

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica

**Monitoramento na Atenção  
Básica de Saúde**  
Roteiros para Reflexão e Ação

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Brasília – DF  
2004

© 2004. Ministério da saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 30.000 exemplares

**Elaboração:**

Instituto Materno Infantil de Pernambuco  
Diretoria de Pesquisa  
Grupo de Estudos em Avaliação  
Rua dos Coelhos, 300  
CEP: 50070-550, Recife – PE  
Tel.: (81) 212 24144  
E-mail: grupo.avaliacao@imip.org.br  
Home-page: www.imip.org.br

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
Coordenação de Acompanhamento e Avaliação  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6.º andar, sala 635  
CEP: 70058-900, Brasília – DF  
Tel.: (61) 315 3434  
Fax: (61) 226 4340  
E-mail: investiga.dab@saude.gov.br  
Home-page: www.saude.gov.br/caadab

**Distribuição e informações:**

**Coordenação-geral:**

Eronildo Felisberto

**CAA/DAB/SAS/MS:**

Auristela Lins  
Celina Kawano  
Cinthia Alves  
Edneusa Nascimento  
Marina Mendes  
Milena Bastos  
Raquel Pires

**Equipe técnica:**

Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)

**Apoio:**

Flávia Davide  
Rosane Angelina Vercino  
Sávio Chaves  
Tupinambá dos Santos

**Coordenação técnica e elaboração:**

Kátia Virgínia de Oliveira Feliciano  
Maria Helena Kovacs

**Capa:**

Margarida Costa Lima

**Colaboração:**

Ana Cláudia Figueiró  
Ana Maria Siqueira  
Ceres Gonçalves Machado  
Dulcineide Oliveira  
Elizabete Santos  
Eroneide Valéria da Silva  
Maria da Graça Oliveira  
Maria Francisca de Carvalho

**Financiamento:**

Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)  
Fundação de Apoio à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE)  
Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

72 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-0782-3

1. Saúde da família. 2. Serviços de saúde. 3. Avaliação de ações de saúde pública (processo e resultado).  
I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. II. Título. III. Série.

NLM WA 308

---

Catalogação na fonte – Editora MS

Título para indexação:  
Em espanhol:

EDITORA MS  
Documentação e Informação  
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610  
CEP: 71200-040, Brasília – DF  
Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020  
Fax: (61) 233 9558  
E-mail: editora.ms@saude.gov.br  
Home page: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:  
Normalização: Leninha Silvério  
Projeto Gráfico: Sérgio Ferreira

## **AGRADECIMENTOS**

A cada membro das equipes que atuam nas Unidades de Saúde da Família, da Secretaria de Saúde do Recife: Caranguejo, Chié1, Chié2, Chão de Estrela, Santo Amaro1, Santo Amaro2, Santa Terezinha, Roda de Fogo-Cosirof, Roda de Fogo-Sinos, Roda de Fogo-Macaé e Vietnã, e da Secretaria de Saúde de Olinda: Beira-Rio/Jardim Fragoso, que gentilmente aceitaram compartilhar suas vivências e se colocaram disponíveis a rever todas as etapas do processo de monitoramento.

Às Secretarias de Saúde do Recife e de Olinda, pelo inestimável aporte às discussões.



# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	7
PREFÁCIO .....	9
1. INTRODUÇÃO .....	11
2. ROTEIROS PARA MONITORAMENTO DAS AÇÕES .....	13
2.1 CONDIÇÕES DE VIDA .....	21
2.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA .....	26
2.3 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE .....	36
2.4 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER .....	37
2.5 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO .....	45
2.5.1 DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS .....	45
2.5.2 DOENÇAS INFECCIOSAS .....	52
3. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO .....	59
3.1 EVENTOS-SENTINELA .....	59
3.2 ÁREAS-SENTINELA .....	60
4. SUBSÍDIOS PARA A PROGRAMAÇÃO LOCAL .....	61
5. ROTEIRO PARA SUPERVISÃO .....	67
5.1 COLETA DE DADOS .....	67
5.2 PROCESSAMENTO DE DADOS .....	68
5.3 USO DE DADOS .....	68
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	69



# APRESENTAÇÃO

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece atualmente como desafio para suas instâncias gestoras a garantia da qualidade da atenção prestada aos seus usuários. No contexto da Atenção Básica de Saúde, a melhoria da qualidade aponta para a reorganização das ações, delineadas a partir do conhecimento da realidade local, das necessidades de saúde e da melhor definição de competências e responsabilidades.

O desafio estabelecido para as três instâncias gestoras do SUS de garantir qualidade no seu processo de consolidação, tem na reorganização das ações básicas de saúde um componente indispensável para uma melhor definição de competências e responsabilidades.

Nesse sentido o Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, vem desenvolvendo ações com vistas a otimizar a utilização das informações geradas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) nos Sistemas Locais de Saúde. Seu objetivo é contribuir para ampliar o uso desse instrumento pelos profissionais e gestores, compreendendo-o no contexto das práticas de Monitoramento e Avaliação em Saúde, destinadas à tomada de decisão técnica e política, que garanta a atenção com qualidade.

A elaboração deste material pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Centro Colaborador do Ministério da Saúde, tem como objetivo facilitar o envolvimento ativo dos profissionais das unidades básicas de saúde, em especial os integrantes das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), na utilização do SIAB como instrumento de redefinição e reprogramação das ações no nível local.

A sua produção é parte de um processo de educação permanente, durante o qual foi realizado um curso sobre avaliação na atenção básica de saúde, tendo como objetivos: 1) Aproximar-se de algumas abordagens teóricas e metodológicas da avaliação; 2) Conhecer a experiência das equipes com as atividades de avaliação realizadas com base no SIAB; 3) Identificar outras dimensões das ações de saúde para serem avaliadas; e 4) Apoiar a elaboração e execução de propostas de avaliação complementares ao monitoramento.

No decorrer da atividade, sobressaiu a necessidade de incluir no processo de formação atividades de apoio à implantação do monitoramento das condições de saúde e das ações executadas pelas equipes, criando condições para definir as prioridades a partir das informações geradas e registradas no trabalho cotidiano, pelo SIAB. Neste sentido, demarcaram-se os seguintes propósitos: 1) Reciclar as ESF para realizar os procedimentos de coleta de dados do SIAB de acordo com os critérios estabelecidos na padronização, instituindo mecanismos de controle de qualidade; 2) Elaborar roteiros que, focalizando as ações programáticas estabelecidas para cada grupo populacional, venham a orientar a ESF no processo de assumir a crítica de sua própria ação por meio da reflexão sobre a sua prática; e 3) Contribuir para a definição de um processo de supervisão sistemática do monitoramento das ações.

Este documento é resultado de um trabalho do qual participaram as ESF e os supervisores, cumprindo-se os seguintes passos: 1) exame minucioso das fichas de coleta e relatórios de consolidação de dados do SIAB, ressaltando a padronização da coleta e a influência do uso sistemático na qualidade dos dados;

2) discussão sobre a escolha de indicadores, seus usos, limitações e construção; 3) cálculo dos indicadores utilizando os dados locais do SIAB; e 4) reflexão sobre o significado de cada indicador, a complexidade das relações envolvidas, as necessidades que evidenciam, além das experiências das equipes na tentativa de alcançar os resultados esperados. Realizou-se trabalho adicional com os supervisores: 1) as interações entre supervisão, educação permanente e monitoramento das ações; 2) a programação como eixo organizador da utilização dos dados do SIAB; e 3) o apoio de um roteiro para acompanhamento das operações básicas inerentes aos sistemas de informação.

O processo de implantação do SIAB é permeado de elementos técnicos, culturais e políticos, sendo compreendido e vivenciado de diferentes modos pelos sujeitos que dele participam. Espera-se que estes roteiros e matrizes programáticas permitam que as ESF tirem maior proveito prático do SIAB, explorando a capacidade potencial de um sistema territorializado que está voltado para as necessidades de saúde, a detecção de desigualdades e iniquidades, o apoio de decisões equitativas e a participação da comunidade. Deste modo, possam ser úteis para o aprimoramento do modelo de organização do Programa de Saúde da Família, aumentando as condições de possibilidade para a ocorrência de transformações na realidade de saúde das populações adscritas.

**Afra Suassuna Fernandes**  
Diretora do Departamento de Atenção Básica



## PREFÁCIO

Ao proporcionar o acesso desta publicação por todas as Equipes de Saúde da Família (ESF), estamos oferecendo um material de fácil compreensão e linguagem, cuja leitura permite a identificação clara dos objetivos, constituindo-se em referência importante para o monitoramento e avaliação dos processos e resultados em relação ao trabalho das equipes.

O trabalho adotou como critério fundamental a utilização de informações facilmente disponíveis, tendo como finalidade a sistematização dos dados com vistas a uma interpretação e análise por parte dos profissionais e da comunidade, procurando incorporar a prática da avaliação para definição de prioridades.

Foi construído a partir da base local (ESF), o que legitima o documento. Ao identificar lacunas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), aponta quais são essas variáveis a partir da percepção das próprias equipes de saúde da família no dia-a-dia do seu trabalho, além de propor a construção de indicadores, considerando a complexidade e heterogeneidade das várias realidades locais.

Introduz o tema monitoramento, alimentando a discussão sobre sua diferenciação da avaliação, sendo esta última abordagem de uso mais corriqueiro nas publicações oficiais sobre a atenção básica.

Ao explorar as variáveis disponíveis no SIAB, propondo uma matriz de indicadores para serem utilizados na programação, torna-se mais do que uma proposta de monitoramento, pois propõe uma programação pactuada com a comunidade o que estimula a participação no planejamento das ações em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS). Privilegia o monitoramento das atividades de rotina, vinculando-as aos processos de planejamento e gestão, utilizando o SIAB como instrumento para redefinição do plano de trabalho. Traz, ainda, a estratégia do uso dos traçadores e eventos sentinela o que facilita o uso das informações pelas equipes e a melhora da coleta dos dados, aproximando-as das estratégias de Vigilância em Saúde.

Ao explicar a utilização de cada Indicador facilita o entendimento da escolha e da importância do uso de cada um para diagnóstico, planejamento e avaliação, sugerindo possíveis explicações para as situações que podem ser encontradas pela equipe e aponta caminhos para o modo de enfrentamento pelas mesmas.

A abordagem qualitativa enriquece a análise dos dados, dando consistência e estímulo à elaboração de um método de monitoramento construído não apenas a partir de informações geradas pelas próprias equipes, mas também, para que possam refletir sobre os significados potenciais que cada uma delas pode estar indicando.

Faz-se necessário, entretanto, que no nível local e regional tenha-se claro a necessidade da utilização das possibilidades de cruzamento dos dados do Siab com outros sistemas de informação. A integração do SIM/SINASC com o Siab é uma realidade em curso e tem possibilitado, por exemplo o resgate de óbitos não registrados.

**Eronildo Felisberto**

Coordenador de Acompanhamento e Avaliação

Departamento de Atenção Básica



## 1. INTRODUÇÃO

Avaliar é formular um juízo de valor sobre algo: as políticas de saúde, as necessidades de saúde da população, a organização e a operacionalidade do trabalho em saúde, os resultados das ações etc., utilizando como referência, os pressupostos e valores que fundamentam as escolhas dos sujeitos envolvidos (profissionais de saúde, usuários, população geral) com a atenção em saúde, os princípios gerais que norteiam a avaliação, a aplicação de critérios e normas técnicas e a adequação na disponibilidade e utilização de recursos materiais. Pressupõe, a tomada de posição sobre o sucesso e/ou fracasso da ação sob apreciação, independentemente desse julgamento ser resultado de uma avaliação normativa (normas e padrões) ou de uma pesquisa avaliativa (procedimentos científicos). A utilização das informações e dos conhecimentos produzidos é condição necessária, já que a avaliação é sempre um instrumento de tomada de decisões<sup>1,2</sup>.

As atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção — embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis — são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, na medida que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações. A especificidade do monitoramento está no recurso de um sistema de informação para acompanhar a operacionalização de uma intervenção<sup>3</sup>. O desenho do sistema de monitoramento é parte integrante do planejamento das ações, devendo contemplar os aspectos nucleares da execução do trabalho previsto para alcançar os objetivos da intervenção.

A implantação de um processo de monitoramento envolve a articulação de uma proposta, de natureza técnico-político, com a prática dos sujeitos que estão executando e usufruindo às ações de saúde. Na atenção básica, a transformação desta intenção em gesto implica na superação de concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informações em saúde, decorrentes da quantidade enorme de dados que são produzidos e encaminhados para outros níveis organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e avaliação das ações pelo nível local e da introdução de mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho para que a informação como instrumento de análise e de ação seja incorporada no interior das práticas assistenciais<sup>4</sup>.

O PSF concebido como uma estratégia de reorganização da atenção básica à saúde que busca a complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas, preventivas e de promoção em saúde, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados em uma dada população adscrita<sup>5</sup>, tem no planejamento estratégico um instrumento de gestão de caráter ético-político e comunicativo, não se restringindo a dimensão técnica para a construção do seu modelo de organização das ações de saúde<sup>6</sup>. O enfoque estratégico ressalta o caráter iterativo da planificação, o que supõe conflitos de interesses e necessidade de negociação sobre os planos de ação e as conseqüências esperadas.

O planejamento situacional de Matus<sup>7</sup> é uma vertente do enfoque estratégico que compreende quatro momentos iterativos: 1) Momento explicativo, a realidade é explicada a partir da seleção de problemas relevantes, buscando compreender os seus condicionantes, e na identificação de nós críticos; 2) Momento normativo, a identificação dos atores, dos recursos que esses atores dispõem (políticos, financeiros, organizacionais e conhecimento) para concretizar a ação e o peso de cada ator, estabelecendo “o que deve ser”, é o desenho do projeto capaz de mudar a realidade; 3) Momento estratégico, o exame da viabilidade de transformar o desenho



normativo em realidade (restrições e potencialidades); e 4) Momento tático-operacional, a apreciação da situação, a pré-avaliação das decisões possíveis e a tomada de decisões, com a participação de todos os envolvidos, para execução das ações e avaliação da nova situação.

Ao colocar o desafio que representa para o PSF, a aplicação do planejamento estratégico como ferramenta de gestão, devido à necessidade de ampliar o âmbito de visão no plano macroestrutural e no espaço do cotidiano dos serviços, Ciampone & Peduzzi<sup>6</sup> (2001: 27) opinam: *“Acredita-se que essa ampliação do olhar permitirá encontrar brechas para a proposição de ações de promoção da saúde e de enfrentamento ativo das barreiras para o atendimento às necessidades de saúde da população, sem perder de vista que todos os agentes envolvidos nesse processo – usuários e profissionais – conservam limites e potencialidades, sendo que, com isso, apostamos na viabilidade de um projeto social pautado na justiça, equidade e cidadania”*.

É exatamente nesse contexto de desafios colocados pelo planejamento estratégico que adquire especial relevância a sistematização de Castellanos<sup>8</sup> para as limitações, apontadas por Rose, na utilização do enfoque de risco para planejamento e organização das ações de saúde, tais como, o caráter paliativo e provisório das medidas adotadas, voltadas para a identificação de indivíduos expostos na tentativa de modificar neles o grau de exposição, deixa intocada a “fonte” do problema que continuará produzindo indivíduos expostos, o fato de que muitas pessoas com baixo risco podem produzir mais casos que poucas pessoas com elevado risco e as dificuldades para a transformação de hábitos e condutas dos indivíduos que não depende apenas de sua vontade, sendo fortemente condicionada pelo meio social, cultural e econômico onde estão inseridos.

Torna-se, portanto, cada vez maior a necessidade de fortalecer as relações que podem ser estabelecidas entre a epidemiologia, as ciências humanas e as ciências biomédicas para construção de conceitos e estratégias mais efetivas para promoção, prevenção e recuperação em saúde. A noção de vulnerabilidade, expressando o esforço para recuperar os aspectos éticos e políticos das práticas de saúde, é um referencial que permite fazer avançar nossos compromissos com a saúde dos indivíduos e das coletividades<sup>9,10</sup>. Proposta por Mann et al.<sup>9</sup> para avaliar a suscetibilidade e condições de resposta em relação ao HIV e a AIDS, o uso da noção de vulnerabilidade tem sido estendido para a saúde de populações de um modo geral.

Esta abordagem utiliza três planos analíticos interdependentes: a) individual — aspectos cognitivos, comportamentais e disponibilidade de ações institucionais para controlar a doença; b) programático ou institucional — os caminhos concretos para satisfazer as necessidades de saúde, promovendo a ligação dos indivíduos com os contextos em que estão inseridos; e c) social — condições de vida, especificidade simbólica do cotidiano, políticas sociais para enfrentar os problemas de saúde e respeito à dignidade e aos direitos humanos. Reconhece, portanto, o limitado alcance das intervenções isoladas para produzir modificações de maior importância na saúde dos grupos populacionais e reforça o caráter fundamental da integralidade da atenção, a partir do desenvolvimento de ações que contemplem um amplo conjunto de necessidades de saúde.

A reflexão sobre a prática cotidiana a partir dos dados produzidos pelo SIAB<sup>11</sup> inclui, necessariamente, a compreensão de que as relações sociais, econômicas, culturais e afetivas configuram os distintos contextos de intersubjetividade, nos quais as pessoas, as famílias, as comunidades e as equipes de saúde desenvolvem formas diferenciadas de interpretação e valorização das necessidades de saúde, assim como, de apropriação dos conhecimentos sobre as alternativas para satisfazê-las. Desta perspectiva, assume-se a multiplicidade das vozes e os sujeitos envolvidos estão inseridos no espaço das significações e das práticas sociais, construindo e reconstruindo uma complexa rede, cujas interações não são isentas de contradições e conflitos, por onde caminham as concepções, os valores e os interesses relacionados com a saúde e a doença.

## 2. ROTEIROS PARA MONITORAMENTO DAS AÇÕES

Na elaboração destes roteiros de apoio ao monitoramento das necessidades e do trabalho em saúde foi feita a opção pelo uso de indicadores com base em proporções, privilegiando um tipo de medida em que o numerador é um subconjunto do denominador<sup>12</sup>. Embora os números absolutos possam revelar uma determinada face das condições de vida e da situação de saúde-doença, a realização de cálculos que resultam em números relativos é fundamental porque, quando se pretende comparar a frequência de doenças e de fatores de risco ao longo do tempo e entre distintos subgrupos ou comunidades, o uso de números absolutos pode conduzir a conclusões errôneas. Daí a necessidade de usar os indicadores que resultam em números “relativizados” para identificar os grupos populacionais e as microáreas com maior vulnerabilidade coletiva, acompanhar o processo de trabalho e avaliar os seus resultados. À medida que são utilizados dados desagregados, deve-se levar em conta a ocorrência de flutuações devido ao menor tamanho das populações.

Ademais, a utilização apenas dos indicadores que constam dos relatórios do SIAB<sup>11</sup>, os instrumentos Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área (SSA2) e Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2), foi considerada insuficiente, pois, estes relatórios não contemplam aspectos importantes para o monitoramento das ações programáticas direcionadas, sobretudo, às mulheres grávidas e às pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus, hanseníase e tuberculose. Por isso, nos indicadores propostos para a atenção à saúde da criança, do adolescente, da mulher e do adulto foram incluídos, também, os dados obtidos com as Fichas B, para acompanhamento domiciliar de eventos específicos e/ou a Ficha D, para registro de atividades, procedimentos e notificações.

Os processos de monitoramento devem ser fundamentados em informações que designam os aspectos nucleares do trabalho e só têm sentido se implicarem em discussão e reformulação periódicas desse trabalho<sup>13</sup>. Há que se estar atento para as lacunas que o SIAB apresenta, à medida que seus instrumentos não coletam dados sobre as atividades de acompanhamento do desenvolvimento infantil, a ocorrência de casos de sífilis congênita e AIDS, o planejamento familiar, a assistência ao puerpério e ao climatério. As maiores deficiências, no entanto, são observadas na atenção à saúde do adolescente e, sobretudo, nas ações de saúde bucal que não podem ser avaliadas por meio deste sistema de informação.

Estes roteiros apresentam, de forma sintética, alguns conteúdos fundamentais de serem considerados pelas equipes na análise e interpretação dos indicadores quantitativos construídos a partir dos instrumentos de coleta do SIAB. Os aspectos que estão sendo realçados como parte das reflexões sobre as articulações entre as propostas de atuação, as ações desenvolvidas pelos profissionais e os resultados das ações, contemplam tanto o caráter mais global das inter-relações, como os elementos que traduzem a especificidade de grupos populacionais alvo das ações programáticas. Neste sentido, torna-se imprescindível:

- Aproximar-se aos conhecimentos, experiências, “visões de mundo” e valores que norteiam as decisões e os manejos diferenciados das questões de saúde e doença, afetando a definição das necessidades de saúde, a busca de atenção de saúde, a aceitação da condição de doente, a aderência às orientações da equipe e a ocorrência de complicações e morte.
- Caracterizar a disponibilidade de apoio social no meio ambiente imediato para lidar com os problemas de saúde, isto é, familiares, vizinhos e amigos que participam das decisões e das práticas relativas à



promoção, prevenção e recuperação em saúde, os modos de participação destas pessoas e os seus conhecimentos e percepções sobre a saúde e as doenças. A rede social é reconhecida como um sistema de apoio importante na mediação de normas culturais, na atribuição de significados aos acontecimentos e na escolha das alternativas de ação<sup>14,15</sup>.

- Entender melhor os fatores associados à não-adesão em uma dada realidade local é um dos principais passos para que as equipes possam aprimorar as estratégias de intervenção que já vêm sendo realizadas. Algum grau de não-aderência aos cuidados de saúde está relacionado, entre outros, com a baixa escolaridade, as dificuldades de acesso, os hábitos arraigados, a inadequação das orientações ao cotidiano das pessoas, a não aceitação do diagnóstico, a falta de apoio no ambiente social imediato, a falta de motivação na vida pessoal<sup>16,17</sup>.
- Ter clareza sobre a importância do papel da equipe para a superação das dificuldades relacionadas com as medidas preventivas e de promoção em saúde, à aceitação do diagnóstico e à adesão ao esquema terapêutico. Esta contribuição passa pela criação de vínculos entre cada paciente/família e uma equipe e/ou um profissional específico, por meio de uma relação contínua no tempo, calorosa, de confiança, na qual se valoriza a escuta e a conversa, de modo que as questões referentes à transformação dos hábitos e à aderência aos cuidados de saúde sejam tratadas de uma perspectiva menos tecnicista, incorporando outras dimensões da vida dos pacientes e das famílias<sup>18</sup>. O estabelecimento de uma relação de confiança permite que as pessoas expressem com sinceridade as suas dificuldades para o cumprimento das orientações básicas.
- Apreender globalmente o processo de trabalho em saúde, assim, o olhar sobre a operacionalização do modelo de organização das práticas precisa observar, além da infra-estrutura material, da efetivação das padronizações previstas e da redefinição das atribuições que competem aos membros da equipe — atributos técnicos requeridos e reconhecimento recíproco de autoridades, saberes e autonomias técnicas — o contexto das interações estabelecidas entre os diferentes profissionais e entre estes, os usuários e a comunidade. Ou seja, o caráter específico dos acordos, dos jogos de interesses e das estratégias que permeiam essas relações.
- Manter-se sempre atento aos fatos e aos conceitos, valores e sentimentos que venham a emergir na comunicação interpessoal que ocorre no dia-a-dia do trabalho, agregando estas informações à avaliação continuada da programação local. Quando se pretende identificar e responder às necessidades de saúde de uma dada comunidade, é preciso reconhecer que não existe uma perspectiva única, tampouco privilegiada, para a formulação de juízos acerca das necessidades de saúde. Em uma realidade vista por ângulos diversos, por vezes contraditórios, são muitos os questionamentos que emergem do confronto entre as concepções técnicas e práticas sobre o processo de saúde e doença.
- Utilizar o referencial do Planejamento Estratégico<sup>6,7</sup> para, com base no conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita e dos critérios e normas estabelecidos para a organização e execução do processo de trabalho, avaliar a capacidade potencial da equipe para responder às necessidades de saúde da população. Como, em geral, as necessidades são maiores do que a capacidade de ação, um maior refinamento na definição de prioridades, tendo o cuidado de não excluir os grupos mais vulneráveis, deve ser pactuado com a comunidade.

QUADRO 1: RESUMO DOS INDICADORES

<b>INDICADORES DE CONDIÇÕES DE VIDA</b>	
Demográficos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estrutura populacional por sexo e idade.</li> <li>▪ Número médio de pessoas por família.</li> </ul>
Socioeconômicos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas.</li> <li>▪ Proporção de crianças de 7-14 anos inseridas na escola.</li> <li>▪ Proporção de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas.</li> <li>▪ Proporção de menores de 14 anos que trabalham.</li> <li>▪ Proporção de pessoas com cobertura de Plano de Saúde.</li> </ul>
Sócio-culturais:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de famílias chefiadas por mulheres.</li> <li>▪ Proporção de famílias nucleares.</li> <li>▪ Proporção de famílias com participação em grupos comunitários.</li> </ul>
Ambientais:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de famílias com casas de tijolo/adobe.</li> <li>▪ Proporção de famílias com casas de material aproveitado.</li> <li>▪ Proporção de famílias com casas com piso de chão/barro.</li> <li>▪ Proporção de famílias com lixo a céu aberto.</li> <li>▪ Proporção de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento de água.</li> <li>▪ Proporção de famílias com fezes e urina a céu aberto.</li> </ul>
<b>INDICADORES DE ATENÇÃO À CRIANÇA</b>	
Processo de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de nascidos vivos pesados ao nascer.</li> <li>▪ Proporção de menores e 1 ano de idade pesados.</li> <li>▪ Proporção de menores de 1 ano de idade com vacinas em dia.</li> <li>▪ Proporção de crianças de 12-23 meses e 29 dias pesadas.</li> <li>▪ Proporção de crianças de 12-23 meses e 29 dias com vacinas em dia.</li> <li>▪ Cobertura de atendimento de puericultura em menores de 2 anos.</li> </ul>



Resultados:

- Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.
- Proporção de nascidos vivos com doença hemolítica perinatal.
- Proporção de menores de 4 meses de idade com aleitamento exclusivo.
- Proporção de menores de 4 meses de idade com aleitamento misto.
- Proporção de menores de 1 ano de idade com peso abaixo do P10.
- Proporção de crianças de 12-23 meses e 29 dias com peso abaixo do P10.
- Proporção de menores de 2 anos de idade que tiveram diarreia.
- Proporção de menores de 2 anos de idade que tiveram diarreia e usaram TRO.
- Proporção de menores de 2 anos de idade que tiveram IRA.
- Proporção de hospitalizações em menores de 5 anos por pneumonia.
- Hospitalizações em menores de 5 anos de idade por desidratação.
- Meningite tuberculosa em menores de 5 anos.
- Crianças de 5-14 anos com valvulopatia reumática.
- Número absoluto de óbitos neonatais.
- Número absoluto de óbitos neonatais precoces.
- Número absoluto e óbitos neonatais tardios.
- Número absoluto de óbitos neonatais por diarreia.
- Número absoluto de óbitos neonatais por infecção respiratória.
- Número absoluto de óbitos infantis tardios.
- Número absoluto de óbitos infantis tardios por diarreia.
- Número absoluto de óbitos infantis tardios por infecção respiratória.
- Número absoluto de óbitos em menores e 1 ano.
- Número absoluto de óbitos em menores e 1 ano por diarreia.
- Número absoluto de óbitos em menores e 1 ano por infecção respiratória.
- Número absoluto de óbitos em menores e 1 ano por causas evitáveis



<b>INDICADORES DE ATENÇÃO AO ADOLESCENTE</b>	
Resultados:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número absoluto de óbitos em adolescentes.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos em adolescentes como consequência de violência.</li> </ul>
<b>INDICADORES DE ATENÇÃO À MULHER</b>	
Processo de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cobertura de citologia oncótica.</li> <li>▪ Proporção de gestantes menores de 20 anos de idade.</li> <li>▪ Proporção de gestantes de 20 e mais anos de idade.</li> <li>▪ Proporção de gestantes acompanhadas.</li> <li>▪ Proporção de gestantes com consulta pré-natal no mês.</li> <li>▪ Concentração de consulta pré-natal.</li> <li>▪ Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre.</li> <li>▪ Proporção de gestantes com vacina em dia.</li> <li>▪ Proporção de gestantes desnutridas.</li> <li>▪ Proporção de mulheres com gestação de risco.</li> <li>▪ Proporção de gestantes com pressão alta.</li> <li>▪ Proporção de gestantes com antecedentes de nascido morto.</li> <li>▪ Proporção de gestantes com doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG).</li> </ul>
Resultados:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de mulheres com citologia oncótica NIC III.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos em mulheres menores de 20 anos de idade.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos em mulheres menores de 20 anos de idade como consequência de violência.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos em mulheres de 20 e mais anos de idade.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos em mulheres de 20 e mais anos de idade como consequência de violência.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos em mulheres por doenças cardiovasculares.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos em mulheres por câncer de mama.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos em mulheres por câncer de colo de útero.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos em mulheres por causas associadas à gravidez e ao parto.</li> </ul>



### INDICADORES DE ATENÇÃO AO ADULTO - HIPERTENSÃO ARTERIAL

Processo de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de hipertensos acompanhados.</li> <li>▪ Proporção de hipertensos que comparece à consulta agendada.</li> </ul>
Resultados:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevalência de hipertensão arterial.</li> <li>▪ Prevalência de hipertensão arterial na população feminina.</li> <li>▪ Prevalência de hipertensão arterial na população masculina.</li> <li>▪ Proporção de hipertensos que faz dieta.</li> <li>▪ Proporção de hipertensos que toma medicação.</li> <li>▪ Proporção de hipertensos que faz exercícios físicos.</li> <li>▪ Proporção de hipertensos hospitalizados por acidente vascular cerebral.</li> <li>▪ Proporção de hipertensos hospitalizados por insuficiência cardíaca congestiva.</li> <li>▪ Número absoluto de óbitos por doenças cérebro-vasculares.</li> </ul>

### INDICADORES DE ATENÇÃO AO ADULTO – DIABETES MELLITUS

Processo de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de diabéticos acompanhados.</li> <li>▪ Proporção de diabéticos que comparece à consulta agendada</li> </ul>
Resultados:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevalência de diabetes mellitus.</li> <li>▪ Prevalência de diabetes mellitus na população feminina.</li> <li>▪ Prevalência de diabetes mellitus na população masculina.</li> <li>▪ Proporção de diabéticos que faz dieta.</li> <li>▪ Proporção de diabéticos que toma hipoglicemiante oral.</li> <li>▪ Proporção de diabéticos que usa insulina.</li> <li>▪ Proporção de diabéticos que faz exercícios físicos.</li> <li>▪ Proporção de hospitalizações por complicações do diabetes mellitus.</li> </ul>

### INDICADORES DE ATENÇÃO AO ADULTO – TUBERCULOSE

Processo de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de tuberculosos acompanhados.</li> <li>▪ Proporção de tuberculosos que comparece à consulta agendada.</li> <li>▪ Proporção de tuberculosos que realizou exame de escarro.</li> <li>▪ Proporção de comunicantes de tuberculose examinados.</li> </ul>
Resultados:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevalência de tuberculose.</li> <li>▪ Proporção de tuberculosos que toma medicação diária.</li> </ul>

<b>INDICADORES DE ATENÇÃO AO ADULTO – HANSENÍASE</b>	
Processo de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Proporção de hansenianos acompanhados.</li><li>▪ Proporção de hansenianos que comparece à consulta agendada.</li><li>▪ Proporção de comunicantes de hanseníase examinados.</li></ul>
Resultados:	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Taxa de detecção de hanseníase.</li><li>▪ Prevalência de hanseníase.</li><li>▪ Proporção de hansenianos que toma medicação diária.</li><li>▪ Proporção de hansenianos que tomou dose supervisionada.</li><li>▪ Proporção de hansenianos que faz auto-cuidado.</li><li>▪ Proporção de hansenianos com grau de incapacidade II e III.</li></ul>





## 2.1 CONDIÇÕES DE VIDA

QUADRO 2: INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE VIDA

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA POR FAIXA ETÁRIA	PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO MASCULINA POR FAIXA ETÁRIA
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº pessoas do sexo feminino numa faixa etária específica (&lt; 1 ano, 1-4, 5-6, 7-9, 10-14, 15-19, 20-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais), em determinado local e período.</p> $\frac{\text{Nº pessoas do sexo feminino, no mesmo local e período.}}{\text{Nº pessoas do sexo feminino numa faixa etária específica}} \times 100$ <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da distribuição etária da população feminina, tendo em vistas a identificação de necessidades. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral / Semestral</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº pessoas do sexo masculino numa faixa etária específica (&lt; 1 ano, 1-4, 5-6, 7-9, 10-14, 15-19, 20-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais), em determinado local e período.</p> $\frac{\text{Nº pessoas do sexo masculino, no mesmo local e período.}}{\text{Nº pessoas do sexo masculino numa faixa etária específica}} \times 100$ <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da distribuição etária da população masculina, tendo em vistas a identificação de necessidades. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral / Semestral</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>



<b>PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO O SEXO</b>	<b>NÚMERO MÉDIO DE PESSOAS POR FAMÍLIA</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas do sexo feminino (ou do sexo masculino), em determinado local e período. _____ X 100</p> <p>População total, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da distribuição segundo o sexo da população, tendo em vistas a identificação de necessidades. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas cadastradas, em determinado local e período. _____ X 100</p> <p>Nº famílias cadastradas, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Conhecer o tamanho médio das famílias. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral / Semestral</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>

<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS ALFABETIZADAS</b>	<b>PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 7 - 14 ANOS INSERIDAS NA ESCOLA</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas, em determinado local e período. _____ X 100</p> <p>Nº de pessoas de 15 anos ou mais, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade social. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da frequência de alfabetização em pessoas de 15 e mais anos. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de crianças de 7-14 anos na escola, em determinado local e período. _____ X 100</p> <p>Nº de crianças de 7-14 anos, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade social. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da inserção escolar de crianças de 7-14 anos. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança e do adolescente.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>

<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS DESEMPREGADAS</b>	<b>PROPORÇÃO DE MENORES DE 14 ANOS QUE TRABALHAM</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas, em determinado local e período. _____ X 100</p> <p>Nº de pessoas de 15 anos ou mais, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade social. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do desemprego em pessoas de 15 e mais anos. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de menores de 14 anos que trabalham, em determinado local e período. _____ X 100</p> <p>Nº de menores de 14 anos, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade social. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da inserção no mercado de trabalho de menores de 14 anos de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança e do adolescente.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha A / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>

<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS COM COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE</b>	<b>PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS CHEFIADAS POR MULHERES</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas com cobertura de Plano de Saúde, em determinado local e período. _____ X 100</p> <p>Nº de pessoas cadastradas, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos com outras alternativas de acesso aos cuidados de saúde. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da cobertura de Plano de Saúde. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de famílias chefiadas por mulheres, em determinado local e período. _____ X 100</p> <p>Nº de famílias cadastradas, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da frequência de mulheres que são chefes de família. Avaliar as condições de vida das mulheres a partir da caracterização do seu papel como chefe da família. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha A / Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>



<b>PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS NUCLEARES</b>	<b>PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS COM PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS COMUNITÁRIOS</b>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>
$\frac{\text{Nº de famílias constituídas por pai, mãe e filhos, em determinado local e período.}}{\text{Nº de famílias cadastradas, no mesmo local e período.}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de famílias com participação em grupos comunitários, em determinado local e período.}}{\text{Nº de famílias cadastradas, no mesmo local e período.}} \times 100$
<b>USOS</b>	<b>USOS</b>
<p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da distribuição de famílias constituídas por pai, mãe e filhos. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p>	<p>Caracterizar a participação social das famílias. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da participação em grupos comunitários. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da comunidade.</p>
<b>FONTES</b>	<b>FONTES</b>
Numerador: Ficha A / Denominador: Relatório A2	Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2
<b>PERIODICIDADE</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Trimestral/ Semestral.	Trimestral/Semestral.
<b>LIMITAÇÕES</b>	<b>LIMITAÇÕES</b>
Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.	Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.

<b>PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS COM CASA DE TIJOLO/ADOBE</b>	<b>PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS COM CASA DE MATERIAL APROVEITADO</b>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>
$\frac{\text{Nº de famílias com casa de tijolo/adobe, em determinado local e período.}}{\text{Nº de famílias cadastradas, no mesmo local e período.}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de famílias com casa de material aproveitado, em determinado local e período.}}{\text{Nº de famílias cadastradas, no mesmo local e período.}} \times 100$
<b>USOS</b>	<b>USOS</b>
<p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade social. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do tipo de casa onde moram as famílias. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para o meio ambiente e para a saúde da comunidade.</p>	<p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade social. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do tipo de casa onde moram as famílias. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para o meio ambiente e para a saúde da comunidade.</p>
<b>FONTES</b>	<b>FONTES</b>
Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2.	Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2.
<b>PERIODICIDADE</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Trimestral/Semestral.	Trimestral/Semestral.
<b>LIMITAÇÕES</b>	<b>LIMITAÇÕES</b>
Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.	Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.



<b>PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS COM CASA COM PISO DE CHÃO/BARRO</b>	<b>PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS COM LIXO A CÉU ABERTO</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de famílias com casa com piso de chão/barro, em determinado local e período. <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> <p>Nº de famílias cadastradas, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade social. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do tipo de piso da casa onde moram as famílias. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para o meio ambiente e para a saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2 / Denominador: Relatório A2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de famílias com lixo a céu aberto, em determinado local e período. <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> <p>Nº de famílias cadastradas, no mesmo local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade frente às condições ambientais. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do destino do lixo. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para o meio ambiente e para a saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p><b>Numerador: Relatório A2/Denominador: Relatório A2.</b></p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias, erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>

<b>PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS SEM ACESSO À REDE GERAL DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA</b>	<b>PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS COM FEZES E URINA A CÉU ABERTO</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento de água, em determinado local e período. <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> <p>Nº de famílias cadastradas, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade frente às condições ambientais. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do acesso a rede geral de abastecimento de água. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para o meio ambiente e para a saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2/Denominador: Relatório A2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de famílias com fezes e urina a céu aberto, em determinado local e período. <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> <p>Nº de famílias cadastradas, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos com maior vulnerabilidade frente às condições ambientais. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do destino de fezes/urina. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para o meio ambiente e para a saúde da comunidade.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório A2/Denominador: Relatório A2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral/Semestral.</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias e erros na transcrição dos dados para o Relatório A2.</p>



- As pessoas vivem em comunidade compartilhando, ao longo do tempo, a construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida, as quais se traduzem nas características da reprodução biológica; nas relações de proteção/deprecação do ambiente físico; nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas; e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços — moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer<sup>19</sup>.
- São bastante conhecidas as inter-relações entre as condições de vida, as necessidades de saúde e os padrões de morbidade e mortalidade de uma dada população<sup>19,20</sup>. É essencial conhecer como as pessoas vivem, pois, os processos de saúde e doença expressam o modo de vida<sup>19</sup>, ou seja, as condições de subsistência e os aspectos simbólicos (valor, significado, relevância) da vida em sociedade. Portanto, a interpretação do conjunto de indicadores que traduzem as condições de vida, não deveria ser realizada a margem das pessoas e dos grupos sociais envolvidos nos processos de decisão.
- O conhecimento sobre a distribuição das necessidades de saúde é fundamental para a implementação de uma política de saúde equitativa. A equidade pressupõe que as ações de saúde levem em consideração a distribuição heterogênea das necessidades da população e as diferentes formas de hierarquização das prioridades para intervenção. Nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada iniquidade, mas, toda diferença ou desigualdade redutível vinculada a condições de vida heterogêneas, constitui iniquidade<sup>20</sup>.

## 2.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

QUADRO 3: INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ATENÇÃO À CRIANÇA

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS PESADOS AO NASCER	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER*
MÉTODO DE CÁLCULO	MÉTODO DE CÁLCULO
$\frac{\text{Nº de nascidos vivos pesados ao nascer, em determinado local e período}}{\text{Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de nascidos vivos com peso menor que 2.500g, em determinado local e período}}{\text{Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$
USOS	USOS
Identificar a necessidade de melhoria da qualidade da aferição do peso ao nascer e da qualidade do registro nas maternidades. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.	Analisar variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da distribuição de baixo peso ao nascer. Contribuir para orientar iniciativas de suporte ao aleitamento materno. Avaliar condições orgânicas e condutas de risco da gestante (tabagismo, alcoolismo etc.). Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva e atenção à saúde da criança
FONTES	FONTES
Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.	Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.
PERIODICIDADE	PERIODICIDADE
Mensal	Mensal



<p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da relação agente/mãe para a credibilidade da informação materna sobre a alimentação do bebê, omissão e erros no registro de dados no Cartão da Criança e no prontuário (puericultura) e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>	<p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro do peso no Cartão da Criança, padronização inadequada dos procedimentos de aferição do peso, condições do equipamento utilizado e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>
<p><b>PROPORÇÃO DE MENORES DE 1 ANO DE IDADE COM PESO ABAIXO DO PERCENTIL 10</b></p>	<p><b>PROPORÇÃO DE MENORES DE 1 ANO DE IDADE COM AS VACINAS EM DIA</b></p>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de menores de 1 ano de idade com peso abaixo do P10, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <p>Nº de menores de 1 ano de idade pesadas, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar os desnutridos para priorizar o atendimento. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da desnutrição em crianças menores de 1 ano de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Baixa cobertura da vigilância do crescimento. Padronização inadequada dos procedimentos de aferição do peso, condições do equipamento utilizado, omissões e erros no registro do peso no Cartão da Criança, erros na interpretação do peso e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de menores de 1 ano de idade com as vacinas em dia, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <p>Nº de menores de 1 ano de idade, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar a falta de cumprimento do esquema vacinal, orientando para manter a vacinação em dia. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da cobertura vacinal nesta faixa etária. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação do controle de doenças evitáveis por imunização.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro das vacinas no Cartão da Criança, erros na aplicação do critério de vacina em dia, erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2 e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>

(\*) Indicador do Pacto de Atenção Básica 2002 (Ministério da Saúde, Portaria 1.121, de 17 de junho de 2002).

<p><b>PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 12 – 23 MESES E 29 DIAS PESADAS</b></p>	<p><b>PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 12 – 23 MESES E 29 DIAS COM PESO ABAIXO DO PERCENTIL 10</b></p>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de crianças de 12–23 meses e 29 dias pesadas, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <p>Nº de crianças de 12–23 meses e 29 dias, no mesmo local e período</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de crianças de 12 – 23 meses e 29 dias com peso abaixo do P10, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <p>Nº de crianças de 12–23 meses e 29 dias, no mesmo local e período</p>

<p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar a atividade de acompanhamento do crescimento, identificando a capacidade da equipe para realizar a aferição do peso em crianças de 12-23 meses e 29 dias de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro do peso no Cartão da Criança, padronização inadequada dos procedimentos de aferição do peso, condições do equipamento utilizado, erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2 e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>	<p><b>USOS</b></p> <p>Identificar os desnutridos, orientando iniciativas de intervenção nutricional. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da desnutrição em crianças de 12-23 meses e 29 dias de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Baixa cobertura da vigilância do crescimento, padronização inadequada dos procedimentos de aferição do peso, condições do equipamento utilizado, omissões e erros no registro do peso no Cartão da Criança, erros na interpretação do peso e na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>
<p><b>PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 12 – 23 MESES E 29 DIAS COM AS VACINAS EM DIA</b></p>	<p><b>PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DE IDADE QUE TIVERAM DIARRÉIA</b></p>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de crianças de 12-23 meses e 29 dias com as vacinas em dia, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de crianças de 12-23 meses e 29 dias, no mesmo local e período</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de menores de 2 anos de idade que tiveram diarreia, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de menores de 2 anos de idade, no mesmo local e período</p>
<p><b>USOS</b></p> <p>Identificar a falta de cumprimento do esquema vacinal, orientando para manter a vacinação em dia. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da cobertura vacinal nesta faixa etária. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação do controle de doenças evitáveis por imunização.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro de vacinas no Cartão da Criança, erros na aplicação do critério de vacina em dia, erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2 e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>	<p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da morbidade por diarreia neste grupo etário. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de diarreia, erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2 e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>



<b>PROPORÇÃO DE MENORES DE 2 ANOS DE IDADE QUE TIVERAM DIARRÉIA E USARAM TRO</b>	<b>PROPORÇÃO DE MENORES DE 2 ANOS DE IDADE QUE TIVERAM IRA</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de menores de 2 anos de idade que tiveram diarreia e usaram TRO, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de menores de 2 anos de idade que tiveram diarreia, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar a adesão às orientações fornecidas pelas equipes de saúde. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do uso da terapia de reidratação oral em crianças deste grupo etário que tiveram diarreia. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de diarreia, qualidade da informação materna sobre o uso da TRO, omissão e erros no registro do uso da TRO e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de menores de 2 anos de idade que tiveram IRA, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de menores de 2 anos de idade, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da morbidade por infecção respiratória aguda neste grupo etário. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/ Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de IRA, erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2 e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>
<b>PROPORÇÃO DE HOSPITALIZAÇÕES EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE POR PNEUMONIA</b>	<b>HOSPITALIZAÇÕES EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE POR DESIDRATAÇÃO</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de menores de 5 anos de idade hospitalizadas com pneumonia, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de menores de 5 anos de idade que tiveram pneumonia, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar a oportunidade do diagnóstico e tratamento dos casos de pneumonia neste grupo etário. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da hospitalização por pneumonia em crianças menores de 5 anos de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Relatório SSA2 ou Relatório PMA2/ Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro de hospitalizações por pneumonia, sub-registro de casos de pneumonia e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2 ou Relatório PMA2.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de crianças de crianças menores de 5 anos de idade hospitalizadas com desidratação, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar a oportunidade do diagnóstico e tratamento dos casos de diarreia neste grupo etário. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da hospitalização por desidratação em crianças menores de 5 anos de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Relatório SSA2 ou Relatório PMA2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro das hospitalizações por desidratação e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2 ou Relatório PMA2.</p>

<p align="center"><b>MENINGITE TUBERCULOSA EM MENORES DE 5 ANOS</b></p>	<p align="center"><b>CRIANÇAS DE 5 – 14 ANOS DE IDADE COM VALVULOPATIA REUMÁTICA</b></p>
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de menores de 5 anos de idade que tiveram meningite tuberculosa, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar a vigilância dos comunicantes de tuberculose menores de 5 anos de idade. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da meningite tuberculosa em crianças menores de 5 anos de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório PMA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de meningite tuberculosa e erros na transcrição dos dados para o Relatório PMA2.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de crianças de 5 – 14 anos de idade com valvulopatia reumática, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da valvulopatia reumática em crianças de 5-14 anos de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório PMA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de valvulopatia reumática e erros na transcrição dos dados para o Relatório PMA2.</p>
<p align="center"><b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS NEONATAIS</b></p>	<p align="center"><b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS NEONATAIS PRECOSES</b></p>
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos ocorridos em nascidos vivos menores de 28 dias, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos neonatais, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção pré-natal e da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos neonatais e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos ocorridos em nascidos vivos menores de 7 dias, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos neonatais precoces, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção pré-natal e da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos neonatais precoces e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>



<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS NEONATAIS POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA</b>	<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS INFANTIS TARDIOS</b>
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos ocorridos por infecção respiratória em nascidos vivos menores de 28 dias, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos neonatais por infecção respiratória, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção pré-natal e da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório SSA2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos neonatais por infecção respiratória e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos em crianças com idade entre 28 dias e 11 meses e 29 dias em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos infantis tardios, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos infantis tardios e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>
<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS INFANTIS TARDIOS POR DIARRÉIA</b>	<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS INFANTIS TARDIOS POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA</b>
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos por diarreia em crianças com idade entre 28 dias e 11 meses e 29 dias em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos infantis tardios por diarreia, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos infantis tardios por diarreia e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos por infecção respiratória em crianças com idade entre 28 dias e 11 meses e 29 dias, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos infantis tardios por infecção respiratória, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos infantis tardios por infecção respiratória e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>



<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO</b>	<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO POR DIARRÉIA</b>
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos em menores de 1 ano de idade, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos em menores de 1 ano de idade, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos em menores de 1 ano e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos por diarreia em menores de 1 ano de idade, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos em menores de 1 ano de idade por diarreia, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos em menores de 1 ano por diarreia e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>
<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA</b>	<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO POR CAUSAS EVITÁVEIS</b>
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos por infecção respiratória em menores de 1 ano de idade, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos infantis tardios por diarreia, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos em menores de 1 ano por infecção respiratória e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos por causas evitáveis (reduzíveis por imunização, adequado controle na gravidez, adequada atenção ao parto, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, em menores de 1 ano de idade, em determinado local e período).</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos em menores de 1 ano de idade por causas evitáveis (condições que nunca ou raramente deveriam evoluir para óbito), identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de óbitos em menores de 1 ano por causas evitáveis e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>



<b>COBERTURA DE ATENDIMENTO DE PUERICULTURA EM MENORES DE 2 ANOS</b>	
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	
Nº de atendimentos de puericultura em menores de 2 anos, em determinado local e período	X 100
Nº de menores de 2 anos de idade, no mesmo local e período	
<b>USOS</b>	
Avaliar o acesso ao atendimento de puericultura. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais desta atividade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.	
<b>FONTES</b>	
Numerador: Relatório PMA2/Denominador: Relatório SSA2.	
<b>PERIODICIDADE</b>	
Mensal	
<b>LIMITAÇÕES</b>	
Erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias, erros no preenchimento da Ficha D e erros na transcrição dos dados para os Relatórios A2, PMA2 e SSA2.	

- O reconhecimento e a valorização dos eventos relacionados com a saúde infantil, por exemplo, dos episódios de diarreia e dos quadros de infecção respiratória aguda, e as decisões relativas à prevenção e ao tratamento refletem as diferentes maneiras de compreender e atuar sobre estes problemas de saúde. Daí a necessidade de conhecer as noções práticas, mais valorizadas pelas mães e seu ambiente social, sobre as causas destas doenças, as características de suas manifestações, as suas conseqüências e as escalas de gravidade que fundamentam as opções por condutas terapêuticas<sup>21,22</sup>.
- As noções ligadas à ocorrência e prevenção de doenças em crianças menores de cinco anos de idade são modificadas, também, pelas características das necessidades geradas nas distintas fases da infância e pelas experiências e conhecimentos acumulados pelas mães ao cuidar dos filhos.
- As concepções predominantes sobre o valor nutritivo dos alimentos, as vivências pessoais e do ambiente social imediato em relação ao aleitamento, o preparo para a amamentação durante o acompanhamento pré-natal, o desejo da gravidez, o tipo de parto, a criança corresponder ao modelo idealizado, o entrosamento da díade mãe-filho<sup>23</sup> e as dificuldades referidas pela mãe — a quantidade do leite, a presença de manifestações clínicas na mãe, a incapacidade da criança para concretizar a mamada, a inserção no mercado de trabalho, a necessidade de cuidar dos outros filhos, entre outros — têm influência marcante sobre a prática do aleitamento materno exclusivo. No entanto, as equipes precisam ser cuidadosas ao lidar com os conhecimentos e os valores locais, criando espaços para que se estabeleça uma relação de confiança.

- A operacionalização da captação das crianças menores de dois anos para realizar a pesagem periódica na unidade de saúde, o cuidado com a manutenção da balança, a capacitação do(s) membro(s) da equipe que afere(m) o peso, o cumprimento da padronização para proceder à aferição do peso, o registro e a interpretação correta do peso no gráfico peso-idade do Cartão da Criança e a valorização desta atividade pelos responsáveis pelas crianças e pela equipe, são aspectos que devem ser levados em conta quando se vai avaliar a vigilância do crescimento<sup>24</sup>.
- A operacionalização da captação das crianças menores de dois anos para realizar a vacinação de rotina, a disponibilidade e a conservação das vacinas, a garantia do acesso em todos os turnos de trabalho, a realização da marcação dentro do prazo previsto, a aplicação correta dos critérios referentes às contra-indicações, a aplicação correta dos critérios de vacina em dia e a importância conferida a esta atividade pelos responsáveis pelas crianças e pela equipe, são elementos fundamentais para a avaliação da cobertura vacinal.
- Uma grande parte das complicações, das seqüelas e da letalidade provocadas pela diarreia podem ser conseqüência de práticas comuns no seu tratamento — suspensão da dieta habitual, deficiências na oferta de soro reidratante oral e no aumento da ingestão de outros líquidos e utilização de medicamentos sem orientação profissional. O mesmo ocorrendo com as infecções respiratórias agudas — deficiências no aumento da ingestão de líquidos e utilização de medicamentos sem orientação profissional.
- É preciso levar em conta que as informações das equipes de saúde se entrelaçam com as informações que circulam nas redes informais de comunicação e são interpretadas passando pelo crivo das idéias e valores da pessoa que recebeu as orientações. O maior compartilhamento dos significados entre os participantes dessas redes, certamente, facilita a influência mútua dos sujeitos<sup>21</sup>.
- É inegável o crescimento da utilização da terapia de reidratação oral para a prevenção da desidratação causada pela diarreia, inclusive em áreas onde as dificuldades na distribuição dos pacotes de sais de reidratação oral tornam a principal alternativa o uso da solução sal-açúcar. As equipes de saúde devem ficar bastante atentas em relação aos conhecimentos e habilidades das mães no preparo e administração do soro.
- A persistência de hospitalizações por pneumonia e desidratação e de mortes infantis evitáveis por diarreia e pneumonia, apesar da disponibilidade de tecnologias de baixo custo e comprovada efetividade, torna a ocorrência destes quadros graves e óbitos em eventos-sentinelas, ou seja, eventos definidores de situações evitáveis e que, portanto, evidenciam dificuldades nos âmbitos organizacional e assistencial da atenção à criança<sup>25</sup>.
- A ocorrência de meningite tuberculosa em menores de cinco anos de idade, apesar da disponibilidade do BCG, constitui-se também em um evento-sentinelas. A tuberculose infantil é um excelente indicador da situação epidemiológica da doença e do êxito ou fracasso das ações de controle desenvolvidas.



## 2.3 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

QUADRO 4: INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM ADOLESCENTES (10-19 ANOS)	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM ADOLESCENTES (10-19 ANOS) COMO CONSEQÜÊNCIA DE VIOLÊNCIA
<p>CONCEITUAÇÃO</p>	<p>CONCEITUAÇÃO</p>
<p>Número de óbitos ocorridos de 10 a 19 anos de idade em determinado local e período.</p>	<p>Número de óbitos ocorridos de 10 a 19 anos de idade como conseqüência de violência em determinado local e período.</p>
<p>USOS</p>	<p>USOS</p>
<p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos em adolescentes, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde do adolescente.</p>	<p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos em adolescentes por violência, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde do adolescente.</p>
<p>FONTE</p>	<p>FONTE</p>
<p>Ficha D.</p>	<p>Relatório SSA2 ou Relatório PMA2.</p>
<p>PERIODICIDADE</p>	<p>PERIODICIDADE</p>
<p>Mensal</p>	<p>Mensal</p>
<p>LIMITAÇÕES</p>	<p>LIMITAÇÕES</p>
<p>Sub-notificação de óbitos em adolescentes.</p>	<p>Sub-notificação de óbitos em adolescentes por violência e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2 ou Relatório PMA2.</p>

(\*) Indicador do Pacto de Atenção Básica 2002 (Ministério da Saúde, Portaria 1.121, de 17 de junho de 2002).

- O reconhecimento legal e a prática cotidiana originaram muitas divisões e subdivisões para os três momentos básicos do curso da vida social — nascimento-ingresso na sociedade, fase de transição e maturidade. Durante o período de transição, três termos aparecem com freqüência: *puberdade*, referente às transformações no corpo do indivíduo; *adolescência*, relativa às mudanças na personalidade, na mente e no comportamento do indivíduo que se torna adulto; e *juventude*, tratando do período compreendido entre as funções sociais da infância e as funções sociais do adulto. Cada recorte sócio-cultural — estrato social, gênero, religião, raça etc. — dá origem a subcategorias de indivíduos jovens, criando e recriando a pluralidade de juventudes<sup>26</sup>.
- O uso de drogas lícitas e ilícitas, o avanço da epidemia do HIV/AIDS e o crescimento da incidência da gravidez e da violência, tendo os jovens como autores e vítimas das ocorrências, vêm despontando para o setor saúde como os problemas mais importantes para essa fase da vida, particularmente entre os jovens pertencentes às camadas populares da sociedade. A diminuição da auto-estima em indivíduos sistematicamente expostos a situações de violência torna menores as chances de adotar atitudes protetoras<sup>27</sup>.
- O perfil de mortalidade dos adolescentes brasileiros é diferente daquele apresentado pela população geral. Em nenhum outro grupo de idade as causas externas são tão importantes e as causas mal-definidas assumem um peso relativo tão alto. No grupamento etário de 5 a 14 anos, idade escolar, é maior o risco de violência fatal no trânsito e no de 15 a 19 anos é maior o risco de homicídio, sendo os meninos mais vulneráveis do que as meninas à morte por violência<sup>28</sup>.

- A atuação de cada profissional de saúde na prevenção e assistência à violência é indispensável, mas, nenhuma ação em relação esta de rede de violências pode ser desenvolvida apenas pelo setor saúde e/ou pelos órgãos governamentais. Todo esforço para atuar sobre um problema tão complexo como esse requer articulação interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial, além da participação das organizações comunitárias e da população. Minayo & Assis<sup>28</sup> (1995: 265) alertam: “[...] no momento em que o agente de saúde se depara com um ato de violência é que ele mais sente falta do respaldo de outros setores como por exemplo da escola, da justiça e de entidades como creches e de apoio comunitário”.
- O processo de socialização do adolescente na escola, certamente, ensina a negociação, a tolerância. A maioria dos jovens que morrem estão fora da escola, do mercado de trabalho, não têm acesso a atividades de lazer, esportes ou cultura. A inserção escolar é um dos conteúdos que deve ser abordado na visita domiciliar às famílias com adolescentes. O adolescente fora da escola é um traçador importante das condições de operacionalização da prevenção da violência nesse grupamento social.
- Nas últimas duas décadas, estudos apontam o aumento da fecundidade das adolescentes, tanto no grupo de 10 a 14 anos como no de 15 a 19 anos, quando comparadas com as mulheres de 20 e mais anos de idade<sup>29</sup>. Tem sido bastante enfatizada a relação entre educação, pobreza, religião, grupo de iguais, estrutura familiar e ocorrência da gravidez na adolescência. Assim como, dentre os fatores individuais, a idade precoce da menarca, a falta de informação sobre concepção e contracepção e a baixa auto-estima. No entanto, a gravidez pode fazer parte do projeto de vida, na busca de autonomia econômica e emocional em relação à família de origem e/ou na pretensão de reforçar o vínculo com o companheiro. O atraso para o início do pré-natal da gestante adolescente se constitui em um dos principais responsáveis pelas possíveis conseqüências negativas sobre a saúde das mães e de seus filhos<sup>30</sup> (ver na Atenção à Saúde da Mulher).

## 2.4 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

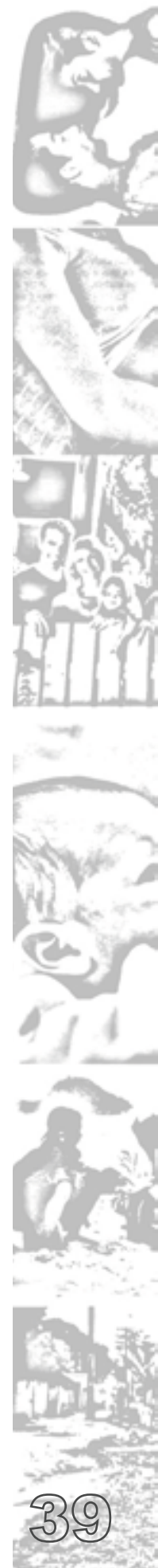
QUADRO 5: INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ATENÇÃO À MULHER

COBERTURA DE CITOLOGIA ONCÓTICA*	PROPORÇÃO DE MULHERES COM CITOLOGIA ONCÓTICA NIC III
MÉTODO DE CÁLCULO	MÉTODO DE CÁLCULO
$\frac{\text{Nº de mulheres de 25 - 59 anos que fizeram citologia oncótica, em determinado local e período}}{\text{Nº de mulheres de 25 - 59 anos no mesmo local e período}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de citologias oncóticas NIC III, em determinado local e período}}{\text{População feminina que fez coleta de Papanicolaou, no mesmo local e período}} \times 100$
USOS	USOS
Avaliar a cobertura desta ação nos grupos de risco na população feminina e orientar a adoção de medidas de controle. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.	Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais de citologia oncótica NIC III (carcinoma in situ) na população feminina que fez coleta de Papanicolaou. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.
FONTES	FONTES
Numerador: Ficha D / Denominador: Relatório A2.	Numerador: Relatório PMA2/Denominador: Ficha D.
PERIODICIDADE	PERIODICIDADE



Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação

Mensal	Trimestral
LIMITAÇÕES	LIMITAÇÕES
Sub-registro da realização de citologia oncótica, erros no preenchimento e atraso na atualização dos dados do Cadastro das Famílias.	Sub-registro do diagnóstico de citologia oncótica NICIII e erros na transcrição dos dados para o Relatório PMA2 e a Ficha D.
<b>COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE GESTAÇÃO EM MENORES DE 20 ANOS DE IDADE</b>	<b>COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE GESTAÇÃO EM MULHERES DE 20 E MAIS ANOS DE IDADE</b>
MÉTODO DE CÁLCULO	MÉTODO DE CÁLCULO
$\frac{\text{Nº de gestantes menores de 20 anos de idade, em determinado local e período}}{\text{População feminina menor de 20 anos de idade, no mesmo local e período}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de gestantes com 20 e mais anos de idade, em determinado local e período}}{\text{População feminina de 20 e mais anos de idade, no mesmo local e}} \times 100$
USOS	USOS
Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da ocorrência de gestação em menores de 20 anos de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.	Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da ocorrência de gestação em mulheres de 20 e mais anos de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.
FONTES	FONTES
Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório A2.	Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório A2.
PERIODICIDADE	PERIODICIDADE
Semestral	Semestral
LIMITAÇÕES	LIMITAÇÕES
Sub-registro dos casos de gestação, erros no preenchimento e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.	Sub-registro dos casos de gestação, erros no preenchimento e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.
<b>PROPORÇÃO DE GESTANTES MENORES DE 20 ANOS DE IDADE</b>	<b>PROPORÇÃO DE GESTANTES DE 20 E MAIS ANOS DE IDADE</b>
MÉTODO DE CÁLCULO	MÉTODO DE CÁLCULO
$\frac{\text{Nº de gestantes menores de 20 anos de idade cadastradas, em determinado local e período}}{\text{Nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de gestantes de 20 e mais anos de idade cadastradas, em determinado local e período}}{\text{Nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$
USOS	USOS
Avaliar a participação das mulheres menores de 20 anos de idade no total de mulheres grávidas. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.	Avaliar a participação das mulheres de 20 e mais anos de idade no total de mulheres grávidas. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.
FONTES	FONTES
Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.	Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.
PERIODICIDADE	PERIODICIDADE
Mensal	Mensal
LIMITAÇÕES	LIMITAÇÕES
Sub-registro dos casos de gestação e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.	Sub-registro dos casos de gestação e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.



PROPORÇÃO DE GESTANTES ACOMPANHADAS	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM CONSULTA PRÉ-NATAL NO MÊS
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de gestantes em acompanhamento pré-natal, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>Nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do acompanhamento das gestantes cadastradas, identificando dificuldades para a realização das visitas domiciliares. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de gestação, dificuldades para a realização das visitas domiciliares e inconsistência no registro das visitas domiciliares.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de gestantes com consulta pré-natal no mês, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>Nº de gestantes cadastradas, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da cobertura de consulta pré-natal entre as gestantes cadastradas, identificando dificuldades para o acompanhamento das mesmas. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de gestação, inconsistências no registro de consultas pré-natal e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>

CONCENTRAÇÃO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PRÉ-NATAL INICIADO NO 1º TRIMESTRE
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de consultas pré-natal, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>Nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do número médio de consultas pré-natal entre as gestantes cadastradas, identificando dificuldades para o acompanhamento das mesmas. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha D / Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Anual</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de gestação, inconsistências no registro das consultas pré-natal e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>Nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar a precocidade do acesso ao acompanhamento pré-natal. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do início do pré-natal. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>O desconhecimento da data da última menstruação, inconsistências no registro de idade gestacional e erros na transcrição dos dados para o Relatório SSA2.</p>

<b>PROPORÇÃO DE GESTANTES COM VACINA EM DIA</b>	<b>PROPORÇÃO DE GESTANTES DESNUTRIDAS</b>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>
$\frac{\text{Nº de gestantes com vacinas em dia, em determinado local e período}}{\text{Nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de gestantes desnutridas, em determinado local e período}}{\text{Nº de gestantes cadastradas, no mesmo local e período}} \times 100$
<b>USOS</b>	<b>USOS</b>
Identificar o cumprimento do esquema vacinal, orientando para manter a vacinação em dia. Avaliar a cobertura da vacina toxóide tetânico entre as gestantes cadastradas, analisando as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.	Identificar as gestantes desnutridas, orientando iniciativas de intervenção nutricional. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais de desnutrição entre as gestantes cadastradas. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.
<b>FONTES</b>	<b>FONTES</b>
Numerador: Ficha B-GES/Denominador: Relatório SSA2.	Numerador: Ficha B-GES/Denominador: Relatório SSA2.
<b>PERIODICIDADE</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Mensal	Mensal
<b>LIMITAÇÕES</b>	<b>LIMITAÇÕES</b>
Sub-registro da situação vacinal e dos casos de gestação, interpretação incorreta dos critérios adotados para classificar as gestantes de acordo com a situação vacinal.	Erros na interpretação dos valores na curva de peso/idade gestacional do Cartão da Gestante e sub-registro da situação nutricional e dos casos de gestação

<b>PROPORÇÃO DE MULHERES COM GESTAÇÃO DE RISCO</b>	<b>PROPORÇÃO DE GESTANTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG)</b>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>
$\frac{\text{Nº de mulheres com gestação de risco, em determinado local e período}}{\text{Nº de gestantes cadastradas, no mesmo local e período}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de gestantes com DHEG, em determinado local e período}}{\text{Nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$
<b>USOS</b>	<b>USOS</b>
Identificar grupos que demandem um cuidado especial. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da frequência de gestações de risco entre as gestantes cadastradas. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.	Identificar grupos que demandem um cuidado especial. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da frequência de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) entre as gestantes cadastradas. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.
<b>FONTES</b>	<b>FONTES</b>
Numerador: Ficha B-GES/Denominador: Relatório SSA2.	Numerador: Relatório PMA2/Denominador: Relatório SSA2.
<b>PERIODICIDADE</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Mensal	Mensal
<b>LIMITAÇÕES</b>	<b>LIMITAÇÕES</b>
Sub-registro da situação de risco gestacional e dos casos de gestação.	Sub-registro dos casos de DHEG e dos casos de gestação.



<b>PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PRESSÃO ALTA</b>	<b>PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ANTECEDENTES DE NASCIDO MORTO</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de gestantes com pressão alta, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <p>Nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos que demandem um cuidado especial. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da frequência de pressão alta entre as gestantes cadastradas. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-GES/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de pressão alta e dos casos de gestação.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de gestantes com antecedentes de nascido morto, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <p>Nº de gestantes cadastradas, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos que demandem um cuidado especial. Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da frequência de antecedentes de nascido morto entre as gestantes cadastradas. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-GES/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos antecedentes de nascido morto e dos casos de gestação.</p>

<b>NÚMERO ABSOLUTO DE HOSPITALIZAÇÕES EM MULHERES MENORES DE 20 ANOS DE IDADE</b>	<b>NÚMERO ABSOLUTO DE HOSPITALIZAÇÕES EM MULHERES DE 20 E MAIS ANOS DE IDADE</b>
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de hospitalizações em mulheres menores de 20 anos de idade, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da frequência dos casos de hospitalização em mulheres menores de 20 anos de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de hospitalização.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de hospitalizações em mulheres de 20 e mais anos de idade, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da frequência dos casos de hospitalização em mulheres de 20 e mais anos de idade. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de hospitalização.</p>



<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MULHERES MENORES DE 20 ANOS DE IDADE</b>	<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MULHERES MENORES DE 20 ANOS DE IDADE COMO CONSEQÜÊNCIA DE VIOLÊNCIA</b>
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos ocorridos entre mulheres menores de 20 anos de idade, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da frequência de óbitos em mulheres menores de 20 anos de idade, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro de óbitos.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos ocorridos em mulheres menores de 20 anos de idade como conseqüência de violência, em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos por violência em mulheres menores de 20 anos de idade, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento da causa básica de morte e sub-registro de óbitos.</p>

<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MULHERES POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES</b>	<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MULHERES POR CÂNCER DE MAMA*</b>
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos ocorridos em mulheres como conseqüência de doenças cardiovasculares em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos em mulheres por doenças cardiovasculares, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento da causa básica de morte e sub-registro de óbitos.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos ocorridos em mulheres como conseqüência de câncer de mama em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos em mulheres por câncer de mama, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento da causa básica de morte e sub-registro de óbitos.</p>

NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MULHERES POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO*	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MULHERES POR CAUSAS ASSOCIADAS À GRAVIDEZ E AO PARTO*
<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos ocorridos em mulheres como consequência do câncer de colo de útero em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos em mulheres por câncer de colo de útero, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento da causa básica de morte e sub-registro de óbitos.</p>	<p><b>CONCEITUAÇÃO</b></p> <p>Número de óbitos ocorridos em mulheres como consequência de causas associadas à gravidez e ao parto em determinado local e período.</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais dos óbitos em mulheres por causas associadas à gravidez e ao parto, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da mulher.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Ficha D.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no preenchimento da causa básica de morte e sub-registro de óbitos.</p>

(\*) Indicador do Pacto de Atenção Básica 2002 (Ministério da Saúde, Portaria 1.121, de 17 de junho de 2002).

- A vulnerabilidade feminina está intimamente relacionada à construção social do gênero, a qual tem reflexos profundos sobre o conhecimento e o cuidado do corpo e a capacidade de autodeterminação para pensar, sentir e agir em campos estratégicos como a sexualidade e a reprodução. Desse modo, apesar de oprimir homens e mulheres, ainda submete as mulheres a maiores restrições na expressão e satisfação das suas necessidades, em uma evidencia de que são maiores suas dificuldades quando se defrontam com as decisões acerca da saúde reprodutiva e sexual, principalmente, quando estão envolvidas em um relacionamento duradouro<sup>31</sup>.
- A prevenção de câncer cérvico-uterino é uma atividade fundamental para o diagnóstico precoce das lesões precursoras e a redução da mortalidade provocada por esta patologia. Contribui, também, para detectar os casos, sobretudo os assintomáticos, das doenças sexualmente transmissíveis e identificar a presença de infecções genitais que, aumentando a suscetibilidade ao HIV, podem interferir no parto e no puerpério. Dado o crescente número de gestantes com idade inferior a 15 anos uma sugestão é considerar idade fértil aquela de 10 a 49 anos<sup>32</sup>, o que traz dificuldades adicionais para o planejamento desta ação.
- A cobertura do teste de Papanicolaou, calculada a partir dos dados do SIAB, contempla apenas as mulheres cuja coleta foi feita na Unidade de Saúde da Família. Esta, portanto, além de ser baixa porque as equipes não dispõem de capacidade potencial para cobrir toda a população feminina com vida sexual ativa, tende a não traduzir a realidade das áreas de abrangência, já que podem existir mulheres que estejam realizando o exame colpocitológico em outros serviços. Isto é muito preocupante, pois, não é possível saber como a cobertura está distribuída na população e se a realização do teste está excluindo os grupos mais vulneráveis para o câncer cérvico-uterino.



- Para Stern<sup>30</sup>, a insistente menção da gravidez na adolescência como problema está relacionado com a sua ocorrência em contextos normativos onde se supõe que não deveria ocorrer. Do ponto de vista biológico, a gravidez na adolescência está associada com uma maior frequência de baixo peso ao nascer, um risco maior de morrer no primeiro ano de vida, uma mortalidade materna mais elevada e uma maior incidência de eclampsia, infecção urinária e anemia. Porém, é o atraso para o início do pré-natal da gestante adolescente que se constitui em um dos principais responsáveis pelas possíveis conseqüências negativas sobre a saúde das mães e de seus bebês.
- É fundamental realizar a captação precoce das mulheres com suspeita de gravidez, pois, o início tardio do acompanhamento compromete a qualidade da assistência pré-natal, à medida que retarda a identificação das gestantes desnutridas, das mulheres com gestação de risco e daquelas com esquema de vacinação antitetânica incompleto. Além do mais, os agentes comunitários de saúde devem fazer a convocação das gestantes que faltarem às consultas do pré-natal, para que estas mulheres e seus filhos possam se beneficiar dos recursos de saúde disponíveis.
- Com a “feminização” da epidemia dando origem a novas necessidades, em 1997, o Ministério da Saúde<sup>33</sup>, com o intuito de evitar a transmissão materno-fetal do vírus, instituiu a oferta universal do teste anti-HIV no pré-natal. Desde então, aos profissionais compete informar todas as gestantes sobre o teste e solicitar o consentimento verbal para que seja requisitado, respeitando o seu caráter espontâneo e confidencial. Entretanto, não se pode deixar de reconhecer que o cuidado com a gravidez pressupõe o cuidado com a mulher e suas práticas sexuais e de saúde, antes que fique grávida e antes que seja infectada<sup>34,35</sup>.
- A disponibilidade e a conservação da vacina antitetânica, a garantia do acesso em todos os turnos de trabalho, a realização da marcação dentro do prazo previsto, a aplicação correta dos critérios de vacina em dia e a importância conferida a esta atividade pelas mulheres e pela equipe, são aspectos básicos para a avaliação da cobertura vacinal.
- A violência contra a mulher inclui diferentes manifestações, como: assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, prostituição forçada etc. A violência pode ser cometida por parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado. O problema tem diversas repercussões sobre a morbimortalidade e a qualidade de vida das mulheres, tais como: homicídios, suicídios, abuso de drogas e álcool, cefaléia, doenças sexualmente transmissíveis/aids, doenças pélvicas inflamatórias, gravidez indesejada etc<sup>36</sup>.
- O crescimento na população feminina da morbidade e mortalidade provocadas pelas doenças cardiovasculares que tem se mostrado importante não somente entre as mulheres que estão no climatério, mas, também, entre as mulheres jovens, em idade reprodutiva, mostram a necessidade de desenvolver ações preventivas e de promoção em saúde para reduzir a prevalência e as complicações decorrentes destas doenças<sup>37</sup>.
- O diagnóstico do câncer de mama nos estágios iniciais permite que a mulher tenha uma sobrevida muito melhor. As evidências demonstram que 90% dos casos de câncer de mama são diagnosticados a partir de queixas e sintomas referidos pela própria mulher<sup>38</sup>. O conhecimento e a intimidade com o corpo, a possibilidade de tocá-lo, a auto-percepção e a possibilidade de procurar a unidade sem barreiras no acesso, são elementos importantíssimos para o diagnóstico precoce.

- A investigação de todos os óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil é fundamental para avaliar a mortalidade materna, pois permite identificar tanto as mortes maternas declaradas, como as mortes maternas presumíveis, isto é, aqueles atestados em que o médico declara apenas uma causa e, entre essas, destacam-se: septicemia, embolia, embolia pulmonar, hemorragia, choque hemorrágico, peritonite e outras que sugerem complicações de causas associadas à gravidez e ao parto. Consideram-se, também, como indicativos de morte materna aqueles atestados com mais de uma causa, mas a causa básica informada é uma das citadas acima<sup>32</sup>.

## 2.5 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO

### QUADRO 6: INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ATENÇÃO AO ADULTO

#### 2.5.1 DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

##### A. HIPERTENSÃO ARTERIAL

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO FEMININA
<p>MÉTODO DE CÁLCULO</p> <p>Nº de hipertensos cadastrados em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>População total, no mesmo local e período</p> <p>USOS</p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da prevalência de hipertensão arterial (casos novos e antigos) na população geral, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a população adulta e para as ações de controle da hipertensão arterial.</p> <p>FONTES</p> <p>Numerador: Relatório SSA2 / Denominador: Relatório A2.</p> <p>PERIODICIDADE</p> <p>Semestral</p> <p>LIMITAÇÕES</p> <p>Erros no registro dos casos de hipertensão arterial, erros no preenchimento do Cadastro das Famílias e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>	<p>MÉTODO DE CÁLCULO</p> <p>Nº de mulheres cadastradas com hipertensão arterial, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>População feminina, no mesmo local e período</p> <p>USOS</p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da prevalência de hipertensão arterial (casos novos e antigos) na população feminina, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a população adulta feminina e para as ações de controle da hipertensão arterial.</p> <p>FONTES</p> <p>Numerador: Ficha B-HA / Denominador: Relatório A2.</p> <p>PERIODICIDADE</p> <p>Semestral</p> <p>LIMITAÇÕES</p> <p>Erros no registro dos casos de hipertensão arterial, erros no preenchimento do Cadastro das Famílias e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>



<b>PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO MASCULINA</b>	<b>PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Número de homens cadastrados com hipertensão arterial, em determinado local e período _____ X 100</p> <p>População masculina, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da prevalência de hipertensão arterial (casos novos e antigos) na população masculina, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a população adulta masculina e para as ações de controle da hipertensão arterial.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HA / Denominador: Relatório A2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Semestral</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no registro dos casos de hipertensão arterial, erros no preenchimento do Cadastro das Famílias e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de hipertensos acompanhados, em determinado local e período _____ X 100</p> <p>Nº hipertensos cadastrados, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do acompanhamento dos hipertensos cadastrados, identificando dificuldades para a realização das visitas domiciliares. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para as ações de controle da hipertensão arterial.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no registro dos casos de hipertensão arterial, dificuldades para a realização das visitas domiciliares e inconsistência no registro das visitas domiciliares.</p>
<b>PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS QUE FAZ DIETA</b>	<b>PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS QUE TOMA MEDICAÇÃO</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de hipertensos que cumpriram, regularmente, a dieta, em determinado local e período _____ X 100</p> <p>Nº de hipertensos acompanhados com dieta recomendada, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem um cuidado especial e orientar sobre a dieta recomendada. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle da hipertensão arterial.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HA / Denominador: Ficha B-HA .</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da informação sobre a dieta e inconsistências no registro de visitas domiciliares.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de hipertensos que tomaram, regularmente, a medicação, em determinado local e período _____ X 100</p> <p>Nº de hipertensos acompanhados com medicação prescrita, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem um cuidado especial e orientar sobre a administração regular dos medicamentos prescritos. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle da hipertensão arterial.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HA / Denominador: Ficha B-HA .</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da informação sobre o uso da medicação e inconsistências no registro de visitas domiciliares.</p>

<b>PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS QUE FAZ EXERCÍCIOS FÍSICOS</b>	<b>PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS QUE COMPARECE À CONSULTA AGENDADA</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de hipertensos que fizeram, regularmente, exercícios físicos, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de hipertensos acompanhados, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem um cuidado especial e orientar sobre a prática regular de exercícios físicos. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle da hipertensão arterial.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HA / Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da informação sobre a realização de exercícios físicos e inconsistências no registro de visitas domiciliares.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de hipertensos acompanhados que compareceram à consulta agendada, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de hipertensos acompanhados, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem um cuidado especial e orientar sobre o comparecimento à consulta agendada. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle da hipertensão arterial.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HA / Denominador: Ficha B-HA.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Inconsistências no registro de consultas e no registro das visitas domiciliares.</p>
<b>PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS HOSPITALIZADOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>	<b>PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA*</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de hospitalizações por acidente vascular cerebral em hipertensos, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de hipertensos cadastrados, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem um cuidado especial e orientar a adoção de medidas de controle. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle da hipertensão arterial.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha D / Denominador: Relatório A2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de hipertensão arterial e dos casos de hospitalização por acidente vascular cerebral.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de hospitalizações por insuficiência cardíaca congestiva, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de hipertensos cadastrados, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem um cuidado especial e orientar a adoção de medidas de controle. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle da hipertensão arterial.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha D / Denominador: Relatório A2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de hipertensão arterial e dos casos de hospitalização por insuficiência cardíaca congestiva.</p>



<b>NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DOENÇAS CEREbro-VASCULARES*</b>	
<b>CONCEITUAÇÃO</b>	
Número de óbitos ocorridos por doenças cerebro-vasculares em determinado local e período.	
<b>USOS</b>	
Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações preventivas e curativas relativas às doenças do aparelho circulatório.	
<b>FONTE</b>	
Ficha D.	
<b>PERIODICIDADE</b>	
Mensal	
<b>LIMITAÇÕES</b>	
Sub-registro de óbitos e erros no preenchimento da causa básica.	

## B. DIABETES MELLITUS

<b>PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS</b>	<b>PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS NA POPULAÇÃO FEMININA</b>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>
$\frac{\text{Nº de diabéticos cadastrados, em determinado local e período}}{\text{População total, no mesmo local e período}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de mulheres cadastradas com diabetes, em determinado local e período}}{\text{População feminina, no mesmo local e período}} \times 100$
<b>USOS</b>	<b>USOS</b>
Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da prevalência de diabetes mellitus (casos novos e antigos) na população geral, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a população adulta e para as ações de controle do diabetes mellitus.	Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da prevalência de diabetes mellitus (casos novos e antigos) na população feminina, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a população adulta feminina e para as ações de controle do diabetes mellitus.
<b>FONTES</b>	<b>FONTES</b>
Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório A2.	Numerador: Ficha B-DIA/Denominador: Relatório A2.
<b>PERIODICIDADE</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Semestral	Semestral
<b>LIMITAÇÕES</b>	<b>LIMITAÇÕES</b>
Erros no registro dos casos de diabetes mellitus, erros no preenchimento do Cadastro das Famílias e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.	Erros no registro dos casos de diabetes mellitus, erros no preenchimento do Cadastro das Famílias e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.



<b>PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS NA POPULAÇÃO MASCULINA</b>	<b>PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS ACOMPANHADOS</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de homens cadastrados com diabetes, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\text{População masculina, no mesmo local e período}} \times 100$ <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da prevalência de diabetes mellitus (casos novos e antigos) na população masculina, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a população adulta masculina e para as ações de controle do diabetes mellitus.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-DIA/Denominador: Relatório A2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Semestral</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no registro dos casos de diabetes mellitus, erros no preenchimento do Cadastro das Famílias e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de diabéticos acompanhados, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\text{Nº de pessoas cadastradas com diabetes, no mesmo local e período}} \times 100$ <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do acompanhamento dos diabéticos cadastrados, identificando dificuldades para a realização das visitas domiciliares. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para as ações de controle do diabetes mellitus.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros no registro dos casos de diabetes mellitus, dificuldades para a realização das visitas domiciliares e inconsistência no registro das visitas domiciliares.</p>

<b>PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS QUE FAZ DIETA</b>	<b>PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS QUE TOMA HIPOGLICEMIANTE ORAL</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de diabéticos acompanhados que cumpriram, regularmente, a dieta, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\text{Nº de diabéticos acompanhados com dieta recomendada, no mesmo local e período}} \times 100$ <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem um cuidado especial e orientar sobre a dieta recomendada. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle do diabetes mellitus</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-DIA/Denominador: Ficha B-DIA.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da informação sobre a dieta e inconsistências no registro das visitas domiciliares.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de diabéticos acompanhados que tomaram hipoglicemiante oral, regularmente, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\text{Nº de diabéticos acompanhados com hipoglicemiante oral prescrito, no mesmo local e período}} \times 100$ <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem um cuidado especial e orientar sobre a administração regular do hipoglicemiante oral. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle do diabetes mellitus.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-DIA/Denominador: Ficha B-DIA.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da informação sobre o uso do hipoglicemiante oral e inconsistências no registro das visitas domiciliares.</p>



<b>PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS QUE USA INSULINA</b>	<b>PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS QUE FAZ EXERCÍCIOS FÍSICOS</b>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>
$\frac{\text{Nº de diabéticos acompanhados que usaram, regularmente, insulina, em determinado local e período}}{\text{Nº de hipertensos acompanhados com insulina prescrita, no mesmo local e período}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de diabéticos acompanhados que fizeram, regularmente, exercícios físicos, em determinado local e período}}{\text{Nº de diabéticos acompanhados, no mesmo local e período}} \times 100$
<b>USOS</b>	<b>USOS</b>
Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre a administração regular da insulina. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle do diabetes mellitus.	Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre a prática regular de exercícios físicos. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle do diabetes mellitus.
<b>FONTES</b>	<b>FONTES</b>
Numerador: Ficha B-DIA/Denominador: Ficha B-DIA.	Numerador: Ficha B-DIA/Denominador: Relatório SSA2.
<b>PERIODICIDADE</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Mensal	Mensal
<b>LIMITAÇÕES</b>	<b>LIMITAÇÕES</b>
Qualidade da informação sobre o uso da insulina e inconsistências no registro das visitas domiciliares.	Qualidade da informação sobre a realização de exercícios físicos e inconsistências no registro das visitas domiciliares.

<b>PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS QUE COMPARECE À CONSULTA AGENDADA</b>	<b>PROPORÇÃO DE HOSPITALIZAÇÕES POR COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS</b>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>
$\frac{\text{Nº de diabéticos acompanhados que compareceram à consulta agendada, em determinado local e período}}{\text{Nº de diabéticos acompanhados, no mesmo local e período}} \times 100$	$\frac{\text{Nº de hospitalizações por complicações do diabetes mellitus, em determinado local e período}}{\text{Nº de diabéticos cadastrados, no mesmo local e período}} \times 100$
<b>USOS</b>	<b>USOS</b>
Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre o comparecimento à consulta agendada. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle do diabetes mellitus.	Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar a adoção de medidas de controle. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a saúde do adulto e para o controle do diabetes mellitus.
<b>FONTES</b>	<b>FONTES</b>
Numerador: Ficha B-DIA/Denominador: Ficha B-DIA.	Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.
<b>PERIODICIDADE</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Mensal	Mensal
<b>LIMITAÇÕES</b>	<b>LIMITAÇÕES</b>
Inconsistências no registro de consultas e no registro das visitas domiciliares.	Erros no registro de casos de diabetes e de hospitalizações por complicações do diabetes.

- Só devem ser cadastradas e acompanhadas as pessoas cujo diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus foi estabelecido pelo médico<sup>11</sup>. Antes de serem cadastrados, todos os casos que tenham sido diagnosticados em outros serviços, independentemente de estarem ou não estarem em seguimento, deveriam ser vistos pelo médico da ESF.

- A prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus reflete a sobrevivência e apresenta tendência ao crescimento à medida que os casos têm assegurado maior acesso a diagnóstico precoce e tratamento adequado.
- Os conhecimentos dos pacientes e das famílias sobre os fatores relacionados com a hipertensão e o diabetes, as percepções sobre as suas conseqüências, as opiniões sobre as limitações que podem provocar e os sentimentos que invadem a vida de seus portadores, têm influência marcante sobre a aceitação da condição de hipertenso e/ou diabético e o manejo da doença. Os membros da equipe precisam aproveitar todos os momentos em que estejam com os pacientes/famílias para abordar, por meio de um processo educativo dialógico, a *“cronicidade como condição inscrita na vida”*<sup>17</sup>.
- A rede social de apoio representa uma referência importante para os hipertensos e os diabéticos, por guardar íntima relação com os seus valores e normas. Esta relação tem implicações na aceitação da doença, na auto-estima e na motivação pessoal para adotar novos hábitos<sup>15</sup>. É preciso estimular a participação dos membros dessa rede nos trabalhos de grupo, fortalecendo o envolvimento dos mesmos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.
- A transformação de hábitos e condutas não depende apenas da vontade das pessoas, sendo fortemente condicionada pelo meio social, cultural e econômico onde estão inseridas. A difícil adesão dos pacientes às orientações relacionadas com a abolição do tabagismo e a redução do consumo de álcool expressa os conflitos entre estas orientações e as práticas cotidianas. Por isso, a história dos aderentes é uma história de superação de dificuldades.
- A compreensão do real significado da alimentação na vida dos pacientes é fundamental, já que as concepções sobre o valor nutritivo dos alimentos dificultam as mudanças para um novo padrão de alimentação e, por conseqüência, comprometem a regularidade no cumprimento da dieta recomendada. Entretanto, não é apenas a composição calórica da dieta que deve ser conhecida, mas, também, a maneira concreta de cada pessoa se alimentar: horário, duração, lugar, estado emocional e companhia ou não de outras pessoas<sup>17</sup>.
- Para analisar a aderência ao esquema terapêutico medicamentoso é preciso conhecer, também, o acesso à medicação — o suprimento de medicamentos nem sempre ocorre com a regularidade desejada — o apoio da família, a aceitação do diagnóstico, a ocorrência de reações colaterais e o consumo de álcool. Os pacientes sabem desenvolver mecanismos adaptativos frente às estratégias de controle adotadas pelas equipes de saúde, assim, a contagem de comprimidos pode não traduzir a realidade dos fatos.
- As equipes não estão preparadas para fornecer orientações adequadas às necessidades e possibilidades de cada paciente realizar exercícios físicos. Além do mais, nem sempre há disponibilidade de espaços públicos para os mesmos caminharem nas comunidades onde vivem.
- A ocorrência de complicações decorrentes da hipertensão arterial e do diabetes mellitus mostra as dificuldades para manter sob controle os níveis glicêmicos, a pressão arterial, o colesterol, o tabagismo e o peso. Assim como, os obstáculos para o encaminhamento às unidades de referência secundária e terciária das pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo e com suspeita de causas secundárias e das pessoas que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, nefrologia, oftalmologia etc.).



## 2.5.2 DOENÇAS INFECCIOSAS

### A. TUBERCULOSE

<b>PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE</b>	<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS ACOMPANHADAS COM TUBERCULOSE</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas cadastradas com tuberculose, em determinado local e período <math>\times 100</math></p> <p>População total, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da prevalência de tuberculose (casos novos e antigos) na população geral, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para o controle da tuberculose.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório A2</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Semestral</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de tuberculose, erros no preenchimento do Cadastro das Famílias e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas acompanhadas com tuberculose, em determinado local e período <math>\times 100</math></p> <p>Nº de pessoas cadastradas com tuberculose, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do acompanhamento dos tuberculosos cadastrados, identificando dificuldades para a realização das visitas domiciliares. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações de controle da tuberculose.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de tuberculose, dificuldades para a realização das visitas domiciliares e inconsistência no registro das visitas domiciliares.</p>
<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE QUE TOMA MEDICAÇÃO DIÁRIA</b>	<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE QUE COMPARECE À CONSULTA AGENDADA</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas com tuberculose que tomaram, diariamente, a medicação prescrita, em determinado local e período <math>\times 100</math></p> <p>Nº de pessoas acompanhadas com tuberculose, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre a administração diária da medicação prescrita. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para o controle da tuberculose.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-DIA/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p></p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da informação sobre o uso diário da medicação e inconsistências no registro das visitas domiciliares.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas com tuberculose que compareceram à consulta agendada, em determinado local e período <math>\times 100</math></p> <p>Nº de pessoas acompanhadas com tuberculose, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre o comparecimento à consulta agendada. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para o controle da tuberculose.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-TB/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Inconsistências no registro de consultas e no registro das visitas domiciliares.</p>

<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE QUE REALIZA EXAME DE ESCARRO</b>	<b>PROPORÇÃO DE COMUNICANTES DE TUBERCULOSE EXAMINADOS</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas com tuberculose que realizaram exame de escarro, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº de pessoas acompanhadas com tuberculose, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre a realização do exame de escarro. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para o controle da tuberculose</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-TB/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Inconsistências no registro das visitas domiciliares e dificuldades para a realização da coleta.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de comunicantes de tuberculose examinados em unidade de saúde, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>Nº total de comunicantes de tuberculose, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Detectar outros casos de tuberculose e identificar os comunicantes menores de 5 anos de idade que não tomaram BCG. Avaliar as ações de vigilância epidemiológica. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para o controle da tuberculose.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-TB/Denominador: Ficha B-TB.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros na identificação dos comunicantes de tuberculose e no registro de comunicantes examinados, dificuldades para a captação dos comunicantes.</p>

## B. HANSENÍASE

<b>TAXA DE DETECÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE</b>	<b>PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de casos novos de hanseníase diagnosticados, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>População total, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da distribuição dos casos detectados de hanseníase na população geral, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a eliminação da hanseníase.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HAN/Denominador: Relatório A2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Deficiências na detecção e na confirmação de casos devido às condições técnico-operacionais da rede de serviços de saúde, erros no preenchimento do Cadastro das Famílias e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas cadastradas com hanseníase, em determinado local e período <span style="float: right;">X 100</span></p> <hr/> <p>População total no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da prevalência da hanseníase (casos novos e antigos) na população geral, identificando situações que demandem um cuidado especial. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a eliminação da hanseníase.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório A2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Trimestral</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-notificação de casos novos, erros no preenchimento do Cadastro das Famílias e atraso na atualização do Cadastro das Famílias.</p>



<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS ACOMPANHADAS COM HANSENÍASE</b>	<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS COM HANSENÍASE QUE TOMA MEDICAÇÃO DIÁRIA</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas acompanhadas com hanseníase, em determinado local e período</p> <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> X 100 <p>Nº de pessoas cadastradas com hanseníase, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Avaliar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais do acompanhamento dos hansenianos cadastrados, identificando dificuldades para a realização das visitas domiciliares. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações de eliminação da hanseníase.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório SSA2/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro dos casos de hanseníase, dificuldades para a realização das visitas domiciliares e inconsistência no registro das visitas domiciliares.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas com hanseníase que tomaram, diariamente, a medicação prescrita, em determinado local e período</p> <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> X 100 <p>Nº de pessoas acompanhadas com hanseníase com medicação diária prescrita, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar grupos de risco entre os hansenianos cadastrados e orientar sobre a administração diária da medicação prescrita. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a eliminação da hanseníase.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HAN/ Ficha B-HAN.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da informação sobre o uso diário da medicação e inconsistências no registro das visitas domiciliares.</p>
<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS COM HANSENÍASE QUE TOMA DOSE SUPERVISIONADA</b>	<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS COM HANSENÍASE COM GRAU DE INCAPACIDADE II E III</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas com hanseníase que tomaram, mensalmente, a dose supervisionada prescrita, em determinado local e período</p> <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> X 100 <p>Nº de pessoas acompanhadas com hanseníase, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre a administração da dose supervisionada. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a eliminação da hanseníase.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HAN/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da informação sobre a dose supervisionada e inconsistências no registro das visitas domiciliares.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas com hanseníase com grau de incapacidade II e III, em determinado local e período</p> <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> X 100 <p>Nº de pessoas cadastradas com hanseníase, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da ocorrência de incapacidade II e III em pessoas com hanseníase, identificando situações que demandam um cuidado especial. Orientar sobre a prática de auto-cuidado. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a eliminação da hanseníase.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Relatório PMA2/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Sub-registro de casos de hanseníase e qualidade do diagnóstico de incapacidade provocada pela hanseníase</p>

<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS COM HANSENÍASE QUE FAZ AUTO-CUIDADO</b>	<b>PROPORÇÃO DE PESSOAS COM HANSENÍASE QUE COMPARECE À CONSULTA AGENDADA</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas com hanseníase que fazem auto-cuidado, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>Nº de pessoas acompanhadas com hanseníase com orientação para auto-cuidado, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre a administração da dose supervisionada. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a eliminação da hanseníase.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HAN/Denominador: Ficha B-HAN.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Qualidade da informação sobre a prática de auto-cuidado e inconsistências no registro das visitas domiciliares.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de pessoas com hanseníase que compareceram à consulta agendada, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>Nº de pessoas acompanhadas, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre o comparecimento à consulta agendada. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a eliminação da hanseníase.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HAN/Denominador: Relatório SSA2.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p></p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Inconsistências no registro de consultas e no registro das visitas domiciliares.</p>
<b>PROPORÇÃO DE COMUNICANTES DE HANSENÍASE EXAMINADOS</b>	<b>PROPORÇÃO DE COMUNICANTES DE HANSENÍASE QUE RECEBERAM BCG</b>
<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de comunicantes de hanseníase examinados em unidade de saúde, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>Nº total de comunicantes de hanseníase, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Detectar outros casos de hanseníase e orientar sobre a imunização com BCG. Avaliar as ações de vigilância epidemiológica. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a eliminação da hanseníase</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HAN/Denominador: Ficha B-HAN.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros na identificação dos comunicantes de hanseníase e no registro de comunicantes examinados e dificuldades para a captação dos comunicantes.</p>	<p><b>MÉTODO DE CÁLCULO</b></p> <p>Nº de comunicantes de hanseníase que receberam a 2ª dose de BCG, em determinado local e período</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>Nº total de comunicantes de hanseníase, no mesmo local e período</p> <p><b>USOS</b></p> <p>Identificar situações que demandem cuidado especial e orientar sobre a imunização com BCG. Avaliar as ações de vigilância epidemiológica. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das políticas voltadas para a eliminação da hanseníase.</p> <p><b>FONTES</b></p> <p>Numerador: Ficha B-HAN/Denominador: Ficha B-HAN.</p> <p><b>PERIODICIDADE</b></p> <p>Mensal</p> <p><b>LIMITAÇÕES</b></p> <p>Erros na identificação dos comunicantes de hanseníase e no registro de comunicantes vacinados e dificuldades para a captação dos comunicantes.</p>



- Só devem ser cadastradas e acompanhadas as pessoas cujo diagnóstico de hanseníase e tuberculose foi estabelecido pelo médico<sup>11</sup>. Antes de serem cadastrados, todos os casos que tenham sido diagnosticados em outros serviços, independentemente de estarem ou não estarem em seguimento, deveriam ser vistos pelo médico da ESF.
- O aumento do número de casos de tuberculose em decorrência das condições de subsistência e da integração com a epidemia da AIDS, além do aparecimento de cepas resistentes às drogas usuais, devido a tratamentos inadequados ou incompletos, mostram a grande dimensão do problema<sup>39</sup>.
- Como o diagnóstico da hanseníase é geralmente tardio, a taxa de detecção de hanseníase é a expressão do número de casos “novos” diagnosticados na população residente em determinado local e período. Portanto, engloba tanto os casos novos ocorridos e diagnosticados como os casos antigos diagnosticados neste local e período. À medida que melhorarem as condições assistenciais para o diagnóstico precoce, este indicador traduzirá, cada vez mais, a incidência de hanseníase, isto é, a ocorrência de casos novos.
- Embora exista preconceito em relação à tuberculose, provocado pelo medo do contágio, é impossível compará-lo ao estigma da hanseníase. A imagem social negativa da hanseníase que combina os temores da deformidade, da mutilação e do contágio, continua dificultando a aceitação do diagnóstico e o manejo da doença pelos seus portadores com nítido reflexo sobre a efetividade das ações desenvolvidas para conseguir a sua eliminação<sup>40</sup>.
- A necessidade do sigilo, na tentativa de neutralizar as conseqüências sociais do rechaço que afeta o doente, mas, pode ser extensivo às pessoas que convivem com o mesmo, dificulta o acompanhamento dos casos e o controle dos comunicantes de hanseníase pela equipe local. Com a pretensão de ocultar a doença, muitas vezes, os portadores de hanseníase optam por realizar o tratamento em um serviço de saúde distante de casa. A própria equipe pode não estar preparada para enfrentar o silêncio motivado pelo estigma da hanseníase.
- O apoio social recebido pelos pacientes de hanseníase antes do diagnóstico não é um indicativo da disponibilidade de apoio após a confirmação da doença. A hanseníase continua sendo mais temida do que outras doenças inclusive fatais. Uma grande proporção de membros de redes sociais de pacientes de hanseníase admitiu reações de medo e rechaço em relação à pessoa doente<sup>14</sup>.
- O manejo destas doenças na rede hierarquizada de cuidados de saúde encontra fortes obstáculos nas deficiências do cuidado médico e nas dificuldades para encaminhamento às unidades de referência<sup>41</sup>. Acrescentando-se, no caso da hanseníase, o medo provocado pela doença entre os profissionais.
- A aceitação do diagnóstico, o desaparecimento das manifestações clínicas pouco tempo após o início do tratamento, as reações colaterais e a disponibilidade de apoio no ambiente social imediato, são fatores relacionados ao abandono do tratamento pelos portadores de hanseníase e tuberculose. Entre os hansenianos, o temor de ficar com a pele escura diminui a aderência ao tratamento<sup>42</sup>. Em algumas áreas endêmicas as alterações observadas na coloração da pele, provocadas pelo uso da clofazimina, podem ser consideradas como um marcador social que identificam presumíveis pacientes de hanseníase.



- A prevenção de incapacidades por meio da realização do auto-cuidado deve levar em conta, além do aprendizado dos procedimentos, a aceitação do diagnóstico, a disponibilidade de apoio social, a motivação pessoal e a auto-estima. A ocorrência de incapacidades do grau II e III, constitui-se em um evento-sentinela, já que é uma evidência das limitações técnicas e operacionais da rede de serviços para realizar o diagnóstico precoce dos casos.





### 3. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO

#### 3.1 EVENTOS-SENTINELA

No monitoramento das ações desenvolvidas na atenção básica de saúde, a alguns indicadores pode ser atribuído significado especial, pois, além de fáceis de serem calculados, disponíveis no SIAB, têm a necessária sensibilidade para servir como: a) *traçadores* da qualidade de operacionalização das medidas preventivas e de promoção em saúde, do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e da reabilitação, para eventos de saúde passíveis de controle devido à disponibilidade de tecnologia de eficácia reconhecida e acessível à população das áreas de abrangência; e b) *eventos-sentinela* da ocorrência de situações evitáveis — doenças, complicações, incapacidades e mortes — visando avaliar as repercussões das ações realizadas<sup>25,43</sup>.

QUADRO 7: TRAÇADORES E EVENTOS-SENTINELA POR GRUPOS POPULACIONAIS

GRUPO POPULACIONAL	TRAÇADORES	EVENTOS-SENTINELA
<p>CRIANÇA</p> <p>(Menor de 5 anos)</p>	<p>Desmame precoce</p> <p>Vacinação atrasada</p> <p>Desnutrição</p> <p>Doenças diarreicas</p> <p>Infeções respiratórias agudas</p>	<p>Óbito em menores de 28 dias</p> <p>Óbito em menores de 1 ano</p> <p>Óbito por doenças diarreicas</p> <p>Óbito por infecção respiratória aguda</p> <p>Hospitalizações por desidratação</p> <p>Hospitalizações por pneumonia</p> <p>Meningite tuberculosa em menores de 5 anos</p>
<p>ADOLESCENTE</p>	<p>Adolescente fora da escola</p>	<p>Óbito por violência</p>
<p>MULHER</p>	<p>Gestação de risco</p> <p>Baixa cobertura de citologia oncológica</p>	<p>Óbito de mulheres em idade fértil</p> <p>Citologia oncológica NIC III</p>
<p>ADULTO</p>	<p>Dificuldade na adesão ao tratamento entre pacientes de hipertensão arterial e diabetes mellitus</p> <p>Dificuldade na adesão ao tratamento entre pacientes de hanseníase e tuberculose</p>	<p>Hospitalizações por insuficiência cardíaca congestiva</p> <p>Hospitalizações por complicações do diabetes</p> <p>Hospitalizações por acidente vascular cerebral</p> <p>Hanseníase com grau de incapacidade II e III</p> <p>Óbito por violência</p>

Releitura do Quadro 1 – Samico, I, Hartz, ZMA, Felisberto, E, Frias, PG. A sala de situação na Unidade de Saúde da Família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. Saúde em Debate 26 (61): 236-244, 2002.



No Quadro 7 foi feita uma releitura dos traçadores e eventos-sentinelas que foram propostos por Samico et al<sup>43</sup> para os grupos populacionais de crianças, mulheres e adultos. De modo ainda incipiente foi introduzido um traçador, adolescentes fora da escola, por meio do qual se pretende abrir espaço para a promoção da saúde, o que nos remete a integralidade de saúde pensada no “macro”, como construção do esforço intersetorial na busca da melhoria das condições de vida. Com a integralidade de atenção sendo fruto da articulação de cada serviço de saúde a uma rede compostas por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do setor saúde, as Unidades de Saúde da Família necessitam desenvolver parcerias que viabilizem a operação deste modelo de organização do trabalho<sup>18</sup>.

### 3.2 ÁREAS-SENTINELA

A estratégia das áreas-sentinelas para o monitoramento de saúde em espaços intra-urbanos tem tido como propósito obter uma maior aproximação à realidade local, superando as limitações dos sistemas de informação que, dispondo, essencialmente, de dados agregados de morbidade e mortalidade, não permite a apreensão das condições de vida e saúde em áreas de maior homogeneidade<sup>44,45</sup>. O seu emprego tem sido concretizado por meio de pesquisas avaliativas que apresentam um caráter complementar à avaliação continuada. Segundo Samaja<sup>44</sup>, para conhecer as características de áreas-sentinelas deveriam ser utilizados os indicadores quantitativos tradicionais, as informações obtidas por meio de informantes-chaves e a reflexão sobre a prática apoiada na discussão com informantes qualificados.

O SIAB é um sistema de informação territorializado que permite a desagregação dos indicadores em microáreas, possibilitando a micro-localização dos problemas de saúde, ou seja, a identificação das desigualdades nas condições de vida e na situação de saúde por meio da espacialização das necessidades e respostas sociais<sup>46</sup>. Apesar de todas as limitações, diferentemente de outros sistemas, dispõe de instrumento para coletar dados que possibilitam a construção de indicadores das condições sócio-culturais, econômicas, demográficas e ambientais, além daqueles de morbidade, mortalidade e do processo de trabalho em saúde.

Estas características possibilitariam a utilização da estratégia de *áreas-sentinelas* pelas ESF, não mais como complemento da avaliação continuada, mas, como parte integrante da mesma, servindo para identificar a microárea onde é maior a ocorrência simultânea de situações evitáveis, assim, avaliando as repercussões das ações a partir dos indicadores sociais, dos traçadores e eventos-sentinelas disponíveis no SIAB. Estes indicadores seriam acrescidos da compreensão sobre os valores e as “visões de mundo” acerca da saúde, desenvolvida pelas equipes no contato diário com as pessoas, as famílias, as lideranças locais, os grupos religiosos etc. A melhoria de qualidade da coleta, fundamental para assegurar a validade dos dados, estando associada ao uso desses dados nos processos de planejamento e gestão.

Os processos de monitoramento, a partir dos dados de registro do trabalho cotidiano, devem ser elaborados com base em informações que possam ser, simultaneamente, indicadoras de aspectos nucleares deste trabalho e fáceis de serem apreendidas pela quantificação de alguns eventos. Mesmo que as equipes realizem uma análise contextualizada desses dados, introduzindo os pressupostos e valores dos sujeitos que participam das ações, ainda assim, não será possível dar conta da complexidade das inter-relações envolvidas na prestação de atenção em saúde. Enfim, não é possível prescindir da realização de pesquisas avaliativas para complementar a avaliação continuada, rotineira, das ações de saúde<sup>47</sup>.

## 4. SUBSÍDIOS PARA A PROGRAMAÇÃO LOCAL

Ao discutir o Sistema Único de Saúde (SUS) pela ótica do Planejamento Estratégico Situacional, Ferreira<sup>48</sup> já havia afirmado que o plano de implantação do SUS, em geral, chegou apenas ao momento normativo em que foi estabelecido o desenho “do que deve ser feito” para modificar uma dada situação de saúde. Isto é coerente com o observado no modelo de organização da estratégia de Saúde da Família, pois, embora o Ministério da Saúde reitere nos documentos a necessidade de realizar a programação das atividades, contendo as tarefas a serem desenvolvidas em um determinado período e incluindo os recursos necessários para se atingir os objetivos propostos, não é habitual que as equipes concretizem esta etapa do planejamento de saúde<sup>49</sup>.

Uma das dificuldades para a interpretação dos indicadores construídos a partir dos dados gerados no cotidiano das ESF, em um contexto onde são responsáveis por uma grande população adscrita, considerando-se a sua capacidade de trabalho, constitui-se na identificação dos padrões de referência a serem utilizados. Em geral, a pretensão de assumir a cobertura universal convive com a priorização dos grupos populacionais em relação aos quais os membros das equipes se sentem tecnicamente mais preparados para atuar ou com a tentativa de cumprir as normas estabelecidas a nível nacional, sem definir prioridades.

Com frequência, a análise dos dados relativos às ações desenvolvidas utilizando estes critérios, evidencia as dificuldades operacionais que resultam em coberturas insuficientes e na enorme possibilidade de exclusão de grupos mais vulneráveis da atenção à saúde. Em um contexto em que as equipes não têm capacidade potencial para a oferta do grande elenco de atividades previstas, o excesso de trabalho é a principal justificativa para as limitações observadas. Esta situação decorre, em uma grande parte, da ausência de uma programação que considere as prioridades, para os diferentes grupos populacionais e/ou microáreas, o que permitiria negociar com a comunidade a ampliação da cobertura, ao mesmo tempo em que, um maior número de atividades poderia ser concentrado nos grupos/microáreas mais vulneráveis. Porém, não se pode esquecer as dificuldades de encaminhamento para os níveis secundário e terciário.

Nestas circunstâncias, sentiu-se a necessidade de propor alguns instrumentos básicos para a programação local — os quais vêm sendo construídos e des-construídos ao longo das décadas de críticas à programação local de caráter normativo — com o intuito de apoiar a ESF no processo, pactuado com a comunidade, de identificação dos problemas e definição das prioridades de acordo com a realidade local e, por consequência, de concretização dos momentos estratégico e tático-operacional do planejamento estratégico<sup>7</sup>. A integralidade da atenção compreendida no espaço macro-social implica que a programação não se atenha ao setor saúde, mas, neste documento esta ficou restrita aos limites setoriais.

O reconhecimento da constelação mínima de ações estabelecidas que devem ser oferecidas a cada grupo populacional, segundo cada agente do trabalho da ESF, da periodicidade esperada de oferta das respectivas atividades, além do conhecimento aprofundado dos critérios de risco em cada situação, sempre tomando como base às padronizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, aplicados à especificidade de cada microárea e consolidado por área, constituindo-se na primeira etapa deste processo. A matriz 1 pode servir de suporte para o mapeamento dessas necessidades de oferta de atividades.

A estimativa da capacidade potencial de oferta de cada uma das diferentes atividades previstas para cada agente do trabalho, em um determinado período, tendo como referência o rendimento de cada ação e a



carga horária prevista para o desempenho das mesmas, constitui-se em outra etapa fundamental ao processo de negociação. A matriz 2 pode servir como suporte para o mapeamento desta potencialidade de oferta.

As decisões de intervenção são adotadas quando as necessidades são percebidas como problemas. A problematização das necessidades, tributária da especificidade dos contextos de intersubjetividade em que se configuram as percepções e os espaços sociais para a ação, permite que diante de um mesmo perfil de necessidades, diferentes sujeitos identifiquem distintos problemas e prioridades de intervenção. Para Castellanos<sup>19</sup> (1997: 62): *“Deste ponto de vista, a análise da situação de saúde vem a ser, na realidade, a análise dos perfis de necessidades e problemas hierarquizados por diferentes atores sociais que interagem cotidianamente no seio das instituições”*.

A matriz 3 pode facilitar a visualização das metas acordadas por grupo populacional e microárea/área, bem como o monitoramento periódico do cumprimento das mesmas. A identificação de possíveis dificuldades/facilidades vinculadas à equipe e a população no decorrer do processo de trabalho é fundamental para fazer os reajustes necessários. O acompanhamento sistemático de indicadores que possam representar resultados das ações desenvolvidas deve ser prioritário.

**MATRIZ 1: ESTIMATIVA DE NECESSIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, POR GRUPO POPULACIONAL E TIPO DE ATIVIDADE**

GRUPO POPULACIONAL / AÇÕES ESTRATÉGICAS	TIPOS DE ATIVIDADES					
	Visitas domiciliares (nº/ano)	Consultas (nº/hab/ano)			Ações preventivas Saúde bucal	Trabalho em grupos
		Enfermagem	Médicas	Odontológicas		
FAMÍLIAS						
CRIANÇAS: 00 – 06 meses 07 – 11 meses e 29 dias 12 – 23 meses e 29 dias 24 – 59 meses e 29 dias Escolares						
ADOLESCENTES: Prevenção da gravidez						
MULHERES: Pré-natal Puerpério Planejamento familiar Prev. câncer colo uterino: < 20 anos 20 – 34 anos 35 – 59 anos ≥ 60 anos						
<b>CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>						
Não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades						
Com níveis tensionais controlados e portadores de lesões em órgão-alvo ou co-morbidades						
Com níveis tensionais controlados e sem sinais de lesões em órgão-alvo ou co-morbidades						
<b>CONTROLE DO DIABETES MELLITUS</b>						
Não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades						
Com níveis glicêmicos controlados e portadores de lesões em órgão-alvo ou co-morbidades						
Com níveis glicêmicos controlados e sem sinais de lesões em órgão-alvo ou co-morbidades						
<b>CONTROLE DA TUBERCULOSE</b>						
Casos em tratamento						
Comunicantes						
<b>ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE</b>						
Casos em tratamento						
Comunicantes						



MATRIZ 2: ESTIMATIVA DA CAPACIDADE POTENCIAL DE OFERTA DE ATIVIDADES POR CATEGORIA FUNCIONAL

AGENTE DE TRABALHO / ATIVIDADE	Rendimento (nº atividades/ horas)	Carga horária do agente na atividade	Capacidade potencial oferta no tempo determinado
<p>AGENTE COMUNITÁRIO</p> <p>Cadastro das famílias</p> <p>Atualização do Cadastro</p> <p>Visita domiciliar :</p> <p>    Crianças (AIDPI)</p> <p>    Demais grupos</p> <p>Monitoramento do processo de trabalho</p>			
<p>ENFERMEIRA</p> <p>Consulta na unidade</p> <p>Consulta no domicílio</p> <p>Sessões de trabalho em grupo</p> <p>Coleta de material</p> <p>Dispensa de medicamentos padronizados</p> <p>Monitoramento do processo de trabalho</p>			
<p>MÉDICO</p> <p>Consulta na unidade</p> <p>Consulta no domicílio</p> <p>Sessões de trabalho em grupo</p> <p>Monitoramento do processo de trabalho</p>			
<p>ODONTÓLOGO</p> <p>Atividades educativas</p> <p>Evidenciação da placa</p> <p>Escovação supervisionada</p> <p>Bochechos com flúor</p> <p>Tratamento de patologias bucais</p> <p>Monitoramento do processo de trabalho</p>			



**MATRIZ 3: PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ACORDO COMAS PRIORIDADES PACTUADAS, CONSIDERANDO AS NECESSIDADES LOCAIS E A CAPACIDADE POTENCIAL INSTALADA**

GRUPO POPULACIONAL / AÇÕES ESTRATÉGICAS	Habitantes				Atividades programadas					Trabalho de grupos (nº)			
	Total				Nº visitas domiciliares	Nº consultas					G	S	P
	N		N	C		Enfermagem		Médicas		Odonto lógicas			
						U	D	U	D				
FAMÍLIAS													
CRIANÇAS													
00-06m													
07-11m 29d													
12-23m 29d													
24-59m 29d													
Escolares													
ADOLESCENTES													
MULHERES													
Pré-natal													
Puerpério													
Planejam. familiar													
Prevenção câncer													
< 20a													
20-34a													
35-59a													
≥ 60a													
ADULTOS													
Hipertensos													
Diabéticos													
Casos Tuberculose													
Casos Hanseníase													

N = número; C = cobertura; U = unidade; D = domicílio; G = grupo; S = sessões; P = participantes.





## 5. ROTEIRO PARA SUPERVISÃO

É fundamental assumir o caráter processual da transformação das concepções e das práticas das Equipes de Saúde da Família relacionadas com o SIAB, isto é, que a compreensão sobre a necessidade, a valorização e o uso adequado deste sistema como instrumento para realizar o planejamento local das ações de saúde deverá evoluir ao longo do tempo. A educação permanente, portanto, é condição necessária para assegurar a qualidade da geração dos dados de rotina, o acompanhamento dos indicadores de condições de vida e saúde da área de abrangência e a participação comunitária na definição de prioridades. Constituindo-se a supervisão, como meio para desenvolvimento das equipes multiprofissionais e estratégia gerencial para organização do trabalho, em importante espaço para fortalecer a articulação entre o ensino e a prática cotidiana.

Neste caso, a supervisão deve ser sistemática, com previsão da periodicidade e agenda pré-definida, realizada em reuniões com toda a equipe, já que este é o momento para a reflexão conjunta sobre os aspectos que permeiam a execução e o monitoramento das ações de saúde, identificando os problemas e as possibilidades de solução. Esta agenda, à parte a ênfase diferenciada dada ao tratamento dos temas nos distintos contextos, precisa contemplar os seguintes conteúdos:

### 5.1 COLETA DE DADOS

- Conhecimento pelos componentes da equipe da lógica das fichas de coleta e dos relatórios de consolidação de dados.
- Compreensão pelos componentes da equipe do significado das variáveis que constam das fichas de coleta e dos relatórios de consolidação de dados.
- Conhecimento e adesão dos componentes da equipe aos critérios de padronização do Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica<sup>11</sup>.
- Compreensão pelos componentes da equipe, em particular os agentes comunitários de saúde, sobre a situação em que ocorre a coleta de dados: percepção da necessidade e valorização da visita domiciliar pela família, existência de uma relação de confiança entre o agente e a(s) pessoa(s) que recebe(m) a visita.
- Atenção na obtenção de respostas para todas as questões contidas nas fichas de coleta de dados.
- Manutenção do cuidado com a aplicação dos instrumentos.
- Atenção para registrar corretamente os dados.
- Realização do controle de qualidade após a coleta: revisão das fichas de coleta, verificando omissões, problemas de legibilidade e erros.
- Organização dos fichários das unidades.
- Arquivamento das fichas de coleta dos agentes comunitários nas unidades..
- Manutenção da regularidade do fluxo de informações.



## 5.2 PROCESSAMENTO DE DADOS

- Realização do controle de qualidade após o recebimento das fichas de coleta: erros e inconsistências.
- Obtenção de esclarecimentos acerca de dados considerados problemáticos: solicitação aos agentes comunitários e/ou realização de visita domiciliar pelo(a) enfermeiro(a).
- Atenção na transcrição dos dados para os relatórios de consolidação, pois, esta etapa é crítica devido à possibilidade de ocorrência de erros.
- Cálculo dos indicadores.

## 5.3 USO DE DADOS

- Realização da análise e interpretação dos indicadores com a periodicidade prevista.
- Identificação das necessidades de saúde da população e seleção das prioridades.
- Programação pactuada com a comunidade das atividades a serem desenvolvidas pela equipe a partir do conhecimento da realidade local.
- Avaliação do cumprimento das metas estabelecidas na programação das atividades.
- Identificação de dificuldades na execução das ações: infraestrutura — integração e formação da equipe, materiais permanentes e de consumo, material educativo; processo de trabalho — acesso, realização das padronizações estabelecidas para os distintos grupos populacionais, comunicação entre as famílias e a equipe, sistema de referência e contra-referência, apoio laboratorial.
- Rediscussão dos critérios para a programação das atividades.
- Aprimoramento, com base nas discussões sobre a operação do modelo de organização do trabalho, das conexões entre as atividades executadas pelos componentes da equipe, e entre a equipe e a comunidade.
- Delineamento de alterações necessárias ao curso da estratégia de Saúde da Família.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hartz, MZA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: Hartz, MZA. org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.
2. Novaes, MHD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Caderno de Saúde Pública 2000; 34(5): 547-559.
3. Patton, MQ. Designing qualitative evaluation. In: How to use qualitative methods in evaluation. Third edition. United States of America: SAGE Publications; 1989. p. 44-69.
4. Merhy, EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy, EE, Onocko, R. orgs. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2002. p.113-150.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Família, 1997.
6. Ciampone, MHT, Peduzzi, M. Planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência. In: Manual de Enfermagem/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.23-28.
7. Rivera, FJU. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez; 1989.
8. Castellanos, PL. La epidemiología y la organización de los sistemas de salud. In: Paganini, JM, Mir, RC. orgs. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Publicación Científica nº 519. Washington, 1990. p.212-219.
9. Mann, JM, Tarantola, DJM, Netter, TW. Assessing vulnerability to HIV infection and AIDS. In AIDS in the world, the global AIDS policy coalition. Boston: Havard Press; 1992. p.577-602.
10. Ayres, JRCM, França-Júnior, I, Calazans, GJ, Saletti-Filho, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa, RM, Parker, R. orgs. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p.49-72.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. 3ª reimpressão, 2000.
12. Merchán-Hamann, E, Tauil, PL, Costa, MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9(4): 273-284.
13. Sala, A, Nemes, MIB, Cohen, DD. A avaliação na prática programática In: Schraiber, LB, Mendes-Gonçalves, RB, Nemes, MIB. orgs. Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p.173-193.



14. Feliciano, KVO, Kovacs, MH. Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no Recife. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1997; 1(2): 112-118.
15. Infante-Castañeda, C. Bases para el estudio de la interacción familias-redes sociales-uso de servicios de salud. *Rev Salud Pública México* 1988; 30: 175-196.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no estado de São Paulo. Série Avaliação 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
17. Lima, AMM, Nemes-Filho, A, Rodrigues, E, Teixeira, RR. Saúde no envelhecimento. In: Schraiber, LB, Mendes-Gonçalves, RB, Nemes, MIB. orgs. *Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 109-132.
18. Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R, Mattos, RA. orgs. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.p.113-126.
19. Castellanos, PL. Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata, RB. org. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p.31-76.
20. Kadt, E, Tasca, R. Iniquidade, análise de risco e chances de vida. In: *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo: Hucitec; Salvador: Cooperação Italiana em Saúde; 1993. p.19-30.
21. Feliciano, KVO, Kovacs, MH. Concepções maternas sobre a diarreia infantil. *Jornal de Pediatria* 2001; 77(6): 487-495.
22. Paredes, P. Cuándo buscan tratamiento las personas? ... y de quién? *Diálogo sobre la Diarrea* 1992; 42: 6-7.
23. Zimmermann, A, Zimmermann, H, Zimmermann, J, Tatsch, F, Santos, C. Gestação, parto e puerpério. In: Eizirik, CL, Kapczinski, F, Bassols, MAS. orgs. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psico-dinâmica*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001. p.29-40.
24. Fujimori, E, Rezende, MA. Assistência/cuidado à criança com problemas nutricionais. In: *Manual de Enfermagem/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde*. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.105-112.
25. Hartz, ZMA, Champagne, F, Leal, MC, Contandriopoulos, AP. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(4): 310-318.
26. Groppo, LA. A juventude como categoria social. In: *Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: DIFEL; 2000. p.7-27.
27. Ayres, JRCM. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa de Edição; 1996.
28. Minayo, MCS, Assis, SG. Saúde e violência na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria* 1994; 70(5): 263-266.
29. Oliveira, MW. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. *Caderno Cedes* 1998; ....
30. Stern, C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Rev Salud Pública México* 1997; 39:137-143.
31. Barbosa, RM. Negociação ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: Barbosa, RM, Parker, R. orgs. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p.73-88.

32. Laurenti, R. Medindo a mortalidade materna. [http://www.funasa.gov.br/sis/pdfs/med\\_mort\\_materna](http://www.funasa.gov.br/sis/pdfs/med_mort_materna). Acessado em abril de 2003.
33. Veloso, VG, Vasconcelos, AL, Grinsztein, B. Prevenção da transmissão vertical no Brasil. *Boletim Epidemiológico* 1999; 12:16-25.
34. Barbosa, R, Lago, TG. AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: Parker, R. org. *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar; 1997. p.163-175.
35. Feliciano, KVO, Kovacs, MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2002; 2(2): 157-167.
36. Schraiber, LB, D'Oliveira, AFPL, França-Júnior, I. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(4): 470-477.
37. Santos-Filho, R, Martinez, TLR. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica* 2002; 46(3): 212-214.
38. D'Oliveira, AFPL, Senna, DM. Saúde da mulher. In: Schraiber, LB, Mendes-Gonçalves, RB, Nemes, MIB. orgs. *Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 86-102.
39. Grange, JM, Festenstein, F. The human dimension of tuberculosis control. *Tubercle and Lung Disease* 1993; 74: 219-222.
40. Feliciano, KVO, Kovacs, MH, Sevilla, E, Alzate, A. Percepción de la lepra y las discapacidades antes del diagnóstico en Recife, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1998; 3(5): 293-302.
41. Feliciano, KVO, Kovacs, MH, Alzate, A. Diagnóstico precoce da hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1998; 4(1): 6-13.
42. Feliciano, KVO, Kovacs, MH. Hanseníase: invisibilidade e estigma. *Saúde em Debate* 1996; 52: 42-49.
43. Samico, I, Hartz, ZMA, Felisberto, E, Frias PG. A sala de situações na Unidade de Saúde da Família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o Planejamento Estratégico Local. *Saúde em Debate* 2002 26 (61): 236-244.
44. Samaja, J. Muestras y representatividad en vigilancia epidemiologica mediante sítios centinelas. *Caderno de Saúde Pública* 1996; 12(3): 309-319.
45. Teixeira, MG, Barreto, ML, Costa, MCN, Strina, A, Martins-Júnior, D, Prado, M. Sentinel áreas: a monitoring strategy in public health. *Caderno de Saúde Pública* 2002; 18(5): 1189-1195.
46. Medina, MG, Aquino, R, Carvalho, ALB. Avaliação na atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate* 2000; 21: 15-28.
47. Hartz, MZA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate* 2000; 21: 29-35
48. Ferreira, JAV. Planejamento em saúde: dificuldades na implantação do Sistema Único de Saúde. [http://www.sopravariar.hpg.ig.com.br/dificuldades\\_sus.htm](http://www.sopravariar.hpg.ig.com.br/dificuldades_sus.htm) Acessado em abril de 2003.
49. Brasil. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica 1*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, junho de 2004

OS 0649/2004