

O objetivo do sistema, SISPRENATAL – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério, e Criança é disponibilizar um sistema para o registro das consultas realizadas pela Gestante na rede pública e o monitoramento da Rede cegonha.

“O SISPRENATAL monitora o cadastro das gestantes atendidas pelo SUS, a captação precoce da gestante na unidade básica de saúde, o acesso ao pré-natal de alto risco, a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco com acesso aos resultados em tempo oportuno; a vinculação da gestante ao local de parto desde o pré-natal; e a assistência ao parto e à consulta puerperal” (BRASIL, 2014b, p.5).

O SISPRENATAL⁶ foi desenvolvido em plataforma web e possibilita que as unidades de saúde informatizadas e com acesso à

⁶ SISPRENATAL - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança. Pode ser acessado pelo site: <http://sisprenatal.saude.gov.br/login.jsf> .

internet sejam usuários do sistema para fazer o registro das ações desenvolvidas no momento da consulta, assim como registrar resultado de exames e alterações clínicas.

O perfil de Gestor Municipal e ou de Estabelecimento permitem gerar os arquivos de BPA para serem importados no SIA, assim os estabelecimentos não precisam gerar o arquivo de BPA das ações realizadas no Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança, possibilitando alimentar apenas um sistema se o estabelecimento faz apenas esse tipo de atendimento.

Procedimentos são registrados de forma Consolidada no arquivo de BPA. E a lista deles segue abaixo:

- 0801010012 - Adesão à Assistência Pré-Natal-Incentivo PHPN(Componente I)
 - 0301010110 - Consulta Pré-Natal
 - 0301010064 - Consulta Médica em Atenção Básica
 - 0301010072 - Consulta Medica em Atenção Especializada
 - 0214010066 - Teste Rápido de Gravidez
 - 0214010074 - Teste Rápido para Sífilis
 - 0214010058 - Teste Rápido para Detecção de Infecção pelo HIV
 - 0202031128 - Teste FTA-ABS IGG p/ Diagnostico da Sífilis Dosagem de Proteinuria
 - 0202120082 - Pesquisa de Fator RH (Inclui D Fraco)
 - 0202010473 - Dosagem de Glicose
 - 0213010550 - Sorologia p/ Identificação do Vibrio Cholerae
 - 0202050114 - Dosagem de Proteinas (Urina de 24 Horas)
 - 0202030300 - Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)
 - 0205020186 - Ultra-Sonografia
 - 0202020304 - Dosagem de Hemoglobina
 - 0202031179 - VDRL p/ Detecção de Sífilis em Gestante
 - 0202030768 - Pesquisa de Anticorpos IGG Antitoxoplasma
 - 0202080080 – Cultura de Bactérias para Identificação
-

- 0202020355 - Eletroforese de Hemoglobina
- 0202120090 - Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)
- 0202040100 - Pesquisa de Leveduras Nas Fezes
- 0202060454 - Teste de Supressão do HGH após Glicose
- 0202020029 - Contagem de Plaquetas
- 0202010694 - Dosagem de Ureia
- 0202010619 - Dosagem de Proteínas
- 0202010317 - Dosagem de Creatinina
- 0202010120 - Dosagem de Ácido Úrico
- 0211020036 - Eletrocardiograma
- 0211040061 - Tococardiografia Ante-Parto
- 0205020151 - Ultra-Sonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado
- 0301010129 - Consulta Puerperal
- 0801010020 - Conclusão da Assistência Pré-Natal (Incentivo)

4.1.2.7 Sistema de Informações Ambulatoriais APAC Magnético

Esse sistema de informação tem como objetivo registrar as ações em saúde realizadas no âmbito do SUS, e os dados de saúde relacionados a elas de forma individualizada. Trazendo a identificação do usuário do SUS atendido, todas as ações que foram realizadas durante o tratamento, assim como dados de sua situação de saúde através da CID (BRASIL, 2015c).

Esse sistema dispõe de banco de dados do tipo relacional, composto por um conjunto de tabelas que viabilizam o controle administrativo da produção ambulatorial. Esse banco armazena dados sobre produção e cadastro de usuários e de estabelecimentos de saúde autorizados a realizar procedimentos de média e alta complexidade que necessitam de autorização (BRASIL, 2016d).

Os procedimentos registrados exigem um número de autorização prévia do gestor para serem realizados, e esse número de autorização deve ser registrado também. Com exceção dos procedimentos que possuem forma de registro APAC secundária, pois a autorização está atrelada a autorização do código do procedimento principal (BRASIL, 2013e).

É um sistema informatizado no qual o estabelecimento de saúde refere sua produção de ações realizadas durante o período do primeiro ao último dia do mês. Após a alimentação dos dados nesse sistema, é gerado um arquivo de produção que será importado no SIA para processamento de todas as informações realizadas no município, e envio ao MS (BRASIL, 2015c).

Para a identificação do usuário atendido existem vinte e cinco campos a serem preenchidos, destes dezenove são de preenchimento obrigatório, cinco de preenchimento opcional (Número da APAC anterior, Código CNES Solicitante, Prontuário, Telefone, E-mail) e um de preenchimento obrigatório condicionado por um dado anterior (Etnia). Abaixo segue quadro descritivo:

Quadro 20 - Descrição dos Dados de Identificação do Usuário inseridos no APAC.

Dado	Descrição
Número da APAC	Numeração fornecida pelo gestor
Número da APAC anterior	Nos casos de haver uma autorização anterior relacionada ao tratamento que está sendo realizado
Código CNES Solicitante	Identificar o estabelecimento solicitante
Código CNES Executante	Executar o estabelecimento executante
Início da Validade da APAC	Data da autorização
Fim da Validade da APAC	Estabelecida a partir da data de autorização e não pode exceder três meses
Nacionalidade	Indica nacionalidade do usuário
Prontuário	Número de identificação do usuário no estabelecimento de saúde
Cartão Nacional de Saúde	Número de identificação do usuário do MS
Nome	Nome do usuário em tratamento
Nome da Mãe	Nome da mãe do usuário
Nome do Responsável	Pode ser o nome do usuário
Logradouro	Tipo de endereço do usuário
Bairro	Identifica o bairro de residência
Endereço	Indica o endereço do usuário
Número	Indica o número da residência

Complemento	
CEP	Deve ser um CEP cadastrado nos Correios
Telefone	Indica o telefone do usuário
E-mail	Indica o e-mail do usuário
Município	Indica o município de residência
Data de Nascimento	Informa a data de nascimento do usuário
Sexo	Informa o sexo do usuário
Raça	Informa a raça do usuário, segundo a classificação do IBGE
Etnia	Corresponde as etnias indígenas brasileira, segundo a FUNAI

Fonte: Próprio do Autor

Para a identificação das ações realizadas ao usuário atendido existem doze campos a serem preenchidos, destes quatro são de preenchimento obrigatório (Código do Procedimento, CBO, Quantidade, Motivo Saída), dois são de preenchimento opcional e seis de preenchimento obrigatório condicionado por um dado anterior ou por regra da Tabela SIGTAP. Abaixo segue quadro descritivo:

Quadro 21 - Descrição dos Dados das Ações em Saúde inseridos na APAC.

Dado	Descrição
Código do Procedimento	Contempla os procedimentos principal e secundários. Segue as regras da tabela SIGTAP.
CBO	Indica a ocupação do profissional que realizou o procedimento. Segue as regras da tabela SIGTAP. Deve estar de acordo com o CNES.
Quantidade	Corresponde a quantidade do procedimento realizada no mês de tratamento. Segue as regras da tabela SIGTAP.
CNS Executante	É obrigatório para os procedimentos principais.
Equipe	Quando for realizado no contexto de equipes de saúde. Deve estar de acordo com o CNES.

Serviço/Classificação	Indica o tipo de serviço do estabelecimento que realizou o procedimento. Segue as regras da tabela SIGTAP. Deve estar de acordo com o CNES.
CID Principal	Corresponde a morbidade que originou a necessidade de tratamento. Segue as regras da tabela SIGTAP.
CID Secundário	Corresponde a outra morbidade que originou a necessidade de tratamento. Segue as regras da tabela SIGTAP.
CNPJ Fornecedor	Somente para procedimentos que correspondem a materiais fornecidos.
Nota Fiscal	Nota fiscal do material utilizado
Motivo Saída	Indica se o usuário permanece em tratamento, ou encerra por motivo de alta, transferência ou óbito.
Data Alta/Óbito/Transferência/Mudança de Procedimento	Todo o motivo de saída diferente de permanência deve referir uma data.

Fonte: Próprio do Autor

Existem dados complementares que são exigidos em casos específicos de códigos de procedimentos da Tabela SIGTAP que tem como atributo complementar exige registro na APAC de Dados Complementares. Esses códigos estão ligados a procedimentos em Nefrologia, Quimioterapia, Radioterapia, e Acompanhamento Bariátrico (BRASIL, 2013e).

Para a identificação da autorização das ações realizadas ao usuário atendido existem onze campos a serem preenchidos, e destes todos são de preenchimento obrigatório. Abaixo segue quadro descritivo:

Quadro 22 - Descrição dos Dados da Identificação da Autorização inseridas no APAC.

Dado	Descrição
Caráter de Atendimento	Identifica se o atendimento foi eletivo, urgente ou por acidente
Tipo de APAC	Identifica se é uma autorização inicial, de continuidade ou única
CNS do Médico Responsável pelo Paciente	Identifica o médico que solicitou o tratamento

CPF do Médico Responsável pelo Paciente	Identifica o médico que solicitou o tratamento
Nome do Médico Responsável pelo Paciente	Identifica o médico que solicitou o tratamento
Data de Solicitação	Identifica a data da solicitação
CNS do Médico Autorizador	Identifica o médico que autorizou o tratamento
CPF do Médico Autorizador	Identifica o médico que autorizou o tratamento
Nome do Médico Autorizador	Identifica o médico que autorizou o tratamento
Data de autorização	Identifica a data da autorização
Código Órgão Emissor	Identifica estabelecimento autorizador conforme Portaria SAS/MS nº 637/2005

Fonte: Próprio do Autor

Observa-se que o grau de especificidade das informações que podem ser extraídas desse sistema é muito alto, uma vez que existem muitos dados agregados a um único contato assistencial, ou até mesmo ao registrar um único procedimento.

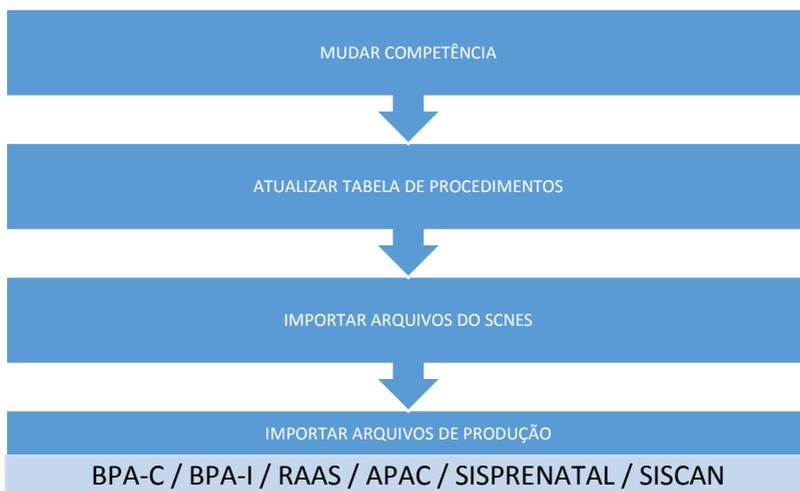
Os formulários específicos para cada uma das situações específicas de forma de registro APAC encontram-se no anexos D, E, F, G e H.

4.1.2.8 Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA

O SIA é um sistema que permite acessar um conjunto completo de funcionalidades como consultar as tabelas utilizadas pelo sistema para processamento dos dados, importar a produção ambulatorial proveniente dos sistemas de registro de produção e o orçamento dos estabelecimentos de saúde, processar a produção ambulatorial, emitir relatórios de produção e gerenciais, e exportar o arquivo final de processamento (BRASIL, 2016d).

Para realizar suas funções é necessária toda competência obrigatoriamente importar um conjunto de arquivos para criar e habilitar uma competência de processamento. Assim, a Figura 08 ilustra a sequência necessária para habilitar o sistema a cada competência para processamento (BRASIL, 2016d).

Figura 8 - Diagrama das sequencias necessárias para habilitar o SIA para processamento.



Fonte: BRASIL (2016d).

Após a utilização de todas as ferramentas disponíveis pela SIA para consistência e validação das informações processadas é gerado um arquivo contendo a totalidade da produção ambulatorial aprovada e rejeitada sob o território de gestão em um período de tempo (BRASIL, 2015c).

Esse arquivo é enviado para o DATASUS para compor a base nacional com a utilização de um Módulo Transmissor, que o fará de forma segura.

A seguir serão descritos os aplicativos que permitem a busca dos dados que permitem avaliações, monitoramento e cálculo de indicadores em saúde, logo necessários para o processo de planejamento e gestão das Ações de Média Complexidade Ambulatorial.

4.1.2.9 Aplicativo para a realização de tabulações na Intranet/Internet – TABNET7

⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. TabNet 2.7: Aplicativo para realização de tabulações na Intranet/Internet. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/tabnet/doc/ManualTabnet.pdf>

Esse aplicativo foi desenvolvido com a finalidade de permitir às equipes técnicas do MS, as Secretarias Municipais de Saúde - SES e as Secretarias Estaduais de Saúde - SMS a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos que constituem os bancos de dados em saúde dos sistemas de informação do SUS dentro de suas Intranets ou em seus sítios de Internet (BRASIL, 2012b).

Para o seu desenvolvimento foram considerados essenciais os seguintes requisitos:

- Ser suficientemente rápido, de forma a permitir a tabulação de grandes massas de dados em servidores linha Intel, e em equipamentos de baixo custo.
- Interface simples de interação com o usuário concentrando todas as opções de tabulação em um único questionário (formulário HTML).
- Forma aberta de inclusão de novas definições e de tabelas de conversão de variáveis sem alterar o programa.
- Concatenar logicamente arquivos de anos ou meses diferentes produzindo séries históricas dos dados.
- Transferir para o usuário, via Intranet ou Internet, os dados no formato do TABWIN para permitir aos mesmos integrar em uma mesma planilha dados de bases diferentes, calcular indicadores e produzir gráficos e mapas a partir dessas informações.

Na prática esse aplicativo permite aos técnicos e os gestores em saúde realizarem tabulações de dados em saúde a qualquer momento de forma rápida e fácil (BRASIL, 2015c). Os dados envolvidos nos indicadores em saúde do MS estão contemplados nessa ferramenta.

Porém não contempla todos os dados agregados ao se registrar uma ação em saúde de forma individualizada. Além de possui um limite de linhas e colunas para tabulação, restringindo estudos mais complexos do panorama de saúde de uma região e de monitoramento e avaliação pelos gestores (BRASIL, 2012b).

4.1.3.10. Tab para Windows – TABWIN⁸

Esse aplicativo foi desenvolvido com a finalidade de permitir às equipes técnicas do MS, das SES das SMS a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos que constituem os bancos de dados em saúde dos sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2012b).

As bases do programa são as necessidades de tabulação dos dados e informações gerados pelos sistemas SIHD, SIA, SIM e SINASC, e armazenados em Bancos de Dados Federais.

É um aplicativo integrador de informações porque permite tabular informações de diferentes tipos em um mesmo ambiente. Permitindo entre outras funcionalidades: importar tabelas do TABNET, realizar operações aritméticas e estatísticas nos dados da tabela, efetuar outras operações na tabela, ajustando às suas necessidades.

Para os gestores em saúde permite:

- A construção e aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas e de aspectos demográficos de interesse do estado e do município;
- A programação e o planejamento de serviço;
- A avaliação e tomada de decisões relativas à alocação e distribuição de recursos;
- A avaliação do impacto de intervenções realizadas nas condições de saúde

Essa ferramenta é muito útil para os três níveis de gestão para monitoramento e avaliação das ações em saúde realizadas, acompanhamento da série histórica para planejamento estratégico e estudos de perfil epidemiológico da região.

Sua utilização não necessita de conhecimentos específicos de alta complexidade em informática. Mas exige do utilizador um conhecimento dos significados dos dados em saúde disponibilizados, e a realidade local de inserção desses dados nos SIS para identificar possíveis déficits que comprometem a acurácia das informações (BRASIL, 2009b).

⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. DATASUS. TABWIN. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3>>

Todos esses sistemas estão disponíveis gratuitamente a todo e qualquer interessado, seja de pessoa física ou jurídica.

4.1.2.9.1 Ações de média complexidade registradas no SIA/SUS

Após o levantamento de todos os procedimentos da Tabela SIGTAP que são de Média Complexidade e que podem ter formas de registro BPA-I, BPA-C, RAAS, e APAC, ou seja, que são processados pelo sistema SIA/SUS, foi possível levantar as seguintes situações.

As ações em saúde pertencem aos seguintes grupos, conforme a organização da Tabela SIGTAP:

Quadro 23 - Quantidade de Procedimentos da Tabela SIGTAP de Média Complexidade com processamento SIA/SUS por Grupo

Código/Grupo Tabela SIGTAP	Descrição do Grupo	Quantidade de Procedimentos
01	Ações de promoção e prevenção em saúde	6
02	Procedimentos com finalidade diagnóstica	855
03	Procedimentos clínicos	205
04	Procedimentos cirúrgicos	266
05	Ações para Transplante de órgão, tecidos e células	17
06	Medicamentos	2
Total de Procedimentos da Tabela SIGTAP de Média Complexidade com processamento SIA/SUS		1.351

Fonte: Próprio do Autor

O grupo que possui o maior número de procedimentos é o de Procedimentos com finalidade diagnóstica, demonstrando o caráter das ações de Média Complexidade no sentido de complementação da atenção primária para acompanhamento e diagnóstico precoce com a realização de exames e avaliações do estado de saúde do indivíduo.

Em seguida, os procedimentos cirúrgicos e clínicos, respectivamente, reafirmando o caráter de ações em saúde que visam atender os principais problemas de saúde da população, que demandam profissionais especializados e recursos tecnológicos com significativa

densidade tecnológica. Esses procedimentos são realizados quando existe falha no processo de prevenção e manejo das doenças crônicas, visando evitar as internações hospitalares e as ações em saúde que possuem alto aporte tecnológico, e consequentemente, exigem alto recurso financeiro.

Esse grupo contempla também os exames de avaliação e monitoramento do estado de saúde do indivíduo saudável e com doenças crônicas já diagnosticadas, justificando o grande número de procedimentos nesse grupo.

O grupo que menos possui procedimentos é o de medicamentos, e os procedimentos referem-se à administração em Urgências e Emergências, considerados atendimentos apresentados no SIA/SUS e pertencentes a Rede de Atenção de Urgências e Emergências. São eles, 0603050115 - TENECTEPLASE 40 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA) DE USO NAS URGÊNCIAS PRÉ-HOSPITALARES, e 0603050123 - TENECTEPLASE 50 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA) DE USO NAS URGÊNCIAS PRÉ-HOSPITALARES. Com forma de registro Individualizada.

Tabela 2 - Total de Procedimentos por Subgrupo do Grupo Procedimentos com finalidade diagnóstica da Tabela SIGTAP

Subgrupo	Descrição do Subgrupo	Total de Procedimentos
0201	Coleta de material	56
0202	Diagnóstico em laboratório clínico	478
0203	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	13
0204	Diagnóstico por radiologia	94
0205	Diagnóstico por ultrasonografia	24
0209	Diagnóstico por endoscopia	11
0211	Métodos diagnósticos em especialidades	111
0212	Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	11
0213	Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	54
0214	Diagnóstico por teste rápido	3
Total		855

Fonte: Próprio do Autor

O subgrupo que mais possui procedimentos é o de 0202 - Diagnóstico em laboratório clínico, que ratifica a definição de nível de atenção de média complexidade, esse nível de atenção é complementar a atenção primária para acompanhamento e diagnóstico precoce.

Os exames de laboratório estão entre os mais necessários e realizados no apoio diagnóstico à prática clínica, com repercussões importantes em termos de cuidados aos pacientes, impacto na saúde e custos para o sistema de saúde (BRASIL, 2001).

Os exames contemplados vão dos mais simples como HEMOGRAMA COMPLETO, a exames mais complexos como IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO, QPCR E QPCR SENSÍVEL A METILAÇÃO.

Tabela 3 - Total de Procedimentos por Subgrupo do Grupo Procedimentos Cirúrgicos da Tabela SIGTAP.

Subgrupo	Descrição do Subgrupo	Total de Procedimentos
0401	Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	11
0403	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	3
0404	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	33
0405	Cirurgia do aparelho da visão	71
0406	Cirurgia do aparelho circulatório	7
0407	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	17
0408	Cirurgia do sistema osteomuscular	36
0409	Cirurgia do aparelho geniturinário	46
0410	Cirurgia de mama	6
0411	Cirurgia obstétrica	4
0412	Cirurgia torácica	3
0413	Cirurgia reparadora	4
0414	Bucomaxilofacial	22
0415	Outras cirurgias	1
0417	Anestesiologia	2
Total		266

Fonte: Próprio do Autor

O subgrupo 0405 - Cirurgia do aparelho da visão, é o subgrupo que mais possui procedimentos cirúrgicos (71), pois a maioria das cirurgias oftalmológicas são realizadas a nível ambulatorial.

Porém, ao avaliar a quantidade total de procedimentos cirúrgicos no grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos da tabela SIGTAP, independente da forma de registro, esse não é o grupo que possui maior número de procedimentos.

As maiores concentrações de procedimentos em especialidade, e não em Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa, reflete a necessidade de profissionais especializados para a realização desses procedimentos.

Os procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade para cirurgias de forma programada ou não, procuram reestabelecer a saúde do indivíduo sem necessidade de utilizar a estrutura hospitalar.

Tabela 4 - Total de Procedimentos por Subgrupo do Grupo Procedimentos Clínicos da Tabela SIGTAP.

Subgrupo	Descrição do Subgrupo	Total de Procedimentos
0301	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	88
0302	Fisioterapia	21
0303	Tratamentos clínicos (outras especialidades)	52
0304	Tratamento em oncologia	1
0306	Hemoterapia	11
0307	Tratamentos odontológicos	13
0309	Terapias especializadas	19
Total		205

Fonte: Próprio do Autor

O subgrupo 0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos, é o subgrupo que mais apresenta procedimentos (88).

Ao analisar os procedimentos de Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos descritos nesse subgrupo verificamos que os procedimentos estão classificados pelas Políticas Nacionais de Saúde descritas no referencial teórico. Por exemplo, CONSULTA PRE-NATAL, PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECEM-NASCIDO, CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO,

ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIÁLISE.

O atendimento ambulatorial clínico de Média Complexidade visa reestabelecer a saúde do indivíduo sem necessidade lançar mão da estrutura hospitalar, com utilização de profissionais especializados e recursos com maior densidade tecnológica que a atenção básica.

Ao analisar a forma de registro das ações de Média Complexidade elencadas temos a configuração descrita no quadro 24.

Quadro 24 - Quantidade de Procedimentos da Tabela SIGTAP de Média Complexidade conforme a forma de Registro.

Forma de registro	Quantidade de Procedimentos
BPA-I	1191
BPA-C	909
APAC	180
RAAS	16

Fonte: Próprio do Autor

Desses 1.351 procedimentos, um total de procedimentos de média complexidade que podem ser registrados no sistema BPA é 1203.

Dos que possuem sistema de registro BPA, o total de procedimentos de média complexidade que podem ser registrados no BPA de forma Consolidada é 909; e o total de procedimentos de média complexidade que podem ser registrados no BPA de forma Individualizada é 1191. E tanto de forma Consolidada e Individualizada é 897.

Assim temos, 12 procedimentos que podem ser registrados exclusivamente de forma Consolidada e 294 que possuem forma de registro no BPA exclusivamente Individualizada.

Nesse momento é importante colocar, que a partir de 2017 o sistema SIA/SUS permite que, mesmo que a forma de registro seja exclusivamente Consolidada, esses procedimentos sejam registrados de forma Individualizada.

Porém, uma vez que o procedimento seja apresentado de uma forma por um estabelecimento em uma competência, todos os outros registros devem seguir a mesma forma, senão haverá rejeição do arquivo no processamento.

Total de procedimentos de média complexidade que podem ser registrados no sistema APAC-Mag, e, portanto, tem forma de registro APAC, de é 180 procedimentos.

Desses podem ser registrados também no BPA de forma Consolidada, Individualizada e APAC é 42. Isso quer dizer que esses procedimentos podem ser apresentados na APAC, mas não como procedimento principal, e sim secundário, pois não precisam de autorização prévia, mas estão associados ao procedimento principal da APAC.

Como por exemplo, alguns exames laboratoriais necessários para realização da terapia renal substitutiva (diálise peritoneal ou hemodiálise).

Os procedimentos com forma de registro RAAS, possuem essa forma de registro exclusiva. e dizem respeito aos atendimentos exclusivos dos atendimentos ambulatoriais da Rede Psicossocial, conforme quadro 25.

Quadro 25 - Procedimentos com forma de Registro RAAS

Código	Procedimento
0301080020	Acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080038	Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080046	Acompanhamento de paciente em saúde mental (residência terapêutica)
0301080194	Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080208	Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080216	Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial
0301080224	Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial
0301080240	Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares
0301080275	Práticas corporais em centro de atenção psicossocial
0301080283	Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial
0301080291	Atenção às situações de crise
0301080348	Ações de reabilitação psicossocial
0301080356	Promoção de contratualidade no território
0301080364	Acompanhamento de pessoas com

	necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em serviço residencial de caráter transitório (comunidades terapêuticas).
0301080372	Acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas-unidade de acolhimento adulto (UAA).
0301080380	Acompanhamento da população infanto-juvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas-unidade de acolhimento infanto-juvenil (UAI).

Fonte: Próprio do Autor

Com essa avaliação concluímos que as ações de Média Complexidade realizadas ambulatorialmente no âmbito do SUS podem ser registradas nos sistemas de informação em saúde de forma a identificar os seguintes dados associados:

- Referentes ao estabelecimento que realizou as ações: qual o estabelecimento que realizou as ações em saúde;
- Referentes aos profissionais que realizaram as ações: CNS do Profissional, Nome do Profissional e CBO do Profissional;
- Referentes ao usuário do SUS atendido: CNS do Paciente, Nome do Pacientes, Data de Nascimento do Paciente, Sexo do Paciente, Raça do Paciente, Etnia do Paciente, Endereço do Usuário, Telefone de Contato e email;
- Referentes as ações em saúde realizadas ao usuário do SUS: Procedimentos realizado, Quantidades de Procedimentos realizados, Data de realização do Procedimento, Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - CID que justifica a necessidade da realização do Procedimento, Número de Autorização do Atendimento para realização da ação em saúde pela gestão e caráter de atendimento, porém os tipos de caráter de atendimento não são iguais em todos os sistemas.

Existem dados que dependem do sistema de informação utilizado, como por exemplo, o serviço de classificação para o BPA, se o paciente teve alta do tratamento e o tipo de alta para o registro em APAC e se o usuário está em situação de rua para o RAAS.

Portanto, essas informações podem ser utilizadas para avaliação da produção de ações em saúde em uma região para auxiliar na gestão do SUS, seja no monitoramento, na avaliação ou no planejamento.

Suas aplicabilidades podem ser em forma de indicadores, mas também em forma de relatórios de acompanhamento de ações conforme determinado pelas Políticas Nacionais de Saúde, acompanhamento das ações em saúde realizadas em setores contratualizados pela gestão do SUS por meio de contratos e convênios e também para os Relatórios Quadrimestrais que os entes federados são obrigados a fornecer e publicar para garantir transparência no processo de gestão do SUS.

Enfatiza-se novamente a importância dos gestores entenderem os sistemas de informação em saúde, os fluxos de informação em saúde em seu território e suas estruturas informacionais envolvidas para poderem extrair dos SIS as informações para os relatórios ou para os indicadores em saúde mais próximos da realidade possível, de modo a garantir análises que auxiliem as tomadas de decisões que envolvem a gestão de recursos no âmbito do SUS.

Outra questão importante, é que todos esses dados inseridos nos SIS irão compor a Base Nacional do SIA/SUS para o MS, permitindo o ente Federal realizar ações de monitoramento e avaliação sem a participação dos Estados e Municípios para o planejamento nacional do SUS. Esse planejamento envolve tanto recursos quanto diretrizes das Políticas Nacionais de Saúde.

Os sistemas que estão envolvidos nesse estudo, para as etapas de coleta de dados, processamento das informações, composição do banco de dados nacional e disponibilização das informações aos gestores e a população, ao longo de suas existências suas ferramentas sofreram melhorias e não foram abandonadas, favorecendo sua utilização até hoje (BRASIL, 2009c).

Destaca-se a importância os órgãos governamentais assumirem papel importante na monitorização do uso desses sistemas, já que é tão importante avaliar os efeitos decorrentes do uso dessas tecnologias em condições naturais para a obtenção de informação quanto à efetividade da tecnologia para o seu eventual abandono.

Os gestores locais e regionais que utilizam os sistemas de informação envolvidos possuem um papel primordial nos apontamentos

das necessidades de melhorias nos sistemas, ou até mesmo o indicativo que abandono dos mesmos.

O abandono dos sistemas envolvidos no fluxo das informações de Média Complexidade Ambulatorial é de governabilidade do Ministério da Saúde, mas os entes estaduais e municipais podem apenas optar por gerar os arquivos de produção das ações em saúde a partir das informações inseridas em sistemas privados, como por exemplo prontuários eletrônicos, que serão posteriormente processados pelo SIA/SUS, dando continuidade no fluxo.

4.1.2.9.2 Os indicadores de média complexidade e os sistemas de informação em saúde.

Os indicadores selecionados serão discutidos a seguir com uma análise do fluxo de informação dentro dos sistemas de informação em saúde anteriormente descritos.

Todos os indicadores selecionados possuem processamentos de dados para realização do cálculo pelo sistema SIA/SUS, porém não quer dizer que possuem exclusivamente ações de Média Complexidade. Alguns possuem procedimentos classificados como Alta Complexidade ou da Atenção Básica, junto com os procedimentos de Média Complexidade, pois fazem a relação da eficiência das ações em diferentes níveis de atenção na Rede de Atenção à Saúde.

Foram analisados então os códigos dos procedimentos, e verificou-se que nos indicadores das pactuações interfederativas e do IDSUS existem procedimentos que pertencem a complexidade Atenção Básica, Alta Complexidade ou Não se Aplica, segundo a Tabela SIGTAP.

Além disso, verificou-se que em alguns indicadores tinham procedimentos oriundos do SIS de atendimento hospitalar/internação.

Assim, dentro da perspectiva do planejamento das ações de Média Complexidade e os indicadores preconizados pelo MS para pactuação pelos entes federados para a Gestão do SUS os indicadores selecionados são analisados a seguir.

4.1.2.9.3 Pactuação Interfederativa 2013-2015

Nesse ciclo de Pactuação dos 66 indicadores, apenas 8 indicadores se referem a ações que utilizam o sistema SIA/SUS para registro e podem ser extraídas do Banco Nacional BDSIA, pelas

ferramentas tabuladoras de dados do MS (TABWIN e TABNet). Abaixo eles estão listados, e as Fichas Técnicas estão anexadas no presente estudo:

- Indicador 5: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (ANEXO I).
- Indicador 6: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (ANEXO J).
- Indicador 7: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente (ANEXO K).
- Indicador 18: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária (ANEXO L).
- Indicador 19: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária (ANEXO M).
- Indicador 22: Número de testes de sífilis por gestante (ANEXO N).
- Indicador 41: Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios (ANEXO O).
- Indicador 44: Número de testes sorológicos anti-HCV realizados (ANEXO P)

Quadro 26 - Descrição dos Códigos da Tabela SIGTAP por Indicadores Relacionada da Pactuação Interfederativa 2013-2015.

Indicador	Códigos Tabela SIGTAP
Indicador 5	0101020031 Ação coletiva de escovação dental supervisionada
Indicador 6	0414020138 Exodontia de Dente Permanente 0414020146 Exodontia Múltipla com Alveoloplastia por Sextante 0101020058 Aplicação de Cariostático por dente 0101020066 Aplicação de Selante por dente 0101020074 Aplicação tópica de flúor individual por Sessão 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria 0307010015 Capeamento pulpar 0307010031 Restauração de dente permanente

<p>anterior 0307010040 Restauração de dente permanente posterior 0307020010 Acesso à polpa dentária e medicação por dente 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico 0307020037 Obturação de dente decíduo 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular 0307020070 Pulpotomia Dentária 0307020088 Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes 0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular 0307020118 Selamento de perfuração radicular 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais por sextante 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais por sextante 0307030032 Raspagem coronorradicular por sextante 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada 0414020073 Curetagem periapical 0414020154 Gengivectomia por sextante 0414020162 Gengivoplastia por sextante 0414020219 Odontossecção/Radilectomia/Tunelização 0414020243 Reimplante e transplante dental por elemento 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal por sextante</p>
--

Indicador 7	<p>0201010151 Biopsia de endométrio 0201010160 Biopsia de endométrio por aspiração manual intrauterina 0201010585 Punção aspirativa de mama por agulha fina 0201010607 Punção de mama por agulha grossa 0201010666 Biopsia do colo uterino 0202030059 Detecção de RNA do vírus da hepatite C (qualitativo) 0202030237 Imunofenotipagem de hemopatias malignas (por marcador) 0202031080 Quantificação de RNA do vírus da hepatite C 0203010043 Exame citopatológico de mama 0203020014 Determinação de receptores tumorais hormonais 0205010032 Ecocardiografia transtorácica 0405030045 Fotocoagulação a laser 0405050097 Facectomia c/ implante de lente intra-ocular 0405050100 Facectomia s/ implante de lente intra-ocular 0405050119 Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular rígida 0405050151 Implante secundário de lente intra-ocular - LIO 0405050372 <u>Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável</u> 0409040240 Vasectomia 0409050083 Postectomia 0506010023 Acompanhamento de paciente pós-transplante de rim fígado 0506010031 Acompanhamento de doador vivo pós-doação de fígado, pulmão 0506010040 Acompanhamento de pacientes no pré transplante de órgãos</p>
Indicador 18	<p>0203010019 Exame citopatológico cervicovaginal/microflora 0203010086 Exame citopatológico cervicovaginal/microflora-Rastreamento</p>

Indicador 19	0204030188 Mamografia Bilateral para Rastreamento.
Indicador 22	0202031179 VDRL para detecção de sífilis em gestante. 0214010082 Teste rápido para sífilis em gestante.
Indicador 41	<i>0102010072 Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária.</i> <i>0102010528 Instauração de Processo Administrativo Sanitário.</i> <i>0102010170 Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária.</i> <i>0102010226 Atividade Educativa para a População.</i> <i>0102010056 Atividade Educativa para o Setor Regulado.</i> <i>0102010234 Recebimento de Denúncias/Reclamações.</i> <i>0102010242 Atendimento a Denúncias/Reclamações.</i>
Indicador 44	0202030679 Pesquisa de Anticorpos contra o Vírus da Hepatite C (ANTI-HCV)

Fonte: Próprio do Autor

Legenda: Em negrito: procedimentos com complexidade Atenção Básica, segundo Tabela SIGTAP;

Em itálico: procedimentos em que complexidade Não se Aplica, segundo Tabela SIGTAP;

Sublinhado: procedimentos de Alta Complexidade, segundo Tabela SIGTAP.

Foram descartados os indicadores 5 e 41, pois não contemplam procedimentos de Média Complexidade.

O Indicador 5 apresenta só um procedimento em que a complexidade, segundo a Tabela SIGTAP, é Atenção Básica (destacado em negrito).

O Indicador 41 apresenta sete procedimentos em que a complexidade, segundo a Tabela SIGTAP, não se aplica (destacado em itálico).

Em relação ao Indicador 6, Proporção de exodontia em relação aos procedimentos, é importante destacar que dos 31 procedimentos da Tabela SIGTAP 17 são procedimentos de Média Complexidade, e os outros 14 procedimentos são classificados pela Tabela SIGTAP como

Atenção Básica (destacados em negrito). Mas esse indicador foi mantido porque ele demonstra se a Atenção Básica não está desenvolvendo a prevenção o suficiente e acaba recorrendo a atenção de especializada para extração dentária (Média Complexidade), não descaracterizando o atendimento ambulatorial.

Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela Odontologia do município, demonstrando que ações de procedimentos preventivos e curativos, reduzem a extração dentária (BRASIL, 2015c).

O Indicador 7, Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente, foi mantido pois para o cálculo do indicador se utiliza os códigos de média complexidade do SIA/SUS, mas também inclui os mesmos códigos provenientes do sistema SIHD (internações hospitalares) e de alta complexidade. Pois alguns destes procedimentos podem ser realizados tanto nos ambulatórios, quanto nos hospitais. Já o procedimento 0405050372 (cirurgia para catarata) é de alta complexidade, mas foi somado aos demais de média complexidade, porque tem para a mesma finalidade” (BRASIL, 2015d).

O Indicador 22, Número de testes de sífilis por gestante, foi mantido na avaliação do estudo, pois apesar do cálculo do indicador utilizar os códigos dos procedimentos 0202031179 VDRL para detecção de sífilis em gestante (procedimento de Média Complexidade) e 0214010082 teste rápido para sífilis em gestante (procedimento de Atenção Básica) para o numerador do SIA/SUS, e usar os códigos de partos no denominador provenientes do sistema SIHD (internações hospitalares), esse indicador expressa a qualidade do pré-natal realizado em um território, pois a partir da detecção precoce da sífilis na gestão o tratamento de forma adequada reduz a probabilidade de se necessitar de atenção especializada e de utilização de maiores recursos financeiros. Como podemos observar na Relevância do Indicador:

“Como indicador de concentração, expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto” (BRASIL, 2015, p. 63).

Ao considerar que foram levantados 1.351 procedimentos de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA, e que para os indicadores selecionados foram indicados 45 procedimentos, se tem apenas 3% dos códigos procedimentos de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA com representatividade nos indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação.

Ressalta-se que dos 66 indicadores apenas 6 indicadores apresentam avaliação de ações em saúde de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA, ou seja, Ambulatorial, isso representa 9% apenas do total de indicadores.

Dos códigos de procedimentos relacionados para calcular os indicadores selecionados, os procedimentos do indicador 6 podem ser registrados tanto na forma Individualizada quanto na forma Consolidada, ficando a critério do gestor local determinar a forma de registro.

Porém, como já referido anteriormente, o SIA não permite duas formas de registro diferentes para um mesmo código de procedimento em um mesmo estabelecimento, isso quer dizer que ao informar um procedimento de forma consolidada ele deverá ser registrado como consolidado em todo o arquivo de produção do estabelecimento, BPA.

A exceção está na regra condicionada 0001 - Monitoramento CEO da Tabela SIGTAP, pois toda vez que se atende um paciente com necessidades especiais em odontologia, os procedimentos realizados devem ser realizados de forma Individualizada para permitir monitoramento. Ou seja, quando esses procedimentos são realizados em um Centro de Especialidades Odontológicas - CEO de forma Individualizada esse paciente atendido possui uma ou mais das condicionalidades especiais.

Para fins de assistência odontológica, o Ministério da Saúde conceitua pacientes com necessidades especiais como sendo:

“todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. Esse conceito é amplo e abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, as pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04) que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial” (BRASIL, 2008, p. 67).

Os procedimentos de Média Complexidade envolvidos no Indicador 7 são todos com forma de registro Individualizada.

Os procedimentos 0203010019 (Exame citopatológico cérvicovaginal/microflora), 0203010086 (Exame citopatológico

cérvicovaginal/microflora-Rastreamento) e 0204030188 (Mamografia Bilateral para Rastreamento), dos Indicadores 18 e 19, possuem forma de registro Individualizada no BPA. Permitindo assim, fazer análise de sexo, faixa etária, CID, caráter de atendimento, além do quantitativo de procedimentos absoluto, estabelecimento que realizou o procedimento e especialidade do profissional que realizou o procedimento.

O indicador 22, com o procedimento 0202031179 -VDRL para detecção de sífilis em gestante, pode ser registrado de forma Consolidada ou de forma Individualizada.

E o Indicador 41, com o procedimento 0202030679 - Pesquisa de Anticorpos contra o Vírus da Hepatite C (ANTI-HCV), pode ser registrado tanto de forma Individualizada no BPA quanto no sistema APAC como procedimento secundário, permitindo fazer análise de sexo, faixa etária, CID, caráter de atendimento, além do quantitativo de procedimentos absoluto, estabelecimento que realizou o procedimento e especialidade do profissional que realizou o procedimento.

4.1.2.9.4 Pactuação Interfederativa 2016

Nesse ciclo de Pactuação dos 29 indicadores, apenas 4 indicadores se referem a ações que utilizam o sistema SIA/SUS para registro e podem ser extraídas do Banco Nacional BDSIA. Abaixo eles estão listados, e as Fichas Técnicas estão anexadas na dissertação:

- Indicador 2: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (ANEXO Q).
- Indicador 5: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária (ANEXO R).
- Indicador 6: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária (ANEXO S).
- Indicador 26: Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios (ANEXO T).

Quadro 27 - Descrição dos Códigos da Tabela SIGTAP por Indicadores Relacionada da Pactuação Interfederativa 2016.

Indicador	Códigos Tabela SIGTAP
Indicador 2	0414020138 Exodontia de Dente Permanente
	0414020146 Exodontia Múltipla com Alveoloplastia por Sextante
	0101020058 Aplicação de Cariostático por dente
	0101020066 Aplicação de Selante por dente
	0101020074 Aplicação tópica de flúor individual por Sessão
	0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria
	0307010015 Capeamento pulpar
	0307010031 Restauração de dente permanente anterior
	0307010040 Restauração de dente permanente posterior
	0307020010 Acesso à polpa dentária e medicação por dente
	0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico
	0307020037 Obturação de dente decíduo
	0307020045 Obturação em dente permanente birradicular
	0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes
	0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular
	0307020070 Pulpotomia Dentária
	0307020088 Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular
	0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes
	0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular
	0307020118 Selamento de perfuração radicular
	0307030059 Raspagem alisamento e polimento supragengivais por sextante
	0307030024 Raspagem alisamento subgengivais por sextante
	0307030032 Raspagem coronorradicular por

	sextante 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada 0414020073 Curetagem periapical 0414020154 Gengivectomia por sextante 0414020162 Gengivoplastia por sextante 0414020219 Odontosseção/Radilectomia/Tunelização 0414020243 Reimplante e transplante dental por elemento 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal por sextante
Indicador 5	0203010019 Exame citopatológico cérvicovaginal/microflora 0203010086 Exame citopatológico cérvicovaginal/microflora-Rastreamento
Indicador 6	0204030188 Mamografia Bilateral para Rastreamento.
Indicador 26	<i>0102010072 Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária.</i> <i>0102010528 Instauração de Processo Administrativo Sanitário.</i> <i>0102010170 Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária.</i> <i>0102010226 Atividade Educativa para a População.</i> <i>0102010056 Atividade Educativa para o Setor Regulado.</i> <i>0102010234 Recebimento de Denúncias/Reclamações.</i> <i>0102010242 Atendimento a Denúncias/Reclamações.</i>

Fonte: Próprio do Autor

Legenda: Em negrito: procedimentos com complexidade Atenção Básica, segundo Tabela SIGTAP

Em itálico: procedimentos em que complexidade Não se Aplica, segundo Tabela SIGTAP

Foi descartado o indicador 26, pois não contempla procedimentos de Média Complexidade, apresenta sete procedimentos em que a

complexidade, segundo a Tabela SIGTAP, Não se Aplica (destacado em itálico).

O Indicador 2, Proporção de exodontia em relação aos procedimentos, corresponde ao Indicador 6 da Pactuação Interfederativa 2013-2015.

Os Indicadores 5 e 6, são os mesmos Indicadores 18 e 19, respectivamente, da Pactuação Interfederativa 2013-2015.

Ao considerar que foram levantados 1.351 procedimentos de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA, e que para esses indicadores foram indicados 21 procedimentos, se tem apenas 1,5% dos códigos procedimentos de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA com representatividade nos indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação.

Ressalta-se que dos 29 indicadores apenas 3 apresentam avaliação de ações em saúde de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA, ou seja, ambulatorial, isso representa 10% apenas do total de indicadores

4.1.2.9.5 Pactuação Interfederativa 2017-2021

Dos 23 indicadores, apenas 4 indicadores se referem a ações que utilizam o sistema SIA/SUS para registro e podem ser extraídas do Banco Nacional BDSIA. Abaixo eles estão listados, e as Fichas Técnicas estão anexadas na dissertação:

- Indicador 11: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária (ANEXO U).
- Indicador 12: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária (ANEXO V).
- Indicador 20: Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (ANEXO W).
- Indicador 21: Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (ANEXO X).

Quadro 28 - Descrição dos Códigos da Tabela SIGTAP por Indicadores Relacionada da Pactuação Interfederativa 2017-2021.

	Códigos Tabela SIGTAP
Indicador 20	<i>0102010072 Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária.</i> <i>0102010528 Instauração de Processo Administrativo Sanitário.</i> <i>0102010170 Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária.</i> <i>0102010226 Atividade Educativa para a População.</i> <i>0102010056 Atividade Educativa para o Setor Regulado.</i> <i>0102010234 Recebimento de Denúncias/Reclamações.</i> <i>0102010242 Atendimento a Denúncias/Reclamações.</i>
Indicador 11	0203010019 Exame citopatológico cérvicovaginal/microflora 0203010086 Exame citopatológico cérvicovaginal/microflora-Rastreamento
Indicador 12	0204030188 Mamografia Bilateral para Rastreamento.
Indicador 21	0301080305 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica

Fonte: Próprio do Autor

Legenda: Em negrito: procedimentos com complexidade Atenção Básica, segundo Tabela SIGTAP

Em itálico: procedimentos em que complexidade Não se Aplica, segundo Tabela SIGTAP

Foi descartado o indicador 20, pois não contemplam procedimentos de Média Complexidade, apresenta sete procedimentos em que a complexidade, segundo a Tabela SIGTAP, Não se Aplica (destacado em itálico).

Ao considerar que foram levantados 1.351 procedimentos de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA, e que para esses indicadores foram indicados 4 procedimentos, se tem apenas 0,3% dos códigos procedimentos de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA com representatividade nos indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação.

Ressalta-se que dos 23 indicadores apenas 3 apresentam avaliação de ações em saúde de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA, ou seja, ambulatorial, isso representa 13% apenas do total de indicadores.

Os Indicadores 11 e 12, são os mesmos Indicadores 18 e 19, respectivamente, da Pactuação Interfederativa 2013-2015 e Indicadores 5 e 6 da Pactuação Interfederativa 2016.

O código 0301080305, Matriciamento de Equipes da Atenção Básica, do Indicador 21 possui forma de registro Consolidada no BPA, sem a exigência de idade, assim pode-se apenas avaliar o quantitativo de procedimentos absoluto, estabelecimento que realizou o procedimento e especialidade do profissional que realizou o procedimento.

4.1.2.9.6 *Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)*

Destes 24 indicadores, apenas 6 incluem em sua composição procedimentos de Média Complexidade na modalidade Ambulatorial que são registrados no sistema SIA/SUS. São eles:

- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária (ANEXO Y).
- Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e a população da mesma faixa etária(ANEXO Z).
- Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente (ANEXO AA).
- Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes (ANEXO BB).
- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (ANEXO CC).
- Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (ANEXODD).

Quadro 29 - Descrição dos Códigos da Tabela SIGTAP por Indicadores IDSUS de Média Complexidade na Modalidade Ambulatorial

Ficha Técnica	Códigos Tabela SIGTAP
4 (ANEXO Y)	0203010019 Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora

5 (ANEXO Z)	0204030188 Mamografia Bilateral para Rastreamento
6 (ANEXO AA)	0201010151 Biopsia de endométrio 0201010160 Biopsia de endométrio por aspiração manual intrauterina 0201010585 Punção aspirativa de mama por agulha fina 0201010607 Punção de mama por agulha grossa 0201010666 Biopsia do colo uterino 0202030059 Detecção de RNA do vírus da hepatite C (qualitativo) 0202030237 Imunofenotipagem de hemopatias malignas (por marcador) 0202031080 Quantificação de RNA do vírus da hepatite C 0203010043 Exame citopatológico de mama 0203020014 Determinação de receptores tumorais hormonais 0205010032 Ecocardiografia transtorácica 0405030045 Fotocoagulação a laser 0405050097 Facectomia c/ implante de lente intra-ocular 0405050100 Facectomia s/ implante de lente intra-ocular 0405050119 Facioemulsificação c/ implante de lente intra-ocular rígida 0405050151 Implante secundário de lente intra-ocular - LIO 0405050372 Facioemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável 0409040240 Vasectomia 0409050083 Postectomia 0506010023 Acompanhamento de paciente pós-transplante de rim fígado 0506010031 Acompanhamento de doador vivo pós-doação de fígado, pulmão 0506010040 Acompanhamento de pacientes no pré transplante de órgãos
10 (ANEXO BB)	UM TOTAL DE 91 PROCEDIMENTOS
20 (ANEXO CC)	0101020031 Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

21 (ANEXODD)	<p>0414020138 Exodontia de Dente Permanente 0414020146 Exodontia Múltipla com Alveoloplastia por Sextante</p> <p>0101020058 Aplicação de Cariostático por dente 0101020066 Aplicação de Selante por dente 0101020074 Aplicação tópica de flúor individual por Sessão 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria 0307010015 Capeamento pulpar 0307010031 Restauração de dente permanente anterior 0307010040 Restauração de dente permanente posterior 0307020010 Acesso à polpa dentária e medicação por dente 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico 0307020037 Obturação de dente decíduo 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular 0307020070 Pulpotomia Dentária 0307020088 Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes 0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular 0307020118 Selamento de perfuração radicular 0307030059 Raspagem alisamento e polimento supragengivais por sextante 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais por sextante 0307030032 Raspagem coronorradicular por sextante 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada 0414020073 Curetagem periapical 0414020154 Gengivectomia por sextante 0414020162 Gengivoplastia por sextante</p>
-------------------------------	--

	0414020219 Odontosseção/Radilectomia/Tunelização
	0414020243 Reimplante e transplante dental por elemento
	0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental
	0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal por sextante

Fonte: Próprio do Autor

Legenda: Em negrito: procedimentos com complexidade Atenção Básica, segundo Tabela SIGTAP

Em itálico: procedimentos em que complexidade Não se Aplica, segundo Tabela SIGTAP

Sublinhado: procedimentos de Alta Complexidade, segundo Tabela SIGTAP

O Indicador 20 foi descartado por conter apenas uma ação em saúde com Complexidade Atenção Básica segundo a Tabela SIGTAP.

Ao considerar que foram levantados 1.351 procedimentos de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA, e que para esses indicadores foram indicados 111 procedimentos, se tem apenas 8% dos códigos procedimentos de Média Complexidade que podem ser registrados no SIA com representatividade nos indicadores do IDSUS.

O Indicador 4 se refere aos exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária também encontrado nas três Pactuações, mas a metodologia de cálculo é diferente, e utiliza apenas o procedimento 0203010019 Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora, enquanto nas Pactuações Interfederativas também se usa o procedimento 0203010086 Exame citopatológico cérvicovaginal/microflora-Rastreamento.

O Indicador 5 possui os mesmos procedimentos dos Indicadores 19 da Pactuação 2013-2015, 6 da Pactuação 2016 e 12 a Pactuação 2017-2021. Porém a metodologia de cálculo é diferente.

O Indicador 6 possui os mesmos procedimentos dos Indicadores 7 da Pactuação 2013-2015. Porém a metodologia de cálculo é diferente.

O Indicador 10 possui procedimentos em comum com outros indicadores das Pactuações Interfederativas, e os códigos estão descritos na Ficha Técnica em anexo. Porém, é importante destacar que os códigos 0303050128 (Consulta Oftalmológica - Projeto Olhar Brasil) e 0413040232 (Tratamento Cirúrgico não Estético da Orelha), descritos na metodologia do cálculo, não foram incluídos na avaliação porque, respectivamente, foi descontinuado da Tabela SIGTAP e a forma de registro hoje é AIH.

Para seleção dos códigos foram usados os seguintes critérios:

- Restringem-se aos procedimentos registrados no Boletim de Produção Individualizada (BPAI) do SIA.
- Excluídos os procedimentos cuja unidade é menor do que um exame ou terapia por paciente. Exemplo: procedimentos que contam campos, imagens, unidades de medicamentos, próteses, sessões de terapias, etc.;
- Foram excluídos: todos os procedimentos de fisioterapia, atenção à Saúde Mental, e todo o Grupo 6 - Medicamentos e Grupo 7 - Órteses, próteses e materiais especiais, da Tabela de Procedimentos Unificada, e os procedimentos relacionados à gestão ou administrativos: Grupo 8 - Ações complementares da atenção à saúde, da Tabela de Procedimentos Unificada.

Sendo que entre os 91 procedimentos de Média Complexidade utilizados nesse indicador, 21 estão presentes em outros indicadores do IDSUS e das Pactuações Interfederativas, conforme mostra o quadro 30.

Quadro 30 - Relação dos Procedimentos Comuns nas Quatro Matrizes de Indicadores selecionadas

Código	Procedimento	Pactuação Interfederativa 2013 - 2015	Pactuação Interfederativa 2016	Pactuação Interfederativa 2017 - 2021	IDSUS
0201010151	Biopsia de endométrio	Indicador 7			Indicador 6
0201010160	Biopsia de endométrio por aspiração manual intra-uterina	Indicador 7			Indicador 6

0201010585	Punção aspirativa de mama por agulha fina	Indicador 7			Indicador 6
0201010607	Punção de mama por agulha grossa	Indicador 7			Indicador 6
0201010666	Biopsia do colo uterino	Indicador 7			Indicador 6
0202030059	Deteção de RNA do vírus da hepatite c (qualitativo)	Indicador 7			Indicador 6
0202030237	Imunofenotipagem de hemopatias malignas (por marcador)	Indicador 7			Indicador 6
0202030679	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite c (anti-HCV)	Indicador 44			
0202031080	Quantificação de RNA do vírus da hepatite C	Indicador 7			Indicador 6
0203010019	Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora	Indicador 18	Indicador 5	Indicador 11	Indicador 4

0203010043	Exame citopatológico de mama	Indicador 7			Indicador 6
0203020014	Determinação de receptores tumorais hormonais	Indicador 7			Indicador 6
0204030188	Mamografia bilateral para rastreamento	Indicador 19	Indicador 19	Indicador 12	Indicador 5
0205010032	Ecocardiografia transtoracica	Indicador 7			Indicador 6
0405030045	Fotocoagulacao a laser	Indicador 7			Indicador 6
0405050097	Facectomia c/ implante de lente intra-ocular	Indicador 7			Indicador 6
0405050100	Facectomia s/ implante de lente intra-ocular	Indicador 7			Indicador 6
0405050119	Facoemulsificacao c/ implante de lente intra-ocular rígida	Indicador 7			Indicador 6

0405050151	Implante secundário de lente intra-ocular - LIO	Indicador 7			Indicador 6
0409040240	Vasectomia	Indicador 7			Indicador 6
0409050083	Postectomia	Indicador 7			Indicador 6

Fonte: Próprio do Autor

Ainda dos procedimentos do Indicador 10, cinquenta e dois deles possuem forma de registro BPA Individualizado exclusivamente, dois podem ser BPA Individualizado ou APAC, e trinta e sete são exclusivos APAC.

O Indicador 21 possui os mesmos procedimentos dos Indicadores 6 da Pactuação 2013-2015, 2 da Pactuação 2016. Porém a metodologia de cálculo é diferente.

4.1.2.9.7 *Análise dos 4 grupos de indicadores elencados*

O primeiro destaque ao analisar os procedimentos envolvidos nos cálculos dos indicadores é que a quantidade de indicadores que utilizam informações do sistema SIA é pequena, e que utilizam ações de média complexidade para o cálculo é ainda menor. Conforme pode ser observado no quadro 31.

Quadro 31 - Descrição dos Totais de Indicadores Avaliados e Seleccionados para o Estudo.

Ciclos de Avaliação dos Indicadores	Total de indicadores	Total de indicadores com fonte SIA	Total de indicadores que utilizam ações de Média Complexidade
Pactuação Interfederativa 2013-2015	66	8	6
Pactuação Interfederativa 2016	29	4	3
Pactuação Interfederativa 2017-2021	23	4	3
IDSUS	24	6	5
Total de indicadores	142	22	17

Fonte: Próprio do Autor

Do total dos indicadores avaliados (142) nos quatro ciclos de indicadores de gestão SUS, apenas 22 utilizam como fonte de informações o sistema SIA, isso representa 15,5%. E apenas 17 indicadores utilizam procedimentos de Média Complexidade para o cálculo, isso representa 11,9%.

E ao analisar as ações em saúde de Média Complexidade utilizadas para calcular os indicadores, verificamos que são utilizados apenas 115 procedimentos da tabela SIGTAP em um total de 1.351 procedimentos de Média Complexidade que podem ser realizados ambulatorialmente. Isso representa apenas 8,5% dos 1.351 procedimentos de Média Complexidade.

Tal constatação indica a falta de representatividade das ações de Média Complexidade nas avaliações de planejamento, avaliação, monitoramento e gestão do SUS, gerando, possivelmente, uma lacuna na utilização das informações dessas ações em saúde para a tomada de decisão dos gestores.

Ao avaliar os quatro grupos de indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde para Planejamento e Gestão do SUS das ações de Média Complexidade Ambulatorial, verifica-se o perfil de monitoramento e avaliações pela série histórica, ou seja, de procedimentos realizados em um território em um período analisado.

Essa avaliação por série histórica permite simplesmente constatar se uma meta preestabelecida foi alcançada ou não.

O gestor precisa entender o porquê não se alcançou a meta específica. Nesse sentido, os indicadores de planejamento e gestão escolhidos contribuem muito pouco tanto para se encontrar os motivos quanto nas escolhas de estratégias de gestão para se alcançar as metas preestabelecidas.

Se faz necessário utilizar de outras informações dos sistemas de informação envolvidos no fluxo dessas informações para fazer diagnóstico situacional e desenvolver estratégias de gestão realmente eficazes para alcançar as metas.

Enfatizamos que a equipe de Gestão do SUS deveria conhecer a estrutura informacional envolvida para poder analisar quais os pontos frágeis da Rede de Atenção, onde estão e quais são os possíveis problemas.

Uma análise inicial dos registros das ações realizadas nos sistemas de informação é fundamental, ou seja, verificar se todas as ações realizadas por um estabelecimento de saúde estão sendo registradas nos sistemas de informação, e se esses registros estão sendo realizados corretamente.

A avaliação inicialmente *in loco* das ações em saúde realizadas em um determinado período de tempo por um estabelecimento de saúde contribui de forma significativa para posteriores comparações com o arquivo de produção enviado à gestão e verificação dos quantitativos das ações em saúde.

Outras informações precisam ser avaliadas como: o período utilizado; se os profissionais que referem ter realizado as ações estão cadastrados no CNES; se o quantitativo de ações realizadas respeita a capacidade técnica instalada de cada estabelecimento; se o estabelecimento possui equipamento, habilitação, profissionais, etc cadastrados no CNES para referir as ações; se a forma de registro está correta, se não existe nenhuma inconsistência no arquivo de produção no processamento das informações pelo SIA; e se na Base Nacional do SIA existe alguma produção de ações que não foi aprovada pelo MS.

É importante que os gestores do SUS entendam que ao realizar um cálculo de um indicador, que se baseia em informações de saúde extraídas dos sistemas de informação em saúde, existe a possibilidade de as informações não refletirem a realidade das práticas existentes.

Os motivos para que os registros não reflitam a realidade são variados e citados anteriormente, como a necessidade de se registrar as ações em vários SIS, a existência de vários sistemas para registro com dinâmicas de registro diferentes sem manter uma lógica de registro, a

estrutura de coleta das informações em formulários de papel para serem lançadas posteriormente por digitadores, que geralmente, não são profissionais da saúde, entre outros.

No caso do Banco de Dados do SIA, que é um banco de dados administrativo/financeiro, observa-se que as informações clínicas nem sempre estão disponíveis, visto que a finalidade é facilitar o controle administrativo e os pagamentos de procedimentos. Prejudicando as análises de perfil epidemiológico e de efetividade de ações em saúde (BRASIL, 2016d).

Esses sistemas de informação em saúde são fundamentais para o planejamento em saúde. Entretanto, há falhas na cobertura dos eventos (subnotificação), má qualidade do preenchimento de formulários, má qualidade do preenchimento dos dados, com presença de incorreções, fraudes e manipulação. Em alguns sistemas, a abrangência é restrita aos usuários do SUS e a apresentação do registro da ação em saúde está atrelado ao teto financeiro para a ação, como é o caso do SIA, refletindo nas avaliações em saúde da região por dois aspectos: o primeiro que os indicadores calculados não incluirão toda a população atendida, e o segundo que não permitirá apresentar algo que foi realizado porque extrapolam o teto financeiro (TOMA et al., 2017).

A falta de padronização na digitação de dados pode ser um complicador nesse processo de utilização das informações dos Bancos de Dados públicos do MS, uma vez que para um mesmo procedimento pode-se ou não informar o CID que está envolvido na realização da ação. Assim, não é possível avaliar a utilização de um exame para realizar um diagnóstico ou para acompanhamento de uma patologia.

“A adequada gestão e alimentação dos sistemas de informações em saúde são fundamentais para analisar a situação de saúde nos territórios, bem como para a avaliação das intervenções realizadas e monitoramento e regulação das atividades desenvolvidas por prestadores públicos e privados de serviço de saúde. Desde a implementação do Pacto pela saúde e em especial a partir da publicação do Decreto nº 7.508, de junho de 2011, esse papel é ainda mais estratégico, uma vez que a avaliação das gestões das três esferas de governo ocorre por meio do aferimento do alcance de metas pactuadas, que depende da alimentação das bases de dados nacionais” (BRASIL, 2015a, p.17).

Por isso, ao realizar o cálculo do indicador é necessário avaliar também todo o fluxo das informações utilizadas para garantir que esse indicador está correto, e conseqüentemente, se a gestão está cumprindo ou não as metas verdadeiramente.

Ao analisarmos o Indicador Proporção de exodontia, é preciso avaliar a produção de cada estabelecimento da Rede de Atenção para esses procedimentos para avaliar se todos os estabelecimentos não estão realizando as ações, ou se apenas alguns estabelecimentos não estão desenvolvendo as ações conforme preconizado. Desta forma, a gestão pode optar entre desenvolver uma estratégia de abordagem geral para todos os estabelecimentos e profissionais ou para apenas alguns que compõem a Rede. Ou até mesmo um indicativo de troca de material utilizado nos procedimentos.

Com a forma de registro Individualizada, é ainda possível avaliar se entre os dentistas, que realizam ações em saúde cadastrados no SCNES para o estabelecimento específico, qual deles não está realizando as ações em saúde necessária conforme preconizado pelo MS.

Ainda é possível desenvolver uma estratégia de avaliação de qualidade de serviço. Como o Banco Nacional do SIA não permite fazer a busca por usuário no pacote de dados liberado pelo TABWIN ou TABNET. É possível ainda durante o processamento, gerar um relatório dos pacientes que passaram por algum procedimento de exodontia por estabelecimento e realizar uma auditoria nos prontuários dessas pacientes para verificar algum tipo de má prática do profissional de saúde.

Destaca-se aqui a importância de se optar pela forma de registro Individualizado para as ações em saúde. Para que seja possível analisar de forma mais criteriosa tanto as informações referentes aos profissionais que realizam as ações quanto as informações dos usuários atendidos pelos estabelecimentos que compõem a Rede.

Os indicadores que consideram o perfil epidemiológico, com a utilização de uma população de risco, são os indicadores razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária e razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e a população da mesma faixa etária, que aparecem nos quatro grupos de indicadores selecionados. Demonstrando, assim, sua importância dentre as ações em saúde que devem ser disponibilizadas a essa população específica pelos gestores responsáveis.

Esses indicadores são preconizados também pela OMS, pois o diagnóstico precoce desses tipos de câncer tem impacto direto no prognóstico dessas doenças. Porém, ao analisar apenas essas populações de risco existe o risco de não se levar em consideração as especificidades das diferentes regiões do país. Como exemplo, podemos citar o acompanhamento de estratégias para os pacientes com doenças sexualmente transmissíveis na década de 80, que tinha foco nos homens homossexuais, e as mulheres que não eram consideradas grupo de risco. Assim nem as estratégias desenvolvidas e nem o monitoramento não contemplavam as mulheres como público alvo, e as mesmas foram sendo contaminadas pelos parceiros que apresentavam comportamento de risco, e posteriormente as crianças que nasciam das mulheres contaminadas também foram contaminadas, também pois não estavam no foco das avaliações e monitoramento para desenvolvimento de estratégias.

Esses indicadores que consideram um grupo de risco específico, ou seja, apenas um perfil epidemiológico específico, podem induzir a gestão a não acompanhar os outros grupos de usuários e em casos de especificidades locais podem prejudicar a população de uma região específica. O gestor precisa estar atento que o acompanhamento do grupo de risco não desqualifica o acompanhamento dos outros grupos não que não são de risco.

Na prática isso representa que o indicador deve servir de base para um acompanhamento de toda a população, e que a tomada de decisão não está atrelada só ao grupo de risco, mas sim de uma análise ampla da população total.

A forma de registro desses procedimentos envolvidos nos indicadores que consideram o perfil epidemiológico precisa fundamentalmente ser individualizada, para que se consiga identificar características desses atendimentos além de faixa etária e CID.

Informações que podem ser extraídas dos sistemas de informação como sexo e município de origem do paciente são importantes para se avaliar possíveis locais de risco e ligação com comportamento de risco por sexo. As informações como caráter de atendimento permitem uma análise de se os pontos de atenção estão falhando em suas ações de promoção em saúde, prevenção e manejo das doenças se houver muitos atendimentos de Urgência e Emergência, ou até mesmo, quais as principais causas de atendimentos de Urgência e Emergência

Tanto o TABWIN quanto o TABNET, permitem a utilização de bancos de dados secundários para pesquisa, monitoramento e avaliação

de ações em saúde realizadas de forma muito simples e com infinitas formas de combinações, pois todos esses campos acima citados encontram-se disponíveis, assim como as relações existentes na SIGTAP (BRASIL, 2015c).

Já os indicadores de Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente ou não residentes apresentam uma limitação de procedimentos utilizados para cálculo, apenas 91 procedimentos dos 1.351 da Tabela SIGTAP de Média Complexidades apresentados no SIA/SUS e incluem apenas alguns procedimentos de várias Políticas Nacionais.

Para o acompanhamento das ações de saúde conforme as diretrizes das Políticas Nacionais de Saúde esse indicador contribui muito pouco para análise de pontos frágeis para auxiliar no desenvolvimento de estratégias e tomadas de decisão.

É necessário avaliar qual dos procedimentos está apresentando baixa realização, daí é necessário avaliar dos estabelecimentos que realizam os procedimentos quais não estão apresentando produção adequada, verificar se é um problema de registro das ações ou se realmente as ações não estão sendo realizadas. A partir daí certificar-se de quais profissionais estão realizando as ações no estabelecimento e se o arquivo de produção apresenta alguma inconsistência pelas relações e atributos da Tabela SIGTAP.

O fato de se colocar procedimentos específicos de várias Políticas Nacionais de Saúde em um único indicador pode prejudicar a avaliação do gestor para planejamento, monitoramento e avaliação das mesmas quando elas existem no território em questão. Além disso, podem induzir a um erro na avaliação para planejamento, pois podem estar sendo realizadas muitas ações referentes a uma Política e insuficientes ações em relação a outras, mas ao calcular o indicador a meta pode ser alcançada.

Assim o gestor, acaba não visualizando um déficit no desenvolvimento de ações para uma Política específica. A utilização de diferentes indicadores para diferentes Políticas Nacionais de Saúde, utilizando uma gama maior de procedimentos específicos para cada uma delas melhoraria a qualidade das informações utilizadas pelos gestores para a tomada de decisão.

Conforme visto na revisão de literatura, existem várias informações específicas para planejamento, monitoramento e avaliação das ações de Média Complexidade para as diferentes Políticas Nacionais

de Saúde do MS. Indica-se que os gestores considerem todas elas para auxiliar nos processos de tomada de decisão para utilização de recursos.

Os gestores do SUS precisam compreender que as áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade tem por objetivo adequada implementação de suas ações em complementação da atenção primária, para que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente a população brasileira, evidenciando a importância do planejamento, monitoramento e avaliação dessas ações no cotidiano do SUS (MENDES, 2011).

Desta forma, esse estudo avaliou esses sistemas já incorporados na prática de gestão do SUS, quanto a sua eficiência/efetividade para cálculo dos indicadores já estabelecidos pelo Ministério da Saúde norteadores do planejamento, satisfatórios. Pois contemplam todas as informações necessárias para a realização dos cálculos. Sendo todos os campos obrigatórios para o registro das ações em saúde.

Porém, para realizações de estudos para determinar análises dos motivos pelos quais não se alcançaram os indicadores existe a limitação associada a possibilidade da forma de registro BPA Consolidado na ferramenta BPA, que não permite a gestão desenhar estudos de perfil epidemiológico, dos estabelecimentos e dos profissionais que realizam as ações em saúde em questão.

Destaca-se que o único indicador que avalia indiretamente a qualidade do serviço é o indicador Proporção de exodontia em relação aos procedimentos, pois se o número de procedimentos preventivos for suficiente menos procedimentos de tratamento de atenção especializada serão realizados, demonstrando qualidade de serviço. E inclusive para esse indicador os sistemas demonstra-se satisfatórios, pois os campos obrigatórios permitem o cálculo do indicador.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das contribuições mais relevantes do presente estudo é valorizar o uso dos dados secundários já disponíveis nos sistemas de informações integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS buscando o aperfeiçoamento da utilização dos mesmos para o planejamento e gestão do SUS.

Além de contribuir para o processo de consolidação do SUS, estas análises permitem e ressaltam a importância de validar o processo de permanente monitoramento de indicadores de Média Complexidade Ambulatoriais relevantes da saúde da população brasileira; de ampliar a possibilidade de projetar cenários futuros com base nas análises de perfis epidemiológicos e de séries temporais; de reafirmar a importância da retroalimentação aos gestores e usuários desses sistemas de informações em saúde; e de ampliar a divulgação de análises sobre panoramas das realidades das estruturas de saúde no âmbito do SUS para auxiliar os gestores nos processos de tomada de decisão de recursos.

Este estudo contribui para demonstrar o potencial das análises de situação de saúde no âmbito do SUS, como uma das bases de construção do planejamento SUS com as evidências geradas a partir dos registros das ações nos serviços de saúde.

A prática constante de análises de dados secundários é um fator fundamental para o permanente aprimoramento das fontes de informação e a construção de propostas de análise da situação de saúde, estimulando uma prática de gestão da saúde pública baseada em evidências. Vários processos de decisão gerencial no Sistema Único de Saúde poderão tornar-se mais eficientes e efetivos com as análises de dados epidemiológicos e de ações em saúde praticados em todos os níveis de gestão, de forma mais constante e sistemática.

O presente estudo pode aprimorar a prática da análise da situação de saúde em nosso país e fortalece a capacidade analítica do SUS, ampliando o conhecimento sobre a situação de saúde da população brasileira; a magnitude e as tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer; e as desigualdades regionais em saúde

As análises desenvolvidas podem contribuir para as práticas de planejamento, monitoramento e avaliação dos gestores e os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde das três esferas de governo.

O planejamento estratégico que deve ser praticado na Gestão do SUS se caracteriza por tentar conciliar a ação sobre uma realidade

complexa, com um olhar estratégico e situacional, considerando a visão de múltiplos fatores que interferem nas práticas. Os sistemas de informação em saúde são fundamentais na para avaliar essa realidade complexa e os fatores que podem estar interferindo nas práticas, pelo consumo das informações neles inseridos (BRASIL, 2016c).

Além disso, auxiliam muitas vezes nas escolhas de ferramentas operacionais a serem utilizadas para o enfrentamento desses problemas através do planejamento orientado por ações programáticas que devem ser monitoradas e avaliadas periodicamente.

Desde a década de 1990, observa-se uma importante mudança no modelo de planejamento no setor público, adotando contratos de metas nas relações entre financiamento governamental e agentes privados. Essas metas são desenvolvidas com base nas diretrizes do SUS e nas Políticas Nacionais de Saúde do MS, deslocando o protagonismo do planejamento central e das modalidades estratégicas para um planejamento por objetivos e metas sob um regime de monitoramento e avaliação regional para atender as necessidades locais diante das grandes dimensões territoriais do país.

Os gestores do SUS precisam se conscientizar que as informações para o cumprimento dessa forma de planejamento são em sua maioria provenientes dos sistemas de informação em saúde, e que hoje o MS possui um hall desses sistemas informatizados. O que permite um monitoramento central sem a necessidade de ser realizar coleta de dados *in loco* para monitoramento e avaliação das ações em saúde realizadas até nos locais mais distantes no país.

Assim, se faz necessário o compromisso por parte da gestão de estabelecer boas práticas no registro das informações em saúde em qualquer sistema de informação em saúde utilizado, sendo ele do MS ou não.

Neste ambiente de mudança do modelo de planejamento se dissemina a cultura técnica dos indicadores de resultados. A proliferação de indicadores simples e compostos, que pode ser observada em todos os níveis da administração do setor saúde, evidenciado no planejamento com relação às características locais da estrutura do SUS.

As comissões intergestores são arenas de representação federativa, que têm poder de deliberação sobre as regras referentes à divisão de responsabilidades e a pactuação de metas e responsabilidades entre os três entes da Federação, incluindo o estabelecimento de indicadores que devem ser utilizados para o planejamento nos três entes da Federação.

Os indicadores desenvolvidos e preconizados desde 2013 avaliados nesse estudo mostram ser apenas um indicativo que metas não foram alcançadas, conforme preconizado pelas diretrizes nacionais do MS. Se mostraram insuficientes diante dos processos de tomada de decisão da gestão necessários para desenvolvimento e implementação de estratégias para garantir o atendimento da população pelo SUS.

Reafirmando a necessidade dos gestores e suas equipes entenderem a estrutura informacional desenvolvida pelo MS para registro das ações em saúde afim de saberem onde e como extrair as informações necessárias.

Dentro dos materiais avaliados dos MS não foram encontradas orientações para a Gestão do SUS quando um indicador de saúde de planejamento não alcança a meta, deixando uma lacuna de como o gestor deve agir após a constatação de uma não conformidade.

Entende-se que, dentro do preceitos do SUS de descentralização e das especificidades locais de um país com dimensões territoriais como o Brasil, as estratégias devem ser desenvolvidas dentro das condições locais de estrutura do SUS e o perfil epidemiológico local, mas há falta de orientação por parte do MS (ente Federativo responsável pelas orientações nacionais) de quais são e onde obter as informações necessárias e como analisá-las para auxiliar nos processos de tomada de decisão para gestão de recursos no SUS, para se alcançar uma gestão mais eficiente baseada nas realidades da saúde da população e com a otimização de recursos.

Em relação aos sistemas de informações em saúde do MS avaliados, constatou-se que o fluxo das informações das ações de Média Complexidade Ambulatoriais possui pontos de fragilidade na forma de registro das ações, pois na maioria dos sistemas de inserção dos dados a coleta de dados é feita em um formulário de papel e posteriormente digitadas no sistema; se faz necessário inserir muitas informações agregadas aumentam o tempo de gasto para o registro; a possibilidade de realizar o registro de forma consolidada, que não permite posteriormente traçar o perfil epidemiológico e análises mais criteriosas das ações de saúde desenvolvidas; e a ausência de processos de validação nos sistemas de registro das ações, possibilitando lançar procedimentos que posteriormente, no processamento das informações no SIA/SUS não serão validadas pelo MS por inconsistências em relação as informações do CNES e as relações dos atributos para os procedimentos conforme a Tabela SIGTAP.

A interoperabilidade entre os SIS do MS, e sistemas privados, é uma estratégia que o MS vem aprimorando e implementando nos novos SIS que estão surgindo.

A possibilidade de se gerar arquivos de produção que podem ser importados pelo SIA/SUS por outros sistemas de informação em saúde que não os do MS permite que os estabelecimentos de saúde utilizem sistemas privados, permitindo que novos estabelecimentos de saúde que já utilizam outros sistemas de informação em saúde não precisem mudar suas organizações e fluxos internos para atender as demandas do MS. E essa ferramenta contribuiu para a consolidação do o SIA/SUS quanto sistema de informação em saúde para ações ambulatoriais.

Porém, é necessário garantir que os arquivos de produção gerados pelos sistemas privados atendam as regras dos SIS do MS como os atributos da Tabela SIGTAP.

Ficou clara a importância dos sistemas de informação em saúde para o monitoramento e avaliação das ações de saúde de Média Complexidade realizadas ambulatorialmente, seja por série histórica de ações produzidas ou por garantir a possibilidade de se avaliar: o desempenho de um território ou de um estabelecimento especificamente dentro da estrutura existente de descrita no CNES, o desempenho dos profissionais que realizam as ações em saúde em um estabelecimento, o cumprimento da realização de ações de saúde contratualizadas pela gestão, e o perfil epidemiológico da população atendida.

Diante de toda a análise, evidenciou-se a grande importância da formação dos profissionais e gestores de saúde que compreendam as TIC. Isso significa compreender desde os componentes necessários para o seu uso efetivo, os benefícios para a segurança do paciente e a prática profissional, a importância de se desenvolver projetos e produtos alinhados com os objetivos estratégicos da e-Saúde, para redução da fragmentação e melhoria da integração dos serviços de saúde; e os processos necessários para garantir a implantação da e-Saúde no Brasil.

Assim, é possível afirmar que os objetivos delineados para este estudo foram alcançados, pois a partir dos indicadores de planejamento do SUS das ações de Média Complexidade ambulatoriais e da análise dos sistemas de informação em saúde do MS para registro dessas ações concluiu-se que os sistemas envolvidos estão no ciclo de vida de tecnologias de plena utilização e que desses conseguimos extrair as informações necessárias para calcular os indicadores analisados, e apontarmos os pontos de fragilidade para inserção dos dados e formas de registro.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS ESTUDOS

A utilização dos sistemas de informação em saúde para planejamento, monitoramento e avaliação do SUS auxiliando nos processos de tomada de decisão dos gestores para utilização de recursos é uma estratégia válida para garantir a Gestão do SUS qualificada e para a otimização de recursos. Porém o desenvolvimento do estudo abriu um leque de possibilidades de desenvolvimentos de estudos que melhorem e validem essa estratégia:

- Avaliar os fluxos de informação em saúde e seus indicadores envolvidos para o nível de Atenção Básica;
- Avaliar os fluxos de informação em saúde e seus indicadores envolvidos para o nível de Atenção de Alta Complexidade para atendimentos ambulatoriais;
- Avaliar os fluxos de informação em saúde e seus indicadores envolvidos para o nível de Atenção de Média e Alta Complexidade para atendimentos hospitalares tipo internação;
- Desenvolver estudos que orientem os gestores quanto as ações necessárias para analisar o não alcance de um indicador e conseqüentemente de uma meta;
- Realizar estudos que aproximem os gestores de saúde do SUS a prática de utilizar as informações de saúde extraídas dos sistemas de informação em saúde informatizados para a Gestão do SUS.
- Analisar indicadores que atendam especificamente cada Política Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Além desses itens, existe o viés dos indicadores de qualidade de serviço, como por exemplo taxa de complicações/intercorrências e procedimentos desnecessários, que são hoje essenciais para garantirmos eficiência e efetividade dos serviços de atenção à saúde. Assim, uma análise de possíveis indicadores de qualidade que não considerassem apenas a série histórica de procedimentos realizados a partir dos sistemas de informação em saúde utilizados poderia indicar obsolescência desses sistemas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. Saúde debate | Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 118-137, mar. 2017.

BAPTISTA, M.N.; CORRÊA DE CAMPOS, D. Metodologias de Pesquisa em Ciências - Análise Quantitativa e Qualitativa - 2ª Ed. 2016.

BERNARDINO, M. Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços. Ed. Almedina. Portugal. 2017. 247 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS/ conselho Nacional de Secretários de Saúde. -Brasília: CONASS, 2015b.133p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011c. 223p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011,4).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015a. 23 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2015, 11). Disponível em:
<<http://www.conass.org.br/biblioteca/ciencia-e-tecnologia-em-saude-2/>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, O Planejamento da Saúde, a Assistência e a Articulação Interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 jun. 2011d. Seção 1, p.1.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das

despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 jan. 2012. Seção 1, p.1.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 dez. 1990b. Seção 1, p.1.

_____. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. Estratégia e-Saúde para o Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 80p. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>> . Acesso em: 10 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, em 12 de dezembro de 2016, por meio da Resolução nº 8. Pactuação Interfederativa 2017-2021.

_____. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, em 16 de agosto de 2016, por meio da Resolução nº 2. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2016.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS/ Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.-1. ed. rev.-Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.138p.: il.- (Série Articulação Interfederativa; v.4).

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 480 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/ Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2015c.166p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. SIA. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema. Versão 2.0. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. 43p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. BPA – Boletim de Produção Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema. Versão 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 25p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde: Manual de Operação do Sistema. Versão 1.5. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. APAC - Autorização de Procedimento Ambulatorial: Manual de Operação do Sistema. Versão 1.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. 23p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.72 p. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.82 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.56 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e indicadores: 2013-2015/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. -2. ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. 154p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v.1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Regionalização da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 76 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS; v. 5, n. 8)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão

Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 16 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação do SUS. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS): Fichas Técnicas dos Indicadores Detalhadas. Brasília. 2013c. 148p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 88 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 115)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática. Manual do TABNET. Versão 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 35p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática. Manual do TabWin. Versão 2.7. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 25p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – Organização e Funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 168 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 9)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 110 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. DATASUS. Plano Diretor de Tecnologia da Informação –PDTI. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 92p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. DATASUS. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Manual de Operação. Rio de Janeiro. DATASUS. Ed 3.0, 2009d. 394p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 56p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação SUS. Planejamento estratégico do Ministério da saúde: 2011-2015: resultados e perspectiva/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação SUS. – 2. Ed., ver. E ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 184p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. –Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 144 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/ Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão WEB. Brasília: Ministério da Saúde, Volume I, 2011e. 61p.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES/Coordenação Geral de Saúde das Mulheres-CGSM. Manual Técnico Operacional do Sistema SISPRENATAL – Módulo Pré-Natal. 2014b. Versão 02.2014, 73p.
CANADA HEALTH INFOWAY. A conversation about digital health: annual report 2015/2016. [Montreal], 2016.

CAVALCANTE, R.B.; PINHEIRO, M.M.K. Contexto atual da construção da Política Nacional da Informação e Informática em Saúde (PNISS). XIV Encontro Nacional da Informática de Pesquisa em Ciência da Informação, 2013 (Comunicação Oral).

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde e dá outras providências. Resolução nº6 de 25 de agosto de 2016a. DOU de 09/09/2016 (nº 174, Seção 1, pág. 29).

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. 2016b.

_____. Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do contrato organizativo da ação pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 e 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação pública da Saúde (COAP).

CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE.

2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf> Acesso em: 12 jun. 2018.

COSTA, A.M. Gestão orçamentária e financeira / Alexandre Marino Costa, Ivoneti da Silva Ramos. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2017. 104p.

DECRETO nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.

_____. nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências.

_____. nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il..

FERREIRA, S.M.G. Sistema de Informação em Saúde – Conceitos Fundamentais e Organização. 1999. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2017.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa, 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p.184.

LEI nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

LEI nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

MANUAL SISCAN. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação /Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2013. 143p.: il.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Cibersalud [Internet]. 58ª Assembleia Mundial da Saúde; 16 a 25 de maio de 2005; Genebra (Suíça). Genebra, Suíça: OMS; 2005 (Resolução WHA58.28).

OMS - Organização Mundial da Saúde. Management of Patient information –Trends and challenges in Mender States. Global Observatory for eHealth series. V.6: OMS, 2012.p.74

PANITZ, L.M. Registro eletrônico e produção de informações da atenção à saúde no SUS. Dissertação (mestrado em Políticas Públicas). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

PORTAL DA SAÚDE. Ministro pede engajamento de secretários de saúde. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23760-ministro-pede-engajamento-de-secretarios-de-saude>>
Acesso em: 01 jun. 2016.

PORTAL DA SAUDE. Saúde com transparência. Disponível em:
<<http://aplicacao.saude.gov.br/portalthransparencia/visao/dadosTransparencia.jsf?uf=%27RN%27.>> Acesso em: 10 jan. 2018.

PORTARIA nº 841 GM/MS, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

PORTARIA nº 866 GM/MS, de 09 de maio de 2002. Cria os mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

PORTARIA n.º 1.395/GM em 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso.

PORTARIA nº 709, de 27 de dezembro de 2007. Estabelece que o instrumento Boletim de Produção Ambulatorial – BPA Magnético passe a ser constituído de 2 formas de entrada de dados de produção.

PORTARIA nº 1.161, de 07 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

PORTARIA nº 1.372/GM, de 1º de julho de 2004. Instituiu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade.

PORTARIA nº 1.517, de 24 de julho de 2013 Institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA nº 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

PORTARIA nº 1.919, de 15 de julho de 2010. Redefine, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a prestação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

PORTARIA nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

PORTARIA nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

PORTARIA nº 1.168/GM em 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

PORTARIA nº 1.531, de 04 de setembro de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.

PORTARIA nº 1.531, de 04 de setembro de 2001. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.

PORTARIA nº 196, de 29 de fevereiro de 2000. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, os critérios clínicos para a indicação de realização de gastroplastia como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PORTARIA nº 2.041, de 25 de setembro de 2008. Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

PORTARIA nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.

PORTARIA nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

PORTARIA nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

PORTARIA nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

PORTARIA nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

PORTARIA nº 210, de 15 de junho de 2004. Definir Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades.

PORTARIA nº 221, de 15 de fevereiro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia e dá outras providências.

PORTARIA nº 276, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).

PORTARIA nº 364, de 5 de setembro de 2001. Inclui, nas Tabelas de Serviço e de Classificação do Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, o serviço e a classificação.

PORTARIA nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

PORTARIA nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

PORTARIA nº 403, de 20 de outubro de 2000. Criar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

PORTARIA nº 501/SAS/MS, de 17 de setembro de 2004. Estabelece as Normas de Elaboração de Projetos para a Realização de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade.

PORTARIA nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

PORTARIA nº 1.097 de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PORTARIA nº 1.294, de 25 de maio de 2017. Define, para o exercício de 2017, a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA nº 1.580, de 19 de julho de 2012. Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias.

PORTARIA nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

PORTARIA nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

PORTARIA nº 553, de 3 de outubro de 2008. Redefinir o instrumento de registro dos procedimentos a que integram o elenco de procedimentos da Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, conforme Anexo desta Portaria.

PORTARIA nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

PORTARIA nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

PORTARIA nº 81, de 20 de janeiro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica.

PORTARIA nº 827/1.991. Institui o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

PORTARIA nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas das Rede de Atenção à Saúde Mental.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.:il.

SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMS do SUS. <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-nificada/app/sec/inicio.jsp>> Acesso em: 12 jul. 2018.

TOMA. T.S. et al. Avaliação de tecnologias de saúde e políticas informadas por evidências. / Organizadores - São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. 456p. (Temas em saúde coletiva, 22).

WHO - World Health Organization. Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2015

_____. Global Reference List of 100 Core Health Indicators, 2018.

_____. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies, 2010.

ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIO BPA CONSOLIDADO

	BPA-C Boletim de Produção Ambulatorial Dados Consolidados			
Dados Operacionais				
CNES do Estabelecimento <input style="width: 100%;" type="text"/>	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <input style="width: 100%;" type="text"/>			
UF <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	MÊS ANO <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			
FOLHA <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>				
ATENDIMENTO REALIZADO				
SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
02	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
03	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
04	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
05	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
06	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
07	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
08	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
09	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
10	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
11	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
12	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
13	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
14	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
15	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
16	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
17	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
18	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
19	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
20	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
TOTAL				<input style="width: 100%;" type="text"/>
Formalização				
RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)			GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL	
CARRMBO	RUBRICA	CARRMBO	RUBRICA	
DATA / /		DATA / /		

ANEXO B - FORMULÁRIO BPA INDIVIDUALIZADO

 		 Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PROFISSIONAL	
CBO	MES/ANO	EQUIPE	FOLHA
SEQUÊNCIA 1			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR
		ETNIA	CEP
COD. IBGE MUNICÍPIO	COD. LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO
		COMPLEMENTO	E-MAIL
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS.	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO
SEQUÊNCIA 2			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR
		ETNIA	CEP
COD. IBGE MUNICÍPIO	COD. LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO
		COMPLEMENTO	E-MAIL
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS.	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO
SEQUÊNCIA 3			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR
		ETNIA	CEP
COD. IBGE MUNICÍPIO	COD. LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO
		COMPLEMENTO	E-MAIL
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS.	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO
RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL	
CARIMBO	RUBRICA	CARIMBO	RUBRICA
DATA / /		DATA / /	

ANEXO C - FORMULÁRIO RAAS

Ministério da Saúde		SUS		SAÚDE		RAAS		Registo das Ações Ambulatoriais de Saúde		Formulário de Atenção Psicossocial no CAPS		pg. 1/2			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE															
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE										CNPES					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS															
Nº DO PRONTUÁRIO		NOME DO PACIENTE													
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						SEXO		DATA DE NASCIMENTO		NACIONALIDADE					
RAÇA/COR						ETNIA INDÍGENA		NOME DA MÃE							
NOME DO RESPONSÁVEL						MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						UF			
CÓD. IBGE MUNICÍPIO		CEP DE RESIDÊNCIA		ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)											
COMPLEMENTO				DDD		TELEFONE CELULAR		Nº DO TELEFONE		DDD		TELEFONE DE CONTATO			
DADOS DO ATENDIMENTO															
DATA DE ADMISSÃO		MÊS ATENDIMENTO		NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO											
Usuário de Álcool e/ou Outras Drogas?						Alcool		Crack		Outras Drogas		ORIGEM DO PACIENTE			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas												<input type="checkbox"/> Demanda Esporádica <input type="checkbox"/> Outro CAPS		<input type="checkbox"/> Atenção Básica <input type="checkbox"/> Hospital Geral <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico	
CID10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL													
CID10 CAUSAS ASS.		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO – CAUSAS ASSOCIADAS													
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						CNPES									
ENCAMINHAMENTO						DATA DE CONCLUSÃO									
<input type="checkbox"/> Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS						<input type="checkbox"/> Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica						<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Óbito			
AÇÕES REALIZADAS															
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				OTDE				DATA (DD/MM)		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO			
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE								Ação realizada no CAPS		Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				OTDE				DATA (DD/MM)		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO			
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE								Ação realizada no CAPS		Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				OTDE				DATA (DD/MM)		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO			
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE								Ação realizada no CAPS		Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				OTDE				DATA (DD/MM)		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO			
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE								Ação realizada no CAPS		Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				OTDE				DATA (DD/MM)		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO			
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE								Ação realizada no CAPS		Ação realizada no Território	

ANEXO D - FORMULÁRIO APAC

		APAC Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Laudo de Solicitação / Autorização pg. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	RAÇA/COR ETNIA
NOME DA MÃE		TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE	
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		CÓD. IBGE MUNICÍPIO UF CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL QTDE.
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO
CID10 CAUSAS ASSOCIADAS			
OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
AUTORIZAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			CNES

ANEXO E - FORMULÁRIO APAC LAUDO COMPLEMENTAR

			
1 - ONCOLOGIA			
IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO 56-Localização do tumor primário			57-CID-10 Topografia
58-LINFONÓDOS REGIONAIS INVADIDOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		59-Localização de Metástase(s)	
60-Estado(UCC)		61-Estado (outro sistema)	62-Grau Histopatológico
63-Diagnóstico Clínico/Histopatológico			64-Data
1.1 - QUIMIOTERAPIA			
65 - TRATAMENTO(S) ANTERIORES)			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Tratamento(s) Anterior(es)	66-Descrição	67-Data de Início	
1º			
2º			
3º			
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global			
69-Continuidade de Tratamento <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		69-Data de Início do Tratamento Solicitado	70-ESQUEMA (Digita ou abreviatura)
		71-Nº Total de Meses Planejados	72-Nº de Meses Autorizados
1.2 - RADIOTERAPIA			
73 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Tratamento(s) Anterior(es)	74 - Descrição	75 - Data de Início	
1º			
2º			
3º			
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global			
76- Continuidade de Tratamento <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		76- Data de Início do Tratamento Solicitado	76- Finalidade
		<input type="checkbox"/> RADICAL <input type="checkbox"/> ADJUVANTE <input type="checkbox"/> PALIATIVA	<input type="checkbox"/> PREVIA <input type="checkbox"/> ANTÁLGICA <input type="checkbox"/> ANTIHEMORRÁGICA
ÁREA IRRADIADA			
79- CID Topográfico	80- Descrição	81- Nº Campo/Incrções	82- Data de Início
2 – NEFROLOGIA			
84-PRIMEIRO ATENDIMENTO		85-SEGUIMENTO	
DATA DA 1ª DIALISE REALIZADA		Inscrito na lista da CNCDO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Altura	m	TRU	<input type="checkbox"/>
IMC(kg/m²)		Hb	g%
Peso	Kg	Albumina	g%
Diurese	ml	Intervenção de Fístula	<input type="checkbox"/> QTD
Glicose	mg/dl		
Albumina	%		
Hb	g%		
ACESSO VASCULAR <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		aa HIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
aa HFV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		aa HCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
aa HCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		HBs Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
Ultrasomografia Abdominal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
3 – PROTESE MAMÁRIA			
Marca da Prótese <input type="checkbox"/> PIP <input type="checkbox"/> ROFIL			
Ano de implantação da Prótese			
Estabelecimento de Saúde no qual foi realizado o implante da prótese			
CNES			
SOLICITAÇÃO		AUTORIZAÇÃO	
86-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE		87-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	

ANEXO I - INDICADOR 5: MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.
Meta	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
Relevância do Indicador	Reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Número de pessoas participantes n a ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses / 12 X 100 População no mesmo local e período
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Qtde. Apresentada). IBGE – População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código:01.01.02.003-1).

Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação. Garantir incentivos financeiros para o custeio das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica e compra dos insumos necessários para desenvolvimento da ação.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: avaliacao.dab@saude.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail :idsus@saude.gov.br

Fonte: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015

ANEXO J - INDICADOR 6: PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.
Meta	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.
Relevância do Indicador	Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela Odontologia do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</p> $\frac{\text{Número total de extrações dentárias em determinado local e período} \times 100}{\text{Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}}$

Fonte	<p>Critério de Seleção: Numerador – Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE e 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE). Denominador – Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 31 códigos de procedimento) e Período.0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria; 0307010015 Capeamento pulpar; 0307010031 Restauração de dente permanente anterior; 0307010040 Restauração de dente permanente posterior; 0307020010 Acesso à polpa dentária e medicação (por dente); 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico; 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020070 Pulpotomia dentária; 0307020088 Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; 0307020118 Selamento de perfuração radicular; 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem coronarradicular (por sextante); 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada; 0414020073 Curetagem periapical; 0414020138 Exodontia de dente permanente; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020219 Odontossecção/Radilectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual

Responsabilidade da União para o alcance da meta	<p>Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação. Induzir a inclusão de procedimentos preventivos e referência a procedimentos especializados em Odontologia para evitar a extração dentária.</p> <p>Garantir incentivos financeiros para o custeio das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail : avaliacao.dab@saude.gov.br</p> <p>Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail : idsus@saude.gov.br</p>

**ANEXO K - INDICADOR 7: RAZÃO DE PROCEDIMENTOS
AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO
RESIDENTE. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).**

Tipo de Indicador	Universal para estados, Distrito Federal e regiões de Saúde. Específico para municípios.
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.
Meta	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.
Relevância do Indicador	Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade realizados nos ambulatorios (BPAI e APAC) + o subconjunto destes procedimentos realizados nos hospitais (SIH) X 100 População residente no mesmo local e período

Fonte	<p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI) e APAC. Sistema de Informação Hospitalar (SIH) Quantidade aprovada Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Códigos dos procedimentos que devem ser utilizados para o cálculo do indicador:</p> <p>0201010151, 0201010160, 0201010585, 0201010607, 0201010666, 0202030059, 0202030237, 0202031080, 0203010043, 0203020014, 0205010032, 0405030045, 0405050097, 0405050100, 0405050119, 0405050151, 0405050372, 0409040240, 0409050083, 0506010023, 0506010031, 0506010040.</p> <p>Observação: Alguns destes procedimentos podem ser realizados tanto nos ambulatórios, quanto nos hospitais. O procedimento 0405050372 é de alta complexidade, pois como é uma cirurgia para catarata foi somado aos demais de média complexidade, para a mesma finalidade.</p> <p>Para os procedimentos realizados nos hospitais e tabulados do SIH, deve-se selecionar os seguintes motivos de saída: Motivo Saída/Perm: Alta curado , Alta melhorado , Alta a pedido Alta com previsão de retorno p/acomp do paciente , Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar</p> <p>Óbito com DO fornecida pelo médico assistente Óbito com DO fornecida pelo IML , Óbito com DO fornecida pelo SVO</p> <p>Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido Alta da mãe/puérpera e permanência recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal , Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência recém-nascido.</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar a ampliação do acesso à média complexidade, a implantação de mecanismos de regulação e o monitoramento e avaliação.

Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail: idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: altacomplexidade@saude.gov.br
---	--

ANEXO L - INDICADOR 18: RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.
Meta	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.
Relevância do Indicador	Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos. Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) Quantidade apresentada Código do procedimento: 02.03.01.001-9 - Exame citopatológico cérvicovaginal/

	microflora e 02.03.01.008-6 - Exame citopatológico cérvicovaginal/microflora-rastreamento
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: março – referente ao ano anterior. Periodicidade para monitoramento: trimestral. Periodicidade para avaliação: anual.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar estados e municípios na implantação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail: idsus@saude.gov.br Coordenação de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Ações Especializadas (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail : altacomplexidade@saude.gov.br

ANEXO M - INDICADOR 19: RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.
Meta	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.
Relevância do Indicador	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Aponta ainda capacidade de captação dessas mulheres pelas unidades básicas de Saúde.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano. População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2.
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Quantidade apresentada. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 Mamografia bilateral para rastreamento.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Março – referente ao ano anterior. Periodicidade para monitoramento: trimestral Periodicidade para avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar estados e municípios na implantação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail: idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: altacomplexidade@saude.gov.br
---	--

ANEXO N - INDICADOR 22: NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.
Relevância do Indicador	Como indicador de concentração, expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</p> <p>Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e por local de residência</p> <p>Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local de residência.</p> <p>Observação:</p> <p>1. Para o numerador considerar os seguintes procedimentos ambulatoriais:</p> <p>0202031179 VDRL para detecção de sífilis em gestante.</p> <p>0214010082 Teste rápido para sífilis em gestante.</p> <p>2. Para o denominador considerar o total de internações pelo SUS dos seguintes procedimentos:</p> <p>0310010039 Parto normal.</p> <p>0310010047 Parto normal em gestação de alto risco.</p> <p>0411010026 Parto cesariano em gestação de alto risco.</p> <p>0411010034 Parto cesariano.</p> <p>0411010042 Parto cesariano com laqueadura tubária.</p>

Recomendações, observações e informações adicionais	<p>Parâmetro Nacional para Referência: Realizar, pelo menos, dois testes de sífilis, conforme preconizado em normativa específica.</p> <p>O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita).</p> <p>No final de 2013, foi inserido no SIA, o campo Residência para o registro de dados referentes ao VDRL por parte do município executor do exame.</p>
Fonte	<p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).</p> <p>Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: abril (SIA) e junho (SIH)</p> <p>Periodicidade para monitoramento: anual</p> <p>Periodicidade para avaliação: anual</p>
Responsabilidade da União para o alcance da meta	<p>Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador.</p> <p>Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios.</p> <p>Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação).</p> <p>Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis.</p> <p>Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador.</p> <p>Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV)</p> <p>Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)</p> <p>E-mail: cm&a@aids.gov.br</p>

ANEXO O - INDICADOR 41: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.
Meta	Meta regional e estadual: 100% dos municípios, executando todas ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias. Meta municipal e DF: realizar 100% das ações de Vigilância Sanitária no município e no DF.
Relevância do Indicador	O indicador é importante para avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária, colaborando para uma coordenação nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelas ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.

Método de Cálculo	<p>Método de Cálculo Regional e Estadual</p> $\frac{\text{Número de municípios que executam todas as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias}}{\text{Número de municípios}} \times 100$ <p>Método de Cálculo Municipal e DF</p> $\frac{\text{Número de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, realizadas no município e no DF}}{\text{Total de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias}} \times 100$ <p>Observação: as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias são: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias.</p>
Recomendações, observações e informações adicionais	<p>O estímulo às ações preventivas ou de promoção à saúde devem ser um compromisso de todo gestor. Dados constantes na programação municipal das ações de vigilância sanitária que devem ser computados mensalmente no Sistema Nacional de Informações Ambulatoriais.</p> <p>O indicador proposto permite identificar quais os municípios da região de Saúde realizam as ações consideradas necessárias, uma vez que são ações possíveis de serem executadas por todos os municípios.</p>

Fonte	<p>SIA/SUS e IBGE.</p> <p>01.02.01.007-2 – Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária.</p> <p>01.02.01.052-8 – Instauração de Processo Administrativo Sanitário.</p> <p>01.02.01.017-0 – Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária.</p> <p>01.02.01.022-6 – Atividade Educativa para a População.</p> <p>01.02.01.005-6 – Atividade Educativa para o Setor Regulado.</p> <p>01.02.01.023-4 – Recebimento de Denúncias/Reclamações.</p> <p>01.02.01.024-2 – Atendimento a Denúncias/Reclamações.</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: semestral</p> <p>Avaliação: anual</p>
Responsabilidade da União para o alcance da meta	<p>Apoio técnico e financeiro para execução das ações de Vigilância Sanitária.</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Núcleo de Assessoramento na Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (Nadav)</p> <p>Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)</p> <p>E-mail: nadav@anvisa.gov.br</p>

ANEXO P - INDICADOR 44: NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2013-2015).

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
Meta	Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.
Relevância do Indicador	Expressa a quantidade de testes anti-HCV realizados para triagem sorológica da hepatite C, mensurando o esforço dispensado à triagem sorológica da hepatite C na população.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Número de testes sorológicos anti-HCV realizado no ano para diagnóstico da hepatite C por local de residência.
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: Ampliar em 10% ao ano.

Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Código do Procedimento no SIA: 0202030679.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: abril Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da hepatite C. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador
Responsável pelo Monitoramento Ministério da Saúde	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) E-mail: cm&a@aids.gov.br

ANEXO Q - INDICADOR 2: PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016).

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
Objetivo Nacional	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar
Meta	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.
Relevância do Indicador	Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela Odontologia do município, demonstrando que o conjunto de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF Numerador: Número total de extrações dentárias em determinado local e período Denominador: Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período Fator de multiplicação: 100

Recomendações, observações e informações adicionais	<p>(Qtde. Apresentada).</p> <p>Critério de Seleção: Numerador – Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE e 0414020146 EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE).</p> <p>Denominador – Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 31 códigos de procedimento) e Período. 0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria; 0307010015 Capeamento pulpar; 0307010031 Restauração de dente permanente anterior; 0307010040 Restauração de dente permanente posterior; 0307020010 Acesso a polpa dentaria e medicação (por dente); 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico; 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020070 Pulpotomia dentaria; 0307020088 Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; 0307020118 Selamento de perfuração radicular; 03.07.03.005-9 - Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem coronorradicular (por sextante); 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrograda; 0414020073 Curetagem periapical; 0414020138 Exodontia de dente permanente; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020219 Odontossecao/Radilectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento denta; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).</p>
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Periodicidade para monitoramento: anual</p> <p>Periodicidade para avaliação: anual</p>

Responsabilidade da União para o alcance da meta	<p>Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação. Induzir a inclusão de procedimentos preventivos e referenciar a procedimentos especializados em Odontologia para evitar a extração dentária.</p> <p>Garantir incentivos financeiros para o custeio das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Coordenação-geral de Saúde Bucal (CGSB) Departamento de Atenção Básica (DAB) Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) <i>E-mail: avaliacao.dab@saude.gov.br</i></p>

ANEXO R - INDICADOR 5: RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016).

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
Objetivo Nacional	Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
Meta	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.
Relevância do Indicador	Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos. Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.

Método de Cálculo	<p>Método de Cálculo municipal, regional, estadual e DF:</p> <p>Numerador: Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento.</p> <p>Denominador: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano.</p> <p>Fator de Divisão: 3</p>
Recomendações, observações e informações adicionais	<p>Para cálculo do numerador, utilizar os seguintes procedimentos da tabela SIA/SUS (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento)</p>
Fonte	<p>Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Periodicidade para monitoramento: mensal. Periodicidade para avaliação: anual.</p>
Responsabilidade da União para o alcance da meta	<p>O Ministério da Saúde atua diretamente no que diz respeito ao financiamento desses procedimentos e no mapeamento das principais dificuldades e entraves que possam dificultar o alcance da meta. Além disso, é responsável por apoiar estados e municípios na implantação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) Email: redcronicas@saude.gov.br</p>

ANEXO S - INDICADOR 6: RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016).

Tipo de Indicador	Específico
Diretriz Nacional	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
Objetivo Nacional	Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
Meta	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.
Relevância do Indicador	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Permite análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames diagnósticos para câncer de mama da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Método de Cálculo	Método de Cálculo municipal, regional, estadual e DF: Numerador: Quantidade apresentada de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, por município de residência e ano de atendimento. Denominador: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano. Fator de Divisão: 2.

Recomendações, observações e informações adicionais	Para cálculo do numerador, utilizar o seguinte procedimento da tabela SIA/SUS (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento)
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Periodicidade para monitoramento: mensal. Periodicidade para avaliação: anual.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	O Ministério da Saúde atua diretamente no que diz respeito ao financiamento desses procedimentos e no mapeamento das principais dificuldades e entraves que possam dificultar o alcance da meta. Além disso, é responsável por apoiar estados e municípios na implantação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.
Responsável pelo Monitoramento Ministério da Saúde	Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) Email: rede.cronicas@saude.gov.br

**ANEXO T - INDICADOR 26: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE
REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS.
(PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2016)**

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS
Objetivo Nacional/ Relevância do Indicador	Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional:</p> <p>Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento</p> <hr/> <p align="center">População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3</p>

	<p>Numerador: Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento.</p> <p>Denominador: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3</p> <p>Unidade de Medida: Procedimento (Exame citopatológico) por mulher na faixa etária 26</p> <p>Série histórica: 2010: 0,54; 2011: 0,54; 2012: 0,51; 2013: 0,48; 2014: 0,45; e 2015: 0,42. (Fonte:http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def)</p>
Observações e Limitações	<p>Limitações: As secretarias estaduais e municipais de saúde têm um prazo de até 90 dias para apresentar a produção. Portanto os dados não podem ser obtidos em tempo real (Regramento do SIA). Exemplo: quando os dados são extraídos no mês de janeiro de 2015 obtêm-se dados de 2014 somente até o mês de setembro.</p>
Fonte	<p>Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Departamento de Atenção Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: redcronicas@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9052 / 9042</p>

ANEXO U - INDICADOR 11: RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS
Objetivo Nacional/ Relevância do Indicador	Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional:</p> <p>Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento</p> <hr/> <p>População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3</p>

	<p>Numerador: Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento.</p> <p>Denominador: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3</p> <p>Unidade de Medida: Procedimento (Exame citopatológico) por mulher na faixa etária 26</p> <p>Série histórica: 2010: 0,54; 2011: 0,54; 2012: 0,51; 2013: 0,48; 2014: 0,45; e 2015: 0,42. (Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def)</p>
Observações e Limitações	<p>Limitações: As secretarias estaduais e municipais de saúde têm um prazo de até 90 dias para apresentar a produção. Portanto os dados não podem ser obtidos em tempo real (Regramento do SIA). Exemplo: quando os dados são extraídos no mês de janeiro de 2015 obtêm-se dados de 2014 somente até o mês de setembro.</p>
Fonte	<p>Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual</p>
Responsável pelo Monitoramento Ministério da Saúde	<p>Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Departamento de Atenção Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: redcronicas@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9052 / 9042</p>

ANEXO V - INDICADOR 12: RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
Objetivo Nacional/ Relevância do Indicador	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal/estadual/regional:</p> <p>Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento</p> <hr/> <p>População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano/2</p> <p>Numerador: Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 -</p>

	<p>Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento. Denominador: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2</p> <p>Unidade de Medida: Procedimento (Mamografia bilateral para rastreamento) por mulher na faixa etária Série histórica: 2010: 0,20; 2011: 0,23; 2012: 0,27; 2013: 0,30; 2014: 0,32 e 2015: 0,31. (Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def)</p>
Observações e Limitações	<p>Limitações: As secretarias estaduais e municipais de saúde têm um prazo de até 90 dias para apresentar a produção. Portanto os dados não podem ser obtidos em tempo real (Regramento do SIA). Exemplo: quando os dados são extraídos no mês de janeiro de 2015 obtêm-se 28 dados de 2014 somente até o mês de setembro</p>
Fonte	<p>Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual</p>
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	<p>Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Departamento de Atenção Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: redcronicas@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9052 / 9042</p>

ANEXO W - INDICADOR 20: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	<p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.</p>
Objetivo Nacional/ Relevância do Indicador	<p>Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva.</p> <p>Esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.</p>
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal e DF:</p> <p>- Se foram realizados até 6 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, aplicar o cálculo abaixo: (Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias</p>

	<p>realizadas pelo município) / (6) X 100</p> <p>- Se foram realizados os 7 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, a meta atingida será 100%.</p> <p>Método de cálculo estadual e regional: (Número de municípios que realizam de 6 a 7 grupos de ações de Visa consideradas necessárias) / (Total de municípios do estado ou região) X 100</p>
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS)
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: semestral Avaliação: anual
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação do SNVS Gerência-Geral de Coordenação e Fortalecimento do SNVS - GGCOF Anvisa E-mail: csnvs@anvisa.gov.br Telefone: 3462. 6886

**ANEXO X - INDICADOR 21 AÇÕES DE MATRICIAMENTO SISTEMÁTICO
REALIZADAS POR CAPS COM EQUIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.
(PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).**

Tipo de Indicador	Específico
	Especificidade: Aplica-se apenas a municípios com CAPS habilitados (população maior ou igual a 15.000 hab)
Diretriz Nacional	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS
Objetivo Nacional/ Relevância do Indicador	A integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (“Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e bem estar”). Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº-3.088/ 2011). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a

	depressão.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal/estadual/regional: (Nº de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano / total de CAPS habilitados) x 100 (Média mínima esperada: 12 registros por ano) Unidade de Medida: percentual (%)
Fonte	Código do procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial - S.I.A-SUS
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: anual Avaliação: anual
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - CGMAD Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES Secretaria de Atenção à Saúde - SAS E-mail: keyla.kikushi@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9144 ou 6227

ANEXO Y - INDICADOR Nº 4: RAZÃO ENTRE EXAMES DE MAMOGRAFIA EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO FEMININA DA MESMA FAIXA ETÁRIA E LOCAL DE RESIDÊNCIA. (IDSUS).

Indicador nº 4	Razão entre exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população feminina da mesma faixa etária e local de residência
Conceituação	Relação entre o número de exames de mamografia de rastreamento realizadas e pagas pelo SUS, em mulheres de 50 a 69 anos, residentes em um município, no período de dois anos; e a população feminina de mesma faixa etária, residente no mesmo município, no último ano do biênio avaliado.
Interpretação	<p>Permite conhecer o número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, possibilitando inferir as desigualdades no acesso à mamografia e ao rastreamento do câncer de mama nesta faixa etária, considerando ser este o subgrupo alvo de mulheres para o rastreamento por mamografia do câncer de mama. O indicador permite avaliar indiretamente o alcance da população feminina usuária em relação ao rastreamento da doença em um determinado período de tempo. Taxas reduzidas podem refletir dificuldade de sensibilização e captação da população usuária para o rastreamento de câncer de mama ou dificuldades de acesso ao serviço.</p> <p>Consideram-se nesse indicador os exames de mamografia bilateral para rastreamento. Em geral, a sensibilidade do rastreamento mamográfico varia de 77% a 95% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. Em mamas mais densas – como ocorre em mulheres com menos de 50 anos – a sensibilidade da mamografia de rastreamento diminui para valores em torno de 30 a 48%. A especificidade do rastreamento mamográfico varia entre 94% a 97% e é</p>

	<p>igualmente dependente da qualidade do exame" (MS, Caderno de Atenção Básica nº13, 2013) Mulheres de alto risco para câncer de mama são aquelas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> têm um ou mais parentes de 1º grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes de 50 anos; têm um ou mais parentes de 1º grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; apresentam história familiar de câncer de mama masculina; e apresentam lesão mamária proliferativa com atípica comprovada em biópsia. <p>Mulheres com risco elevado de câncer de mama devem ser submetidas à mamografia, anualmente, a partir dos 35 anos de idade (MS, 2004). Recomenda-se realizar uma mamografia, em mulheres de 50 a 69 anos de idade a cada dois anos (MS, Caderno de Atenção Básica nº13, 2013). Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23%" (MS, Caderno de Atenção Básica nº 13, 2013) A faixa etária de 50 a 69 anos é definida como prioritária para programas organizados de rastreamento populacional, para esse exame. Há evidência científica atual de que a relação risco-benefício do rastreamento populacional, em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, é pouco favorável. (MS, Caderno de Atenção Básica nº 13, 2013).</p>
Usos	<p>Contribuir para avaliar a adequação do acesso a mamografias da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos. Analisar variações geográficas e temporais no acesso a mamografias da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsidiar</p>

	processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Limitações	<p>O indicador avalia a oferta de exames de mamografia com base no número de exames feitos e não no número de mulheres examinadas, podendo não retratar a real cobertura da população alvo do rastreamento, uma vez que uma mesma mulher pode ter realizado mais de um exame.</p> <p>Alguns cuidados devem ser observados na análise, pois uma razão elevada de mamografias para a população alvo não significa necessariamente boa cobertura, mas a capacidade da rede de ofertar o exame.</p> <p>Para análise do resultado do indicador, seria interessante obter informações sobre a periodicidade de realização do exame e/ou a cobertura da saúde suplementar. Assim, será possível avaliar se parte significativa das mulheres repete o exame fora da periodicidade recomendada e se parcela representativa dos exames em uma determinada localidade são feitos pelo sistema privado de saúde. Estas informações complementares auxiliam a compreender o significado do resultado obtido.</p>
Fonte	Ministério da Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Estimativas populacionais e Censo 2010 (DATASUS).
Método de cálculo	<p>Número de mamografias de rastreamento realizadas no período de 2 anos em mulheres de 50 a 69 anos, residentes em um município, dividido pela população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos residentes no mesmo município, no último ano do biênio avaliado.</p> <p>Numerador: Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 Mamografia bilateral para rastreamento, em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, residentes em determinado município e ano de realização do exame.</p> <p>Denominador: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, residentes em</p>

	determinado município e último ano do período de 2 anos avaliados.
Categorias sugeridas para análise	Unidade geográfica: Brasil, estados, regiões de saúde e municípios
Parâmetro do Indicador	70 mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, para cada 100 mulheres nessa faixa etária, residentes no mesmo município.
Pontuação do Indicador	Se o resultado é maior ou igual ao parâmetro, a nota é 10. Se o resultado é menor que o parâmetro, a nota será diretamente proporcional ao decréscimo do resultado em relação ao parâmetro.

**ANEXO Z - INDICADOR Nº 5: RAZÃO ENTRE EXAMES
CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 59
ANOS E POPULAÇÃO FEMININA DA MESMA FAIXA ETÁRIA E LOCAL
DE RESIDÊNCIA. (IDSUS).**

Indicador nº 5	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população feminina da mesma faixa etária e local de residência
Conceituação	Relação entre o número de exames citopatológicos do colo do útero, realizados e pagos pelo SUS, em mulheres de 25 a 59 anos residentes em um município, no período de três anos; e a população feminina de mesma faixa etária, residente no mesmo município, no último ano do triênio.
Interpretação	Expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolau) para a população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 59 anos) e aproximadamente a cobertura com tais exames. Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano) apresentarem resultado normal, o preventivo deve ser feito a cada três anos segundo a publicação “Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer Colo do Útero” (MS, 2011).
Usos	Contribuir para avaliar a adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos. Analisar variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.

Limitações	<p>O indicador avalia a oferta de exame citopatológico com base no número de exames feitos e não no número de mulheres examinadas, podendo não retratar a real cobertura da população alvo do rastreamento.</p> <p>Alguns cuidados devem ser observados na análise: Por exemplo, uma razão elevada de exames citopatológicos na população alvo não significa necessariamente boa cobertura, mas a capacidade da rede de ofertar o exame.</p> <p>Para análise do resultado do indicador, seria interessante obter informações sobre a periodicidade de realização do exame e/ou a cobertura da saúde suplementar.</p> <p>Dessa forma, será possível avaliar se parte significativa das mulheres repete o exame fora da periodicidade recomendada e se parcela representativa dos exames em uma determinada localidade são feitos pelo sistema privado de saúde. Estas informações complementares auxiliam a compreender o significado do resultado obtido.</p>
Fonte	Ministério da Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Estimativas populacionais e Censo 2010 (DATASUS).
Método de cálculo	<p>Número de exames citopatológicos do colo do útero, realizados no período de 3 anos, para mulheres de 25 a 59 anos residentes em um município; dividido pela população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, residentes no mesmo município, no último ano do triênio avaliado. Numerador: N° de procedimentos 0203010019 - exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, realizados para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, residentes em determinado município e período analisado. Denominador: População feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, residente em</p>

	determinado município, no último ano do triênio avaliado.
Categorias sugeridas para análise	Unidade geográfica: Brasil, estados, regiões de saúde e municípios.
Parâmetro do Indicador	90 exames realizados, no período de três anos, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, para cada 100 mulheres nesta faixa etária, residentes no mesmo município.
Pontuação do Indicador	Se o resultado é maior ou igual ao parâmetro, a nota é 10. Se o resultado é menor que o parâmetro, a nota será diretamente proporcional ao decréscimo do resultado em relação ao parâmetro.

Fonte: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>

**ANEXO AA - INDICADOR Nº 6: RAZÃO ENTRE PROCEDIMENTOS
AMBULATORIAIS SELECIONADOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE PARA
RESIDENTES E POPULAÇÃO DE MESMA RESIDÊNCIA. (IDSUS).**

Indicador nº 6	Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para residentes e população de mesma residência
Conceituação	Relação entre o número de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade realizados e pagos pelo SUS, para residentes de um município, em um período e a população residente no mesmo município, no último ano do período considerado.
Interpretação	<p>O indicador mede a relação entre a produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade destinados a residentes, em um território, com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos.</p> <p>Avalia “o SUS que atende os residentes de cada município brasileiro”, quanto à atenção especializada ambulatorial de média complexidade, realizada tanto no próprio município, quanto a que é encaminhada e realizada em outros municípios, polos de uma região, de um estado ou nacional.</p> <p>Os procedimentos selecionados não representam apenas o quantitativo produzido em si, mas toda linha de cuidado até a obtenção de tais procedimentos. A Razão entre esses procedimentos habitante/ano, ao representarem a oferta realizada, indicam as facilidades ou problemas de acesso à atenção de média complexidade, em geral. Não leva em consideração a cobertura da população com planos privados de saúde para tais procedimentos, pois busca medir o quanto a produção do SUS é suficiente para atender toda a população residente no município.</p>
Usos	<p>Analisar variações geográficas e temporais da produção de procedimentos selecionados de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>Contribuir para avaliar a adequação do acesso à atenção ambulatorial de média complexidade segundo as necessidades da população atendida.</p> <p>Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS.</p>

Limitações	Ao se usar apenas procedimentos de média complexidade, que continham os dados de residência do usuário, a seleção de procedimentos ficou restrita aos que são registrados no Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada, forçando a seleção de poucos procedimentos, os quais podem não representar toda gama de procedimentos de média complexidade e, portanto, pode não representar de forma mais completa, a adequação da oferta à necessidade e o grau de acesso a tais procedimentos.
Fonte	Ministério da Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Estimativas populacionais e Censo 2010 (DATASUS)
Método de cálculo	<p>Resultado padronizado e ajustado do indicador que é igual ao RIE do município com ajuste pelo Bayes empírico) multiplicado pelo resultado médio do indicador nos municípios de referência.</p> <p>O resultado desse indicador é obtido após a aplicação de dois métodos estatísticos: A Padronização Indireta por Faixa Etária e Sexo (que diminui a influência das diferenças de faixas etárias e sexo existente nas populações dos municípios); E o ajuste pelo Bayes empírico (que reduz a brusca variação do resultado de indicadores em pequenas populações pelo acréscimo ou subtração de poucas unidades no numerador).</p> <p>Para se chegar à equação é necessário:</p> <p>Calcular a Razão entre Informados e Esperados (RIE) do município que é igual à:</p> <p>soma do número de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade produzidos para residentes do município e pagos pelo SUS, no período avaliado dividido pela quantidade de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, esperados para os residentes no município, no período avaliado.</p> <p>Razão entre Informados e Esperados ou RIE é um correlato ao termo em inglês Standardized Incidence Rate – SIR ou ao termo Standardized Mortality Rate – SMR.</p> <p>Calcular quantidade de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, esperados para os residentes no município que é igual ao somatório do produto entre a população feminina e masculina, em cada</p>

	<p>faixa etária (PopSexo Faixa), residente no município (MunRes) e o respectivo resultado do indicador Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade (RzProcMC Sexo Faixa) calculado diretamente para as mesmas faixas etárias femininas e masculinas, exclusivamente SUS, residentes em todos os Municípios de Referência (MunRef), no período considerado.</p> <p>Fórmula = [(PopFem Menor 1 ano do MunRes X RzProcMC Proc Fem Menor 1 ano do MunRef) + (PopFem 1 a 4 anos do MunRes X RzProcMC Fem 1 a 4 anos do MunRef) +.....+ (PopFem 80a e mais do MunRes X RzProcMC Fem 80a e mais do MunRef) + (PopMasc Menor 1 ano do MunRes X RzProcMC Masc Menor 1 ano do MunRef) + (PopMasc 1 a 4 anos do MunRes X RzProcMC Masc 1 a 4 anos do MunRef) +.....+ (PopMasc 80a e mais do MunRes X RzProcMC Masc 80a e mais do MunRef)]</p> <p>Faixas etárias dos sexos feminino e masculino usadas na padronização:</p> <p>Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos e mais.</p> <p>Calcular a RIE do município com ajuste pelo Bayes empírico que é igual ao RIE do município sem ajuste multiplicado pelo fator de ajuste Bayes específico do município somado ao produto entre o RIE médio de todos os municípios do mesmo grupo homogêneo e região brasileira a que pertence o município e a diferença entre 01 e o fator de ajuste Bayes específico do município.</p> <p>Fórmula = (RIE do município sem ajuste X Fator de ajuste Bayes específico do município) + [(RIE média de todos os municípios do mesmo grupo homogêneo e região brasileira a que pertence o município) X (1 – Fator de ajuste Bayes específico do município)].</p> <p>O Fator de ajuste Bayes específico do município consiste no fator calculado especificamente para cada município. Esse fator depende da dispersão dos valores dos resultados da RIE sem ajuste, entre todos os municípios do mesmo grupo homogêneo e região brasileira a que pertence o município e aumenta</p>
--	---

	<p>progressivamente, de zero a um, . conforme aumenta o denominador da RIE (número de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, esperados para os residentes no município). Calcular o RIE média de todos os municípios do mesmo grupo homogêneo e região brasileira a que pertence o município que é igual ao somatório do número de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, produzidos para residentes de todos os municípios do mesmo grupo homogêneo e região brasileira a que pertence o município, no período avaliado dividido pelo somatório do número de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade esperados, no período avaliado, para os residentes de todos os municípios do mesmo grupo homogêneo e região brasileira a que pertence o município. Calcular o resultado médio do indicador nos municípios de referência que é igual ao: somatório do número de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, pagos pelo SUS e produzidos para residentes em todos os municípios de referência, no período avaliado dividido pelo somatório da população, exclusivamente SUS, de todos os municípios de referência, do último ano do período avaliado, sendo essa população multiplicada pelo número de anos do período avaliado. Municípios de referência citados anteriormente correspondem aos Municípios de Referência para os Parâmetros de acesso à atenção de média a alta complexidade, isto é, o grupo formado por municípios brasileiros que dispõem de uma estrutura de sistema de saúde mais completa, de forma a evitar o viés dos baixos resultados dos indicadores de acesso à atenção de média a alta complexidade devido à deficiência de oferta de serviços.</p> <p>População exclusivamente SUS corresponde à população do município da qual foi subtraída parcela da população coberta por planos privados de saúde de cobertura ambulatorial e hospitalar. Essa parcela da população coberta por planos privados de saúde foi calculada segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), referente ao último ano do período avaliado.</p>
Categorias	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados,

sugeridas para análise	Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.								
Parâmetro do Indicador	2,6 procedimentos por 100 habitantes equivale à média dos municípios de referência para os parâmetros de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média a alta complexidade.								
Pontuação do Indicador	Se resultado maior ou igual ao parâmetro, nota 10. Se resultado menor que o parâmetro, a nota será diretamente proporcional ao decréscimo do resultado em relação ao parâmetro.								
Obtenção dos dados	<p>A obtenção dos dados a seguir segue o padrão de tabulação do TabWin – programa computacional do DATASUS que tabula dados das bases nacionais de dados de saúde.</p> <p>Procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade: procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, tabulados segundo município de residência do paciente, por sexo e faixa etária, para o período selecionado de anos de atendimento:</p> <p>Critérios de seleção dos procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade:</p> <p>Restringem-se aos procedimentos registrados no Boletim de Produção Individualizada (BPAI) do SIA.</p> <p>Excluídos os procedimentos cuja unidade é menor do que um exame ou terapia por paciente. Exemplo procedimentos que contam campos, imagens, unidades de medicamentos, próteses, sessões de terapias, etc.;</p> <p>Excluídos todos os procedimentos de fisioterapia, atenção à Saúde Mental, e todo o Grupo 6 - Medicamentos e Grupo 7 - Órteses, próteses e materiais especiais, da Tabela de Procedimentos Unificada.</p> <p>Excluídos os procedimentos relacionados à gestão ou administrativos: Grupo 8 - Ações complementares da atenção à saúde, da Tabela de Procedimentos Unificada.</p> <table border="1" data-bbox="324 1129 924 1161"> <thead> <tr> <th>Variáveis</th> <th>Seleção</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ano de atendimento:</td> <td>seleção dos anos do período avaliado</td> </tr> <tr> <td>Faixas etárias</td> <td><1a, 1-4a, 5-9a, 10-14a, 15-19a, 20-24a, 25-29a, 30-34a, 35-39a, 40-44a, 45-49a, 50-54a, 55-59a, 60-64a, 65-69a, 70-74a, 75-79a, 80e+a.</td> </tr> <tr> <td>Códigos dos procedimentos:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>0201010151, 0201010160, 0201010585, 0201010607, 0201010666, 0202030059, 0202030237, 0202031080,</p>	Variáveis	Seleção	Ano de atendimento:	seleção dos anos do período avaliado	Faixas etárias	<1a, 1-4a, 5-9a, 10-14a, 15-19a, 20-24a, 25-29a, 30-34a, 35-39a, 40-44a, 45-49a, 50-54a, 55-59a, 60-64a, 65-69a, 70-74a, 75-79a, 80e+a.	Códigos dos procedimentos:	
Variáveis	Seleção								
Ano de atendimento:	seleção dos anos do período avaliado								
Faixas etárias	<1a, 1-4a, 5-9a, 10-14a, 15-19a, 20-24a, 25-29a, 30-34a, 35-39a, 40-44a, 45-49a, 50-54a, 55-59a, 60-64a, 65-69a, 70-74a, 75-79a, 80e+a.								
Códigos dos procedimentos:									

	0203010043, 0203020014, 0205010032, 0405030045, 0405050097, 0405050100, 0405050119, 0405050151, 0405050372, 0409040240, 0409050083, 0506010023, 0506010031, 0506010040.
--	--

ANEXO BB - INDICADOR Nº 10: PROPORÇÃO DO TOTAL BRASIL DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS SELECIONADOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE PARA NÃO RESIDENTES. (IDSUS).

Indicador nº 10	Proporção do total Brasil de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para não residentes
Conceituação	<p>Percentual da capacidade líquida de realizar procedimentos ambulatoriais individualizados e selecionados de média complexidade, para não residentes, pela rede SUS localizada em um determinado município, em relação à soma dessas mesmas capacidades líquidas de todos os municípios brasileiros, no ano considerado.</p> <p>Capacidade líquida de realizar procedimentos ambulatoriais selecionados e individualizados de média complexidade selecionados, para não residentes, consiste na real capacidade, que tem a rede SUS localizada em determinado município, de realizar procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para não residentes, se realizasse, antes, todo o atendimento aos seus residentes para os mesmos procedimentos; isto é, depois de descontados, da produção total de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados realizados no município, todos os procedimentos destinados aos seus residentes, realizados tanto no próprio município, quanto em outros municípios.</p> <p>De outra forma, essa capacidade líquida é igual à quantidade de procedimentos ambulatoriais selecionados e individualizados de média complexidade, realizada em um município para não residentes e pagos pelo SUS, descontada a quantidade desses mesmos procedimentos realizada pelo SUS para seus residentes em outros municípios.</p>
Interpretação	<p>O indicador mede a capacidade líquida do município de realizar procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes, pagos pelo SUS, em relação à soma dessas capacidades líquidas de todos os municípios brasileiros, permitindo a comparação entre todos os municípios independentemente do porte desses.</p> <p>Busca valorizar a capacidade do município em ser polo de referência, regional, estadual e nacional, para a atenção ambulatorial de média complexidade aos demais municípios, que não têm ou têm capacidade insuficiente para atender seus municípios, nesse nível da atenção.</p>

Usos	<p>Analisar variações geográficas e temporais da capacidade de produção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados, de determinados municípios, para usuários do SUS residentes em outros municípios, identificando situações de insuficiências e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>Contribuir para avaliar a adequação do volume de procedimentos ambulatoriais de média complexidade às necessidades da atenção regionalizada de uma população.</p> <p>Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a atenção regionalizada de média complexidade ambulatorial de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.</p>
Limitações	<p>Esse indicador só avalia municípios que possuem capacidade para realizar procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para não residentes.</p> <p>Por ter como denominador a produção para não residentes de todos os municípios brasileiros, o indicador não mede a capacidade relativa de um município em ser polo de referência em sua região de saúde.</p>
Fonte	Ministério da Saúde: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)
Método de cálculo	<p>Número total de Procedimentos Ambulatoriais Selecionados de Média Complexidade (PASC) realizados no município e pagos pelo SUS, em determinado ano; menos o número de procedimentos de média complexidade destinados aos seus residentes realizados tanto no próprio município quanto em outros municípios, no ano considerado, dividido pela soma dos totais de procedimentos ambulatoriais de média complexidade pagos pelo SUS e realizados por todos os municípios brasileiros, em determinado ano, descontados os procedimentos destinados aos residentes de cada município realizados nos próprios municípios e em outros municípios de referência, no ano considerado, multiplicado por 100.</p> <p>Expressa pela fórmula:</p> $= \frac{\text{Total de PASC realizados no Mun.} - \text{Total de PASC p/residentes do Mun.}}{\sum \text{ Todos municípios (Total de PASC realizados no Mun.} - \text{Total de PASC p/residentes do Mun.)}} \times 100$ <p>Observação: Se numerador menor que zero (0), o resultado é igual a zero (0).</p>
Categorias sugeridas para	Unidade geográfica: Brasil, estados, regiões de saúde, municípios.

análise							
Parâmetro	0,9% equivale à média dos Municípios de Referência para os parâmetros de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média a alta complexidade						
Pontuação	Se resultado maior ou igual ao parâmetro, nota 10. Se resultado for menor que o parâmetro, a nota será diretamente proporcional ao decréscimo do resultado em relação ao parâmetro.						
Parâmetro do Indicador	6,3 procedimentos por 1.000 habitantes equivalem à média dos municípios de referência para os parâmetros de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média a alta complexidade.						
Pontuação do Indicador	Se resultado maior ou igual ao parâmetro, nota 10. Se resultado menor que o parâmetro, a nota será diretamente proporcional ao decréscimo do resultado em relação ao parâmetro.						
Obtenção dos dados	<p>A obtenção dos dados a seguir segue o padrão de tabulação do TabWin – programa computacional do DATASUS que tabula dados das bases nacionais de dados de saúde.</p> <p>Os critérios de seleção desses procedimentos:</p> <p>Restringem-se aos procedimentos registrados no Boletim de Produção Individualizada (BPAI) do SIA.</p> <p>Excluídos os procedimentos cuja unidade é menor do que um exame ou terapia por paciente.</p> <p>Exemplo: procedimentos que contam campos, imagens, unidades de medicamentos, próteses, sessões de terapias, etc.;</p> <p>Foram excluídos:</p> <p>todos os procedimentos de fisioterapia, atenção à Saúde Mental, e todo o Grupo 6 - Medicamentos e Grupo 7 - Órteses, próteses e materiais especiais, da Tabela de Procedimentos Unificada.</p> <p>os procedimentos relacionados à gestão ou administrativos: Grupo 8 - Ações complementares da atenção à saúde, da Tabela de Procedimentos Unificada.</p> <table border="1" data-bbox="280 1165 918 1388"> <thead> <tr> <th>Variáveis</th> <th>Seleção</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ano de atendimento:</td> <td>Seleção do último ano do período avaliado de anos usados no indicador Razão entre procedimentos de média complexidade selecionados e população residente</td> </tr> <tr> <td>Complexidade do procedimento;</td> <td>média complexidade</td> </tr> </tbody> </table>	Variáveis	Seleção	Ano de atendimento:	Seleção do último ano do período avaliado de anos usados no indicador Razão entre procedimentos de média complexidade selecionados e população residente	Complexidade do procedimento;	média complexidade
Variáveis	Seleção						
Ano de atendimento:	Seleção do último ano do período avaliado de anos usados no indicador Razão entre procedimentos de média complexidade selecionados e população residente						
Complexidade do procedimento;	média complexidade						

	Lista do códigos dos procedimentos:	utilizados no numerador e denominador:
	0201010097, 0201010119, 0201010151, 0201010160, 0201010186,	0201010240, 0201010569, 0201010585,
	0201010607, 0201010666, 0202030059, 0202030237, 0202030679,	0202031080, 0202110028, 0202110036,
	0203010019, 0203010043, 0203020014, 0203020065, 0203020073,	0203020081, 0204030030, 0204030048,
	0204030161, 0204030188, 0205010032, 0205020097, 0205020194,	0211030015, 0211030023, 0211030031,
	0211030040, 0211030058, 0211030066, 0211030074, 0211030082,	0211030090, 0211070092, 0211070297,
	0211070319, 0301010102, 0301020019, 0301020027, 0301070156,	0303050012, 0303050128, 0303080108,
	0303080116, 0304010103, 0401020088, 0403050014, 0403050081,	0404010016, 0404010032, 0404010415,
	0405010036, 0405010117, 0405010125, 0405020015, 0405020023,	0405030029, 0405030045, 0405030193,
	0405030215, 0405030223, 0405030231, 0405040067, 0405040075,	0405040202, 0405040210, 0405050011,
	0405050097, 0405050100, 0405050119, 0405050151, 0405050224,	0405050399, 0406020620, 0407020225,
	0409010170, 0409010294, 0409040142, 0409040215, 0409040240,	0409050083, 0409060046, 0409060089,
	0409060178, 0409070157, 0411010018, 0413040232, 0505010127	

ANEXO CC - INDICADOR Nº 20: MÉDIA MENSAL DE PARTICIPANTES NA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA. (IDSUS).

Indicador nº 20	Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada	
Conceituação	Razão entre o número médio mensal de residentes que participaram de ação coletiva de escovação dental supervisionada no ano e a população de determinado município, no ano avaliado.	
Interpretação	<p>Estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.</p> <p>Considerando que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentifrício fluoretado, esse indicador também permite estimar a proporção de pessoas que tiveram acesso ao flúor tópico, o meio mais eficaz de prevenção de doenças bucais, além da oportunidade de consolidar o hábito de escovação;</p>	
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da ação de escovação dental supervisionada, identificando situações que demandem ações e estudos específicos para implantação de ações preventivas de saúde bucal. Contribuir para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de prevenção, promoção e autocuidado, realizadas pelas equipes de saúde bucal.	
Limitações	O indicador limita-se a um tipo de ação coletiva. Baixas coberturas não implicam ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde.	
Fonte	Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).	
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada, em doze meses, no município, dividido por 12}}{\text{População do município no período avaliado}}$	X 100
Categorias sugeridas para análise	Unidade geográfica: Brasil, estados, regiões de saúde, municípios.	
Dados Estatísticos	Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada nos anos de 2008 a 2010, Brasil e regiões.	

	País/Região	2008	2009	2010
	Brasil	2,41	2,56	2,64
	Norte	0,9	1,59	1,6
	Nordeste	1,66	2,49	2,67
	Sudeste	2,97	2,91	2,76
	Sul	2,87	2,44	2,51
	Centro-oeste	1,86	1,76	2,55
Parâmetro	Oito participantes por 100 habitantes – média dos municípios que tem cobertura de ESB ou Equipes de THD/ACD maior que 60%.			
Pontuação	Se o resultado for igual ou superior ao parâmetro, a nota será 10. Se o resultado for menor que o parâmetro, a nota será decrescente, proporcional ao resultado.			
Obtenção dos dados	A obtenção dos dados a seguir segue o padrão de tabulação do TabWin – programa computacional do DATASUS que tabula dados das bases nacionais de dados de saúde. Procedimentos odontológicos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, tabulados segundo o município do estabelecimento e o último ano de atendimento do período de anos de produção SIA, avaliados pelo IDSUS. Numerador – Procedimento 01.01.02.003-1 - Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada			

Fonte: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>

ANEXO DD - INDICADOR Nº 21: PROPORÇÃO DE EXODONTIA ENTRE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS SELECIONADOS. (IDSUS).

Indicador nº 21	Proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados
Conceituação	Percentual das extrações dentárias em relação à soma de procedimentos selecionados (rol que inclui as extrações), produzidos para residentes em determinado município e ano.
Interpretação	Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange um maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.
Usos	<p>Analisar variações populacionais, geográficas e temporais de extrações dentárias em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>Apontar a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção à saúde bucal.</p> <p>Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal.</p>
Limitações	<p>Pessoas que necessitam de extração dentária podem não ter acesso aos serviços odontológicos, interferindo no resultado do indicador.</p> <p>A proporção entre quantitativos de procedimentos pode mascarar se esses quantitativos são os recomendáveis para melhor saúde bucal da população.</p> <p>Subregistros de procedimentos alteram os resultados.</p> <p>Acréscimos ou subtrações no denominador para pequenas quantidades no denominador causam grande variação nos resultados.</p>
Fonte	Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de extrações dentárias realizadas em um município e ano avaliado}}{\text{Total de procedimentos individuais preventivos e curativos selecionados por município e ano avaliado}} \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Unidade geográfica: Brasil, estados, regiões de saúde, municípios.
Parâmetro	Se o resultado for menor ou igual ao parâmetro, a nota será 10.

	Se o resultado for maior que o parâmetro, a nota será decrescente, proporcional ao percentual do resultado. Se número de procedimentos odontológicos clínico-cirúrgicos for igual a zero, nota zero. Se número de exodontias for igual a zero, nota zero.																												
Dados Estatísticos	Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada nos anos de 2008 a 2010, Brasil e regiões. <table border="1" data-bbox="360 391 917 635"> <thead> <tr> <th>País/Região</th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Brasil</td> <td>2,41</td> <td>2,56</td> <td>2,64</td> </tr> <tr> <td>Norte</td> <td>0,9</td> <td>1,59</td> <td>1,6</td> </tr> <tr> <td>Nordeste</td> <td>1,66</td> <td>2,49</td> <td>2,67</td> </tr> <tr> <td>Sudeste</td> <td>2,97</td> <td>2,91</td> <td>2,76</td> </tr> <tr> <td>Sul</td> <td>2,87</td> <td>2,44</td> <td>2,51</td> </tr> <tr> <td>Centro-oeste</td> <td>1,86</td> <td>1,76</td> <td>2,55</td> </tr> </tbody> </table>	País/Região	2008	2009	2010	Brasil	2,41	2,56	2,64	Norte	0,9	1,59	1,6	Nordeste	1,66	2,49	2,67	Sudeste	2,97	2,91	2,76	Sul	2,87	2,44	2,51	Centro-oeste	1,86	1,76	2,55
País/Região	2008	2009	2010																										
Brasil	2,41	2,56	2,64																										
Norte	0,9	1,59	1,6																										
Nordeste	1,66	2,49	2,67																										
Sudeste	2,97	2,91	2,76																										
Sul	2,87	2,44	2,51																										
Centro-oeste	1,86	1,76	2,55																										
Parâmetro	Oito participantes por 100 habitantes – média dos municípios que tem cobertura de ESB ou Equipes de THD/ACD maior que 60%.																												
Pontuação	Se o resultado for igual ou superior ao parâmetro, a nota será 10. Se o resultado for menor que o parâmetro, a nota será decrescente, proporcional ao resultado.																												
Obtenção dos dados	A obtenção dos dados a seguir segue o padrão de tabulação do TabWin – programa computacional do Datasus que tabula dados das bases nacionais de dados de A obtenção dos dados a seguir segue o padrão de tabulação do TabWin – programa computacional do Datasus que tabula dados das bases nacionais de dados de saúde. Extraídos dos Procedimentos odontológicos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, tabulados segundo o município do estabelecimento e o último ano de atendimento do período de anos dos dados do SIA usados pelo IDSUS conforme a especificação abaixo: <i>Numerador - procedimentos de exodontia</i> 0414020138 - EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE 0414020146 - EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE <i>Denominador - procedimentos clínico-cirúrgicos selecionados:</i> 0101020058 - APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE) 0101020066 - APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE) 0101020074 - APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO) 0101020090 - SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA 0307010015 - CAPEAMENTO PULPAR 0307010031 - RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR 0307010040 - RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR 0307020010 - ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE) 0307020029 - CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO 0307020037 - OBTURACAO DE DENTE DECIDUO 0307020045 - OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE																												

	<p><i>BIRRADICULAR</i></p> <p>0307020053 - <i>OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE C/ TRES OU MAIS RAIZES</i></p> <p>0307020061 - <i>OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR</i></p> <p>0307020070 - <i>PULPOTOMIA DENTARIA</i></p> <p>0307020088 - <i>RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR</i></p> <p>0307020096 - <i>RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAIZES</i></p> <p>0307020100 - <i>RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR</i></p> <p>0307020118 - <i>SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR</i></p> <p>0307030016 - <i>RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)</i></p> <p>0307030024 - <i>RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)</i></p> <p>0307030032 - <i>RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)</i></p> <p>0414020022 - <i>APICECTOMIA COM OU SEM OBturaçãO RETRÓGRADA</i></p> <p>0414020073 - <i>CURETAGEM PERIAPICAL</i></p> <p>0414020138 - <i>EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE</i></p> <p>0414020146 - <i>EXODONTIA MÚTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE</i></p> <p>0414020154 - <i>GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)</i></p> <p>0414020162 - <i>GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)</i></p> <p>0414020219 - <i>ODONTOSECCAO / RADILECTOMIA / TUNELIZACAO</i></p> <p>0414020243 - <i>REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)</i></p> <p>0414020367 - <i>TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL</i></p> <p>0414020375 - <i>TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)</i></p>
--	--