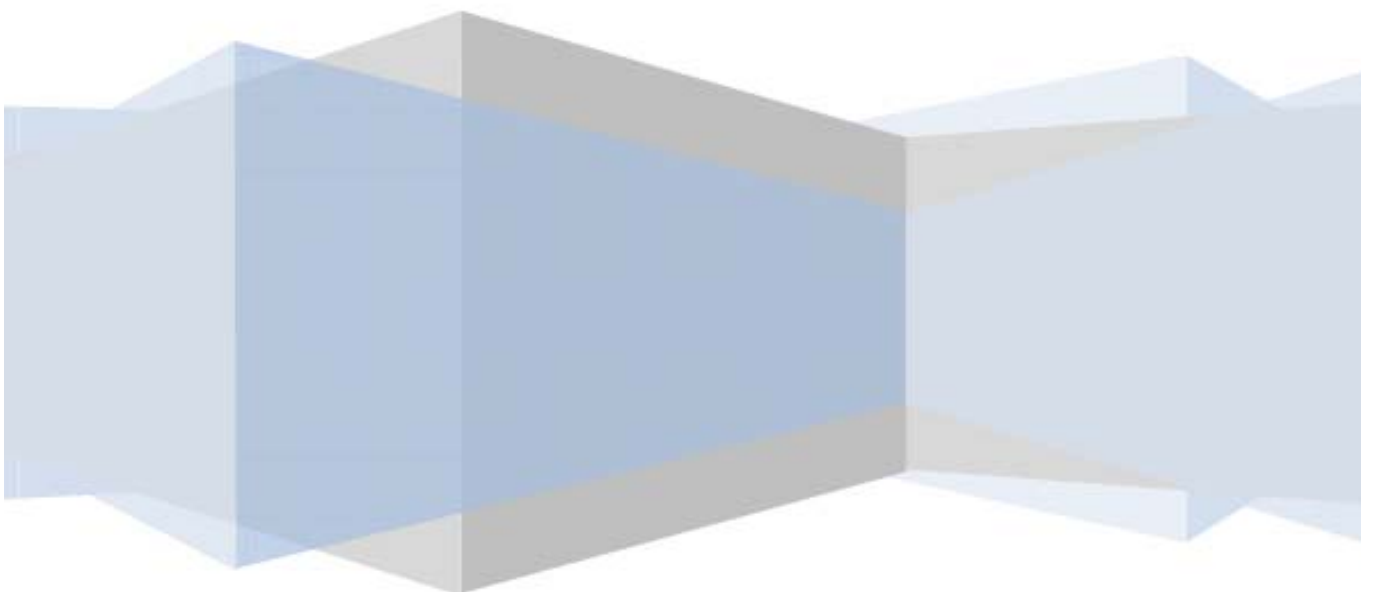


Ministério da Saúde / Secretaria Executiva
Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação

Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

Brasília, 07 abril 2011.



Presidenta da República

Dilma Rousseff

Ministro da Saúde

Alexandre Padilha

Secretária-Executiva

Márcia Aparecida do Amaral

Secretário de Atenção à Saúde

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Carlos Augusto Graboys Gadelha

Secretário Especial de Saúde Indígena

Antônio Alves de Souza

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Milton Arruda Martins

Secretário de Vigilância em Saúde

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Coordenação do Trabalho

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Afonso Teixeira dos Reis

Equipe de Elaboração

Adriana Nunes de Oliveira

Adriano Massuda

Afonso Teixeira dos Reis

Celeste de Souza Rodrigues

Cinthia Lociks de Araújo

Fausto Pereira dos Santos

Heider Aurélio Pinto

Hudson Pacífico da Silva

Isabel Vilas Boas Senra

José Carlos de Moraes

Otaliba Libânio de Moraes

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Renata Florêncio Santiago

Sibele Gonçalves Ferreira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	04
1. INTRODUÇÃO	06
2. DIRETRIZES E CRITÉRIOS DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DO SUS	07
2.1 Diretrizes do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.....	07
2.2 Critérios para definição e cálculo dos indicadores do Programa	08
3. PROPOSTA DE MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE COMPONENTES DO SUS.....	10
3.1 Critérios propostos para o modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde componentes do SUS	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
Anexo I- Fichas técnicas resumidas dos indicadores selecionados para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde	17
Anexo II- Categorização dos indicadores selecionados para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde	24

APRESENTAÇÃO

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem demonstrado enorme potencial de inclusão social à atenção à saúde de parcelas expressivas da população. Em que pesem todos os avanços, amplamente divulgados pela literatura especializada e pela avaliação de gestores, trabalhadores e usuários, ainda existem lacunas que permanecem como desafios para a sua consolidação.

Um dos desafios mais importantes é o de construir e implementar uma proposta de monitoramento e avaliação que dê conta de expressar o presente, o passado e o futuro, visando à maior efetividade das ações da política de saúde.

Partindo desses pressupostos – e buscando dar eficiência e eficácia à gestão do sistema de saúde –, a Presidenta Dilma Rousseff e o Ministro da Saúde Alexandre Padilha têm enfatizado a relevância da construção de indicadores que possam retratar e medir o estado atual do sistema de saúde pública brasileira, além de possibilitar a prospecção do futuro do sistema, enfocando especialmente o acesso e a qualidade.

As últimas décadas tem sido pautada pela temática dos indicadores sociais, especialmente no que se refere ao ciclo de avaliação de políticas, nas diferentes esferas de governo. Esta tendência reflete a consolidação dos princípios tais como: (i) a introdução do planejamento como ferramenta de gestão em um espaço de tempo plurianual; (ii) a importância dos relatórios de gestão; (iii) o foco na avaliação dos programas governamentais por parte das várias instituições de auditoria e de controle, além da avaliação da satisfação do usuário; (iv) o aprimoramento do controle social; (v) a necessidade de avaliação e monitoramento constantes; e, (vi) a incorporação das várias modalidades de tecnologia da informação que permitem a transparência pública e a rapidez no fluxo de informações.

Essa agenda é retomada em momento de expansão das políticas sociais e de um movimento de inclusão crescente e de forma não regulada, de amplas parcelas da população brasileira. Se há uma consolidação dos valores da cidadania, mesmo com todos os desafios que advém do combate às desigualdades e iniquidades, é necessária a consolidação de valores republicanos que garantam, especialmente, um maior controle das políticas públicas e sociais por parte da população. Especificamente a política de saúde precisa responder a esse desafio. Para isso, o Ministério da Saúde, lança à consulta pública um Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.

A proposta de consulta pública faz parte da Política de Monitoramento e Avaliação para a Qualificação do SUS que vem sendo formulada pelo Ministério para pactuação e implementação ainda neste ano. Um de seus objetivos é reunir indicadores capazes de medir e refletir a situação atual das redes de atenção à saúde, passíveis de serem sintetizados num indicador composto voltado para a análise de duas dimensões estratégicas e prioritárias: acesso e qualidade.

O programa tem por meta avaliar o desempenho do SUS considerando as suas várias esferas de gestão. A partir daí, encontrar parâmetros para o aperfeiçoamento do SUS e subsidiar os gestores municipais, estaduais e federais na tomada de decisões.

Por outro lado, é inegável a capacidade de indução de políticas por parte do governo federal e dos entes estaduais. Uma agenda que incorpora um processo avaliativo de forma transparente e qualificado certamente contribuirá para que se possa investir de forma mais equânime nos vários territórios, considerando suas especificidades, com a finalidade de fortalecimento do pacto federativo brasileiro.

Ministro da Saúde
Alexandre Padilha

1. INTRODUÇÃO

Partindo do pressuposto que um governo tem agendas específicas e uma capacidade de gestão que é medida com prazos definidos pela Constituição, a escolha de metodologias avaliativas, inclusive de indicadores, deve estar pautada pela relevância da agenda pública. Além do que:

No campo aplicado das políticas públicas, os indicadores sociais são medidas usadas para permitir a operacionalização de um conceito abstrato ou de uma demanda de interesses programáticos. Os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas. Prestam-se a subsidiar as atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo (JANUZZI, P.M. 2005:138).

Nesse sentido, as avaliações de desempenho com base na escolha de indicadores, são avaliações progressas, baseadas em análises transversais e realizadas em intervalos de tempo maiores, que, em especial, procuram verificar os resultados obtidos. Dessa forma, sinteticamente, pode-se afirmar que, na avaliação de desempenho dos sistemas de saúde componentes do SUS, o resultado a ser verificado seria a medição dos graus de efetivação dos princípios e diretrizes Consagrados na Lei nº 8.080.

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

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

Para desenhar o programa, recorreu-se a estudos brasileiros sobre o tema, especialmente: o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS); propostas e experiências de monitoramento e avaliação do próprio Ministério da Saúde, entre as quais o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e o Pacto pela Saúde; as experiências de alguns estados e municípios brasileiros e a Pesquisa Mundial de Saúde, especialmente a discussão sobre os seus aspectos metodológicos. Também foram consultados os trabalhos de avaliação da qualidade das operadoras de planos de saúde, implantada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de estudos e experiências internacionais.

2. DIRETRIZES E CRITÉRIOS DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DO SUS

A escolha de diretrizes e critérios abaixo elencados pressupõe que a construção desse processo de avaliação do SUS, que está sendo proposto, seja consubstanciada de forma a garantir que a escolha das dimensões a serem analisadas e dos indicadores sejam feitas de forma transparente e objetiva, em um processo pactuado, entre gestores, trabalhadores, usuários e membros da comunidade científica.

Este pré-requisito é fundamental a uma metodologia implicada com a transparência, atributo essencial para que as escolhas metodológicas e a seleção dos indicadores estejam pautadas em um processo que garanta a legitimidade nos meios técnicos científicos e na sociedade de forma a afiançar a sua legitimidade política e social. São os seguintes as diretrizes e critérios que compõem o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS:

2.1 Diretrizes do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS

1. Avaliar não apenas para classificar, mas para subsidiar os gestores na efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);
2. Avaliar para detectar problemas, ensejando sua superação e induzindo melhorias, isto é, para buscar acréscimos de graus de qualidade ao desempenho encontrado;
3. Avaliar de modo a contemplar e discriminar as especificidades das esferas de gestão municipal, estadual e federal dos sistemas de saúde, considerando, também, suas diferenças socioeconômicas, perfil de morbimortalidade e suficiência de estrutura;
4. Avaliar os sistemas de saúde em suas potências de ação sobre os determinantes e condições de saúde da população;
5. Fazer da avaliação um dos meios para buscar a equidade no tratamento com os sistemas de saúde, priorizando apoio e investimentos àqueles que apresentem: baixos níveis socioeconômicos; alto risco de adoecimento; piores perfis de morbimortalidade; e deficiências de estrutura, sem excluir apoio (devidamente mediados por pactos de compromisso, contratos e responsabilização) àqueles que apresentem baixo desempenho devido a deficiências de processos e resultados;
6. Tomar a avaliação como um processo em construção, que apresenta, como produto provisório, uma aproximação ao real desempenho dos sistemas de saúde, a partir da utilização dos melhores indicadores. A qualidade desses indicadores será garantida: pelos dados disponíveis; por ajustes nos bancos de dados existentes; pela construção de novos bancos de dados; pelos testes e uso desses indicadores; além de pela crítica da academia, dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários do SUS;

7. Associar e integrar a avaliação de desempenho dos sistemas com projetos específicos de monitoramento de planos, programas, projetos, serviços e ações;
8. Tornar público os graus de qualidade dos sistemas de saúde, contribuindo para aumentar a transparência com relação a sua qualidade, eficiência e efetividade em produzir um cuidado integral à saúde dos brasileiros;
9. Permitir a comparação de desempenho entre sistemas de saúde semelhantes;
10. Trabalhar com a periodicidade anual, tendo o ano anterior como base, para a maioria dos dados e, dois anos anteriores, para alguns dados (como o Sistema de Informação sobre Mortalidade);
11. Realizar e se basear em Inquéritos e\ou pesquisas nacionais que possam avaliar a satisfação dos usuários.

2.2 Critérios para definição e cálculo dos indicadores do Programa

1. Construir indicadores de estrutura, de processo e de resultados, considerando: as especificidades necessárias para se avaliar sistemas e suas respectivas esferas de gestão; os modelos de atenção; os estabelecimentos, serviços e ações; e as equipes de saúde;
2. Definir e construir os indicadores mediante o consenso dos dirigentes e técnicos do Ministério da Saúde, com abertura para contribuições e críticas externas (gestores, trabalhadores e usuários do SUS, além de instituições de ensino e pesquisa na área da saúde);
3. Usar como fonte, para a escolha e definição dos indicadores, experiências do próprio Ministério da Saúde como as de monitoramento e avaliação: do Pacto pela Saúde; do Projeto Pro-ADESS, das agências reguladoras a ele vinculadas (ANVISA e ANS); do IDB-RIPSA; e de outros órgãos governamentais (IPEA, IBGE, etc.), além de experiências internacionais como as da OPAS/OMS, OECD, AHRQ, entre outras;
4. Buscar como características dos indicadores: validade (os dados medem o que se pretende, podendo ser mais sensíveis ou mais específicos na captura do fenômeno medido); confiabilidade (reproduzem os mesmos resultados em condições similares); viabilidade (estão disponíveis ou são de fácil obtenção e demandam tempo e recursos compatíveis); e relevância (respondem às prioridades políticas definidas) (RIPSA, 2002; OECD, 2006);
5. Construir indicadores indiretos que possibilitem inferir a qualidade do acesso, como os de realização oportuna de procedimentos, assim como indicadores que meçam a suficiência de estruturas de produção de alguns procedimentos e/ou de ações de saúde;
6. Usar os indicadores do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde-PNASS (após sua reformulação) como medida de satisfação daqueles que obtiveram acesso, tendo em mente os limites desses indicadores por não avaliarem a insatisfação daqueles que não conseguiram acesso aos serviços públicos ou utilizaram serviços particulares;

7. Construir indicadores que permitam avaliar a integralidade e a continuidade do cuidado, segundo os desenhos das linhas de cuidado;
8. Construir indicadores que meçam a equidade dos sistemas de saúde. Isto é, que avaliem como os sistemas de saúde buscam diminuir e/ou eliminar as diferenças sociais evitáveis e injustas, tanto no adoecer quanto na atenção à saúde dos distintos grupos ou classes sociais;
9. Aplicar consagradas metodologias estatísticas de padronização e ajustes de indicadores (taxas, proporções, índices), visando à maior comparabilidade;
10. Tornar rotineiro o uso de críticas que visem uma maior consistência dos dados, além de buscar estratégias para a validação dos mesmos.

3. PROPOSTA DE MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE COMPONENTES DO SUS

Como ponto de partida para a estruturação da proposta de um modelo que avalie o desempenho dos sistemas de saúde componentes do SUS, utilizou-se, como fundamento teórico, o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (VIACAVA et al, 2004).

No modelo proposto pelo PRO-ADESS, os determinantes de saúde ambientais, sócio-demográficos, comportamentais e biológicos (1ª dimensão) dão as condições de saúde da população, expressas pelo bem estar, estado funcional, morbidade e mortalidade (2ª dimensão). As condições de saúde devem ser identificadas pelos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, buscando-se discriminar seus impactos em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbimortalidade, ao dar uma medida da magnitude dos problemas, dá as necessidades de saúde, que podem ser confrontadas com a adequação da estrutura do sistema de saúde existente, caracterizada pela condução, financiamento e recursos (3ª dimensão). Esta estrutura, mais ou menos adequada, pode, então, ser avaliada em seu desempenho em alterar positivamente as condições de saúde e seus determinantes (4ª dimensão) considerando acesso, aceitabilidade, respeito aos direito das pessoas, continuidade, adequação, segurança, eficiência e efetividade. E todas as dimensões devem ser avaliadas na perspectiva da equidade. Esse modelo é sinteticamente representado pelas figuras abaixo:

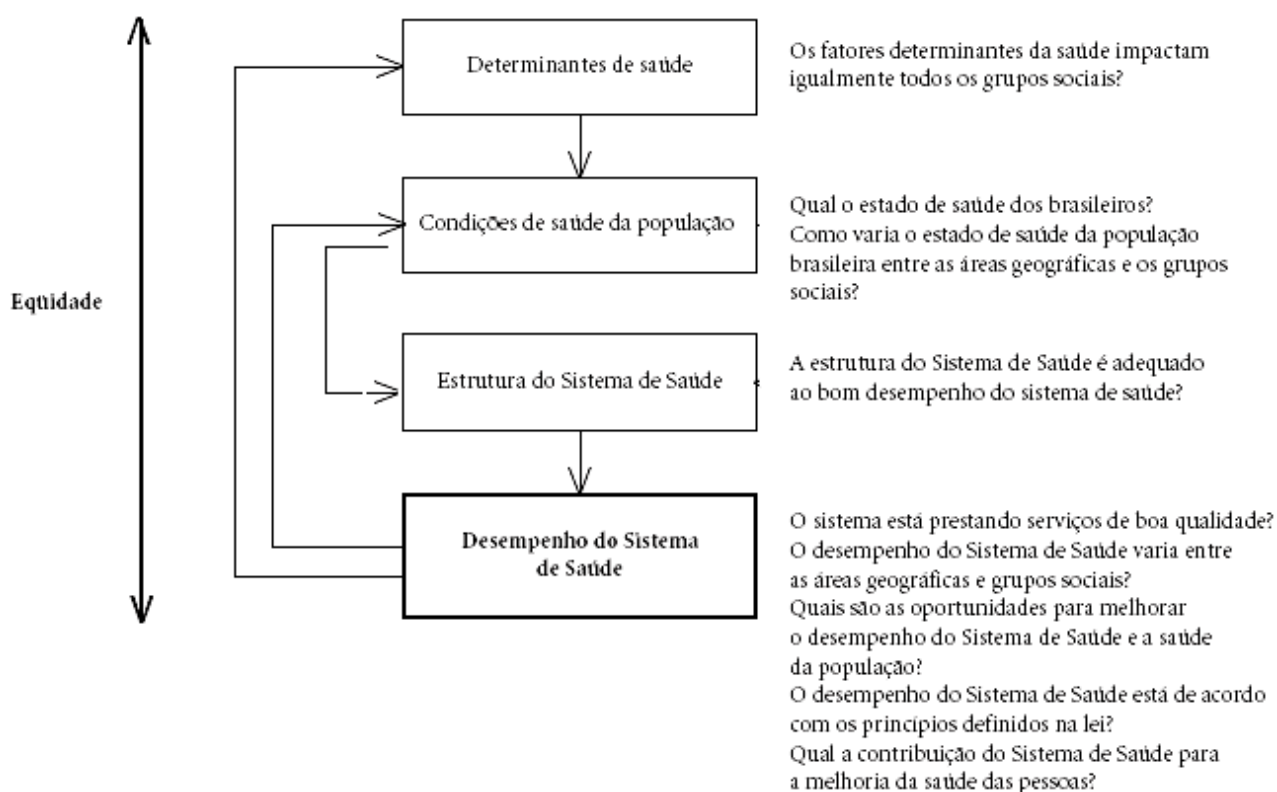
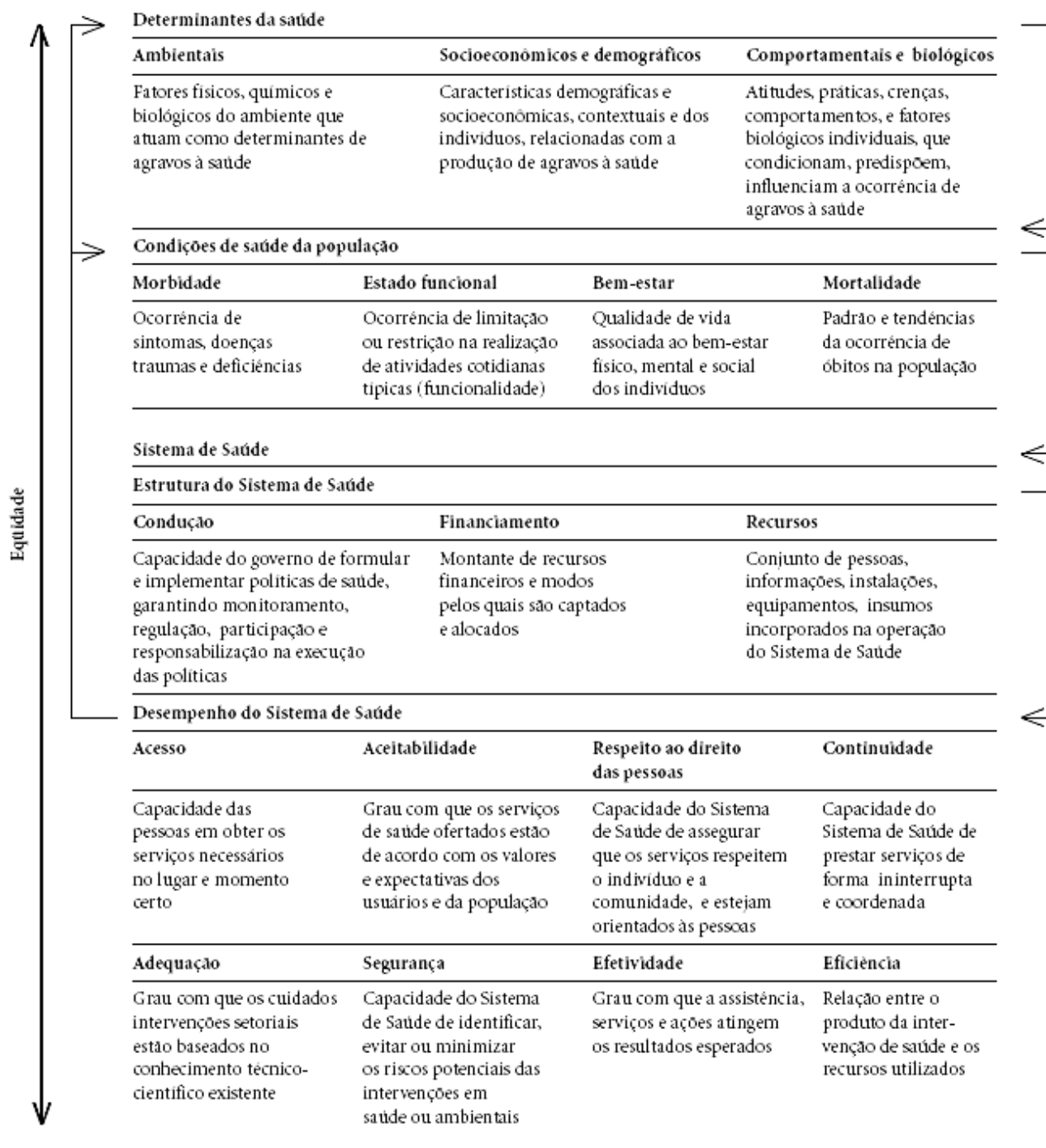


Figura 1 – Modelo explicativo do desempenho dos sistemas de saúde

Fonte: VIACAVA et al, 2004.

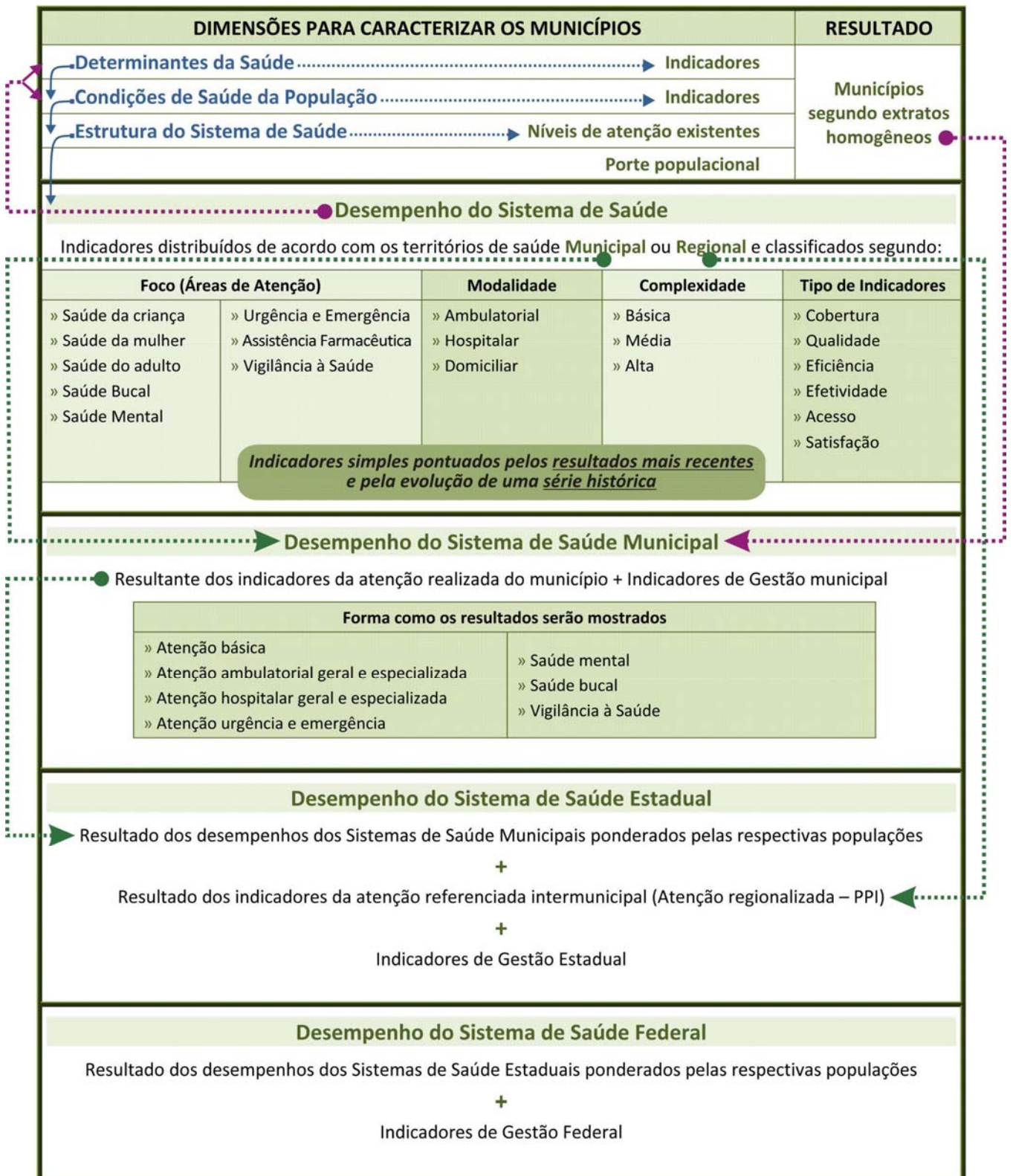


Nota: Equidade é o eixo que corta transversalmente todas as dimensões. Portanto, todas elas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando as variáveis e indicadores mais apropriados a cada uma delas.

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

Fonte: VIACAVA et al, 2004.

O modelo de avaliação proposto pelo PRO-ADESS é abrangente e propõe uma articulação muito pertinente de dimensões essenciais para avaliação dos sistemas de saúde e de suas complexidades. O modelo de avaliação que se propõe a seguir (Quadro 1), embora inspirado no modelo do PRO-ADESS, não esgota a completude desse, mas apresenta o objetivo de, paulatinamente, ir construindo a viabilidade para se obter indicadores mais adequados de todos os componentes ou categorias avaliativas propostas para cada dimensão, buscando sempre o foco na avaliação do acesso e da qualidade dos vários sistemas de saúde componentes do SUS.



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

Fonte: CGMA/Demas/SE/MS.

3.1 Critérios propostos para o modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde componentes do SUS

- » Usar as 4 dimensões propostas pelo PRO-ADESS com os indicadores mais adequados e disponíveis atualmente;
- » Pontuar os resultados de cada indicador a partir de parâmetro ou meta estabelecida em sua ficha técnica;
- » Avaliar a pertinência de atribuir pesos para a pontuação de determinados indicadores, seja por sua relevância, seja como fator de estímulo para a melhoria de resultados;
- » Não usar, para pontuação dos indicadores, intervalos ou faixas de valores dos resultados, mas transpor a escala de valores contínuos dos resultados para as respectivas pontuações, permitindo discriminar as pequenas diferenças;
- » Usar a escala de pontuação de zero a dez (0-10) para todos os indicadores, por ser um formato de fácil compreensão por parte da população;
- » Estabelecer, como base de medida do desempenho do SUS, os municípios e seus sistemas de saúde por serem os maiores responsáveis pela produção das ações e serviços e objeto principal das gestões estaduais e federal;
- » Estabelecer que alguns indicadores, que têm como denominador a população residente no município, possam ser ajustados pela subtração da parcela da população coberta com planos privados de saúde;
- » Caracterizar os municípios por porte ou tamanho de suas populações, pois isso permite uma primeira separação dos municípios de acordo com suas diferenças socioeconômicas, seu perfil de morbimortalidade e, principalmente, sua suficiência de estrutura de sistemas de saúde;
- » Usar os indicadores das dimensões de Determinantes da Saúde e de Condições de Saúde da População para caracterizar os municípios. Assim, os municípios com baixos valores nos indicadores de Determinantes da Saúde representariam aqueles que tem baixos níveis econômicos e sociais, além de apresentarem maiores riscos de adoecer. Já os municípios com baixos valores nos indicadores de Condições de Saúde da População representariam aqueles que têm graves problemas de morbimortalidade. Os municípios com altos valores nesses indicadores representariam o oposto;
- » Caracterizar os municípios segundo os níveis de atenção existentes na estrutura de seus sistemas de saúde, isto é, segundo os níveis de atenção dos estabelecimentos vinculados ao SUS localizados em seu território. Esta caracterização será dada pela combinação das categorias: modalidade da atenção (ambulatorial ou hospitalar) e complexidade da atenção (básica, média e alta);
- » Utilizar a análise por cluster para construir grupos homogêneos de municípios a partir das dimensões utilizadas na caracterização desses (Porte populacional +Determinantes + Condições

de Saúde + Níveis de atenção existentes), construindo, assim Extratos Homogêneos dos Municípios, que permitirão a comparação de municípios semelhantes;

- » Estabelecer que o desempenho dos sistemas de saúde seja resultante de um conjunto de indicadores distribuídos e classificados segundo: foco (saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde bucal, saúde mental, urgência e emergência, assistência farmacêutica e vigilância à saúde); modalidade (ambulatorial, hospitalar e domiciliar); complexidade (básica, média e alta); e tipo (cobertura, qualidade, eficiência, efetividade, acesso e satisfação);
- » Pontuar, cada um dos indicadores simples que resultará o desempenho dos sistemas de saúde, segundo sua tendência pretérita. Assim, além de pontuar o desempenho mais recente em relação ao objeto do indicador, pontuar-se-ia também sua evolução histórica, se de piora ou melhora nos resultados;
- » Distribuir os indicadores, para cada município, segundo a atenção realizada no município (território de saúde municipal) ou na região de atenção à saúde (território de saúde regional). Os indicadores distribuídos no território de saúde municipal integrarão a avaliação de desempenho do sistema de saúde municipal, enquanto os indicadores distribuídos no território de saúde regional integrarão a avaliação de desempenho do sistema de saúde estadual;
- » Categorizar os municípios, conforme a PPI e a regionalização, de forma a contribuir para alocar, em cada município, os indicadores segundo os territórios de saúde (municipal ou regional). Dessa forma, o mesmo indicador poderá avaliar o desempenho do sistema de saúde estadual em municípios pequenos que não dispõem do nível assistencial a que se refere o indicador. No caso do município contar com atenção especializada o mesmo indicador poderá avaliar o desempenho de saúde do próprio município;
- » Estabelecer que os resultados da avaliação de desempenho dos sistemas de saúde municipais serão mostrados pelas seguintes formas de atenção: básica (atenção nos centros de saúde e pelas equipes da estratégia da Saúde da Família); ambulatorial geral e especializada (consultas com especialistas e exames e tratamentos especializados); hospitalar geral e especializada (atendimentos e internações no hospital-geral e no hospital especializado); urgência e emergência (atendimentos e internações nos hospitais de urgência ou prontos-socorros); saúde mental (consulta e tratamentos psiquiátricos e psicológicos); saúde bucal (consultas e tratamentos odontológicos); e vigilância à saúde (ações de promoção à saúde e prevenção de risco e doenças);

Ao final, cada município estará caracterizado segundo seu porte, seus determinantes de saúde, seu perfil de morbimortalidade e sua rede, segundo um dos Estratos Homogêneos de Municípios e terá avaliado o desempenho de seu sistema de saúde em relação ao acesso e qualidade por meio de um indicador composto ou índice.

Entraria na avaliação do desempenho do sistema de saúde municipal: a adequação da rede sob sua responsabilidade (resultante de indicadores da atenção realizada do município); o resultado da atenção sob sua responsabilidade; e o resultado da atenção nos níveis mais complexos (PPI) da rede regionalizada sob a responsabilidade estadual. Esse resultado, dependente da rede regionalizada, poderá ser discriminado do resultado da atenção sob sua

responsabilidade, uma vez que os indicadores de desempenho serão categorizados como municipais ou regionais, sendo que a discriminação deste atendimento regional ficará na dependência de os dados contarem com o local de residência.

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

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

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

Os indicadores de gestão, a serem usados para a avaliação dos sistemas de saúde municipais, estaduais e federal, serão definidos pelo Ministério da Saúde, a partir de consulta ao Comitê Técnico Assessor para acompanhamento do Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído por portaria do Ministro da Saúde.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras: Rio de Janeiro: ANS, 2010. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/qualificacao/pdf/Texto_Base_Aval_Des_IDSS_20090811.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação unificada de indicadores: Avaliação 2008/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 248 p.: il. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 14. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume14.pdf>

JANNUZI, Paulo de Martino. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Revista do Serviço Público, Brasília 56 (2): 137-160 Abr|Jun 2005.

MENDONÇA, C. S. et al. (Org.) “A Política de Regulação do Brasil”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. DIRECTORATE FOR EMPLOYMENT, LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS. GROUP ON HEALTH. Health Working Papers. OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23. HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT. CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER. Edward Kelley and Jeremy Hurst. 09-Mar-2006.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações da RIPSA, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299 p.: il.

SZWARCWALD, Célia Landman & VIACAVA, Francisco. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial de Saúde. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Epidemiologia 2008; 11 (sup 1): 58-66.

TORRES, Haroldo da Gama; FERREIRA, Maria de Paulo; DINI, Nadia Pinheiro. Indicadores Sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. São Paulo em Perspectiva, 17 (3-4): 80-90, 2003.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva, 9 (3): 711-724, 2004. Disponível em <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/index2v.htm>

Anexo I- Fichas técnicas resumidas dos indicadores selecionados para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde

Nº	Nome do Indicador	Definição	Interpretação	Método de Cálculo	Área de Atenção
1	Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente.	Coberturas vacinais da vacina DTP+Hib (tetravalente) em menores de um ano de idade	Mede a cobertura do programa de vacinação	Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com a 3ª dose da DTP+Hib / População de menores de 1 ano x 100.	1-Saúde da Criança
2	Taxa de Mortalidade Neonatal	Número de óbitos de menores de 28 dias de vida a cada 1000 nascidos vivos, num determinado período e local.	Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido	Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida / Número de nascidos vivos (x1.000). De uma determinada localidade num mesmo período.	1-Saúde da Criança
3	Taxa de mortalidade pós-neonatal	Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida. De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, frequentemente, o componente mais elevado.	Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade / Número de nascidos vivos de mães residentes X 1000	1-Saúde da Criança
4	Incidência de Sífilis Congênita.	Número de casos de sífilis congênita	O indicador Número de casos de Sífilis Congênita expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto	Somatório anual do número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em residentes.	2-Materno Infantil
5	Proporção de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com 7 ou mais consultas de pré-natal.	O objetivo do indicador é analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita	Nº de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período /Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período X 100.	2-Materno Infantil

Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

6	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.	Estima o risco de ocorrência de casos novos confirmados de AIDS na população de menores de 5 anos de idade. É utilizado como proxy da taxa de incidência de casos de AIDS por transmissão vertical	Mede efetividade da prevenção da transmissão mãe filho	Nº de casos de AIDS diagnosticados em menores de 5 anos de idade, em determinado local de residência e ano de diagnóstico / População residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano e local x 100.000.	2-Materno Infantil
7	Taxa de Cesárea	Este indicador reflete a proporção de partos cesáreos realizados dentre o total de partos ocorridos, em determinada instituição ou determinado local, durante determinado período.	Mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir das informações disponíveis na base de dados sobre nascidos vivos. Os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde para partos cesáreos são: para unidades hospitalares de alto risco - 40% e para unidades de risco habitual - até 25%	Número de partos cesárea/ total de partos X 100	2-Materno Infantil
8	Proporção de partos hospitalares	Percentual de partos hospitalares no total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Mede a participação relativa dos partos hospitalares no total de partos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de partos. É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas	Número de nascidos vivos de parto hospitalar, de mães residentes/ Número total de nascidos vivos de mães residentes x 100.	2-Materno Infantil
9	Taxa de mortalidade materna	Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado	Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas. Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna / Número de nascidos vivos de mães residentes X 100.000	3-Saúde da Mulher
10	Cobertura de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos	O indicador expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolaou) na população feminina de 25 a 59 anos, alvo do rastreamento do câncer do colo do útero, em determinado local e ano.	Possibilita avaliar a oferta de exames para a cobertura população.	Número de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano / População feminina, na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano.	3-Saúde da Mulher

Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

11	Cobertura de mamografia	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	Permite conhecer o número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, permitindo avaliar os graus de cobertura e inferir as desigualdades no acesso à mamografia	Número de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado local e ano / População feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	3-Saúde da Mulher
12	Proporção de mulheres submetidas a procedimentos selecionados de neoplasia de mama	Percentual de mulheres com câncer de mama internadas para a realização de procedimentos selecionados, em relação ao número total de mulheres com câncer de mama internadas, no ano considerado	Esse indicador permite avaliar o percentual de mulheres internadas por neoplasia maligna de mama que foram submetidas a procedimentos hospitalares tidos como de intervenção mais precoce ao tratamento dessa patologia. De forma indireta, esse indicador infere o quanto a doença está sendo diagnosticada e tratada oportunamente	Número de mulheres, com câncer de mama, submetidas a procedimentos selecionados / Número de mulheres internadas por câncer de mama x 100	3-Saúde da Mulher
13	Proporção de mulheres submetidas a procedimentos selecionados de neoplasia de colo de útero	Percentual de mulheres com câncer de colo de útero internadas para a realização de procedimentos selecionados, em relação ao número total de mulheres com câncer de colo de útero internadas, no ano considerado	Esse indicador permite avaliar o percentual de mulheres internadas por neoplasia de colo de útero que foram submetidas a procedimentos hospitalares tidos como de intervenção mais precoce ao tratamento dessa patologia. De forma indireta, esse indicador infere o quanto a doença está sendo diagnosticada e tratada oportunamente	Número de mulheres com câncer de colo de útero submetidas a procedimentos hospitalares selecionados/ Número de mulheres internadas por câncer de colo de útero x 100	3-Saúde da Mulher
14	Proporção de homens submetidos a procedimentos selecionados de neoplasia de próstata	Percentual de homens com câncer de próstata internados para realização de procedimentos selecionados, em relação ao número total de homens com câncer de próstata internados, no ano considerado	Esse indicador permite avaliar o percentual de homens internados por neoplasia de próstata que foram submetidos a procedimentos hospitalares tidos como de intervenção mais precoce ao tratamento dessa patologia. De forma indireta, esse indicador infere o quanto a doença está sendo diagnosticada e tratada oportunamente	Número de homens com câncer de próstata submetidos a procedimentos hospitalares selecionados / Número de homens internados por câncer de próstata x 100	4-Saúde do Homem
15	Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações.	Este indicador mede a ocorrência de internações hospitalares por diabetes mellitus e suas complicações, na população de 30 a 59 anos de idade no âmbito do SUS.	Avalia o impacto das ações de saúde relacionadas ao diabetes mellitus, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos	Nº de internações por diabetes mellitus* e suas complicações na população de 30 anos a 59 anos, em determinado local e período/ População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período x 10.000. Código SIH/SUS: 03.03.03.003-8	5-Adulto
16	Proporção de pessoas submetidas a procedimentos selecionados de neoplasia de cólon e reto	Percentual de homens e mulheres com câncer de cólon e reto internados para realização de procedimentos selecionados, em relação ao número total de homens e mulheres com câncer de cólon e reto internados, no ano considerado	Esse indicador permite avaliar o percentual de homens e mulheres internados por neoplasia de próstata que foram submetidos a procedimentos hospitalares tidos como de intervenção mais precoce ao tratamento dessa patologia. De forma indireta, esse indicador infere o quanto a doença está sendo diagnosticada e tratada oportunamente	Número de homens e mulheres com câncer de cólon e reto submetidos a procedimentos hospitalares selecionados / Número de homens e mulheres internados por câncer de cólon e reto x 100	5-Adulto

Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

17	Mortalidade precoce por AVC	Percentual de mortes em pessoas de 30 e 59 anos por AVC. Potencialmente, indica dificuldade de controle das doenças: hipertensão, diabetes e dislipidemias	Mede o grau da efetividade dos cuidados primários à hipertensão diabetes e dislipidemias	Número de óbitos por AVC em indivíduos entre 30 e 59 anos / Total de óbitos por AVC (x100).	5-Adulto
18	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Este indicador reflete, em percentual o número de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde - SUS.	A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o indivíduo ingressa num programa de saúde bucal a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico realizado com finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico - PPT. Esse indicador é utilizado para analisar a cobertura da população que teve acesso a essa consulta, identificando variações geográficas e temporais, subsidiando a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica	Numero total de primeiras consultas odontológicas programáticas* realizadas em determinado local e período /População no mesmo local e período X100 * Código do SIA/SUS: 03.01.01.015-3	6-Saúde Bucal
19	Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	Este indicador reflete, o percentual da população estimada coberta pelas ações das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família em determinado local e período	Maior cobertura indicaria maior oferta de serviços e indicaria facilidade de acesso	Nº de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas* X 3.450 pessoas** População no mesmo local e período x100	6-Saúde Bucal
20	Número de consultas médicas de urgência apresentadas por habitante	Proporção de consultas especializadas de urgência (não básicas) por habitante	Indicaria a cobertura de consultas especializadas de urgência para a população residente	Número de consultas médicas especializadas de urgência apresentadas / população residente	7-Urgência e Emergência
21	Número de consultas médicas especializadas apresentadas por habitante	Proporção de consultas especializadas por habitante	Indicaria a cobertura de consultas especializadas para a população residente	Número de consultas médicas especializadas apresentadas / população residente	7-Urgência e Emergência
22	Letalidade nas primeiras 48 horas de internação por causas externas	Percentual de óbitos ocorridos nas primeiras 48 horas de internação por causas externas	Mede a efetividade da atenção pré-hospitalar e os primeiros cuidados na urgência / emergência	Total de óbitos nas primeiras 48 horas (motivos de cobrança 41, 42, 51 ou 52) / Total de internações com diagnóstico principal de CID10 = Capítulo XIX (x100).	7-Urgência e Emergência
23	Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	Percentual de pessoas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família em determinado local e período. *População cadastrada nos tipos de equipe: ESF, ESF com saúde bucal modalidade I e II	Mede a cobertura com o PSF	População cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica* em determinado local e período/ População no mesmo local e período X 100	8-Geral

Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

24	Média anual de consultas médicas por habitante na Atenção Básica	O indicador refere-se à média anual de consultas médicas realizadas, por habitante, nas especialidades básicas.	Reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual a partir da oferta de consultas médicas nas especialidades básicas – clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Contribui para avaliar e reprogramar a oferta de consultas ambulatoriais.	Número de consultas médicas nas especialidades básicas* em determinado local e período/população total no mesmo local e período	8-Geral
25	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Percentual de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados no ano avaliado.	O valor representa o êxito no tratamento de tuberculose, a conseqüente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes, possibilitando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas esferas: Municipal, Estadual, Distrito Federal e Federal.	Nº de casos novos pulmonares positivos curados de tuberculose no período avaliado / Nº de casos novos pulmonares positivos de tuberculose no período avaliado x 100.	8-Geral
26	Taxa detecção de hanseníase em menor de 15 anos	Taxa de casos novos de hanseníase em menor de 15 anos em determinado território e período avaliado.	A presença taxas elevadas indicam a presença de transmissão da doença no território, podendo se inferir problemas no Programa de Controle da Hanseníase no território avaliado.	Nº de casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos no período avaliado / População menor de 15 anos no período avaliado x 10.000	8-Geral
27	Internação por asma	Taxa: internações por asma em relação ao total da população	É um indicador de efetividade da atenção primária, pois trata-se de internações evitáveis	Numerador: número de internações por asma x 100 - Denominador: População total. Códigos CID 10: J45-46.	8-Geral
28	Internação por gastroenterite	Taxa de internação por gastroenterite padronizada por sexo e idade e ajustada pelo total de internações	É um indicador de efetividade da atenção primária, pois trata-se de internações evitáveis	Numerador: número de internações por gastroenterite x 100.000 Denominador: População total Taxa padronizada por sexo e idade e ajustada pelo total de internações. Códigos CID-10: A000-9.	8-Geral
29	Número de internações SUS não obstétricas por habitante	Número médio de internações hospitalares não obstétricas pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Mede a relação entre a produção de internações hospitalares não obstétricas com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica.	Número total de internações hospitalares não obstétricas de residentes, pagas pelo SUS / População total residente (x100).	8-Geral

Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

30	Taxa de letalidade das formas graves de dengue	Taxa de letalidade das formas graves de dengue é um indicador que reflete a qualidade da atenção a saúde prestada aos casos graves de dengue e como os serviços de saúde se organizam para atender estes casos	Mede efetividade da atenção aos casos graves da Dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue - SCD /Dengue Com Complicações - DCC)	Nº de óbitos por Febre Hemorrágica da Dengue e/ou Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações / Nº de casos confirmados de Febre Hemorrágica da Dengue e/ou Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações X 100.	8-Geral
31	Tempo de espera do transplante	Tempo médio de espera para transplante	Um tempo longo implica em tratamentos paliativos e pior qualidade de vida do paciente	Numerador: número de dias de permanência na lista de espera para transplante Denominador: número de transplantes realizados.	8-Geral
32	Proporção de óbitos com causa básica definida.	Número de óbitos não fetais com causa básica definida notificados ao SIM, por 100, no total de óbitos não fetais residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito. Sinaliza a disponibilidade de infra-estrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito.	Nº de óbitos não fetais com causa básica definida informada / Total de óbitos não fetais residentes x 100.	8-Geral
33	Proporção de ocupação dos leitos públicos existentes	Percentual de ocupação dos leitos hospitalares públicos existentes	Mede o grau de regulação sobre os leitos públicos pelo gestor	Número de leitos públicos utilizados em um período (*) / Número médio de leitos públicos existentes no mesmo período. (*) número de dias de permanência / Número de dias do período	8-Geral
34	Proporção de ocupação dos leitos privados contratados	Percentual de ocupação dos leitos hospitalares privados contratados	Mede o grau de regulação sobre os leitos privados contratados pelo gestor	Número de leitos privados utilizados em um período (*) / Número médio de leitos privados contratados no mesmo período. (*) número de dias de permanência / Número de dias do período	8-Geral
35	Tempo médio de espera na atenção ambulatorial de média complexidade	Tempo médio de espera, medido nas centrais de regulação, para a realização de determinado procedimento ambulatorial de média complexidade	Longos tempos de espera indicam estrangulamentos na oferta e dificuldades de acesso à atenção especializada ambulatorial de média complexidade	Soma do número de dias entre a data de solicitação e a data de realização do procedimento ambulatorial de média complexidade, no ano avaliado / Número procedimentos realizados no ano e território considerados	8-Geral

Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

36	Tempo médio de espera na atenção ambulatorial de alta complexidade	Tempo médio de espera, medido nas centrais de regulação, para a realização de determinado procedimento ambulatorial de alta complexidade	Longos tempos de espera indicam estrangulamentos na oferta e dificuldades de acesso à atenção especializada ambulatorial de alta complexidade	Soma do número de dias entre a data de solicitação e a data de realização do procedimento ambulatorial de alta complexidade, no ano avaliado / Número procedimentos realizados no ano e território considerados	8-Geral
37	Tempo médio de espera na atenção hospitalar de média complexidade	Tempo médio de espera, medido nas centrais de regulação, para a realização de determinado procedimento hospitalar de média complexidade	Longos tempos de espera indicam estrangulamentos na oferta e dificuldades de acesso à atenção especializada hospitalar de média complexidade	Soma do número de dias entre a data de solicitação e a data de realização do procedimento hospitalar de média complexidade, no ano avaliado / Número procedimentos realizados no ano e território considerados	8-Geral
38	Tempo médio de espera na atenção hospitalar de alta complexidade	Tempo médio de espera, medido nas centrais de regulação, para a realização de determinado procedimento hospitalar de alta complexidade	Longos tempos de espera indicam estrangulamentos na oferta e dificuldades de acesso à atenção especializada hospitalar de alta complexidade	Soma do número de dias entre a data de solicitação e a data de realização do procedimento ambulatorial de alta complexidade, no ano avaliado / Número procedimentos realizados no ano e território considerados	8-Geral

Indicador 18- As primeiras consultas odontológicas só devem ser registradas quando o plano preventivo terapêutico for elaborado. Não considerar os atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto. A descrição deste procedimento foi alterada pela Portaria SAS No. 95, de 14 de fevereiro de 2006. Denominador deve ser ajustado pela subtração da parcela da população coberta com planos privados de saúde.

Anexo II- Categorização dos indicadores selecionados para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde

Nº	Nome do Indicador	Abrangência da Atenção necessária para alterar indicador	Fonte dos Dados	Tipo	Modalidade	Complexidade	Área de Atenção	Origem
1	Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente.	Municipal	SI-APISINASC	Acesso	1-Ambulatorial	1-Básica	1-Saúde da Criança	Pacto
2	Taxa de Mortalidade Neonatal	Regional	SIM e SINASC	Qualidade	4-Não se aplica	5-Não se aplica	1-Saúde da Criança	RIPSA
3	Taxa de mortalidade pós-neonatal	Municipal	SIM e SINASC	Qualidade	4-Não se aplica	5-Não se aplica	1-Saúde da Criança	RIPSA
4	Incidência de Sífilis Congênita.	Municipal	SINAN	Qualidade	1-Ambulatorial	1-Básica	2-Materno Infantil	Pacto
5	Proporção de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Municipal	SINASC	Qualidade	1-Ambulatorial	1-Básica	2-Materno Infantil	Pacto
6	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.	Regional	SINAN / SISCEL / SICLOM / SIM / IBGE	Qualidade	1-Ambulatorial	2-Média	2-Materno Infantil	Pacto
7	Taxa de Cesárea	Regional	SIH	Qualidade	3-Hospitalar	2-Média	2-Materno Infantil	Pacto
8	Proporção de partos hospitalares	Regional	SINASC	Acesso	3-Hospitalar	2-Média	2-Materno Infantil	RIPSA
9	Taxa de mortalidade materna	Regional	SIM / SINASC	Qualidade	4-Não se aplica	5-Não se aplica	3-Saúde da Mulher	
10	Cobertura de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos	Municipal	SIA / SISCOLO / IBGE	Acesso	1-Ambulatorial	1-Básica	3-Saúde da Mulher	Pacto
11	Cobertura de mamografia	Regional	SIA / IBGE	Acesso	1-Ambulatorial	2-Média	3-Saúde da Mulher	Pacto
12	Proporção de mulheres submetidas a procedimentos selecionados de neoplasia de mama	Regional	SIH	Qualidade	3-Hospitalar	2-Média	3-Saúde da Mulher	ANS
13	Proporção de mulheres submetidas a procedimentos selecionados de neoplasia de colo de útero	Regional	SIH	Qualidade	3-Hospitalar	2-Média	3-Saúde da Mulher	ANS
14	Proporção de homens submetidos a procedimentos selecionados de neoplasia de próstata	Regional	SIH	Qualidade	3-Hospitalar	2-Média	4-Saúde do Homem	ANS

Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

15	Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações.	Municipal	SIH/SUSIBGE	Qualidade	3-Hospitalar	2-Média	5-Adulto	Pacto
16	Proporção de pessoas submetidas a procedimentos selecionados de neoplasia de cólon e reto	Regional	SIH	Qualidade	3-Hospitalar	2-Média	5-Adulto	ANS
17	Mortalidade precoce por AVC	Municipal	SIM	Qualidade	4-Não se aplica	5-Não se aplica	5-Adulto	Proposta MS 2005
18	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Municipal	SIA/ IBGE	Acesso	1-Ambulatorial	1-Básica	6-Saúde Bucal	Pacto
19	Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	Municipal	FCES IBGE	Acesso	1-Ambulatorial	1-Básica	6-Saúde Bucal	Pacto
20	Número de consultas médicas de urgência apresentadas por habitante	Regional	SIA	Acesso	2-Ambulatorial e Hospitalar	2-Média	7-Urgência e Emergência	Proposta MS 2005
21	Número de consultas médicas especializadas apresentadas por habitante	Regional	SIA	Acesso	2-Ambulatorial e Hospitalar	2-Média	7-Urgência e Emergência	Proposta MS 2005
22	Letalidade nas primeiras 48 horas de internação por causas externas	Regional	SIH	Qualidade	3-Hospitalar	3-Média e Alta	7-Urgência e Emergência	Proposta MS 2005
23	Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	Municipal	SIAB IBGE	Acesso	1-Ambulatorial	1-Básica	8-Geral	Pacto
24	Média anual de consultas médicas por habitante na Atenção Básica	Municipal	SIA/IBGE (ajuste pela pop Suplem)	Acesso	1-Ambulatorial	1-Básica	8-Geral	Pacto
25	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Municipal	SINAN	Qualidade	1-Ambulatorial	1-Básica	8-Geral	Pacto
26	Taxa detecção de hanseníase em menor de 15 anos	Municipal	SINAN	Qualidade	1-Ambulatorial	1-Básica	8-Geral	SVS
27	Internação por asma	Municipal	AIH e IBGE	Qualidade	3-Hospitalar	2-Média	8-Geral	Pro-Adess
28	Internação por gastroenterite	Municipal	SIH e IBGE	Qualidade	3-Hospitalar	2-Média	8-Geral	Pro-Adess
29	Número de internações SUS não obstétricas por habitante	Regional	SIH/SUS) e base demográfica IBGE e SIB - ANS	Acesso	3-Hospitalar	3-Média e Alta	8-Geral	Proposta MS 2005
30	Taxa de letalidade das formas graves de dengue	Regional	SINAN	Qualidade	3-Hospitalar	3-Média e Alta	8-Geral	Pacto

Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

31	Tempo de espera do transplante	Regional	Sistema Nacional de Transplantes	Acesso	3-Hospitalar	4-Alta	8-Geral	Pro-Adess
32	Proporção de óbitos com causa básica definida.	Regional	SIM	Qualidade	4-Não se aplica	5-Não se aplica	8-Geral	Pacto
33	Proporção de ocupação dos leitos públicos existentes	Municipal	SIH, CNES	Qualidade	4-Não se aplica	5-Não se aplica	8-Geral	Proposta MS 2005
34	Proporção de ocupação dos leitos privados contratados	Municipal	SIH, CNES	Qualidade	4-Não se aplica	5-Não se aplica	8-Geral	Proposta MS 2005
35	Tempo médio de espera na atenção ambulatorial de média complexidade	Regional	SISREG Regionais	Acesso	1-Ambulatorial	2-Média	8-Geral	Proposta MS 2011
36	Tempo médio de espera na atenção ambulatorial de alta complexidade	Regional	SISREG Regionais	Acesso	1-Ambulatorial	4-Alta	8-Geral	Proposta MS 2011
37	Tempo médio de espera na atenção hospitalar de média complexidade	Regional	SISREG Regionais	Acesso	3-Hospitalar	2-Média	8-Geral	Proposta MS 2011
38	Tempo médio de espera na atenção hospitalar de alta complexidade	Regional	SISREG Regionais	Acesso	3-Hospitalar	4-Alta	8-Geral	Proposta MS 2011