



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA AGROALIMENTAR  
CURSO DE ENGENHARIA AMBIENTAL  
CAMPUS DE POMBAL-PB**

**INGRID LÉLIS RICARTE CAVALCANTI**

**SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A  
ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA O MUNICÍPIO DE SÃO BENTO – PB**

**POMBAL-PB  
2018**

**INGRID LÉLIS RICARTE CAVALCANTI**

**SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A  
ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA O MUNICÍPIO DE SÃO BENTO – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências e Tecnologia Agroalimentar, da Universidade Federal de Campina Grande, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Engenharia Ambiental.

Orientador: Prof. Dr. Luis Gustavo de Lima Sales

**POMBAL-PB  
2018**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL  
CAMPUS POMBAL/CCTA/UFCG**

MON  
C376s

Cavalcanti, Ingrid Lélis Ricarte.

Sistema de indicadores de desenvolvimento sustentável para a área da saúde: uma aplicação no município de São Bento - PB / Ingrid Lélis Ricarte Cavalcanti. – Pombal, 2018.

126f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia Ambiental) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências e Tecnologia Agroalimentar, 2018.

"Orientação: Prof. Dr. Luis Gustavo de Lima Sales".

1. Sustentabilidade. 2. Políticas públicas. 3. Sistema Único de Saúde - SUS. I. Sales, Luis Gustavo de Lima. II. Título.

UFCG/CCTA

CDU 502.131.1(043)

**INGRID LÉLIS RICARTE CAVALCANTI**

**SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A  
ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA O MUNICÍPIO DE SÃO BENTO – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências e Tecnologia Agroalimentar, da Universidade Federal de Campina Grande, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Engenharia Ambiental.

Orientador: Prof. Dr. Luis Gustavo de Lima Sales

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof./ Dr. Luís Gustavo de Lima Sales  
(Orientador(a) – CCTA/UFCG/*Campus* de Pombal-PB)

---

Prof./ Dr<sup>a</sup>. Ricélia Maria Marinho Sales  
(Examinador(a) Interno(a) – CCTA/UFCG/*Campus* de Pombal-PB)

---

Prof./ Ms. André Lucena Pires  
(Examinador(a) Externo(a) – conforme Resolução 01/2012)

*Dedico este trabalho, ao meu Deus, que sempre agiu nos pequenos detalhes, mostrando que tudo ocorre em seu tempo. Dedico, também, aos meus pais e minha irmã, que sempre estiveram por mim e me fortaleciam em todas as situações. Obrigada por serem base, amor e confiança.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a ti, meu Deus, por mostrar-se de forma sutil nas diversas situações. Obrigada pela tua troca sublime, por entregar o Teu Filho por nós.

Agradeço aos meus pais, que me apoiaram em todas as situações. Obrigada a minha mainha Geralda, pela tua força, por ser um espelho de caráter, de mulher, por fazer de tudo por mim e por Rayana, espero sempre orgulhar a senhora e ser metade do que a senhora é. Ao meu pai, Amaro, por sempre ser protetor, cuidadoso e amoroso comigo e com Rayana. Tenho orgulho por ter vocês dois como pais. Agradeço a Rayana, minha irmã, e melhor amiga. Eu por tu e tu por mim, sempre. Fico feliz em ver você crescer e sei que será uma grande médica, porque você é uma grande mulher.

Agradeço aos meus familiares, tios, tias, primos e primas, por parte de pai e mãe, que sempre foram coração, acima das tribulações do dia-a-dia.

Agradeço aos amigos que fiz durante essa jornada em Pombal, não imaginava encontrar pessoas de tão bom coração. Obrigada por serem família durante esses cinco anos. Obrigada aos Bests, por todos os momentos importantes. Obrigada aos meus colegas de curso, pelo companheirismo e ensinamentos. Obrigada à Gustavo Rolim, pela sua amizade, pelas boas risadas e pela confiança durante todo esse tempo. Obrigada a Luísa, Laiany, Kardelan e Ulisses, meus companheiros de estudo, de choro, de boas risadas, obrigada pelos bons e maus momentos. Sou eternamente grata a todos os bons amigos da universidade.

Agradeço a todos os professores que passaram pela minha trajetória acadêmica, enriquecendo e colaborando com meu aprendizado e formação.

Obrigada, em especial, ao meu orientador, Professor Luís Gustavo, por todos os ensinamentos em sala de aula e durante esse período de orientação. Sou eternamente grata pelos direcionamentos, compreensão, paciência e amizade ao longo de toda essa jornada. Obrigada pelo apoio e confiança, espero ser uma profissional empenhada como o senhor.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

CAVALCANTI, I. L. R. **SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A ÁREA DA SAÚDE: UMA APLICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO BENTO – PB.** 2018. 126 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia Ambiental) – Universidade Federal de Campina Grande, Pombal-PB. 2018.

## RESUMO

A busca por direitos fundamentais proporciona a qualidade de vida e bem-estar social para o cidadão. Esse exercício deve ser colocado em prática pelo poder público. Porém, em muitas situações isto não ocorre, as vezes pela falta de repasse financeiro, a negligência da gestão vigente, ou até mesmo pelo distanciamento entre a gestão e a população, propiciando, então a desigualdade e vulnerabilidade social, econômica e ambiental. A partir disto, levanta-se o questionamento de como este cenário pode ser modificado, de como os setores administrativos podem contemplar as demandas e anseios populacionais, de como o governo pode ser reflexo da sua localidade. Nesse sentido, surge o Desenvolvimento Sustentável, que em sua conceituação busca conciliar os setores econômicos e ambientais de forma equitativa, e ainda, priorizando as demandas sociais. Junto com os princípios do Desenvolvimento Sustentável, surgem os Sistemas de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável Municipal, que funcionam como uma ferramenta de avaliação e monitoramento da situação administrativa e da realidade do município. Foi neste sentido que o trabalho foi construído, a partir da elaboração de um sistema ideal, que representasse as especificidades da Saúde no Município de São Bento – Paraíba, tendo como produto final um Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável Municipal na área da Saúde (IDS<sub>M\_SAÚDE</sub>). E com este é esperado que a promoção de discussões dê subsídios para a elaboração de ações, planos e políticas públicas que garantam um dos direitos primordiais ao cidadão, que é a Saúde.

**Palavras-chave:** Sustentabilidade, Políticas Públicas, Sistema Único de Saúde.

CAVALCANTI, I. L. R. **SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A ÁREA DA SAÚDE: UMA APLICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO BENTO – PB.** 2018. 126 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia Ambiental) – Universidade Federal de Campina Grande, Pombal-PB. 2018.

#### **ABSTRACT**

The search for fundamental rights provides the quality of life and social welfare for the citizen. This exercise should be put into practice by the public power. However, in many situations this does not happen, sometimes due to lack of financial transfer, neglect of the current management, or even by the distance between management and the population. Thus, social, economic and environmental inequality and vulnerability are promoted. From this, the question arises of how this scenario can be modified, of how the administrative sectors can contemplate the demands and the population's wishes, of how the government can be reflex of its locality. In this sense, Sustainable Development arises, which in its conception seeks to reconcile the economic and environmental sectors in an equitable way, and also, prioritizing social demands. Along with the principles of Sustainable Development, the Municipal Sustainable Development Indicators Systems, which act as a tool for evaluation and monitoring of the administrative situation and the reality of the municipality, are presented. It was in this sense that the work was constructed, starting from the elaboration of an ideal system, that represents the specificities of Health in the Municipality of São Bento - Paraíba, having as final product a System of Indicators of Municipal Sustainable Development in the Health area (IDS<sub>M\_SAÚDE</sub>). And with this it is expected that the promotion of discussions will give subsidies for the elaboration of actions, plans and public policies that guarantee one of the primordial rights to the citizen, that is Health.

**Keywords:** Sustainability, Public Policies, Single Health System.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Pirâmide representativa do Sistema de Indicadores de Saúde .....	34
Figura 2- Objetivos do Desenvolvimento Sustentável .....	36
Figura 3 - Mapa de localização do Município de São Bento - Paraíba .....	38
Figura 4 - Recorte da Micro-área de Atendimento da UBS José Borges da Silva .....	40

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Metas do ODS 3 relacionadas a cada dimensão do IDSM_SAÚDE.....	36
QUADRO 2 – Programas de Saúde e seus respectivos níveis federativos de atuação .....	41
QUADRO 3– Programas de Saúde e os respectivos programas e serviços vinculados a ele no Município de São Bento - PB .....	44
QUADRO 4 - Classificação dos indicadores para o desempenho dos serviços/programas dimensão Atenção Básica. ....	47
QUADRO 5 - Classificação dos indicadores para o desempenho dos serviços/programas dimensão Atenção Especializada.....	55
QUADRO 6 - Classificação dos indicadores para o desempenho dos serviços/programas dimensão Vigilância em Saúde.....	60
QUADRO 7 - Classificação dos indicadores para o desempenho dos serviços/programas dimensão Assistência Farmacêutica .....	63

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ABNT** - Associação Brasileira de Normas Técnicas

**CF 88** – Constituição Federal de 1988

**CNM** - Confederação Nacional de Municípios

**IEGM** – Índice de Efetividade da Gestão Municipal

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDSM** – Indicadores de Desenvolvimento Sustentável

**IDLS** - Índice de Desenvolvimento Local Sustentável

**IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano

**FECAM** - Federação Catarinense de Municípios

**ODM** - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

**ODS** - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PES** – Plano Estadual de Saúde

**PMS** – Plano Municipal de Saúde

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PPA** - Plano Plurianual

**SIDEMS** – Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Municipal Sustentável

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
2.1 GESTÃO MUNICIPAL .....	16
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SEU PROCESSO DECISÓRIO .....	18
2.3 GESTÃO DA INFORMAÇÃO COMO CONTRIBUIÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO .....	21
2.4 INDICADORES PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA GESTÃO MUNICIPAL .....	22
2.4.1 Indicadores de Desenvolvimento Municipal Sustentável .....	24
2.4.2 Abordagens sobre o Desenvolvimento Sustentável .....	24
2.4.3 Sistemas de Indicadores utilizados em nível municipal .....	28
2.4.3.1 <i>Agendas Voltadas para a Sustentabilidade</i> .....	28
2.4.3.2 <i>Sistemas de indicadores municipais - IDSM E IDLS</i> .....	29
2.4.3.3 <i>Sistema de Indicadores - SIDEMS</i> .....	30
2.4.3.4 <i>Sistema de Indicadores - IEGM</i> .....	30
<b>3 DESENVOLVIMENTO</b> .....	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	31
3.2 CONSTRUÇÃO DE UM CENÁRIO DE DISCUSSÕES .....	32
3.3 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA .....	32
3.3.1 Componentes do Sistema .....	33
3.4 DOCUMENTOS ACESSÓRIOS .....	34
3.4.1 Descrição do Papel do PPA .....	35
3.4.2 Descrição do Plano de Saúde .....	35
3.4.3 Agenda 2030 e sua relação com a saúde pública .....	35
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	37
4.1 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO BENTO – PARAÍBA .....	37
4.1.1 Definição do recorte espacial da saúde no município de São Bento .....	39
4.2 PROGRAMAS DE SAÚDE NO BRASIL .....	41
4.3 SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A ÁREA DA SAÚDE PARA O MUNICÍPIO DE SÃO BENTO .....	44
4.3.2 DIMENSÃO ATENÇÃO BÁSICA .....	45
4.3.3 DIMENSÃO ATENÇÃO ESPECIALIZADA .....	53
4.3.4 DIMENSÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	59
4.3.5 DIMENSÃO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	62
<b>5 CONCLUSÕES</b> .....	64

<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
<b>7 ANEXOS.....</b>	<b>71</b>
7.1 SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A ÁREA DA SAÚDE .....	71
7.2 DESCRITORES DOS INDICADORES .....	99

## 1 INTRODUÇÃO

Buscar mudanças em um município, estado e/ou nação inclui a participação de todos os setores e exige um processo de (re)construção a fim de articular parceria entre governo e sociedade, objetivando o estabelecimento de uma equidade social, direito de voz à população, uma economia sustentável, a preservação dos recursos naturais, o planejamento e a administração territorial, a melhoria nos direitos básicos à qualidade de vida humana, dentre outros. Portanto, tornando esse processo de (re)construção um marcante desafio dentro da perspectiva das políticas públicas no Brasil.

No ambiente caótico de desigualdade social, crise econômica e ambiental, tem-se buscado por avanços em direitos, legislações e normas que traga como primazia a melhoria nos sistemas de saúde, educação e seguridade social e que contribua para erradicação desemprego e trabalho indigno.

Vêm ocorrendo uma busca por direitos fundamentais à qualidade de vida humana. No qual, as populações que se enquadram em situação de vulnerabilidade e o meio ambiente mais frágeis são os maiores prejudicados por sentirem os efeitos do “caos” social, econômico e ambiental de forma mais próxima, de maneira que os direitos básicos destes são burlados por outras prioridades.

Como agravante, existe a negligência por parte dos atores da gestão pública para com a sociedade civil. Isto é evidenciado a partir da manutenção das políticas voltadas à promoção da dignidade, redução das desigualdades, efetivação de direitos humanos e sustentabilidade socioambiental.

A necessidade e valorização de uma gestão pública municipal redemocratizada cresceu desde a Constituição de 1988. Desde então, tem-se como a iniciativa e desafio efetivar essa redemocratização das unidades municipais, inserindo nestas mais um participante frente a gestão, talvez o mais importante, a população. Entrando nesse contexto, o município assume um papel de condutor da força da sociedade, no qual a gestão estabelece uma relação de prestação e cumprimento de direitos e deveres, corroborando para “responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis” (TEIXEIRA, 2002, p. 3.).

O atendimento dos setores sociais deve estar em equidade entre as ações político-institucionais da administração. No estabelecimento desse debate, entram as políticas públicas,

tidas de modo preliminar, como as ações e práticas realizadas pelo governo para o atendimento das demandas administrativas e da sociedade.

Nesse sentido, o êxito ou a ineficiência de uma gestão está diretamente influenciada por sua performance frente a proposição e cumprimento de suas propostas e ações de governo, suas políticas públicas.

A ineficiência governamental não tem sido uma realidade distante. Existem situações em que ocorre a impossibilidade de adequação de novas políticas, propostas e ações à realidade local do município, devido aos “frutos” negativos e consequentes de gestões anteriores, que realizaram uma má administração e traziam o descaso como principal relação com a população. Exigindo um esforço elevado por parte dos atores sociais para tentar “remediar” a situação encontrada e a partir disto se estabelecer como “nova gestão”.

Já em outros casos, as políticas são elaboradas e contempladas nos planos de governo, porém não são devidamente efetivadas ou não se adequam a realidade do município, do estado e/ou do país. Desviando-se de perspectiva de uma gestão redemocratizada. Nestas situações, o poder público trata como segundo plano a questão da consulta e participação popular, trazendo o desconhecimento dos problemas específicos da localidade e o afastamento das políticas.

Frente aos desafios acima citados e encontrados na realidade socioeconômica e ambiental de determinado espaço territorial, este trabalho parte da premissa de que a proposição e a adoção de determinadas Políticas Públicas em prol do Desenvolvimento Sustentável Municipal deverá, necessariamente, adequar-se às necessidades e às demandas advindas da sociedade.

Buscar entender os anseios e carências da sociedade, e localizar de forma pontual o problema que propiciam estes anseios e carências, nem sempre se dá de forma clara, surgindo como um impasse para o planejamento e administração de uma gestão. E a partir disto, com a utilização de informações que propiciem o conhecimento sobre as cidades, as ações e serviços prestados serão reflexos e soluções das demandas da sociedade. E, de acordo com Carvalho (2010): “Hoje, há a necessidade de uma lógica que compreenda que a realidade é muito mais complexa e que é composta por variáveis inter-relacionadas e em constante mudança” (CARVALHO, 2010, p.32).

Neste contexto, este trabalho parte do pressuposto de que a implantação de Políticas Públicas Locais propostas pela Gestão Local Municipal deve ser condizente com os anseios, desejos e necessidades da sociedade, da economia, da cultura e dos recursos naturais inseridas no próprio contexto. E, esse processo deve ser dado a partir da implantação de instrumentos e

métodos que reflitam a realidade das localidades, propiciando a geração da(s) informação(ões) e do(s) conhecimento(s) fundamentais para a elaboração de tais políticas, considerando os aspectos e as demandas da sociedade como principais vetores para manutenção e comprometimento de uma administração pública eficiente.

No intuito de trazer a eficácia e a eficiência dentro de um processo administrativo, como estabelecer um relacionamento harmonioso entre a Gestão e a sociedade civil? Como a implantação de instrumentos e métodos podem influenciar no processo decisório e avaliativo das políticas públicas propostas? Como estabelecer uma realidade sustentável a um município?

O objetivo geral deste trabalho foi a construção de um Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável Municipal na área da Saúde (IDS<sub>M\_SAÚDE</sub>) que venha a apoiar a discussão, o monitoramento, o planejamento e a gestão de programas, projetos e ações da Secretaria no âmbito do Município de São Bento-PB.

Corroborando com o estudo, os objetivos específicos deste trabalho foram:

a) Fazer o levantamento Bibliográfico de Planos/Programas/Ações (Municipal, estadual e Federal) voltados para a área de Saúde;

b) Realizar um *Check-List* dos Planos/Programas/Ações, Indicadores e variáveis passíveis de mensuração, atualizados e que estejam, ou não, contemplados nas três espacialidades (Municipal, estadual e Federal); e

c) Estruturar o Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável Municipal na área da Saúde (IDS<sub>M\_SAÚDE</sub>) com suas Dimensões, Programas, Serviços, Indicadores e Variáveis, Fonte;

Este trabalho se elucida com o estabelecimento de um Sistema de Indicadores que contemple as diversas situações que envolvem em uma Gestão Municipal, buscando estreitar a relação entre a sociedade civil e os gestores. Esta prática favorece a construção do conhecimento municipal, viabilizando a estruturação de Políticas Públicas, que abranjam o atendimento e garantia de direitos vitais à qualidade de vida de um cidadão, na diminuição das desigualdades sociais, e propiciando a construção de um cenário de equidade social, econômica e ambiental, pilares do Desenvolvimento Sustentável.

A viabilidade deste estudo surgiu a partir da necessidade de associar o Desenvolvimento Sustentável a realidade do município de São Bento – PB. O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de número três, presente na Agenda 2030, trata exatamente da promoção de uma vida saudável e da garantia do bem-estar para todas as populações. Tal objetivo, ainda se estrutura de forma na qual são elencadas algumas metas específicas, que relaciona essa



seguridade de uma vida saudável e de bem-estar a todos a partir de situações que buscam a melhoria na cobertura, acesso e qualidade na Saúde Pública, colocando esta em posição determinante para a equidade dos direitos da sociedade.

Nesse sentido, enquanto Engenheira Ambiental, durante o trabalho foi evidenciado a construção de princípios que um profissional deve ter para com a sociedade, trazendo metodologias, tecnologias, ciências e ensinamentos que buscam melhorias para a qualidade de vida humana. No qual, neste trabalho houve a proposição de um sistema de indicadores que abrange a Saúde Pública e seus respectivos serviços e programas, sendo uma área de fundamental para garantia ao direito à vida e à existência digna do cidadão.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Esta pesquisa estruturou-se a partir do delineamento teórico acerca dos seguintes itens: i) Gestão Municipal; ii) Políticas Públicas e seu Processo Decisório; iii) Gestão da Informação como contribuição para construção do conhecimento; iii) Indicadores para a construção de uma Gestão Municipal.

### **2.1 GESTÃO MUNICIPAL**

O Brasil se estrutura em entidades político-administrativas autônomas, compreendendo a União, os Estados, Distrito Federal e unidades municipais. Essas entidades são dotadas de auto-organização e de ampliação de suas responsabilidades e competências, estabelecendo leis, orçamentos, direitos e deveres, que se estruturam de acordo com os aspectos e peculiaridades da localidade e sociedade constituinte.

O fortalecimento do papel municipal ocorreu a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), no qual no ato de promulgação da Constituição Federal, houve a consagração do município como membro integrante do conjunto federativo brasileiro (BRASIL, 1988).

O pacto federativo presente na Constituição brasileira, faz menção a repartição de competências, de responsabilidades, de direitos e obrigações, entre as esferas de governo, que cabem aos Municípios. Nesta sequência, o Instituto Brasileiro de Administração Municipal – IBAM, esclarece e reforça que o município vem a ser a abrangência territorial do Estado, livre e autônoma economicamente, administrativamente e culturalmente, constituído por cidadãos que estabelecem relações de localidade, trabalho, tradições (IBAM, 2007).

O município possui a partir da Constituição Federal de 1988 a garantia de “pulso” para deliberação e execução de ações referentes ao interesse local da “unidade municipal”, sem que haja a necessidade de aprovação dos governos estadual ou federal. No art. 18 da mesma Constituição é disposto ao que se diz respeito aos aspectos político-administrativos deste, fortalecendo ainda mais sua autonomia perante a federação (BRASIL, 1988).

Pinto (2003) classifica município como a menor unidade de território brasileira, onde nesta existe um governo próprio. A partir disto, faz-se fundamental começar a abordar sobre as competências destinadas a ele. É ressaltado que “As competências dos vários níveis de governo são definidas na Constituição Federal. Há competências exclusivas de cada um, competências comuns aos vários níveis e também as chamadas concorrentes” (ABIKO, 2011, p.5)

De acordo com Silva (2009): "Competência é faculdade juridicamente atribuída a uma entidade ou a um órgão ou agente do Poder Público para emitir decisões" (SILVA, 2009, p. 477) e que:

A inclusão do Município na estrutura da Federação teria que vir acompanhada de consequências, tais como o reconhecimento constitucional de sua capacidade de auto-organização mediante cartas próprias e a ampliação de sua competência, com a liberação de controles que o sistema até agora vigente lhe impunha, especialmente por via de leis orgânicas estabelecidas pelos Estados (SILVA, 2009, p. 619)

O governo municipal é constituído por dois setores: Prefeitura e a Câmara de Vereadores, representados, respectivamente, por dois Poderes: o Executivo e o Legislativo. Possuem funções e divisões específicas, exercendo atribuições com total independência, não existindo subordinação ou dependência dos poderes na área de sua competência estabelecida na Constituição (BRASIL, 1988).

No artigo 30 da Constituição de 1988, cabe aos municípios:

- I - Legislar sobre assuntos de interesse local;
- II - Suplementar a legislação federal e a estadual no que couber;
- III - Instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados por lei;
- IV - Criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;
- V - Organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;
- VI - Manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação infantil e de ensino fundamental;
- VII - Prestar, com a cooperação técnica da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;
- VIII - Promover, no que couber, adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano;

IX - Promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual (BRASIL, 1988).

O Estado Brasileiro vem observado a complexidade diante do processo de gestão pública, e, a partir disto, vem buscando construir uma nova estrutura nesse segmento, trazendo mudanças nas perspectivas de planejamento e administração (ALBUQUERQUE et al. 2006).

O ponto alto das mudanças na estrutura da gestão pública se dá por meio da participação social. O espaço conquistado pela população remete à gestão o princípio da democracia. Associando a importância da atuação social como “chave” de construção de uma gestão pública eficiente, tornando as ações desta, reflexo dos anseios do coletivo. Sobre isso, é esclarecido que:

Participação social refere-se ao conjunto de processos e mecanismos criados pelo poder público para possibilitar o diálogo e a incidência da sociedade civil nas políticas e programas públicos, bem como o compartilhamento de decisões entre o Estado e a sociedade civil. Trata-se de direito dos (as) cidadãos (ãs) e que deve envolver todos os atores sociais, assegurando isonomia de condições para participação, sobretudo para os setores historicamente excluídos desses espaços e buscando contemplar a diversidade de sujeitos sociais que constituem a sociedade brasileira. (PONTUAL In: CAMPANILI, 2014, p. 9)

O processo democrático pode ser avaliado como um conjunto de ações participativas a fim da promoção da cidadania, que efetivam valores e hábitos democráticos. A participação e apoio da sociedade, além de garantir o processo democrático, também, garantem a eficiência do sistema político (PUTNAM, 2002).

A democracia em uma gestão deve existir não apenas no momento do voto. A evidência de um processo democrático deve transparecer às práticas públicas do governo, no qual deverá haver total influência e participação dos cidadãos e as organizações da sociedade civil, desde o início da formulação de políticas públicas, até o cumprimento destas. Transformando e corroborando para uma gestão popular e comunitária, quebrando a impermeabilidade dos governos frente as situações de vulnerabilidade e anseios da localidade.

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SEU PROCESSO DECISÓRIO

A apresentação da origem a terminologia das palavras Políticas Públicas é imprescindível, para entendermos e articularmos a contextualização sobre Gestão Pública

Municipal. Destrinchando, Política, vem do termo grego polis - cidade, ou cidade-estado – e se refere aos espaços coletivos e aos modos de regulação das relações que se dão em tais contextos.

Para Secchi (2010), o termo Política assume o sentido de “atividade humana ligada a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem” (SECCHI, 2010, p. 1). E de acordo com Sabatier (1995) a política pública foi contemplada entre os anos de 1960 e 1970 como um subcampo existente da disciplina de Ciência Política.

Inicialmente, deve-se ter em mente que o conceito de políticas públicas é interdisciplinar e está associado ao poder público, que possui responsabilidade sob a tomada de decisões em consonância com a democracia, considerando os interesses coletivos. Dye (1984) resume a conceituação de política pública como aquilo que é escolhido fazer pelo governo.

O crescimento dos estudos em áreas de concentrações voltadas para as políticas públicas, assim como, suas regras e modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação, estão cada vez mais crescentes. Mead (1995) a define como uma área existente dentro do estudo da política, que realiza análises sobre o governo à luz de grandes questões públicas.

O que se espera da gestão pública de um município é uma melhor administração e planejamento do capital do contribuinte, a fim remediar/dar suporte ao bem-estar social. As políticas públicas surgiram como respostas as carências sociais, econômicas, culturais e ambientais presentes em determinado recorte espacial. Peters (1986) conceitua política pública como uma soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.

Levando em consideração o fortalecimento dos governos locais a partir da descentralização administrativa, financeira e política (ARCALEAN et al., 2007; MIKESELL, 2007), o poder público é remetido a concepção das políticas públicas e ao cumprimento destas. O início desta atividade é oriundo de um processo decisório de representações concretas e simbólicas, composto por análises técnicas e científicas, que visam refletir e atingir de forma homogênea a sociedade (SECCHI, 2013).

Sob luz da autora Maciel (2011) é explicado que as políticas públicas são constituídas por sistemas complexos que reúnem decisões e ações, e devem atender às demandas e interesses da sociedade, tratando de um processo deliberativo, no qual a identificação do problema pode ser dada por meio da participação ativa da sociedade civil, pelo entendimento burocrático do problema e por meio da atuação dos representantes públicos, no que se diz respeito a suas obrigações, como legitimado por ser um “ator” frente dos interesses sociais.

O processo que permeia a concepção da tal política abrange um cronograma de formulação, de implementação e execução, monitoramento, e por fim, de avaliação. Ainda Maciel (2011) elenca algumas etapas no processo decisório de uma política pública, a saber: a) A primeira é aquela remetido a voz e interesse público e a partir disto são elencadas as demandas, concretizando uma problemática a ser enfrentada, e, deve ser analisado se há uma condição existente para esta ser abarcada pelo Estado; b) A segunda etapa é dada pela inserção da problemática a circunstância na agenda governamental, no qual irá receber a atenção do Poder Público; c) A partir destas duas primeiras etapas, é adentrado na materialização da implementação da política pública em si, no qual esta será produzida de acordo com recursos financeiros e humanos advindos da administração e fundamentais para execução do projeto e; d) A última etapa é a implementação da política pública, ocorrendo a preparação das ações do governo, adequando estas ao tempo, aos recursos e as relações de causas e efeitos destas (MACIEL, 2011).

Nesse entendimento Ballesteros (2012 p. 7) evidencia a mudança da relação entre sociedade e gestão, vinculada ao desenvolvimento de políticas públicas que refletem as demandas sociais.

O que os conceitos de governança propõem é, pelo aspecto político, a reformulação do entendimento das relações entre Estado e sociedade, não mais vistos como antagônicos ou excludentes, mas, ao contrário, com interdependentes e mutuamente vinculados; e pelo aspecto administrativo, o questionamento da forma pela qual o Estado vem conduzindo esta relação com a sociedade com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas e à gestão de um sistema capaz de atender as demandas sociais (BALLESTEROS, 2012, p. 7).

O Brasil possui em sua Constituição Federal a inserção de um processo de municipalização das políticas públicas. Os debates referentes as práticas políticas desenvolvimentistas dos municípios refletem a necessidade de atender as diversidades remetidas à realidade local municipal e se adaptar a essas. Com isso, o processo de municipalização associou a gestão pública à uma gestão mais social, produzindo, como consequência desafios para a administração frente a necessidade do conhecimento sobre as demandas sociais, para que estas sejam abrangidas nas políticas e ofereçam a cobertura de serviços essenciais à condição de vida da população.

### 2.3 GESTÃO DA INFORMAÇÃO COMO CONTRIBUIÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

A fim de colaborar com o processo administrativo, a relação que deve ser estabelecida entre as políticas públicas e a sociedade civil é a de transparência, na qual as dimensões, objetivos e ações contempladas por essas políticas sejam refletidas em soluções para os anseios da sociedade. Para o estabelecimento dessa relação de transparência, surge como destaque a utilização de informações precisas que corroborem com a construção do conhecimento, que fundamentará o processo decisório que financia a gestão das políticas públicas, proporcionando uma melhor administração dos desafios e as demandas que precisam ser cumpridas em prol do desenvolvimento.

Para Barreto (1994, p. 3) a informação “é qualificada como um instrumento modificador da consciência do homem e de seu grupo” e para Ponjuán Dante (2004) a informação passa a ocupar um lugar de destaque no que se refere aos recursos organizacionais, cabendo à sociedade observar e administrar os desafios em prol do desenvolvimento. Deste modo, administrar recursos informacionais passa a ser uma exigência para organizações que pretendem se manter no mercado.

O processo de gestão organizacional deve ser orientado pelo conhecimento, utilizando este como recurso para o aumento da eficiência e renovação da qualidade, fundamentando-se por meio da geração do saber obtida a partir da informação. Nesse raciocínio, a gestão da informação e conhecimentos estão se tornando cada vez mais imprescindíveis dentro do processo administrativo de um sistema organizacional, acarretando em impactos de desempenho no mesmo. A informação é tida como um instrumento de gestão (TARAPANOFF, 2001).

Petró (2008) pontua que a “herança” do homem é dada pelo grau de conhecimento por ele detido, a partir da transformação da informação, e esta deve estar de acordo com o contexto em que se enquadra a organização, sendo agregado valor a ela, pela sua riqueza de detalhes e precisão, devendo ser disponibilizada no momento oportuno.

Nesse mesmo raciocínio, os dados surgem como o primórdio no patamar do conhecimento. Informação é formulada a partir da junção e agregação de sentido/essência aos dados. E, assim, o conhecimento, surge como patamar mais alto, culminando com a assimilação do significado.

O termo “dado” é definido como um conjunto de registros, que podem ser do tipo qualitativos e/ou quantitativos conhecido, que quando organizados, agrupados, categorizados e

padronizados de forma coerente podem construir uma informação (MIRANDA, 1999). Já o termo 'informação' é conceituado como "dados organizados de modo significativo, sendo subsídio útil à tomada de decisão" (MIRANDA, 1999, p.285).

Portanto, o processo de construção do conhecimento parte de dados, que se transformam em informações e, que por sua vez, transformam-se em conhecimento, proporcionando a tomada de ações (MURRAY, 2004).

A integração da gestão da informação e do conhecimento em ambientes organizacionais contribuem para transformações sociais e econômicas (BARBOSA, 2008). Os autores Pacheco e Valentim (2010) elucidam sobre a importância de deter a informação e o conhecimento, para a utilização destes como um recurso gerencial estratégico.

Os avanços das abordagens do conhecimento científico e as mudanças sociais acarretadas por esses avanços, evidenciaram uma demarcação no conceito bruto de conhecimento. Durante séculos o conhecimento estava apenas associado ao saber teórico e ao saber viver, porém, agora, este conceito passa a ter implicações na evolução da matéria e nos processos de mudanças das condições econômicas e sociais. (GARCÍA-MARCO, 2011, p. 13).

O mesmo autor ainda destaca que:

A gestão da informação compartilha com a perspectiva cognitiva as suas raízes: o modelo computacional, que, ao permitir representar fora da mente seus conteúdos – os conhecimentos – tem permitido avançar um campo que havia ficado em boa parte excluído da ciência experimental – a cognição humana” (García-Marco, 2011, p. 15).

A utilização da informação e o conhecimento surgem como aliados nos processos gerenciais, fundamentando o processo decisório e auxiliando na adequação das políticas às informações obtidas referente a localidade em discussão. Ainda, como colaborador, surge a incorporação métodos de mensuração e avaliação do cenário que deve ser contemplado pelas ações de uma gestão. Nesse sentido, se inserem a utilização de indicadores.

## 2.4 INDICADORES PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA GESTÃO MUNICIPAL

Os indicadores servem como medida e representam uma dada realidade. No caso de administração pública, são aliados no processo de planejamento, gestão e acompanhamento dos resultados das ações ou omissões do Estado (BRASIL, 2012).

O autor Dowbor (2013) propõe que a partir do uso de indicadores ocorre a possibilidade da contabilidade econômica ser utilizada como um instrumento para promoção da cidadania,

pois concede às pessoas a oportunidade de avaliar as iniciativas dos gestores que estão à frente da sociedade.

O indicador geralmente é estruturado por diversas variáveis, ou até mesmo outros indicadores, e estes são utilizados nos setores públicos para um cunho de mensuração e ou efetivação das suas políticas públicas.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um exemplo. Este é estruturado a partir de variáveis que possuem a “responsabilidade” de expressar sobre a renda, a educação e a longevidade da sociedade em nível de União, Estado e/ou Município. Pode-se acrescentar, que um Índice sintetiza em um único valor conceitos e informações “por trás”, obtidos a partir do preenchimento de indicadores e variáveis. Após a atribuição desse valor, é possibilitado a comparação entre diferentes localidades e grupos, criação de *rankings* e até pontos de corte, que poderiam apoiar o processo decisório e a definição de, por exemplo, políticas públicas, investimentos e ações por parte dos atores sociais (SESI-PR, 2010).

Nesse entendimento, as utilidades dos indicadores ganham espaço no estabelecimento de metodologias que sintetizam informações de caráter técnico e/ou científicos, preservando o essencial dos dados originais e tendo apoio das variáveis que melhor se adequam aos objetivos. Com isso, o processamento da informação é tornado facilitado por parte dos gestores, políticos, grupos de interesse ou público em geral (SCHMIDT et al,1998).

Para corroborar ainda mais com tal discussão, os indicadores “são informações que permitem descrever, classificar, ordenar, comparar ou quantificar de maneira sistemática aspectos de uma realidade e que atendam às necessidades dos tomadores de decisões” (BRASIL, 2012, p. 17).

De acordo com Malheiros, Philippi e Coutinho (2008) os indicadores funcionam como ferramenta de avaliação de resultados, dando aos interessados condições para realização de acompanhamento situacional e dando suporte para processo decisório. Fundamentando isso, Pereira (2005) pontua que “em todos os casos, o esforço para avaliar os resultados e usar esses dados para servir de orientação às decisões político-administrativas tem sido vital à revolução global da administração pública”. (PEREIRA, 2005, p. 87)

Os indicadores também são elencados de forma a esclarecer situações que se desejam contemplar. Em uma organização, a construção do sistema de indicadores deve conter indicadores e variáveis que representem o objetivo que se busca trazer para realidade. No caso da administração pública e a esse contexto de trazer a sustentabilidade para o seu processo de



desenvolvimento, os sistemas de indicadores devem ser construídos utilizando indicadores que visem contemplar os objetivos propostos pela dinâmica do Desenvolvimento Sustentável.

#### 2.4.1 Indicadores de Desenvolvimento Municipal Sustentável

A ideia de sustentabilidade atrelada a um novo modelo de desenvolvimento surgiu em 1987, com a publicação do Relatório de Brundtland. Em outro documento importante foi colocada a necessidade de avaliar o “nível” de sustentabilidade a partir da utilização de indicadores. É mencionado no capítulo 40 da Agenda 21 que:

É preciso elaborar indicadores de desenvolvimento sustentável que sirvam de base sólida para adotar decisões em todos os níveis, e que contribuam a uma sustentabilidade autorregulada dos sistemas integrados do meio ambiente e o desenvolvimento" (UNITED NATIONS, 1992).

Nesse sentido, os indicadores podem ser entendidos como

(...) variáveis definidas para medir um conceito abstrato, relacionado a um significado social, econômico ou ambiental, com a intenção de orientar decisões sobre determinado fenômeno de interesse. Indicadores funcionam como um termômetro, permitindo balizar o entendimento e o andamento das ações e são fundamentais para avaliar os objetivos, metas e resultados propostos, quantitativa e qualitativamente (SESI-PR, 2010, p 11).

Os indicadores e suas variáveis devem ser sintetizados por sua relevância e retratar de forma mais próxima à realidade local do município, com a utilização de dados representativos. Pois, a partir disso, as metas, objetivos e políticas criadas darão subsídios as ações por parte da administração.

#### 2.4.2 Abordagens sobre o Desenvolvimento Sustentável

Os questionamentos voltados com a preocupação ambiental e as formas de desenvolvimento econômico e social iniciaram em âmbito de mudanças de paradigma frente as formas de desenvolvimento e de “remediação” a crise ambiental. O processo de degradação ambiental teve seu início desde a primeira Revolução Industrial e intensificada pelo crescimento populacional e suas formas de consumo e utilização desmedida dos recursos, antes julgados como “inesgotáveis” (FOGLIATTI et al., 2004).

No contexto do desenvolvimento econômico não existem vertentes que abordem a preservação, a visão deste modelo é imediatista, consumista. Sendo incompatível com o tema ambiental. (NALINI, 2009). A ocorrência das duas Revoluções Industriais estabeleceu uma economia industrializada, instalada predominantemente em um espaço urbano, com a ocorrência de processos produtivos com um alto consumo de energia e matérias-primas, ou seja, de recursos naturais e tecnológicos. No pensamento de Drew (1989) o homem é principal agente de alterações das condições e componentes da Terra.

Segundo Cascino (1999) durante o período entre guerras foi presenciado um profundo momento de transformações para a humanidade. Onde os recursos humanos, científicos e materiais empregados nestas trouxeram um grande desenvolvimento para diversos setores, principalmente, o tecnológico – dando uma sensação de poder ao homem, acarretado por esse desenvolvimento. Porém, estes recursos por serem utilizados de maneira errônea, trouxeram a degradação da natureza e do próprio homem, como exposto pelo autor Mauro Grün:

Os seres humanos adquirem, então, a autoconsciência da possibilidade de destruição completa do Planeta. Após o dia 6 de agosto de 1945 o mundo não seria mais o mesmo. Ironicamente, a bomba plantava as primeiras sementes do ambientalismo contemporâneo. (GRUN, 1996, p. 16)

O autor faz referência ao episódio nefasto sobre a bomba nuclear. Este momento mostrou como as consequências das ações antrópicas poderiam ser sentidas.

A noção de desenvolvimento voltada para o crescimento econômico trouxe duros problemas sociais, construindo barreiras entre nações, desigualdades sociais e danos irreparáveis a natureza. Viega (2010) relembra a abordagem do economista indiano Amartya Sen, em 1996 e 1997, propõe a noção de um desenvolvimento como liberdade, com garantia de que os direitos individuais efetivem a liberdade, e esta não será associada a renda percapita, mas sim, a questões sociais e culturais. E esta noção, pode ser vista como próxima as discussões que se remetem ao desenvolvimento sustentável.

Desde a década de cinquenta do século XX as questões que tangiam o meio ambiente e as ações antrópicas para com ele, passaram a ser vistas com um olhar de preocupação, assumindo um contexto de “percepção ambiental” por parte da sociedade (Fogliatti et. al., 2004).

Na década de 60 do século XX, uma autora se posicionou com firmeza com a publicação do clássico Primavera Silenciosa (*Silent Spring*). Este foi um marco em um momento de crise ambiental, no qual Rachel Louis Carson, em 1962, alertou:

Na medida em que o homem avança no seu anunciado objetivo de conquistar a Natureza, ele vem escrevendo uma sequência deprimente de destruições, as destruições não são apenas contra a Terra que ele habita, mas também contra a vida que compartilha o Globo com ele (CARSON, 1962, p. 95).

Em 1972, houve a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano, em Estocolmo – Suécia. Nesta foi oficializado entre diversas nações, o surgimento da preocupação não só com problemas ambientais, mas também com os problemas econômicos e sociais. Ignacy Sachs e outros cientistas, concluem que ao final do século XX, os limites remetidos ao desenvolvimento como derivativo do crescimento econômico, passou tentar incluir as dimensões ambientais, sociais, políticas e culturais, na composição do processo de planejamento, administração e políticas de nações e territórios, preconizando o conceito de sustentabilidade dentro do desenvolvimento (SACHS et al, 2010).

Fogliatti (2004) aborda que as discussões sobre a situação do desenvolvimento das nações tiveram embasamento com a realização desta Conferência ocorrida no ano de 1972. Sendo então, pontuado sobre a necessidade de mudança no posicionamento da sociedade para com as situações de desencontro social, econômico e ambiental que se instalaram em épocas passadas e até hoje estão presentes.

Houve um importante marco jurídico, em 1987, com uma publicação que refletia a realidade ocorrente e a almejada para a sociedade, o Relatório de Brundtland – ou “Nosso Futuro Comum”, durante uma Assembleia Geral da ONU. Neste documento estava contido um precioso conceito, o de Desenvolvimento Sustentável. O autor Sachs acrescenta que as ações desse novo desenvolvimento se destacam como: “socialmente incluídas, politicamente descentralizadas, ambientalmente prudente e economicamente sustentado no tempo” (SACHS, 2010, p.9).

De acordo com a publicação do Relatório de Brundtland, pela ONU:

Desenvolvimento sustentável é um processo de transformação no qual a exploração dos recursos, a direção dos investimentos, a orientação do desenvolvimento tecnológico e a mudança institucional se harmonizam e reforça o potencial presente e futuro, a fim de atender às necessidades e aspirações futuras ... (ONU - 1988, p. 46.)

O Relatório evidencia um desenvolvimento ligado a erradicação da pobreza, atendimento de demandas básicas da população, como alimentação, saúde e habitação. Além disso, é remetido, também, a alteração das matrizes energéticas, a fim de trazer a conservação dos recursos naturais, a partir da utilização de fontes de energias renováveis e de inovações tecnológicas para subsidiar tais ações. O próprio relatório aborda que o desenvolvimento

sustentável é: "aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem a suas próprias necessidades" (ONU, 1991, p.46).

Existe clara mudança conceitual, associando os princípios do desenvolvimento a uma visão ampla, que se preocupa com as tensões socioeconômicas. O desenvolvimento sustentável passa a se caracterizar como um processo de mudanças, que busca compatibilidade entre a exploração dos recursos e o processo de gerenciamento de investimentos tecnológicos e mudanças de cunho institucionais, conciliando presente e futuro (CANEPA, 2007).

Ayres (2008) pontua que a sustentabilidade é um conceito relacionado a forma como o "homem" deve se portar em relação ao meio ambiente, e como eles são responsáveis para com o outro e as suas próximas gerações. Neste entendimento, é observado que a sustentabilidade é convergente ao processo do crescimento econômico enlaçado a justiça social e eficiência no uso de recursos retirados da natureza (LOZANO, 2012).

Com isso, os autores Martins e Cândido (2008) propuseram uma metodologia na qual elencava-se dimensões principais que permitem identificar o nível de sustentabilidade em um município. A metodologia abrange as seguintes dimensões: a social, a demográfica, a econômica, a político-institucional, a ambiental e, por fim, a cultural.

Essas dimensões devem ser contempladas nas ações que fomentam a inserção do desenvolvimento sustentável em uma localidade. No início deste século, oito objetivos foram elencados pela Organização das Nações Unidas (ONU), a fim de trazer o compromisso entre as nações buscarem a redução da pobreza extrema, da fome e outros males que atingem a sociedade. Esses objetivos foram chamados Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e tinham até o ano de 2015 para serem implantados dentro da realidade dessas nações. E, ao fim deste prazo uma nova agenda foi elaborada: a Agenda 2030, funcionando como um plano de ações que contempla 17 novos objetivos, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Laszlo pontua sobre as relações conflitantes entre o "velho" desenvolvimento e o "novo": "O velho paradigma de conquista, consumo e colonização está se autodestraindo, e um novo paradigma está emergindo: de conexão, compreensão e cooperação". (LASZLO, 2008, p.53).

Na apostila sobre Indicadores de desenvolvimento sustentável elaborada pelo IBGE é reforçado sobre as dimensões de abordagem do desenvolvimento sustentável e é colocado que um dos principais desafios é a mensuração desses. Tendo, os indicadores como "ferramentas

constituídas por uma ou mais variáveis que, associadas através de diversas formas, revelam significados mais amplos sobre os fenômenos a que se referem” (IBGE, 2015, p.9)

Em meio as discussões de reestruturação do planejamento e administração, sob um novo modelo com bases econômicas em harmonia com sistemas naturais, surge a necessidade de um amplo levantamento de dados e informações a fim de gerar conhecimento sobre as dimensões envolvidas no processo de estudo/trabalho. Nesse sentido os Sistemas de Indicadores se apresentam como um auxílio nas avaliações da forma como vem se dando o Desenvolvimento Sustentável Municipal.

#### 2.4.3 Sistemas de Indicadores utilizados em nível municipal

A proposição de metodologias que regem a obtenção de índices, construídos a partir de sistemas de indicadores e de variáveis que abranjam uma melhor visualização da realidade municipal, tem sido comumente utilizado para refletir resultados dessa realidade. A partir de um processo “investigativo”, tem-se elucidado os aspectos socioculturais, ambientais, políticos, institucionais, econômicos e demográficos que tangem a localidade e a população nela inserida. Dando arcabouço para buscar melhorias por parte da gestão municipal e da sociedade. Nesse entendimento,

Uma boa gestão é aquela que alcança resultados, independentemente de meritórios esforços e intenções. E, alcançar resultados, no setor público, é atender às demandas, aos interesses e às expectativas dos beneficiários, sejam cidadãos ou organizações, criando valor público (BRASIL, 2009, p. 5).

A fim de corroborar com o processo de planejamento e gestão governamental, a utilização de documentos também pode ser levada em consideração como uma ferramenta de avaliação, por existir abordagens relacionadas ao cálculo de índices de gestão municipal, sendo esses constituídos a partir de indicadores que cubram situações das demandas da população. Esses documentos ajudam a expressar os resultados que estão aliados a uma boa gestão.

##### 2.4.3.1 *Agendas Voltadas para a Sustentabilidade*

Com o intuito de trazer as discussões propostas pelo desenvolvimento sustentável para a realidade socioeconômica, cultura e ambiental das nações e, podendo adaptar essas discussões

para uma escala municipal, surgem a discussões sobre a construção de sistemas de indicadores voltados para a sustentabilidade. Nesse intuito, a própria Organização das Nações Unidas contemplou em duas Agendas, alguns objetivos, metas e indicadores. Essas duas agendas são, respectivamente, a Agenda 21 e a Agenda 2030.

A Agenda 21 menciona em um dos seus capítulos a necessidade da construção de indicadores. Com o intuito de corroborar com essa necessidade, os autores Trigueiro e Sales (2016) propuseram um sistema de indicadores para avaliar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em nível intramunicipal, e aplicaram este à realidade do município de Pombal, Paraíba. Os autores construíram um sistema que subsidia na avaliação da evolução e na implantação dos Objetivos do Milênio em um contexto municipal. Neste sistema foi incluído ou excluído indicadores, que estavam contidos pelos ODM em nível nacional, no qual realmente transparecessem a realidade do município de aplicação.

Outro documento que surge como um plano guia de objetivos, metas e indicadores a ser adaptado para uma realidade local é a Agenda 2030, no qual propõe:

Elevar o desenvolvimento do mundo e melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas, sem deixar ninguém para trás. Para alcançar seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e suas 169 metas, todas as partes interessadas (governos, organizações multilaterais e diversos parceiros para o desenvolvimento), reconheceram que todos os atores, em todos os níveis, têm um importante papel a desempenhar para o êxito da agenda e para assegurar que se realizem progressos constantes e concretos até a consecução de seus objetivos universais e transformadores (CNM, 2016, p.8).

A Confederação Nacional de Municípios – CNM em 2016 publicou um “*Guia para Localização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nos Municípios Brasileiros: O que os Gestores Municipais precisam saber*”, nesta publicação é especificado a relação dos 17 objetivos, 169 metas e seus respectivos indicadores, que fundamentam e compõem a Agenda 2030 e como tais componentes podem ser utilizados como uma ferramenta frente ao desafio de adequação e dos ODS a realidade municipal.

#### 2.4.3.2 Sistemas de indicadores municipais - IDSM E IDLS

Nesse seguimento, Martins e Cândido (2008) desenvolveram o sistema IDSM – Indicadores de Desenvolvimento Municipal Sustentável, no qual constitui uma evolução dos indicadores de sustentabilidade. No qual, o IDSM surge como uma fuga à carência de dados

mais específicos ao se tratar sobre questões municipais, uma vez que os demais sistemas de indicadores costumam abranger às unidades da federação ou países (MARTINS; CÂNDIDO, 2008). O sistema por eles proposto é composto por seis dimensões, que abordam quarenta e quatro índices e seus respectivos desdobramentos que elucidam sobre a realidade municipal.

Já Silva (2008) usou como referência os indicadores existentes no sistema de Martins e Cândido (2008) e a partir disto propôs o IDLS, que também tem como foco desenvolver o índice de desenvolvimento sustentável municipal, porém ele buscou integrar a participação civil.

Ainda dentro das abordagens sobre a construção de Sistemas de Indicadores de Desenvolvimento Municipal Sustentável, a Federação Catarinense de Municípios – FECAM buscou trazer orientações para fomentar as práticas de planejamento, avaliação e tomada de decisão orientada por informações técnicas, com o propósito de transportar os municípios e regiões à patamares mais elevados, considerando o estado de bem-estar social, a partir da identificação e análise das áreas e processos que limitam o seu desenvolvimento.

#### *2.4.3.3 Sistema de Indicadores - SIDEMS*

A Federação Catarinense de Municípios (FECAM) juntamente com uma rede colaborativa com instituições representativas, desenvolveram uma metodologia que trouxesse indicadores que fossem relativos ao desenvolvimento sustentável dos municípios catarinenses. Nesse sentido, a proposição de um Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Municipal Sustentável (SIDEMS) que cobria quatro Dimensões, Subdimensões, indicadores e suas respectivas variáveis.

A primeira Dimensão do Sistema, a Sociocultural, contemplava quatro subdimensões, que ao todo utilizaram quatorze Indicadores. A segunda Dimensão, era a dimensão Econômica, e nesta estavam contidas uma subdimensão e três indicadores. A terceira dimensão era a Ambiental, composta por uma subdimensão e três indicadores. E, a última dimensão, a Político Institucional, era constituída de três subdimensões e dez indicadores.

#### *2.4.3.4 Sistema de Indicadores - IEGM*

Para validar a necessidade da obtenção de resultados nos setores públicos, o Instituto Rui Barbosa disponibilizou aos Tribunais de Contas brasileiros a metodologia de apuração de indicadores finalísticos, destinados a compor o Índice de Efetividade da Gestão Municipal —

IEGM. Esta ferramenta abrange sete dimensões e mais de cento e vinte quesitos de avaliação, e permite a mensuração dos serviços contidos em uma gestão pública e efetividade do cumprimento das políticas públicas propostas, observando e medindo a qualidade dos gastos e dos recursos públicos realizados.

E seguindo esta metodologia de construção de um cenário para avaliação e monitoramento das situações dentro do contexto municipal, esta pesquisa se enquadra. Tendo relevância a partir do momento que o Sistema de Indicadores por ela proposto evidencia as quatro dimensões da Saúde Pública no município de São Bento – PB, e os indicadores e variáveis contidas dentro desse sistema, tratam de representar as ações e metas que devem ser cumpridas para melhor assistir à população do município.

### **3 DESENVOLVIMENTO**

O presente capítulo foi construído a partir da apresentação das abordagens metodológicas utilizadas durante a realização deste trabalho.

Este trabalho utiliza a Saúde Pública como o contexto local para o desenvolvimento de um sistema de indicadores, que contempla programas, ações e estratégias, que caracterizam as dimensões do Sistema Único de Saúde no município de São Bento-PB e devem transparecer e servir de subsídio para a proposição de políticas públicas e promoção e efetivação de uma gestão sustentável na saúde pública.

Para isto, o sistema de indicadores assume viabilidade de poder ser utilizado como instrumentos para promoção de ações e políticas que reflitam a realidade local do município.

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

Quanto a caracterização do estudo realizado, este tomou abordagens qualitativas. Quando a pesquisa assume características qualitativas compreende de forma mais profunda o entendimento de grupos, organizações. Minayo (2001), argumenta que este tipo de abordagem evidencia a contextualização de significados, motivos e valores, ampliando a profundidade das relações e situações, ao descrever, compreender e estabelecer ponte entre fenômenos. Este trabalho ainda pode ser trajado como pesquisa aplicada, dentro de um campo local. Gil (1987) relaciona uma pesquisa que se elucida em cima de um problema prático e podendo desenvolver a partir deste, princípios científicos que são passíveis de utilização prática.



Este trabalho possuiu um caráter exploratório, estruturando-se na forma de estudo de caso, tendo o Município de São Bento – Paraíba como campo para a pesquisa. e ao exercício da pesquisa, diversos elementos foram trabalhados, como: levantamento de bibliografias, realização reuniões/ entrevistas para coleta de dados. Além do caráter exploratório, a pesquisa também se estruturou de forma descritiva, no qual, o produto deste trabalho poderá ser uma ferramenta que contribua no processo de gestão municipal da área de saúde da localidade em questão.

### 3.2 CONSTRUÇÃO DE UM CENÁRIO DE DISCUSSÕES

Inicialmente, para o estabelecimento do estudo fez-se fundamental construir um ambiente de discussões, trocas de ideias, dados, informações e pesquisas. Esse processo foi evidenciado a partir da abertura das “portas” do município no qual foi realizado o estudo, facilitando um relacionamento amistoso entre Secretaria de Saúde-Universidade. O espaço de troca foi dado a partir da realização de reuniões/ encontros com os atores sociais que estavam à frente da Secretaria Municipal de Saúde, os quais estavam, diretamente ou indiretamente, ligados ao processo de planejamento e gerenciamento municipal na área de Saúde.

### 3.3 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA

A ideia de trazer o Desenvolvimento Sustentável para a esfera pública de São Bento foi iniciada a partir de diversas discussões com os atores sociais do município, na qual buscou-se destrinchar os diversos setores/secretarias que estruturavam tal município. O intuito da implementação de uma nova perspectiva de gestão voltada para a sustentabilidade, foi trazer embasamento para a formulação de novas políticas públicas e realizar uma análise situacional das ações/propostas que estavam contemplados em documentos/ planos/ leis e as ações/ temas que realmente estavam sendo realizadas na esfera da saúde municipal. Para isso, estruturou-se um Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável para a Área da Saúde, que buscasse refletir a realidade do município.

Para a estruturação do sistema foi levado em consideração programas, temas, propostas e ações que estão contemplados nos documentos de governo do município, como o Plano Municipal de Saúde e o Plano Plurianual do Município; além disso, foram considerados, ainda

documentos do Ministério da Saúde obtidos na internet, o Plano Nacional de Saúde e o Plano Estadual de Saúde.

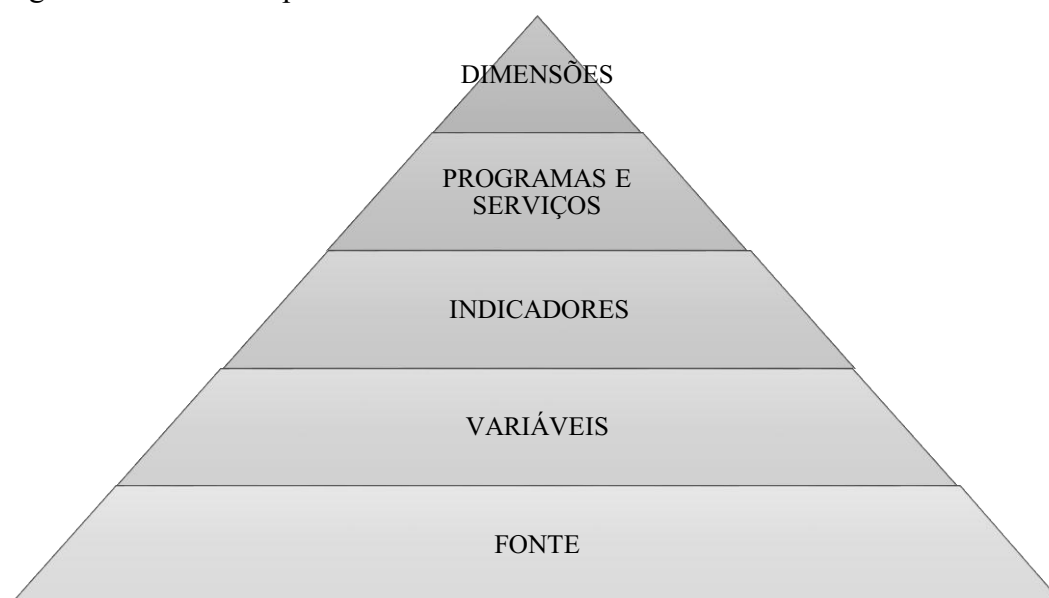
### 3.3.1 Componentes do Sistema

O presente sistema foi estruturado de forma que caracterizasse as especificidades do município em questão. Sendo possível, após a sua “alimentação”, realizar uma verificação das diversas situações e fenômenos que ocorrem na organização. Isso possibilita a mensuração dos programas/temas e ações realizadas, avaliação de resultados, e comparação destes. E a partir disto, evidenciar as possíveis falhas ou demonstrando eficiência, transparência da gestão vigente. Logo este sistema foi disposto da seguinte forma:

- a) **FONTE:** este item representa o local/ programa/ instituição que fornecerá cada dado fundamental para ser caracterizado como variável.
- b) **VARIÁVEIS:** as variáveis que compuseram o sistema representam os dados possibilitam construção e cálculo de cada indicador proposto.
- c) **INDICADORES:** os indicadores de saúde, funcionam como ferramenta para mensurar resultados desejáveis na área da saúde (Brasil, 2007). Nesse sentido, os indicadores escolhidos para compor o sistema foram elencados em consonância os já utilizados pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos e instituições ligadas ao SUS. Além disso, alguns indicadores também foram criados e inseridos no sistema, para melhor refletir a realidade da saúde no município. Estes indicadores devem ser vistos como imprescindíveis por parte da gestão, pois através destes indicadores, pode-se avaliar a situação da cobertura, acesso, qualidade, quantidade, efetividade e eficácia dos programas e serviços oferecidos a população.
- d) **SERVIÇOS E PROGRAMAS:** para a construção deste item foi realizado um *Check List*, nos quais foram elencados temas e programas que estão contemplados em documentos governamentais nos três níveis de federação, o nacional, estadual e municipal. Para tal exercício de escolha de quais programas assistências e serviços deveriam estar contidos, além dos que já existiam no próprio município, foram realizadas reuniões junto a secretaria de Saúde do município.
- e) **DIMENSÕES:** a definição das dimensões do sistema foi realizada a partir de quatro grandes grupos, na qual levou-se em consideração a classificação abordada pelo

Ministério da Saúde, ao tratar de dimensões de abrangência do Sistema Único de Saúde. Com isso, a divisão das quatro grandes Dimensões da Saúde do municipal de São Bento, possibilita associar as características da Saúde Pública do município e corrobora para um estudo específico das áreas de saúde existentes em tal, avaliando e propiciando a proposição de ações e medidas assistencialistas. As dimensões foram estabelecidas de acordo com a realização de diálogos com atores da própria secretaria de saúde, tomando como base a forma de tratamento do Ministério da Saúde para com a Atenção Básica. Para a definição deste item, houve a participação dos funcionários que estavam diretamente ligados a elaboração do Plano Municipal de Saúde, que conheciam e acompanhavam o andamento dos programas que estavam em vigência na presente gestão; e para melhor fundamentar tal exercício, houve a colaboração de funcionários que trabalhavam na etapa de tratamento dos dados da saúde. As dimensões compreendem o topo pirâmide do sistema de indicadores. Para tanto, a Figura 1 apresenta a esquematização do sistema.

Figura 1– Pirâmide representativa do Sistema de Indicadores de Saúde



Fonte: Elaborado por Cavalcanti (2017), e adaptado da Rede SIDEMS.

### 3.4 DOCUMENTOS ACESSÓRIOS

Durante a elaboração do sistema de indicadores foram utilizados documentos como acessórios fundamentais como base de informações. Entre estes documentos estão os Planos Plurianuais municipal, estadual e federal, os planos de saúde municipal, estadual e federal, e

documentos fornecidos pelo Ministério da Saúde disponíveis na internet, no qual estão discutidos sobre programas, metas, objetivos e indicadores relacionados ao Sistema Único de Saúde.

#### 3.4.1 Descrição do Papel do PPA

O Plano Plurianual – PPA deve ser iniciado no segundo ano do mandato em questão, e possui, a partir de tal momento, vigência de quatro anos. E de acordo com a CF/88, o PPA deve situar e conter quais as diretrizes, os objetivos e as metas propostos pela administração pública, no que se diz respeito aos gastos e despesas financeiras recorrentes dos programas de natureza continuada (BRASIL, 1988b).

Considerando este documento – PPA – em seus níveis federativos: federal, estadual e municipal, foi realizado *Check List* dos programas e temas que estavam neles contidos, em relação a área de Saúde, para então trazer uma equidade entre os três níveis e, com isso, iniciar a elaboração do sistema de indicadores.

#### 3.4.2 Descrição do Plano de Saúde

Os Planos de Saúde, sejam o municipal (PMS), estadual (PES) ou federal (PNS), funcionam como um documento de planejamento por parte do governo para com o Sistema Único de Saúde, nele estão expostos os compromissos, as necessidades, as metas, ações, serviços e iniciativas permeiam a demandas da saúde pública, para o melhor atendimento da população. Com a utilização do PNS, PES e PMS houve a possibilidade de elencar alguns programas, serviços e iniciativas que são básicos em relação a saúde pública.

#### 3.4.3 Agenda 2030 e sua relação com a saúde pública

A saúde pública se insere em uma situação de direitos prioritários, e no Art. 196 da CF de 88 é colocado que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

No entanto, questões relacionadas a universalidade desse setor estão cada vez mais presentes na realidade da sociedade. Porém, uma nova forma de desenvolvimento busca priorizar os direitos sociais, econômicos e ambientais de maneira igualitária. Um novo documento firma este contexto, a Agenda 2030.

Nela estão contidos dezessete objetivos do desenvolvimento sustentável e cento e sessenta e nove metas, que abordam pontos relacionados às carências da sociedade e os direitos civis que devem ser garantidos pelos governos. Nesse entendimento, o ODS 3 é aquele que trata da Saúde e bem-estar da população: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (Nações Unidas, 2017). Na figura 2 está exposto os dezessete Objetivos do Desenvolvimento Sustentável que compõem a Agenda 2030.

Figura 2- Objetivos do Desenvolvimento Sustentável



Fonte: Imagem retirada do site das Nações Unidas do Brasil (2018).

No documento temático sobre os ODS disponibilizado no site das Nações Unidas no Brasil contêm conceitos que são tratados dentro das quatro dimensões propostas no IDSM\_SAÚDE proposto para São Bento, estes conceitos se misturam dentro dos indicadores inseridos no sistema. No quadro 1 foi colocada a relação entre as dimensões do sistema e as metas pactuadas dentro do ODS 3:

QUADRO 1 - Metas do ODS 3 relacionadas a cada dimensão do IDSM\_SAÚDE

<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3.1 até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos</li> <li>- 3.2 até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos</li> <li>- 3.7 até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais</li> <li>- 3.a fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde em todos os países, conforme apropriado</li> </ul>
<b>ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3.4 até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar</li> </ul>

<b>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3.3 até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis</li> <li>- 3.4 até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar</li> <li>- 3.5 reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool</li> <li>- 3.9 até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ar, da água e do solo</li> <li>- 3.b apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos</li> </ul>
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3.8 atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos</li> </ul>

Fonte: Elaboração por Cavalcanti (2018), a partir da utilização das informações do Preâmbulo da Agenda 2030.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

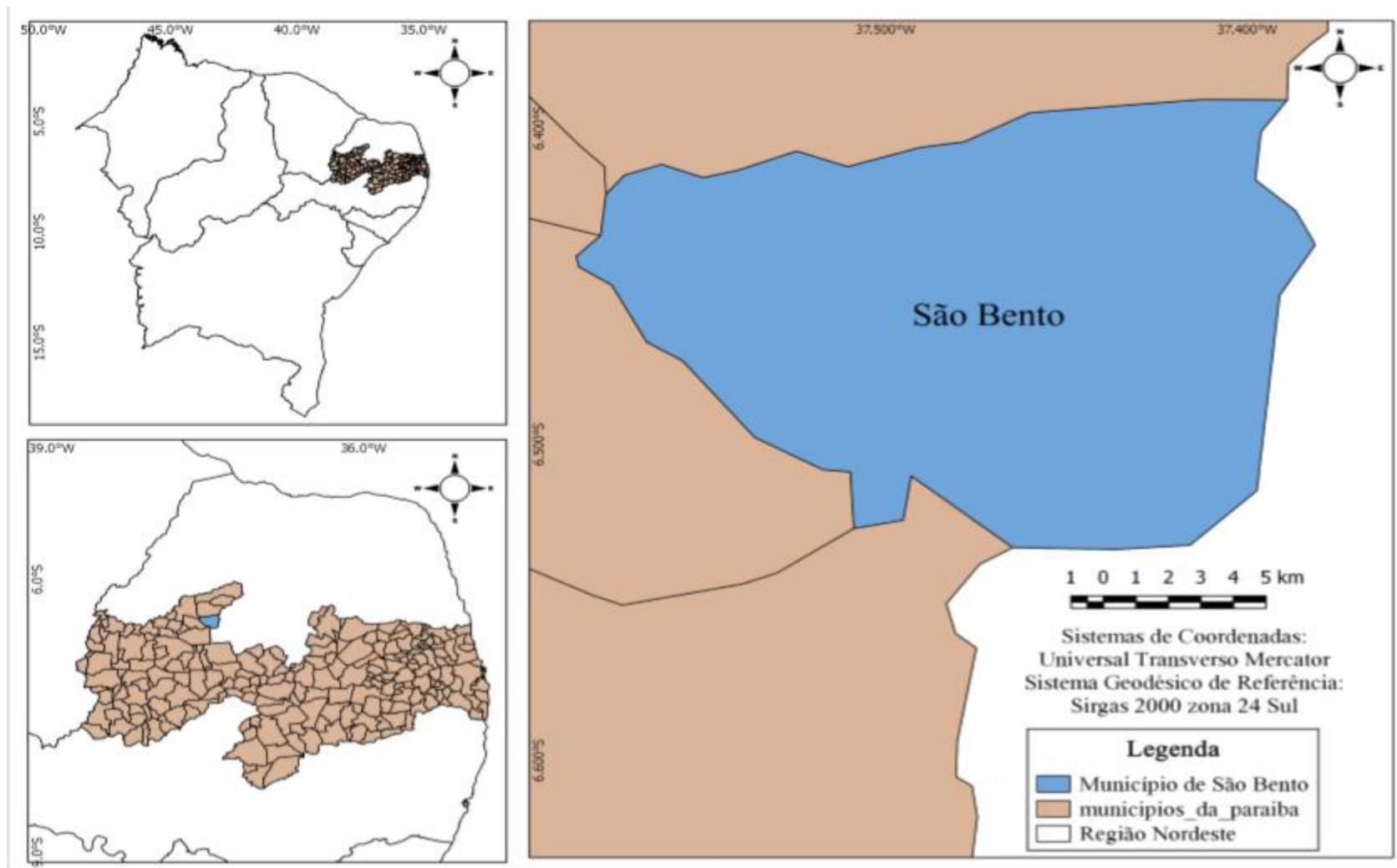
Este capítulo, possui como produto final a apresentação e discussão dos resultados obtidos durante o estudo.

### 4.1 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO BENTO – PARAÍBA

O Município São Bento constitui-se como integrante do Estado da Paraíba, localizando-se na microrregião do Alto Sertão da Paraíba e limitando-se pelo município de Brejo do Cruz – PB, ao Norte; pelos municípios de Paulista –PB e Serra Negra do Norte – RN, ao Sul; pelo Município de Jardim de Piranhas – RN, ao Leste; e o município de Riacho dos Cavalos – PB, ao Oeste. (BRASIL,2002)

De acordo com o último censo realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2010, o município de São Bento possui uma população estimada em 30.879 habitantes, constituindo-se como o décimo quinto município mais populoso do Estado da Paraíba.

Figura 3 - Mapa de localização do Município de São Bento - Paraíba



Fonte: Elaborado por Cavalcanti (2018) a partir de dados adquiridos no Geo-Portal da AESA (2007).

#### 4.1.1 Definição do recorte espacial da saúde no município de São Bento

O município de São Bento possui treze unidades básicas de saúde que atendem e dão suporte a três unidades rurais e quatorze unidades urbanas. Essas treze unidades básicas constituem o ponto estratégico, no qual existe uma cobertura de atendimento e está delimitada nas Micro-áreas de Saúde no Município de São Bento – PB, estabelecidas pelo IBGE juntamente com a Secretaria de Saúde de São Bento (Ver figura 4).



Figura 4 - Recorte da Micro-área de Atendimento da UBS José Borges da Silva



Fonte: Mapa do recorte disponibilizado pela Secretaria de Saúde e elaborado pelo IBGE (2018).

A partir da definição da cobertura de cada micro-área a intenção será a aplicação do Sistema Indicadores de Desenvolvimento Sustentável Municipal para a área da Saúde (IDS<sub>M\_SAÚDE</sub>), cuja construção foi o objetivo deste trabalho. A partir da aplicação do IDS<sub>M\_SAÚDE</sub> será possível mensurar e monitorar o desempenho dos programas e serviços desenvolvidos na área em análise, sendo este um fator preponderante para estabelecer o conhecimento das situações que envolvem a população.

#### 4.2 PROGRAMAS DE SAÚDE NO BRASIL

Inicialmente, o Desenvolvimento Sustentável e suas respectivas Agendas e Objetivos, trazem o pressuposto de que a mudança de conjuntura socioeconômica e ambiental, pode ocorrer em um contexto de “dentro para fora”. Logo, o bom desempenho em uma menor unidade territorial irá influenciar nas demais subsequentes. Assumindo esse pressuposto de mudanças e associando ao contexto da saúde pública no país, para que fosse possível afirmar que o Sistema Único de Saúde possui condições efetivas de um bom desempenho, seria necessário estabelecer determinantes qualitativos e quantitativos para atender as questões prioritárias da saúde pública. Nessa perspectiva surgem os programas, serviços e ações desenvolvidas pelo governo para atender a população e as demandas prioritárias da saúde.

No entanto, estes programas, serviços e ações muitas vezes não estão em equidade entre nas unidades federativas de gestão. Favorecendo a existência de um desencontro dentro do Sistema de Saúde Pública oferecido, resultando em lacunas no atendimento das demandas e a falta de acesso por parte da população.

Nesse delineamento faz-se importante que os programas, serviços e ações assistenciais estejam em acordo nos diversos níveis de governo. O desempenho associado a Saúde e seus programas e serviços oferecidos devem estar relacionados a efetividade, aceitabilidade, acesso, continuidade, eficiência, adequação, segurança, respeito ao direito das pessoas (PROADESS, 2011). No quadro 2 foi apresentado um *Check List* dos programas desenvolvidos nos três níveis de governo, federal, estadual e municipal.

QUADRO 2 – Programas de Saúde e seus respectivos níveis federativos de atuação

SERVIÇOS/PROGRAMAS	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
Programa Nacional de Segurança do Paciente	x	x	
Programa Nacional de Triagem Neonatal	x	x	x

Programa SOS Bebê de Alto Risco		X	
Programa SOS Emergência		X	
Programa Agevisa Capacita		X	
Programa Nacional de Imunização	X	X	X
Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde	X	X	X
Programa de Volta Para Casa	X	X	X
Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica	X	X	X
Programa Nacional de Controle da Tuberculose	X	X	**
Programa de Controle da Peste		X	
Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	X	X	X
Programa Bolsa Família	X	X	X
Programa Saúde da Mulher	X	X	**
Programa Dst/Aids		X	**
Programa de Educação continuada junto às Escolas, Hospitais e Universidades		X	
Programa Pesquisa para o Sus: Gestão Compartilhada em Saúde	X	X	
Programa Sistema Nacional de Transplantes	X	X	
Programa de Saúde na Escola	X	X	X
Programa Nacional de Alimentação e Nutrição	X	X	X
Programa Mais Médicos	X	X	X
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade	X	X	X
Programa Melhor em Casa	X		X
Programa Academia da Saúde	X	X	X
Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Inca	X	X	X
Programa Farmácia Popular	X	X	X
Programa Viver Sem Limites	X		X
Estratégia de Saúde da Família	X	X	X
Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde	X	X	**
Programa Melhor de Acesso e da Qualidade Centro de Especialidades Odontológicas	X	X	X
Programa Nacional de Cirurgias Eletivas	X		**
Programa Melhoria do Acesso da Qualidade aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	X	X	X
Programa Nacional de Monitoramento da Resistência do Aedes Aegypti e do Aedes Albopictus	X	X	
Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde	X	X	
Programa Nacional de Prevenção e Controle de Iras	X	X	
Programa Nacional da Qualidade em Mamografia		X	
Programa de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas		X	
Programa de Controle da Doença de Chagas		X	**
Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	X	X	
Programa Saúde do Trabalhador		X	**
Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica	X	X	
Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde	X		
Programa de Bancos de Leite Humano	X	X	

<b>Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos</b>	<b>X</b>		
<b>Programa de Cólera</b>	<b>X</b>		
<b>Programa Nacional de Gestão de Custos</b>	<b>X</b>	<b>x</b>	
<b>Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano</b>	<b>X</b>		<b>**</b>
<b>Programa de Educação para o Trabalho na Saúde</b>	<b>X</b>		
<b>Programa Nacional de Controle da Dengue</b>	<b>X</b>	<b>x</b>	<b>**</b>
<b>Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS</b>	<b>X</b>		

Fonte: Elaboração por Cavalcanti (2018), com base em informações dos Plano Municipal de Saúde de São Bento, Plano Estadual de Saúde da Paraíba e Plano Nacional de Saúde.

O quadro 2<sup>1</sup> apresenta a classificação dos programas pactuados na área de Saúde, constando seus respectivos níveis federativos de atuação, sejam estes: Federal, Estadual e Municipal. Para a estruturação de tal, foi realizado o *Check List* dos programas que estão em vigência nas presentes gestões em seus três níveis. Como fonte de dados, foram utilizados documentos disponibilizados de forma digital, além de portais vinculados ao Ministério da Saúde e ao Portal de Saúde do Estado da Paraíba. Os documentos federativos utilizados para tal coleta de dados foram:

Os documentos de nível federal utilizados foram:

- PLANO PLURIANUAL 2016-2019;
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2016-2019;
- PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DE 2017;

Os documentos de nível estadual utilizados foram:

- PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016-2019;
- PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DE 2017 DO ESTADO DA PARAÍBA;
- DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DA PARAÍBA, nº 16.350;

Os programas pactuados em nível municipal foram elencados de acordo com levantamento realizado a partir de informações disponibilizadas junto a Secretaria de Saúde do município de São Bento. Os programas listados pelos atores da secretaria são aqueles que estão recebendo financiamento por parte do Governo Municipal.

O quadro abaixo associa quais programas que não são desenvolvidos em nível municipal, porém possui suas principais ações ocorrendo dentro de outros programas ou serviços financiados pelo governo municipal.

---

<sup>1</sup> As lacunas que estão marcadas com o asterisco vermelho (\*\*) são programas que estão sendo desenvolvidos nos demais níveis federativos e estão sendo desenvolvidos em nível municipal como ações específicas de outros programas e serviços já em andamento. E os programas que receberam destaque com a coloração vermelha são aqueles que estão sendo desenvolvidos nos três níveis federativos da saúde.

QUADRO 3– Programas de Saúde e os respectivos programas e serviços vinculados a ele no Município de São Bento - PB

<b>PROGRAMAS</b>	<b>SERVIÇOS E PROGRAMAS ASSOCIADOS</b>
<b>Programa Nacional de Controle da Tuberculose</b>	Possui suas ações vinculadas aos serviços de Vigilância Sanitária e Ambiental e ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
<b>Programa Saúde da Mulher</b>	Possui suas ações vinculadas ao Programa Nacional de Triagem Neonatal e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
<b>Programa Dst/Aids</b>	Possui suas ações vinculadas ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
<b>Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde</b>	Possui suas ações vinculadas ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade e ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>Programa Nacional de Cirurgias Eletivas</b>	Possui suas ações vinculadas aos serviços Atenção Hospitalar e Ambulatorial Especializada
<b>Programa de Controle da Doença de Chagas</b>	Possui suas ações vinculadas aos serviços de Vigilância Sanitária e Ambiental e ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
<b>Programa Saúde do Trabalhador</b>	Possui suas ações vinculadas ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
<b>Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano</b>	Possui suas ações vinculadas ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde e aos serviços de Vigilância Sanitária e Ambiental
<b>Programa Nacional de Controle da Dengue</b>	Possui suas ações vinculadas ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde e aos serviços de Vigilância Sanitária e Ambiental

Fonte: Elaboração por Cavalcanti (2018), a partir de informações disponibilizadas por atores sociais da secretaria de Saúde do município de São Bento. Classificação realizada pelos atores sociais da secretaria de Saúde do município de São Bento.

#### 4.3 SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A ÁREA DA SAÚDE PARA O MUNICÍPIO DE SÃO BENTO

A proposição de um Sistema de Indicador deve ser realizada a partir do conhecimento da realidade de tal organização/ localidade em estudo. Foi nesse entendimento que o Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável Municipal na área da Saúde (IDS<sub>M</sub>\_SAÚDE) foi construído.

**Quatro dimensões** foram escolhidas como grandes grupos que contemplavam programas e serviços, que estavam pactuados para ser realizado, ou que era do desejo da secretaria que fossem pactuados no município de São Bento. Dentro de cada grande grupo chamado Dimensão, foram pontuados **vinte e oito programas/serviços** ligados a situações de atenção básica, atenção de alta e média complexidade, de vigilância e assistenciais a população.

Cada programa/serviço teve seu conjunto de indicadores proposto, nesta situação, foram escolhidos **cento e sessenta e um indicadores**, que representam cobertura, acessibilidade, equidade, eficiência e efetividade dos programas. A partir da proposição de tais indicadores e da utilização deles, é possível mensurar e avaliar as condições e serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde no município de São Bento.

Alguns serviços e programas possuem indicadores iguais dentro do sistema, até mesmo dentro da própria dimensão. Estes indicadores foram mantidos, para que não houvesse a possibilidade de prejudicar o sistema quando se houvesse necessidade de realizar análises individuais de cada programa e/ou serviço.

#### 4.3.2 DIMENSÃO ATENÇÃO BÁSICA

A **dimensão Atenção Básica** engloba os serviços e programas que são considerados prioritários a serem ofertados para o atendimento das necessidades e demandas da população, constituindo um condicionante para a promoção e cobertura da saúde, além da garantia de acesso a serviços essenciais de saúde. Este item no sistema **abrange quatorze programas e serviços** que estão em vigência, ou deveriam estar, mas foram eleitos como essenciais para o enriquecimento da saúde do Município de São Bento.

Os indicadores elencados constituem a capacidade de representar um contexto específico de quanto aquele serviço ou programa está em vigor no contexto municipal e intramunicipal, no caso, de cada Micro-área de Saúde existente no município. A partir do conjunto de indicadores proposto, torna-se possível avaliar a efetividade do contexto de atenção à saúde prestada pelo município e pelos profissionais que constituem o Sistema Básico de Saúde.

Assim, o quadro 4 apresenta a classificação dos indicadores referentes a cada programa e serviços que compõe a dimensão Atenção Básica, no qual é evidenciado a relevância de cada indicador para o desempenho de tais programas e serviços existentes no município.

Além disso, para a normalização dos dados houve a necessidade de transformar todas as informações em índices. Para tanto, adotou-se a mesma metodologia de normalização dos trabalhos de Martins e Cândido (2008), no qual os valores dos indicadores e índices foram ajustados em uma escala que varia de 0 (valor mínimo) e 1 (valor máximo) com base na proposta metodológica desenvolvida pelo Instituto Interamericano de Cooperação para a

Agricultura (IICA) para verificação de processo de desenvolvimento sustentável em países da América Latina.

Outra etapa consistiu em identificar o tipo de relação (positiva ou negativa) que cada indicador apresenta para o Sistema proposto. Assim, uma variável apresenta uma relação POSITIVA quando o índice melhorar com o aumento do indicador e uma relação NEGATIVA quando o índice piorar com o aumento do indicador.

QUADRO 4 - Classificação dos indicadores para o desempenho dos serviços/programas dimensão Atenção Básica.

<b>DIMENSÃO</b>	<b>SERVIÇOS/ PROGRAMAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR PARA O DESEMPENHO DO SERVIÇO/PROGRAMA (IRRELEVANTE – RELEVANTE – MUITO RELEVANTE)</b>	<b>RELAÇÃO COM O SISTEMA</b>
<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA- ESF</b>	População atendida por Equipes de Saúde da Família	Muito relevante	POSITIVA
		Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Relevante	POSITIVA
		Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica	Muito relevante	POSITIVA
	<b>NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	População Atendida por Equipes do NASF	Muito relevante	POSITIVA
		Proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto com a ESF	Relevante	POSITIVA
		Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a ESF	Relevante	POSITIVA
		Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados pelo NASF	Relevante	POSITIVA
		Proporção de reuniões para discussão de casos clínicos/PTS	Relevante	POSITIVA
	<b>EQUIPES DE SAÚDE BUCAL- ESB</b>	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	Relevante	POSITIVA
		População Atendida por equipes de Saúde Bucal	Muito relevante	POSITIVA
	<b>PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE- PMAQ</b>	Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante	Muito relevante	NEGATIVA
		Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea	Muito relevante	POSITIVA



		Percentual de atendimentos de consulta agendada	Muito relevante	POSITIVA
		Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada	Relevante	POSITIVA
		Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero	Relevante	POSITIVA
		Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Relevante	POSITIVA
		Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida	Relevante	POSITIVA
		Percentual de encaminhamentos para serviço especializado	Relevante	POSITIVA
		Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal	Muito relevante	POSITIVA
		<b>PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA - PSE</b>	Quantidade de tipos de ações realizadas, exceto Aedes Aegypti, por escola no conjunto das ações pactuadas, incluindo as adicionadas pelo município.	Irrelevante
Cobertura das ações de combate ao mosquito Aedes Aegypti nas escolas pactuadas	Relevante		POSITIVA	
Cobertura do PSE no total de escolas pactuadas na adesão	Muito relevante		POSITIVA	
<b>MELHOR EM CASA - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR</b>	Média de permanência geral Semestral Tempo médio de permanência dos usuários no SAD.	Relevante	NEGATIVA	
	Média de permanência por agravo Semestral Tempo médio de permanência dos usuários no SAD por agravo específico.	Relevante	NEGATIVA	

		Percentual dos usuários classificados como ad1, ad2 e ad3 na admissão	Muito relevante	NEGATIVA
		Percentual de usuários por serviço de origem (procedência)	Relevante	NEGATIVA
		Percentual de usuários por conduta/ motivo de saída (desfecho)	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de usuários em ad por agravo/condição avaliada	Muito relevante	NEGATIVA
		Capacidade de atendimentos do SAD.	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de alta do SAD	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de acompanhamento pós-óbito	Irrelevante	POSITIVA
		Percentual de usuários por sexo	Relevante	POSITIVA
		Percentual de encaminhamentos para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID	Muito relevante	NEGATIVA
		Proporção de atendimentos realizados por categoria profissional	Relevante	POSITIVA
		Percentual de óbitos declarados no domicílio	Relevante	POSITIVA
		Percentual de usuários por faixa etária	Relevante	POSITIVA
		Média de visitas por usuário	Relevante	POSITIVA
		Média de visitas por equipe (no caso de SADS com mais de uma EMAD).	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de usuários por grupo de CID identificado na admissão no SAD	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de admissão em AD no período	Relevante	POSITIVA
		Quantidade de academias de saúde	Relevante	POSITIVA

	<b>PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE</b>	Quantidade de profissionais	Irrelevante	POSITIVA
		Quantidade de equipamentos disponíveis	Relevante	POSITIVA
		Qualidade de equipamentos disponíveis	Relevante	POSITIVA
	<b>PROGRAMA MAIS MÉDICOS</b>	Quantidade de médicos cadastrados no programa mais médicos	Relevante	POSITIVA
		Quantidade de médicos por Unidade Básica de Saúde	Muito relevante	POSITIVA
	<b>PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO</b>	Número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de abandono	Muito relevante	NEGATIVA
		Percentual de cessação	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de fumantes que fizeram uso de algum tipo de medicamento;	Muito relevante	NEGATIVA
	<b>REDE CEGONHA - EXAMES PARA GESTANTES</b>	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano	Muito relevante	NEGATIVA
		Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e maternos investigados	Muito relevante	NEGATIVA
		Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Muito relevante	POSITIVA
		Proporção de recém-nascidos prematuros	Relevante	NEGATIVA
		Taxa de mortalidade pós-neonatal	Muito relevante	NEGATIVA
		Taxa de mortalidade neonatal precoce	Muito relevante	NEGATIVA
Taxa de mortalidade neonatal tardia		Muito relevante	NEGATIVA	
Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas		Muito relevante	POSITIVA	

		de pré-natal, por local de residência da mãe		
		Taxa de cesárea em primíparas	Relevante	NEGATIVA
		Média de Atendimentos de Puericultura;	Muito relevante	POSITIVA
	<b>PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DA VITAMINA “A”</b>	Quantidade de suplementos enviados por micro-área	Irrelevante	POSITIVA
		Número de crianças e puérperas suplementadas por micro-área	Relevante	POSITIVA
	<b>PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA</b>	Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do PBF acompanhadas pela atenção básica	Muito relevante	POSITIVA
	<b>VIVER SEM LIMITES</b>	Percentual de pacientes encaminhados para CER	Relevante	POSITIVA
		Percentual de testes de triagem neonatal ofertados	Relevante	POSITIVA
	<b>PROGRAMA SAÚDE DA MULHER</b>	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Relevante	POSITIVA
		Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	Muito relevante	POSITIVA
		Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Muito relevante	POSITIVA
		Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	Muito relevante	POSITIVA
		Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	Muito relevante	NEGATIVA

		Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Muito relevante	NEGATIVA
		Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero	Muito relevante	POSITIVA

Fonte: Classificação realizada pelos atores sociais da secretaria municipal de Saúde (2018).

O cálculo para a geração do Índice da Dimensão da Atenção Básica (DAB) se dará da seguinte forma:

$$\text{IDAB} = (\text{IESF} + \text{INASF} + \text{IESB} + \dots + \text{IPSM}) / 14 \quad (\text{eq. 1})$$

Nos quais,

IDAB – Índice da Dimensão da Atenção Básica;

IESF – Índice de Estratégia de Saúde da Família;

INASF – Índice do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

IESB – Índice de Equipe de Saúde Bucal;

IPSM – Índice do Programa Saúde da Mulher

Para cada Serviços/Programas também será gerado um Índice que levará em conta a quantidade de indicadores que cada um tem, por exemplo:

$$\text{IESF} = (\text{Ind\_Pop\_Saúde\_Família} + \text{Ind\_Cob\_Pop\_Atenção\_Básica} + \text{Ind\_Perc\_Serviços\_Ofertados\_Atenção\_Básica}) / 3 \quad (\text{eq. 2})$$

Nos quais,

IESF – Índice da Estratégia de Saúde da Família;

Ind\_Pop\_Saúde\_Família - Indicador da População atendida por Equipes de Saúde da Família

Ind\_Cob\_Pop\_Atenção\_Básica - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Ind\_Perc\_Serviços\_Ofertados\_Atenção\_Básica - Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica

#### 4.3.3 DIMENSÃO ATENÇÃO ESPECIALIZADA

**A dimensão Atenção Especializada** abrangeu um conjunto de serviços e programas da saúde que promovem cuidados classificados em alta e média complexidade. Esta dimensão conta com **sete serviços e programas**, que possuem um papel de suporte mais intensivo do que o nível primário de atenção. E os indicadores escolhidos e elaborados, que constitui essa

dimensão, são de fundamental importância e representatividade no que se diz respeito a suporte ambulatorial e hospitalar do Sistema Único de Saúde no contexto municipal e intramunicipal.

O quadro 5 traz a classificação dos indicadores referentes a cada programa e serviços que compõe a dimensão Atenção Especializada, e sendo possível observar quais indicadores são relevantes para o desempenho de cada programa ou serviço. A partir disto, pode ser evidenciado quais situações precisam ser priorizadas por possuir uma maior carga de importância em um serviço, pois os indicadores propostos se referem a ações, objetivos e metas que garantem melhorias qualitativas e quantitativas para a saúde da população.

QUADRO 5 - Classificação dos indicadores para o desempenho dos serviços/programas dimensão Atenção Especializada.

<b>DIMENSÃO</b>	<b>SERVIÇOS/ PROGRAMAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR PARA O DESEMPENHO DO SERVIÇO/PROGRAMA (IRRELEVANTE – RELEVANTE – MUITO RELEVANTE)</b>	<b>RELAÇÃO COM O SISTEMA</b>
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	<b>PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL</b>	Cobertura	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de recém-nascidos com coleta até o 7º dia de vida	Muito relevante	POSITIVA
		Mediana da idade do recém-nascido na data da primeira consulta	Relevante	POSITIVA
		Número de pontos de coleta do teste do pezinho	Relevante	POSITIVA
	<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA- SAMU</b>	Cobertura populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192	Muito relevante	POSITIVA
	<b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)</b>	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial	Muito relevante	POSITIVA
		Atendimento às situações de crise	Relevante	POSITIVA
		Atenção à família de paciente em crise	Relevante	POSITIVA
		Participação nos grupos de família	Relevante	POSITIVA
		Qualificação dos atendimentos grupais	Relevante	POSITIVA
		Participação do gerente	Irrelevante	POSITIVA
		Projeto Terapêutico Singular (PTS) compartilhado	Muito relevante	POSITIVA
		Recursos humanos de nível superior	Irrelevante	POSITIVA
		Investimento em ações de Educação Permanente (EP)	Relevante	POSITIVA
Oferta de supervisão clínico-institucional		Relevante	POSITIVA	



		Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares	Muito relevante	POSITIVA
		Revisão sistemática de PTS na equipe	Relevante	POSITIVA
		Quantidade de casos por referência profissional universitário	Irrelevante	POSITIVA
		Adesão do usuário à medicação	Relevante	POSITIVA
		Inserção do usuário com Deficiência Intelectual (DI) no Caps	Muito relevante	POSITIVA
		PTS de usuários com Deficiência Intelectual compartilhados	Muito relevante	POSITIVA
		Inserção de Pessoas com DI em Serviços Residenciais Terapêuticos	Irrelevante	POSITIVA
	<b>ATENÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL ESPECIALIZADA</b>	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	Muito relevante	POSITIVA
		Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	Muito relevante	POSITIVA
		Taxa de mortalidade infantil	Muito relevante	NEGATIVA
		Número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado;	Muito relevante	POSITIVA
		Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica no SUS;	Muito relevante	POSITIVA
		Proporção/Número de consultas médicas por especialidade.	Relevante	POSITIVA
		Média de permanência hospitalar por internação; internação (número de pacientes-dia/ número de saídas);	Muito relevante	NEGATIVA

		Taxa de ocupação (número de pacientes-dia/ número de leitos-dia);	Muito relevante	NEGATIVA
		Índice de rotatividade (número de saídas/número de leitos);	Muito relevante	POSITIVA
		Taxa de mortalidade institucional (número de óbitos/número/ de saídas;	Muito relevante	NEGATIVA
		Proporção de internação por causas sensíveis a atenção básica;	Muito relevante	NEGATIVA
	<b>SERVIÇO DE SUPORTE DIAGNÓSTICO</b>	Quantidade de exames ofertados	Muito relevante	POSITIVA
		Quantidade de exames realizados por mês	Relevante	POSITIVA
		Quantidade de exames preconizados em PPI e que são ofertados	Relevante	POSITIVA
	<b>CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)</b>	Total de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês, em determinada micro-área	Relevante	POSITIVA
		Total procedimentos de periodontia no mês, em determinada micro-área	Relevante	POSITIVA
		Total procedimentos de endodontia no mês, em determinada micro-área	Relevante	POSITIVA
		Total procedimentos de cirurgia oral no mês, em determinada micro-área	Relevante	POSITIVA
		Total procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês, em determinada micro-área	Relevante	POSITIVA
		Total procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês, em determinada micro-área	Muito relevante	POSITIVA
Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais		Muito relevante	POSITIVA	

		Total procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca, em determinada micro-área	Muito relevante	POSITIVA
	<b>PROGRAMA NACIONAL DE CIRURGIAS ELETIVAS</b>	Média de Idade dos Pacientes	Relevante	POSITIVA
		Número de Cirurgias	Relevante	POSITIVA
		Número de Salas Cirúrgicas	Relevante	POSITIVA
		Tempo Pré-Op. (dias)	Relevante	NEGATIVA
		Média de Permanência (dias)	Muito relevante	NEGATIVA
		Taxa Reoperação	Muito relevante	NEGATIVA
		Taxa Reinternação	Muito relevante	NEGATIVA
		Taxa de Óbito	Muito relevante	NEGATIVA
		Taxa de infecção (%)	Muito relevante	NEGATIVA

Fonte: Classificação realizada pelos atores sociais da secretaria de Saúde do município de São Bento (2018).

Assim como o IDAB, o cálculo para a geração do Índice da Dimensão da Atenção Especializada (IDAE), dar-se-á da seguinte forma:

$$\text{IDAE} = (\text{PNTN} + \text{SAMU} + \text{CAPS} + \text{AHAE} + \text{SSD} + \text{CEO} + \text{PNCE}) / 7 \quad (\text{eq.3})$$

Nos quais,

IDAE – Índice da Dimensão da Atenção Especializada

PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

AHAE - Atenção Hospitalar e Ambulatorial Especializada

SSD - Serviço de Suporte Diagnóstico

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

PNCE - Programa Nacional de Cirurgias Eletivas

Para cada Programa também será gerado o índice, como exemplo tem-se o do CAPS, no qual possui 17 indicadores onde será feito a somatória de todos e dividi-lo por 17, gerando assim apenas um número que irá variar de 0 a 1

#### 4.3.4 DIMENSÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A dimensão denominada Vigilância em Saúde é aquela que agrupa a vigilância em quatro situações, a epidemiológica, ambiental, sanitária e trabalhador. E os programas e serviços que estão nela contida, estão inseridas dentro dessas quatro situações, com a finalidade de promover a saúde da população, garantindo práticas voltadas a atenção e prevenção de doenças. Os indicadores inseridos nesse contexto permeiam a saúde associada a territorialização, as condições de vida, epidemiologia, saúde no trabalho e outros temas e ações que devem ser contempladas nas políticas públicas e contempladas nos programas e serviços na área da saúde.

O quadro 6 apresenta a classificação dos indicadores referentes a cada programa e serviços que compõe a dimensão Vigilância em Saúde.

QUADRO 6 - Classificação dos indicadores para o desempenho dos serviços/programas dimensão Vigilância em Saúde.

DIMENSÃO	SERVIÇOS/ PROGRAMAS	INDICADORES	CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR PARA O DESEMPENHO DO SERVIÇO/PROGRAMA (IRRELEVANTE – RELEVANTE – MUITO RELEVANTE)	RELAÇÃO COM O SISTEMA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	<b>PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO</b>	Cobertura de Vacinação Populacional	Muito relevante	POSITIVA
		Coberturas vacinais por vacina	Relevante	POSITIVA
		Homogeneidade de coberturas vacinais	Relevante	POSITIVA
		Taxas de abandono (ou proporção de abandono de vacinas)	Relevante	NEGATIVA
	<b>VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>	Existência de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	Muito relevante	POSITIVA
		Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano	Relevante	POSITIVA
	<b>VIGILÂNCIA AMBIENTAL</b>	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Muito relevante	POSITIVA
	<b>PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDIMIOLÓGICA</b>	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.	Muito relevante	POSITIVA
		Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Muito relevante	POSITIVA
		Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	Relevante	POSITIVA
		Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Relevante	POSITIVA
		Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação.	Relevante	POSITIVA
		Proporção de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados.	Relevante	POSITIVA

		Percentual de micro-áreas que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.	Relevante	POSITIVA
		Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	Relevante	NEGATIVA
		Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3	Relevante	POSITIVA
		Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.	Relevante	POSITIVA
		Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Muito relevante	POSITIVA
		Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	Muito relevante	POSITIVA
		Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.	Muito relevante	NEGATIVA
		Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	Muito relevante	POSITIVA
		Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.	Relevante	POSITIVA
		Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária	Irrelevante	NEGATIVA
		Número absoluto de óbitos por dengue.	Muito relevante	NEGATIVA
		Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	Muito relevante	POSITIVA
		Número de casos autóctones de malária.	Irrelevante	NEGATIVA
	<b>PROGRAMA SAÚDE DO TRABALHADOR</b>	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Muito relevante	POSITIVA

Fonte: Classificação realizada pelos atores sociais da secretaria de Saúde do município de São Bento (2018).

Para esta dimensão, o cálculo que permitirá a geração do Índice da Dimensão Vigilância em Saúde (IDVS) se dará da seguinte forma:

$$\text{IDVS} = (\text{IPNI} + \text{IVSA} + \text{IVA} + \text{IPVE} + \text{IST}) / 5 \quad (\text{eq. 4})$$

Nos quais,

IDVS – Índice da Dimensão Vigilância em Saúde;

IPNI - Programa Nacional de Imunização;

IVSA -Vigilância Sanitária;

IVA - Vigilância Ambiental;

IPVE - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde e Vigilância Epidemiológica;

IST - Programa Saúde do Trabalhador;

#### 4.3.5 DIMENSÃO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A dimensão Assistência Farmacêutica representa um determinante na saúde da população. A partir dos serviços atrelados a ela o fornecimento, distribuição e aquisição de medicamentos se torna facilitado. Sendo estes fatores de extrema importância para a integração e garantia dos direitos da população à saúde.

Nesse sentido, nessa dimensão foram elencados programas e serviços que devem ser prestados de forma a garantir essa assistência que a população necessita receber. O quadro abaixo foi classificado a importância de cada indicador que compõe o programa ou serviço contemplado na dimensão de Assistência Farmacêutica.

QUADRO 7 - Classificação dos indicadores para o desempenho dos serviços/programas dimensão Assistência Farmacêutica

<b>DIMENSÃO</b>	<b>SERVIÇOS/ PROGRAMAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR PARA O DESEMPENHO DO SERVIÇO/PROGRAMA (IRRELEVANTE – RELEVANTE – MUITO RELEVANTE)</b>	<b>RELAÇÃO COM O SISTEMA</b>
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR	Percentual de farmácias com o Sistema Hórus implantado por micro-área.	Muito relevante	POSITIVA
	PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA - QUALIFAR-SUS	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);	Relevante	POSITIVA
		Número de reuniões da CFT no último ano	Relevante	POSITIVA
		Existência de Procedimentos ou Normas Técnicas	Muito relevante	POSITIVA
		Existência de REMUME ou Relação Regional de Medicamentos	Muito relevante	POSITIVA
		Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Irrelevante	POSITIVA

Fonte: Classificação realizada pelos atores sociais da secretaria de Saúde do município de São Bento (2018).



Para esta dimensão, o cálculo que permitirá a geração do Índice da Dimensão Assistência Farmacêutica (DAF) se dará da seguinte forma:

$$\text{IDAF} = (\text{IPFP} + \text{IPNQAF}) / 2 \quad (\text{eq. 5})$$

Nos quais,

IDAF – Índice da Dimensão Assistência Farmacêutica;

IPFP - Programa Farmácia Popular;

IPNQAF - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica;

## 5 CONCLUSÕES

O contexto político-institucional brasileiro segue ainda uma lógica de administração puramente associada ao crescimento desigual da sociedade. No que acarreta no desencontro entre os setores que representam as demandas populacionais, fugindo daquilo que está promulgado dentro da Constituição Federal no que refere a garantia dos direitos sociais por parte da ação da União, dos Estados e Municípios.

Nesta situação, a mudança de conjuntura surge como fundamental para o estabelecimento da equidade social, econômica e ambiental da sociedade. No intuito inserir esta mudança de conjuntura, o Desenvolvimento Sustentável e os objetivos que nele estão contemplados associam de forma clara e objetiva a garantia dos direitos sociais do cidadão, reconhecendo-o como ser fundamental dentro de um processo administrativo.

Para corroborar com esta colocação, a necessidade de trazer a efetividade para a realidade político-institucional de uma gestão, seja em qualquer nível federativo, faz-se primordial. Pois, a efetividade de ações, metas, objetivos, programas, serviços e políticas públicas garantem que os incentivos financeiros estejam sendo bem inseridos e, principalmente, que a população esteja sendo bem assistida em relação ao cumprimento dos seus direitos. Nos quais, de acordo com o art. 6º da Constituição de 1988 são: direito a saúde, educação, trabalho, moradia, lazer, segurança, assistência aos desamparados, previdência social, proteção à maternidade e à infância.

A partir disto, para buscar trazer a efetividade dentro de uma organização política é interessante a utilização dos princípios do Desenvolvimento Sustentável como caminho para

obtenção de bons resultados tanto das demandas econômicas, como as demandas ambientais e sociais.

Uma das demandas sociais que mais necessitam de atenção é a Saúde. E esta constitui um direito de todos e um dever da União, Estado e Município.

As políticas e ações da gestão possuem o dever de garantir o acesso universal e igualitário a saúde, compreendendo as especificidades de cada localidade, de cada população. E foi nesse intuito que este trabalho se constituiu, na proposição de um Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável na área da Saúde, que se constituísse como ideal por conter indicadores e variáveis que representassem os programas e serviços que eram ofertados no município de São Bento – PB, ainda acrescentando aqueles que são programas e serviços almejados pela gestão vigente.

O sistema foi construído a partir do levantamento dos programas associados ao Sistema Único de Saúde no município de São Bento. Todo esse exercício foi realizado em conjunto com a secretaria de Saúde do município. Em paralelo, também foi elencado os programas governamentais voltados para a Saúde, nos quais estavam sendo realizados nos níveis de federativos. Observou-se uma certa discrepância existente nesta situação, pois ao início do levantamento, foi pensado que todos os programas existentes em nível federal eram pactuados nos demais níveis, garantindo a universalidade das ações e serviços contemplados dentro de cada programa, porém, essa equidade entre os níveis da federação em relação a saúde não ocorre.

Foram determinadas treze Micro-áreas de Saúde, constituindo a região de cobertura de cada Unidade Básica Saúde. Com o estabelecimento das micro-áreas, torna-se possível realizar um estudo da situação de cada programa ou serviço oferecido pelo município, considerando a micro-área como sendo a área de estudo, avaliando pontos como: cobertura, acessibilidade, promoção, proteção, efetividade e eficácia de cada programa e serviço na micro-área de estudo.

A realização dessas análises de desempenho intramunicipal da saúde se tornam peça chave ao levar em consideração o processo de tomada de decisão dos gestores. Pois nessa situação deve-se ser contemplada as demandas da sociedade, deve-se, também, priorizar o atendimento e resolução das situações vulneráveis.

Ademais, é desejável que a gestão atual do município de São Bento e a secretaria de Saúde apliquem o `IDSMSAÚDE`, alimentando-o com os dados necessários que compõem cada variável de cada indicador do sistema, possibilitando a realização uma análise municipal e intramunicipal da saúde. E a partir destas análises, que o poder público concentre seus esforços

em elaborar políticas e ações que atendam as demandas da população, trazendo igualdade e garantia dos direitos fundamentais a uma vida digna. Associando a tudo isto, a sustentabilidade em todos os demais setores do município de São Bento.

## 6 REFERÊNCIAS

- ABIKO, A. K. Texto técnico TT/PCC/10 - Serviços Públicos Urbanos. São Paulo, Epusp, 2011.
- ARCALEAN, C.; GLOMM, G.; SCHIOPU, I.; SÜDEKUM, J. Public Budget Composition, Fiscal (De)Centralization, and Welfare. Working Paper no 2007-2003. BLOOMINGTON, In: **Center for Applied Economics and Policy Research**, 2007. 32p
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Artigo 30**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Distrito Federal: Senado, 1988.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Artigo 165, § 1o**. Brasília: Congresso Nacional, 1988b.
- BRASIL - Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Guia Referencial para Medição de Desempenho e Manual para Construção de Indicadores**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Coordenação de Documentação e Informação – Brasília: MP, 2012. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>> . Acesso em: 01 nov. 2017.
- BRASIL. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1). Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro1.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf)> . Acesso em: 02 jan 2018.
- BRASIL. Lei Orgânica no Município de São Bento publicada no Diário Oficial do Estado em 28 de abril de 2002. Documento 01. **Diário Oficial do Estado**, São Bento, 28 de abr de 2002. Disponível em: <<http://www.saobento.pb.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/LEI-ORGANICA-DO-MUNICIPIO.pdf>> . Acesso em: 28 dez 2017.
- BALLESTEROS, P. K. R. Governança democrática: **por uma nova perspectiva de análise e construção das políticas de segurança pública no Brasil**. Disponível em: <[http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/695/1/C5\\_TP\\_GOVERNAN%C3%87A%20DEMOCR%C3%81TICA%20POR%20UMA%20NOVA%20PERSPECTIVA.pdf](http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/695/1/C5_TP_GOVERNAN%C3%87A%20DEMOCR%C3%81TICA%20POR%20UMA%20NOVA%20PERSPECTIVA.pdf)> . Acesso em: 02 dez. 2017.
- CANEPA, C. Cidades Sustentáveis: **o município como lócus da sustentabilidade**. São Paulo: Editora RCS, 2007.
- CARVALHO, G.A. **Análise espacial urbano-sócio-ambiental como subsídio ao planejamento territorial do município de Sabará** .2010. 133p. Dissertação (Geografia e Análise Ambiental) – Instituto de Geociências, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/MPBB-83PFA2>>. Acesso em: 01 nov. 2017.
- Cavenaghi, T. P.; Lima, M. Plano Diretor: Como a Geotecnologia tem Facilitado a Gestão dos Municípios. **REVISTA INFOGEO ONLINE**, Curitiba-PR, Edição Especial: Cidades, nov 2006. Disponível em: <<http://pt.calameo.com/read/000646884efacaac28ae7>>. Acesso em: 13 nov. 2017.
- COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO (CMMAD). **Nosso futuro comum**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1988.
- Confederação Nacional de Municípios (CNM). Guia para Localização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nos Municípios Brasileiros: **O que os gestores municipais**

- precisam saber**. Brasília: CNM, 2016. Disponível em: <[www.cnm.org.br](http://www.cnm.org.br)> Acesso: 03 dez. 2017.
- DYE, T. D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. 1984.
- DOWBOR, L. Economic Democracy – meeting some management challenges: changing scenarios in Brazil. **Journal of the European Academy of Science and Arts**, v. 8, n. 2, jul/2013.
- FILIPPIM, E. S. Administração Pública e Desenvolvimento Sustentável: **Um estudo sobre a região da Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense**. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.
- FOGLIATTI, M. C.; FILIPPO, S.; GOUDARD, B. Avaliação de Impactos Ambientais: Aplicação aos sistemas de transporte. Rio de Janeiro: **Interciência**: 2004, 249 p.
- GARCÍA-MARCO, F. J. La pirámide de la información revisitada: enriqueciendo el modelo desde la ciencia cognitiva. **El profesional de la información**, v. 20, n. 1, 2011.
- GEOPORTAL - AESA. Shapefiles - **Municípios**. IBGE, 2007. Disponível em: <<http://geoserver.aesa.pb.gov.br/geoprocessamento/geoportall/shapes.html>>. Acesso em: 27 jan. 2018.
- GEOPORTAL - AESA. Shapefiles – **Limites do Estado**. IBGE, 2007. Disponível em: <<http://geoserver.aesa.pb.gov.br/geoprocessamento/geoportall/shapes.html>>. Acesso em: 27 jan. 2018.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 1 ed. São Paulo: **Atlas**, 1987.
- GRUN, M. Ética e educação ambiental: **a conexão necessária**. Campinas: Papirus, 1996. Coleção magistério: formação e trabalho pedagógico, p. 16.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL – IBAM. **Criação de Municípios**. Disponível em: <<http://www.ibam.org.br/>>. Acesso em: 9 out. 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E Estatística – IBGE. **Indicadores de desenvolvimento sustentável - Brasil 2015**. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94254.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. População no último censo: **IBGE**, Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sao-bento/panorama>>. Acesso em: 28 dez. 2017
- LASZLO, E. A Ciência e o Campo Akashico: **Uma Teoria Integral de Tudo**. Tradução Newton Roberval Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 2008.
- MACIEL, M. A. Políticas públicas e desenvolvimento sustentável: **a avaliação ambiental estratégica como instrumento de integração da sustentabilidade ao processo decisório**. Âmbito Jurídico. Disponível em [www.ambito-juridico.com.br](http://www.ambito-juridico.com.br) . Acesso em: 28 out. 2017.
- MALHEIROS, T. F.; PHILIPPI JR., A.; COUTINHO, S. M.V. Agenda 21 nacional e indicadores de desenvolvimento sustentável: contexto brasileiro. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-20, mar, 2008.
- MARTINS, M. de F.; CÂNDIDO, G. A., 2008. Índice de desenvolvimento sustentável para municípios – **metodologia para cálculo e análise do IDSM e classificação dos níveis de sustentabilidade para espaços geográficos**. 1. ed. João Pessoa: SEBRAE.
- MEAD, L. M. Public Policy: **Vision, Potential, Limits**, Policy Currents, Fevereiro: 1-4. 1995.
- MIKESELL, J. L. Developing Options for the Administration of Local Taxes: An International Review. **Public Budgeting & Finance**, v.27, n.1. pp.41-68. 2007.
- MIRANDA, R. C. da R. "O uso da informação na formulação de ações estratégicas pelas empresas". **Ciência da Informação**, Brasília, v.28, n.3, p.284-290, set./dez. 1999.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: **teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

- MURRAY, P. Como as empresas mais inteligentes obtêm resultados da GC. In: DAVENPORT, T. H.; MARCHAND, D. A.; DICKSON, T. **Dominando a gestão da informação**. Porto Alegre: Bookman, 2004. p.213-219.
- NALINI, J. R. A evolução do direito ambiental nos 20 anos de vigência da CF/88. In: Os vinte anos da Constituição da República Federativa do Brasil. Saraiva: **Atlas**, 2009.
- OLIVEIRA, J. B. F. Governo eletrônico: **uma visão sobre a importância do tema**. Informática Pública, Brasília, n. 11(1), 2009. Disponível em: <[http://www.ip.pbh.gov.br/ANO11\\_N1\\_PDF/governo\\_eletronico.pdf](http://www.ip.pbh.gov.br/ANO11_N1_PDF/governo_eletronico.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2017.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento – **Nosso futuro comum**. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV,1991. 46 p.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. DOCUMENTOS TEMÁTICOS - **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, junho de 2017. 33-54 p.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Nações Unidas no Brasil - **17 Objetivos para transformar nosso mundo**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 27 jan. 2018
- ORBIS, Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade, “**Construção e Análise de Indicadores**” - Serviço Social da Indústria - Curitiba: 2010.
- PACHECO, C. G.; VALENTIM, M. L. P. Informação e conhecimento como alicerces para a gestão estratégica empresarial: um enfoque nos fluxos e fontes de informação. In: VALENTIM, Marta (Org.). **Gestão, mediação e uso da informação**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. p. 319-341.
- PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 6.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 87 p.
- PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.
- PETRÓ, B. **Análise do fluxo informacional dos gestores turísticos da unidade de conservação Parque Natural Municipal Mata Atlântica de Atalanta – SC**. 2008. 184 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- PINTO, G. J. Do sonho à realidade: **Córrego Fundo – MG, fragmentação territorial e criação de municípios de pequeno porte**. 248f. Dissertação (Mestrado em Geografia). IG-UFRJ, Uberlândia, 2003.
- PHILIPPI JR, A.; MALHEIROS, T. F.; AGUIAR, A. O. Indicadores de desenvolvimento sustentável. In:PHILIPPI JR, A. Saneamento, saúde e ambiente: **fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. Barueri: Manole, 2005. p. 761-808.
- PUTNAM, R. D. Comunidade e Democracia: **a experiência da Itália Moderna**. Rio de Janeiro, FGV, 2002.
- PROADESS. Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: **indicadores para monitoramento**. Laboratório de Informações em Saúde – LIS Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia – ICICT. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, abril de 2011. Disponível em: <[http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO\\_FINAL%20\\_com\\_sumario\\_atualizadorev%202014.pdf](http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf)>. Acesso em: 23 dez 2017.
- TEIXEIRA, E. C. **O papel das Políticas Públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Cadernos da AATR –BA (Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais no Estado da Bahia), Bahia, p. 1-11, 2002. Disponível em: <<http://www.aedmoodle.ufpa.br/mod/url/view.php?id=93704>>. Acesso em: 01 dez. 2017.
- TRIGUEIRO, J. M. A.; SALES, L. G. de L.. Sistema de indicadores para avaliar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em nível intramunicipal: uma aplicação no município de Pombal-PB. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE

- FEDERAL DE CAMPINA GRANDE,13. 2016, Campina Grande. **Anais...**Campina Grande: UFCG, 2016.
- SABATIER, P. A. **Political Science and Public Policy**. In: THEODOULOU, Stella Z; CAHN, Matthew A. (Org.). **Public Policy: The Essential Readings**. New Jersey:Prentice Hall, 1995. cap. 2, p. 10-15.
- SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010. p. 133
- SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning. 2013. p. 19
- SILVA, J. A. da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**, Malheiros, 2009.
- SILVA, CL; MENDES, JTG (Org.), 2005. Reflexões sobre o Desenvolvimento Sustentável: **agentes e interações sob a ótica multidisciplinar**. 1 ed. Rio de Janeiro, v. 1, p. 11-40.
- SCHMIDT, W. CAZELLA, A. A., TURNES, V. A. **Indicadores de sucesso de processos de desenvolvimento local**. Trabalho apresentado na “Oficinas sobre indicadores de sucesso em programas de desenvolvimento local”. Pnud. Brasília/DF, 1998. mimeo.
- TARAPANOFF, K. (org.). **Inteligência organizacional e competitiva**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001. 344p.
- UNITED NATIONS. **Agenda 21**. Rio de Janeiro, Brasil: United Nations Conference on Environment & Development, 1992. 338 p. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/Agenda21.pdf>> . Acesso em: 12 nov. 2017.
- VEIGA, J. E. **Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

## 7 ANEXOS

## 7.1 SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A ÁREA DA SAÚDE

DIMENSÕES	SERVIÇOS/ PROGRAMAS	INDICADORES	VARIÁVEIS	FONTE	
ATENÇÃO BÁSICA	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA- ESF	População atendida por Equipes de Saúde da Família	Quantidade de equipes de saúde da família do município	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).	
			População com acesso a cada equipe de saúde da família	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e Departamento de Informação do SUS (DATASUS)	
			População total estimada para cada unidade de saúde básica do município	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e Departamento de Informação do SUS (DATASUS)	
				Micro-área	Secretaria de Saúde
		Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Equipes de Saúde da Família com os códigos de 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39. As equipes de códigos 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011, equivalendo: códigos 24 a 26 = 1 equipe; códigos 27 a 29 = 2 equipes; códigos 30 a 32 = 3 equipes; código 33 a 35 = 0,85 equipe; código 36 a 38 = 0,6 equipe.	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).	
			Equipes de Atenção Básica parametrizadas códigos de 16 a 21 deverão ser ponderadas conforme Portaria nº 576/2011, equivalendo: códigos 16 e 19 = 1 equipe; códigos 17 e 20 = 2 equipes; códigos 18 e 21 = 3 equipes.	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).	
			Equipes de Saúde Família equivalentes - a cada 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe.	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).	



			Estimativa da populacional do ano anterior	Departamento de Informação do SUS (DATASUS)
			Micro-área	UBS
<b>NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica</b>		Ações e serviços realizados pela equipe de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados na Atenção Básica”.	Fichas de atendimento individual, de procedimentos e de atividade coletiva – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
			Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica”.	Fichas de atendimento individual, de procedimentos e de atividade coletiva – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
		Micro-área	UBS	
	<b>População Atendida por equipes NASF</b>		Número de usuários atendidos por profissionais do NASF	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB
			Total da população cadastradas pela Saúde da Família apoiadas pelo NASF	Departamento de Informação do SUS (DATASUS)
			Micro-área	UBS
			Período	Fichas de atendimento - UBS
	<b>Proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto com a ESF</b>		Número de atendimentos individuais realizados por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF, em determinada micro-área e período	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB
			Número total de atendimentos individuais realizados pelo NASF no mesma micro-área e período	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB
			Quantidade de visitas domiciliares realizadas por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB
			Período mensal do atendimento	Fichas de atendimento - UBS
	<b>Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a ESF</b>		Micro-área atendida	UBS
			Quantidade de visitas domiciliares realizadas por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF, em uma determinada micro-área e período	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB
Quantidade total de atendimentos em domicílio realizados pelo NASF			Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB	
Micro-área			UBS	
		Período mensal de atendimento	Fichas de atendimento UBS	

		<b>Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados pelo NASF</b>	Quantidade de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF	Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB
			Quantidade total de ações coletivas realizadas pelo NASF	Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB
			Micro-área	UBS
			Período mensal de atendimento	Fichas de atendimento UBS
		<b>Proporção de reuniões para discussão de casos clínicos/PTS</b>	Quantidade de reuniões realizadas para a discussão de caso clínico entre NASF e ESF apoiadas, em determinada micro-área e período	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB
			Quantidade total de reuniões realizadas pelo NASF	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB
			Micro-área	UBS
			Período mensal de atendimento	Fichas de atendimento UBS
	<b>EQUIPES DE SAÚDE BUCAL- ESB</b>	<b>Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica</b>	Número de equipes de Saúde da Família com saúde bucal (códigos 2, 3, 10, 11, 13, 15, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 e 39, na base do SCNES).	Fichas de atendimento individual, de procedimentos e de atividade coletiva – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
			Número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com saúde bucal (códigos 19, 20 e 21, na base do SCNES).	Fichas de atendimento individual, de procedimentos e de atividade coletiva – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
			Micro-área	UBS
			Quantidade de equipes de saúde bucal do município	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
		<b>População Atendida por equipes de Saúde Bucal</b>	População com acesso a cada equipe de saúde bucal	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
			População total estimada para cada unidade de saúde básica do município	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
Micro-área de cada unidade básica			UBS	

<b>PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE- PMAQ</b>	<b>Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante</b>	<b>Quantidade de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante</b>	<b>Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)</b>
		Micro-área	UBS
	<b>Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea</b>	Total de “atendimentos de urgência” + “consulta no dia” realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE)	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
		Total de atendimentos de “Consulta Agendada Programática/Cuidado Continuado” + “Consulta Agendada” + “Consulta no dia” + “Atendimento de Urgência” registrado por médico e enfermeiro vinculados à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
		Micro-área	UBS
	<b>Percentual de atendimentos de consulta agendada</b>	Total de atendimentos individuais de “Consulta Agendada” informados no campo Tipo de Atendimento registrado por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
		Total de atendimentos de “Consulta Agendada Programática/Cuidado Continuado” + “Consulta Agendada” + “Consulta Dia” + “Atendimento de Urgência” registrado por médico e enfermeiro vinculados à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
		Micro-área	UBS
	<b>Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada</b>	Total de atendimentos individuais para pessoas com DM + total de atendimentos individuais para pessoas com HAS + total de atendimentos individuais para pessoas com obesidade realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
		População cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de HAS + população cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de DM + população cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de Obesidade.	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
		(A população cadastrada com 18 anos ou mais deve estar devidamente vinculada à equipe (INE)).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
		Micro-área	UBS

		<b>Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero</b>	Total de procedimentos de “coleta de material citopatológico do colo do útero” ou código “SIGTAP 02.01.02.003-3” informados no campo Procedimentos/Pequenas cirurgias realizadas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
			(Serão considerados os procedimentos realizados em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos.)	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
			Total de mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos cadastradas vinculadas à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
			Micro-área	UBS
		<b>Cobertura de primeira consulta odontológica programática</b>	Total de “Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas” informadas no campo Tipo de Consulta registradas por cirurgião dentista vinculado à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
			Total de cadastros individuais vinculados à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
			Micro-área	UBS
		<b>Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida</b>	Total de atendimentos individuais a recém-nascidos até seis dias de vida realizados por médicos e enfermeiros das equipes do município*	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
			Total de nascidos vivos até o sexto dia de vida subtraído dos óbitos neonatais precoce, por município.	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
			Micro-área	UBS
		<b>Percentual de encaminhamentos para serviço especializado</b>	Total de atendimentos individuais realizados por médicos vinculados à equipe (INE), onde a conduta/desfecho for registrada como “encaminhamento para serviço especializado”.	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
			Total de atendimentos individuais realizados por médico vinculados à equipe (INE) exceto “Escuta Inicial/Orientação”.	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
Micro-área	UBS			

		<b>Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas</b>	Total de atendimentos odontológicos individuais informados com “tratamento concluído” no campo Conduta/Desfecho registrado pelo cirurgião-dentista vinculado à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)	
			Total de atendimentos odontológicos individuais informados com “Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas” no campo Conduta/Desfecho registrado pelo cirurgião dentista vinculado à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)	
			Micro-área	UBS	
		<b>Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica</b>	Total de ações e serviços realizados pela equipe de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados na Atenção Básica”.	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)	
			Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica”.	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)	
			Micro-área	UBS	
		<b>Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal</b>	Total de ações e serviços realizados pelas equipes de Saúde Bucal, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Saúde Bucal”.	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)	
			Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Saúde Bucal, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pelas equipes de Saúde Bucal.	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)	
			Micro-área	UBS	
		<b>PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA- PSE</b>	<b>Quantidade de tipos de ações realizadas, exceto Aedes Aegypti, por escola no conjunto das ações pactuadas, incluindo as adicionadas pelo município.</b>	Quantidade de ação por tipo realizada por escola.	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
				Micro-área	UBS
			<b>Cobertura das ações de combate ao mosquito Aedes Aegypti nas escolas pactuadas</b>	Número de escolas pactuadas com registro da ação de combate ao mosquito Aedes Aegypti	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
	Número de escolas pactuadas			Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)	

			Micro-área	UBS	
		<b>Cobertura do PSE no total de escolas pactuadas na adesão</b>		Número de escolas com registro de ações do PSE	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
				Número de escolas pactuadas	Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS)
<b>MELHOR EM CASA DOMICILIAR</b>	<b>Média de permanência geral Semestral Tempo médio de permanência dos usuários no SAD.</b>		Micro-área	UBS	
		Total de dias de permanência dos usuários que tiveram alta do SAD no período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais		
		Total de usuários que tiveram alta do SAD no mesmo período.	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais		
		Período de diagnóstico	Fichas de atendimento		
		Micro-área	UBS		
	<b>Média de permanência por agravo Semestral Tempo médio de permanência dos usuários no SAD por agravo específico.</b>		Total de dias de permanência dos usuários por agravo que tiveram alta do SAD no período	e-SUS AD ou registros locais	
			Total de usuários com o mesmo agravo que tiveram alta do SAD no mesmo período	e-SUS AD ou registros locais	
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento	
			Micro-área	UBS	
	<b>Percentual dos usuários classificados como ad1, ad2 e ad3 na admissão</b>		Total de usuários classificados na admissão em cada modalidade	e-SUS AD ou registros locais	
			Total de usuários admitidos em AD no mesmo período	e-SUS AD ou registros locais	
			Tipos de modalidades	e-SUS AD ou registros locais	
			Micro-área	UBS	
	<b>Percentual de usuários por serviço de origem (procedência)</b>		Total de usuários procedentes de cada serviço no período	e-SUS AD ou registros locais	
			Total de usuários admitidos no mesmo período	e-SUS AD ou registros locais	
			Micro-área	UBS	
	<b>Percentual de usuários por conduta/motivo de saída (desfecho)</b>		Total de usuários que saíram do SAD por cada desfecho no período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais	
			Total de usuários que saíram do SAD no mesmo período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais	
			Tipo de conduta/motivo	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais	
			Micro-área	UBS	
	<b>Percentual de usuários em ad por</b>		Total de usuários por agravo condição avaliada no período	e-SUS AD ou registros locais	
			Total de usuários do SAD no mesmo período	e-SUS AD ou registros locais	

		<b>agravo/condição avaliada</b>	Micro-área	UBS
		<b>Capacidade de atendimentos do SAD.</b>	Total de usuários que permaneceram no SAD do mês anterior	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de usuários admitidos no mês corrente.	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
			Micro-área	UBS
		<b>Percentual de alta do SAD</b>	Total de usuários que tiveram alta do SAD no período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de usuários do SAD no mesmo período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Período de diagnóstico	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Micro-área	UBS
		<b>Percentual de acompanhamento pós-óbito</b>	Total de famílias ou cuidadores com acompanhamento pós-óbito no período	e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de óbitos no mesmo período	e-SUS AD1 ou registros locais
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
			Micro-área	UBS
		<b>Percentual de usuários por sexo</b>	Total de usuários por sexo	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de usuários no SAD	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Micro-área	UBS
		<b>Percentual de encaminhamentos para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID</b>	Total de usuários encaminhados para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID no período	e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de usuários com o mesmo grupo de CID no mesmo período	e-SUS AD1 ou registros locais
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de atendimentos realizados por categoria profissional</b>	Total de atendimentos por CBO no período	e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de atendimentos do SAD ou equipe no mesmo período.	e-SUS AD1 ou registros locais
			Período de diagnóstico	Fichas de admissão
			Micro-área	UBS
		<b>Percentual de óbitos declarados no domicílio</b>	Total de declarações de óbito emitidas pelo médico da EMAD no período	e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de óbitos de usuários do SAD ocorridos no domicílio no mesmo período	e-SUS AD1 ou registros locais
			Período de diagnóstico	Fichas de admissão
			Micro-área	UBS

		<b>Percentual de usuários por faixa etária</b>	Total de usuários por faixa etária no período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de usuários do SAD no mesmo período.	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Período de diagnóstico	Fichas de admissão
			Micro-área	UBS
		Faixas etárias sugeridas: até 11 anos; 12 – 29 anos; entre 30-59 anos; de 60-79 anos; mais de 80 anos.	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais	
		<b>Média de visitas por usuário</b>	Total de visitas realizadas pelo SAD no período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de usuários do SAD no mesmo período.	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Período de diagnóstico	Fichas de admissão
			Micro-área	UBS
		<b>Média de visitas por equipe (no caso de SADs com mais de uma EMAD).</b>	Total de visitas realizadas pelas equipes no período	e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de equipes no mesmo período.	e-SUS AD1 ou registros locais
			Período de diagnóstico	Fichas de admissão
			Micro-área	UBS
		<b>Percentual de usuários por grupo de CID identificado na admissão no SAD</b>	Total de usuários por grupo de CID no período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Total de usuários no mesmo período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais
			Período de diagnóstico	Fichas de admissão
	Micro-área		UBS	
	<b>Percentual de admissão em AD no período</b>	Total de usuários admitidos no SAD no período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais	
		Total de usuários do SAD no mesmo período	RAAS, e-SUS AD1 ou registros locais	
		Período de diagnóstico	Fichas de admissão	
		Micro-área	UBS	
	<b>PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE</b>	<b>Quantidade de academias de saúde</b>	Número de academias de saúde	Secretaria municipal
			Micro-área	UBS
		<b>Quantidade de profissionais</b>	Número de profissionais/professores que acompanham a academia	Secretaria municipal
			Micro-área	UBS
		<b>Quantidade de equipamentos disponíveis</b>	Número de equipamentos por academia	Secretaria municipal
			Micro-área	UBS
		<b>Qualidade de equipamentos disponíveis</b>	Qualificação dos equipamentos existentes na academia	Secretaria municipal
Micro-área			UBS	
<b>PROGRAMA MAIS MÉDICOS</b>	<b>Quantidade de médicos cadastrados no programa mais médicos</b>	Quantidade de médicos cadastrados no município	Secretaria municipal	
		Micro-área	UBS	



		<b>Quantidade de médicos por Unidade Básica de Saúde</b>	Quantidade de médicos na UBS	Secretaria municipal
			Micro-área	UBS
<b>PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO</b>	<b>Número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica</b>	Fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica;	Ficha de atendimento individual de controle da reunião	
	<b>Percentual de abandono</b>	Pacientes que continuaram até a quarta sessão estruturada	Ficha de atendimento individual de controle da reunião	
		Pacientes que estavam na primeira sessão estruturada	Ficha de atendimento individual de controle da reunião	
	<b>Percentual de cessação</b>	Pacientes que estavam na primeira sessão estruturada	Ficha de atendimento individual de controle da reunião	
		Pacientes que na quarta sessão estruturada já estava sem fumar	Ficha de atendimento individual de controle da reunião	
	<b>Percentual de fumantes que fizeram uso de algum tipo de medicamento;</b>	Usuários que usaram a medicação durante o tratamento	Ficha de atendimento individual de controle da reunião	
		Quantidade de pacientes que participaram do tratamento	Ficha de atendimento individual de controle da reunião	
	<b>REDE CEGONHA - EXAMES PARA GESTANTES</b>	<b>Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano</b>	Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em determinada micro-área e ano de diagnóstico	SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica / Ministério da Saúde - SGEP
			Nascidos vivos nesse mesmo período e micro-área	SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica / Ministério da Saúde - SGEP
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
<b>Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e maternos investigados</b>		Micro-área	UBS	
		Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos notificados no módulo de investigação de óbitos do SIM	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)	
		Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos residentes	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)	
Micro-área	UBS			
	Número de óbitos de menores de um ano e fetais investigados	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)		

		<b>Proporção de óbitos infantis e fetais investigados</b>	Número total de óbitos infantis e fetais notificados	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de recém-nascidos prematuros</b>	Número de recém-nascidos com idade gestacional ao nascer < 37 semanas em um dado período e local de residência	Bancos de Dados Tabnet
			Número total de recém-nascidos no mesmo período e local	Bancos de Dados Tabnet
			Micro-área	UBS
		<b>Taxa de mortalidade pós-neonatal</b>	Período de diagnóstico	Bancos de Dados Tabnet
			Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade	Bancos de Dados Tabnet
			Número de nascidos vivos de mães residentes	Bancos de Dados Tabnet
		<b>Taxa de mortalidade neonatal precoce</b>	Micro-área	UBS
			Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade	Bancos de Dados Tabnet
			Número de nascidos vivos de mães residentes	Bancos de Dados Tabnet
		<b>Taxa de mortalidade neonatal tardia</b>	Micro-área	UBS
			Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade	Bancos de Dados Tabnet
			Número de nascidos vivos de mães residentes	Bancos de Dados Tabnet
		<b>Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, por local de residência da mãe</b>	Micro-área	UBS
			Número de nascidos vivos de mães residentes no Micro-área com 7 ou mais consultas de pré-natal no período,	Bancos de Dados Tabnet
			Número de nascidos vivos de mães residentes no Micro-área e período	Bancos de Dados Tabnet
			Micro-área	UBS
		<b>Taxa de cesárea em primíparas</b>	Período de diagnóstico	Ficha de atendimento
			Cirurgias cesáreas em primíparas	Departamento de informática do SUS - DATASUS
			Totais em primíparas	Departamento de informática do SUS – DATASUS
<b>Média de Atendimentos de Puericultura;</b>	Micro-área	UBS		
	Atendimentos de puericultura (médico e enfermeiro) para menores de 2 anos	Relatório PMA2 do SIAB		
	Número de menores de 2 anos * acompanhados no mesmo local e período.	Relatório PMA2 do SIAB		
	Micro-área	UBS		

			Período de atendimento	Fichas de atendimento
<b>PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO O DA VITAMINA "A"</b>	<b>Quantidade de suplementos enviados por micro-área</b>		Quantidade de suplementos enviados por micro-área	Relatório da secretaria de saúde
			Micro-área	UBS
	<b>Número de crianças e puérperas suplementadas por micro-área</b>		Número de crianças e puérperas suplementadas por micro-área	Sistema Horus, da Assistência Farmacêutica Básica do município
			Micro-área	UBS
<b>PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA</b>	<b>Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do PBF acompanhadas pela atenção básica</b>		Quantidade de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica por micro-área e período	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condições de Saúde do PBF – DATASUS/MS
			Quantidade de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família cadastradas na mesma micro-área e período	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condições de Saúde do PBF – DATASUS/MS
		Micro-área	UBS	
		Período de diagnóstico	Fichas de atendimento	
<b>VIVER SEM LIMITES</b>	<b>Percentual de pacientes encaminhados para CER</b>		Quantidade de usuários encaminhados para CER	Relatórios de atendimento do CER
			Quantidade de usuários com deficiências (física e intelectual)	Relatórios de atendimento do CER
	<b>Percentual de testes de triagem neonatal ofertados</b>		Quantidade de teste de triagem neonatal ofertados	Programa Nacional de Triagem Neonatal – CGSH/DAET/SAS/MS
			Quantidade de testes preconizados	Programa Nacional de Triagem Neonatal – CGSH/DAET/SAS/MS
<b>PROGRAMA SAÚDE DA MULHER</b>	<b>Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.</b>		Número de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM.	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
			Número de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM.	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
		Micro-área	UBS	
	<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local</b>		Número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento.	Relatório PMA2 do SIAB

		<b>e a população da mesma faixa etária.</b>	População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano	Relatório PMA2 do SIAB
			Micro-área	UBS
		<b>Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.</b>	Número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento.	Ministério da Saúde: Sistema de informações ambulatoriais (SIA); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); DATASUS
			População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano	Ministério da Saúde: Sistema de informações ambulatoriais (SIA); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); DATASUS
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar</b>	Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano;	Sistema de Informações sobre Nascido/s Vivos (Sinasc)
			Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos</b>	Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)
			Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)
			Micro-área	UBS
		<b>Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência</b>	Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
			Micro-área	UBS
		<b>Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero</b>	Número de procedimentos* de “coleta de material citopatológico do colo do útero” ou código “SIGTAP 02.01.02.003-3” informados no campo Procedimentos/Pequenas cirurgias realizadas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados à equipe (INE).	Relatório PMA2 do SIAB
			Total de mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos cadastradas vinculadas à equipe (INE).	Relatório PMA2 do SIAB
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento

<b>DIMENSÕES</b>	<b>SERVIÇOS/ PROGRAMAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>FONTE</b>
<b>ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>	<b>PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL</b>	<b>Cobertura</b>	Número de recém-nascidos triados, em 1ª amostra;	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
			Número de nascidos vivos registados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; Micro-área	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) UBS
		<b>Percentual de recém-nascidos com coleta até o 5º dia de vida</b>	Número de recém-nascidos com coleta do teste do pezinho realizada até o 5º dia de vida	Programa Nacional de Triagem Neonatal – CGSH/DAET/SAS/MS
			Número total de recém-nascidos triados em primeira amostra Micro-área	Programa Nacional de Triagem Neonatal – CGSH/DAET/SAS/MS UBS
		<b>Mediana da idade do recém-nascido na data da primeira consulta</b>	Idade de recém-nascidos na primeira consulta; considerando-se o total de recém-nascidos consultados para determinado tipo de doença, no ano/período considerado	Programa Nacional de Triagem Neonatal – CGSH/DAET/SAS/MS
			Micro-área	UBS
		<b>Número de pontos de coleta do teste do pezinho</b>	Número de locais cadastrados para realizar a coleta das amostras de sangue dos recém-nascidos e encaminhar para o laboratório especializado em triagem neonatal, no ano/período considerado.	Programa Nacional de Triagem Neonatal – CGSH/DAET/SAS/MS
			Micro-área	UBS
		<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU</b>	<b>Cobertura populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192</b>	Número total de pessoas residente nos Municípios com acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em determinada período e micro-área
	População total da micro-área de saúde e período			Bancos de Dados Tabnet
	Micro-área			UBS

<b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)</b>	<b>Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial</b>	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial	Bancos de Dados Tabnet
		Micro-área	UBS
	<b>Atendimento às situações de crise</b>	Nº de pacientes em situação de crise encaminhados	Livro de plantão, prontuário.
		Nº total de pacientes em situação de crise	Livro de plantão, prontuário.
	<b>Atenção à família de paciente em crise</b>	Micro-área	UBS
		Nº de núcleos familiares de paciente em situação de crise atendidas	Livro de plantão, prontuário.
		Total pacientes em situação de crise	Livro de plantão, prontuário.
	<b>Participação nos grupos de família</b>	Micro-área	UBS
		Nº de núcleos familiares participantes dos grupos	Folhas de presença dos grupos
		Nº de pacientes ativos	Folhas de presença dos grupos
	<b>Qualificação dos atendimentos grupais</b>	Micro-área	UBS
		Nº de reuniões gerais nas quais pautou-se discussões sobre os grupos	Livros Atas de reuniões, técnicos responsáveis pelo grupo
		Nº de reuniões gerais da unidade	Livros Atas de reuniões, técnicos responsáveis pelo grupo
	<b>Participação do gerente</b>	Micro-área	UBS
		Nº de espaços em que gestor do serviço participa	Livro de ata, Agenda do gerente
		Total de espaços definidos por micro-área	Livro de ata, Agenda do gerente
	<b>Projeto Terapêutico Singular (PTS) compartilhado</b>	Micro-área	UBS
		Nº de PTS compartilhados	Técnicos de referência do Caps; anotações de prontuários; PTS
		Nº total de PTS	Técnicos de referência do Caps; anotações de prontuários; PTS
	<b>Recursos humanos de nível superior</b>	Nº de horas de profissionais universitários	Planilha de Recursos Humanos
	<b>Investimento em ações de Educação Permanente (EP)</b>	Nº de horas de trabalho utilizadas para EP	Lista de presença e certificado
		Carga horária total de trabalho	Lista de presença e certificado
	<b>Oferta de supervisão clínico-institucional</b>	Nº total de horas de supervisão no trimestre	Folha de frequência do supervisor, cronograma do serviço
	<b>Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares</b>	Nº de PTS	Prontuário e formulário de PTS
		Nº de usuários ativos	Prontuário e formulário de PTS
	<b>Revisão sistemática de PTS na equipe</b>	Nº de PTS discutido em equipe	Livros de registro de reuniões, Livro Ata e Prontuário

			Nº total de usuários com PTS	Livros de registro de reuniões, Livro Ata e Prontuário
		<b>Quantidade de casos por referência profissional universitário</b>	Nº de usuários do Caps	Prontuários e RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde)
			Quant. Prof. de referência	Prontuários e RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde)
		<b>Adesão do usuário à medicação</b>	Quantidade de medicação não retirada no mês	Controle de dispensação da Farmácia e posto de enfermagem
			Quantidade de medicação prescrita no mês	Controle de dispensação da Farmácia e posto de enfermagem
		<b>Inserção do usuário com Deficiência Intelectual (DI) no Caps</b>	Número de usuários com diagnóstico de DI encaminhados ao Caps	Triagem, censo, RAAS, prontuário
			Número total de usuários com DI inseridos no Caps	Triagem, censo, RAAS, prontuário
		<b>PTS de usuários com Deficiência Intelectual compartilhados</b>	Quantidade de usuários com DI que tem PTS compartilhado com instituições que atendem pessoas com DI	Prontuário, registros de reunião de equipe e/ou mini-equipe (equipe de referência)
			Quantidade de usuários com DI inseridos no Caps	Prontuário, registros de reunião de equipe e/ou mini-equipe (equipe de referência)
		<b>Inserção de Pessoas com DI em Serviços Residenciais Terapêuticos</b>	Número de usuários com DI residentes em SRT anual	Censo das moradias, censo dos Caps, Áreas de Proteção do Ambiente Cultural (Apac)
			Número de usuários residentes em SRT anual	Censo das moradias, censo dos Caps, Áreas de Proteção do Ambiente Cultural (Apac)
		<b>ATENÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL ESPECIALIZADA</b>	<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.</b>	Número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por micro-área de residência e ano de atendimento.
	População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano			Relatório PMA2 do SIAB
	Micro-área			UBS
<b>Razão de exames de mamografia de</b>	Número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em		Ministério da Saúde: Sistema de informações ambulatoriais (SIA);	

		<b>rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária</b>	mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); DATASUS
			População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano	Ministério da Saúde: Sistema de informações ambulatoriais (SIA); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); DATASUS
			Micro-área	UBS
		<b>Taxa de mortalidade infantil</b>	Número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
			Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
			Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
			Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
			Número de nascidos vivos de mães residentes	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
			Micro-área	UBS
		<b>Número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado;</b>	Atendimentos individuais realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE).	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.
			Total de cadastros individuais vinculados à equipe (INE)	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA – SISA
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
		<b>Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica no SUS;</b>	Número total de procedimentos diagnósticos de patologia clínica ou de imagiologia, apresentados ao SUS	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).			



		Micro-área	UBS
	<b>Proporção/Número de consultas médicas por especialidade.</b>	Número total de consultas médicas de determinada especialidade apresentadas ao SUS	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.
		Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.
		Micro-área	UBS
	<b>Média de permanência hospitalar por internação; internação</b>	Número de paciente-dia do hospital no período de um mês	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar
		Número de saídas no mesmo período	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar
	<b>Taxa de ocupação</b>	Número de paciente-dia do hospital no período de um mês	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar
		Número de leitos-dia operacionais no mesmo período	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar
	<b>Índice de rotatividade (número de saídas/número de leitos);</b>	Número de saídas no mesmo período	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar
		Número de leitos no mesmo período	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar
	<b>Taxa de mortalidade institucional (número de óbitos/número/ de saídas;</b>	Número de óbitos no mesmo período	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar
		Número de saídas no mesmo período	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar

		<b>Proporção de internação por causas sensíveis a atenção básica;</b>	Número de internações por causas selecionadas sensíveis à atenção básica, por local de residência e ano de internação.	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar
			Total de internações clínicas, por local de residência e ano de internação.	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – relatório do censo hospitalar
			Micro-área	UBS
	<b>SERVICO DE SUPORTE DIAGNÓSTICO</b>	<b>Quantidade de exames ofertados</b>	Número de exames ofertados por UBS	Relatório da Unidades Básicas
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
		<b>Quantidade de exames realizados por mês</b>	Número de exames realizados por mês	Relatório da Unidades Básicas
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
		<b>Quantidade de exames preconizados em PPI e que são ofertados</b>	Número de exames que são preconizados em PPI e que são ofertados	Relatório da Unidades Básicas
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
	<b>CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)</b>	<b>Total de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês, em determinada micro-área</b>	Total de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
<b>Total procedimentos de periodontia no mês, em determinada micro-área</b>		Total procedimentos de periodontia	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C	
		Micro-área	UBS	
		Período de diagnóstico	Fichas de atendimento	
<b>Total procedimentos de endodontia no mês, em determinada micro-área</b>		Total procedimentos de endodontia	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C	
		Micro-área	UBS	

			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
		<b>Total procedimentos de cirurgia oral no mês, em determinada micro-área</b>	Total procedimentos de cirurgia oral	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
		<b>Total procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês, em determinada micro-área</b>	Total procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
		<b>Total procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês, em determinada micro-área</b>	Total procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
		<b>Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais</b>	Número de exodontias realizadas em pessoas com necessidades especiais atendidas	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I
			Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos realizados em pessoas com necessidades especiais	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I
			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
		<b>Total procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca, em determinada micro-área</b>	Total procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I

			Micro-área	UBS
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
<b>PROGRAMA NACIONAL DE CIRURGIAS ELEATIVAS</b>	<b>Média de Idade dos Pacientes</b>		Idade dos pacientes	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
			Número de pacientes	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
	<b>Número de Cirurgias</b>		Número de cirurgias	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
			Tipo de cirurgia	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
	<b>Número de Salas Cirúrgicas</b>		Número de Salas Cirúrgicas	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
	<b>Tempo Pré-Op. (dias)</b>		Tempo em dias considerados pré-operatório por procedimento cirúrgico	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários/ Censo Hospitalar
			Tipo de procedimento cirúrgico	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
	<b>Média de Permanência (dias)</b>		Tempo de permanência em dias por procedimento cirúrgico	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários/ Censo Hospitalar
			Tipo de procedimento cirúrgico	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
	<b>Taxa Reoperação</b>		Número de pacientes que necessitaram realizar reoperação	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
			Número de procedimentos cirúrgicos	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
	<b>Taxa Reinternação</b>		Número de pacientes que foram reinternados	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
			Número de procedimentos cirúrgicos	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
	<b>Taxa de Óbito</b>		Número de óbitos ocorridos relacionados aos procedimentos cirúrgicos	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
			Número de procedimentos cirúrgicos	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
	<b>Taxa de infecção (%)</b>		Número de pacientes que foram acometidos com infecção	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários

			Tipo de infecção	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
			Número de pacientes	Relatório Hospitalar/ fichas de atendimento/ prontuários
<b>DIMENSÃO</b>	<b>PROGRAMA/SERVIÇO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>FONTE</b>
<b>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>	<b>PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO</b>	<b>Cobertura de Vacinação Populacional</b>	Porcentagem da vacinação por tipo e faixa etária correspondente	Tabnet - Datasus
		<b>Coberturas vacinais</b>	Tipos de vacinas	UBS
			Quantidade de doses ministradas de cada vacina determinada	Tabnet – Datasus
			População-alvo por faixa etária correspondente	Tabnet - Datasus
		<b>Homogeneidade de coberturas vacinais</b>	Quantidade de micro-área que possuem cobertura adequada para determinada vacina	Tabnet - Datasus
			Total de micro-área	Secretaria de Saúde
		<b>Taxas de abandono (ou proporção de abandono de vacinas)</b>	Tipos de vacinas	UBS
			Número de primeiras doses por tipo de vacina multidoso	Tabnet - Datasus
			Número de últimas doses por tipo da mesma vacina multidoso	Tabnet – Datasus
			Tipo de vacina multidoso	Tabnet - Datasus
		Micro-área	UBS	
	<b>VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL</b>	<b>Existência de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano</b>	Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS
		<b>Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano</b>	Número de indústrias de medicamentos em determinado território, inspecionadas pela Vigilância Sanitária no ano	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS
			Número total de estabelecimentos fabricantes de medicamentos autorizados a funcionar no mesmo território	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS

<b>PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	<b>Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.</b>	Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância;	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)
		Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes;	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)
		Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)
		Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)
		Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)
		Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)
	<b>Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.</b>	Número de doses aplicadas de BCG	Tabnet - Datasus
		Número de segundas doses aplicadas de VORH	Tabnet - Datasus
		Número de terceiras doses aplicadas de Pentavalente (DTP+Hib+Hep B)	Tabnet - Datasus
		Número de terceiras doses aplicadas de vacina contra poliomielite em <1 ano de idade	Tabnet – Datasus
		Número de terceiras doses aplicadas de vacina Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) em <1 ano de idade	Tabnet - Datasus
		Número de segundas doses aplicadas de vacina Meningocócica Conjugada C (MnC) em <1 ano de idade	Tabnet - Datasus
		Número de doses da vacina Tríplice Viral aplicadas em crianças de 1 ano de idade.	Tabnet - Datasus
		Número de doses da vacina de febre amarela aplicadas na população <1 ano de idade	Tabnet – Datasus
Nº de doses de vacina Influenza na população de 6 meses a < 2anos de idade	Tabnet – Datasus		
População <1 ano de idade	Tabnet – Datasus		
População 1 ano de idade	Tabnet – Datasus		
População de 6 meses a < 2anos de idade	Tabnet – Datasus		

			Micro-área	UBS
	<b>Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.</b>		Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados;	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
			Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados;	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
	<b>Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.</b>		Micro-área	UBS
			Quantidade de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
			Total de casos novos tuberculose diagnosticados no ano	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
	<b>Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.</b>		Micro-área	UBS
			Total de óbitos não fetais com causa básica de finida	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
			Total de óbitos não fetais	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
	<b>Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação.</b>		Micro-área	UBS
			Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
			Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação;	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
	<b>Proporção de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados.</b>		Micro-área	UBS
			Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
	<b>Percentual de micro-áreas que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.</b>		Micro-área	UBS
			Número de ações de vigilância* sanitária realizadas na micro-área	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS
			Total de ações de vigilância*	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS
			Micro-área	UBS
			*São consideradas ações de vigilância: i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) Instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS

			regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias.	
		<b>Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.</b>	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos por micro-área	SIA/SUS e IBGE. 01.02.01.007-2 – Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária. 01.02.01.052-8 – Instauração de Processo Administrativo Sanitário. 01.02.01.017-0 – Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária. 01.02.01.022-6 – Atividade Educativa para a População. 01.02.01.005-6 – Atividade Educativa para o Setor Regulado. 01.02.01.023-4 – Recebimento de Denúncias/Reclamações. 01.02.01.024-2 – Atendimento a Denúncias/Reclamações.
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3</b>	Número de indivíduos residentes, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, com contagem inicial de CD4 abaixo de 200 cel/mm3.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel*). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (*) As informações do SISCEL são validadas com informações dos indivíduos que estão em tratamento (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – Siclom).
		<b>Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.</b>	Número de testes sorológicos anti-HCV realizado no ano para diagnóstico da hepatite C.	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Código do Procedimento no SIA: 0202030679.
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes</b>	Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes – PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação – e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).



			Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados</b>	Número de contatos intradomiciliares examinados referente aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
			Total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
			Micro-área	UBS
		<b>Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.</b>	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral (casos novos e recidivas), por ano de notificação, por local residência	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
			Período de diagnóstico	Fichas de atendimento
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.</b>	Número de cães vacinados	SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS.
			Total da população canina	SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS.
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.</b>	Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma por micro-área	Sinan NET (Boletim de Inquérito do Tracoma – Escolar).
			População escolar do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública por micro-área	Secretarias Municipais de Educação.
			Micro-área	UBS
		<b>Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária</b>	Número de exames positivos de malária por local provável de infecção, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC)	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
			População total residente, no período determinado	Base de dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
			Micro-área	UBS
		<b>Número absoluto de óbitos por dengue.</b>	Número absoluto de óbitos por dengue no ano.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
			Micro-área	UBS

		<b>Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue</b>	Número de imóveis visitados nos municípios em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (Sisfad). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD).
			Número de imóveis de áreas urbanas	Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (Sisfad). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD).
			Micro-área	UBS
		<b>Número de casos autóctones de malária.</b>	Número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas LVC.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), a partir de 2004 na região Extra-amazônica.
			Micro-área	UBS
		<b>Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.</b>	Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância;	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).
			Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes;	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).
			Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).
			Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).
			Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).
			Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).
	<b>PROGRAMA A SAÚDE DO TRABALHADOR</b>	<b>Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de</b>	Número de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

		<b>agravos relacionados ao trabalho</b>	Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
			Micro-área	UBS

<b>DIMENSÃO</b>	<b>PROGRAMA/ SERVIÇO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>FONTE</b>	
<b>ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA</b>	<b>PROGRAMA FÁRMACIA POPULAR</b>	<b>Percentual de farmácias com o Sistema Hórus implantado por micro-área.</b>	Número de serviços farmacêuticos da Atenção Básica com o Sistema Hórus implantado no município	Sistema Hórus.	
			Número total de serviços farmacêuticos da Atenção Básica no município	Secretaria da Saúde	
			Micro-área	UBS	
	<b>PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA- QUALIFAR-SUS</b>	<b>Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT); Número de reuniões da CFT no último ano</b>	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);	Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);	Secretaria de Saúde
			Número de reuniões da CFT no último ano	Quantidade de reuniões da CFT no último ano	Secretaria de Saúde/ relatório de reuniões
			Existência de Procedimentos ou Normas Técnicas	Procedimentos ou Normas Técnicas	Secretaria de Saúde/ relatório de reuniões
			Existência de REMUME ou Relação Regional de Medicamentos	REMUME ou Relação Regional de Medicamentos	Secretaria de Saúde
			<b>Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica</b>	O número de equipes de Saúde da Família com os códigos de 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39. As equipes de códigos 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011, equivalendo: códigos 24 a 26 = 1 equipe; códigos 27 a 29 = 2 equipes; códigos 30 a 32 = 3 equipes; código 33 a 35 = 0,85 equipe; código 36 a 38 = 0,6 equipe.	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
	Número de equipes de Atenção Básica parametrizadas códigos de 16 a 21 deverão ser ponderadas conforme Portaria nº 576/2011, equivalendo: códigos 16 e 19 = 1	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)			

			equipe; códigos 17 e 20 = 2 equipes; códigos 18 e 21 = 3 equipes.	
			Número de equipes de Saúde da Família equivalentes: a cada 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
			Estimativa da populacional do ano anterior	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
			Micro-área	UBS

## 7.2 DESCRITORES DOS INDICADORES

<b>INDICADORES DA DIMENSÃO ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>DESCRIÇÃO DO CÁLCULO</b>	<b>VARIÁVEIS</b>
<b>População atendida por Equipes de Saúde da Família</b>	$\frac{PSF}{PT}$ <p>Nos quais: PAESF: População Atendida por Equipes de Saúde da Família; PSF: População com acesso a Equipes de Saúde da Família; PT: População Total</p>	<p>Quantidade de equipes de saúde da família do município</p> <p>População com acesso a cada equipe de saúde da família</p> <p>População total estimada para cada unidade de saúde básica do município</p> <p>Micro-área</p>
<b>Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica</b>	$(N^{\circ} \text{ de ESF} + N^{\circ} \text{ de ESF equivalente}) \times 3.000$ <p>Nos quais: N° de ESF : Equipes de Saúde da Família N° ESF equivalente: Equipes de Saúde Família equivalente</p>	<p>Equipes de Saúde da Família com os códigos de 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39. As equipes de códigos 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011, equivalendo: códigos 24 a 26 = 1 equipe; códigos 27 a 29 = 2 equipes; códigos 30 a 32 = 3 equipes; código 33 a 35 = 0,85 equipe; código 36 a 38 = 0,6 equipe.</p> <p>Equipes de Atenção Básica parametrizadas códigos de 16 a 21 deverão ser ponderadas conforme Portaria nº 576/2011, equivalendo: códigos 16 e 19 = 1 equipe; códigos 17 e 20 = 2 equipes; códigos 18 e 21 = 3 equipes.</p>

		Equipes de Saúde Família equivalentes - a cada 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe. Estimativa da populacional do ano anterior Micro-área
<b>Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica</b>	$PSOEAB = \frac{QASRE}{TASEEAB} \times 100$ <p>Nos quais: QASRE: Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe TASEEAB: Total de ações e serviços esperados pela equipe de Atenção Básica</p>	Ações e serviços realizados pela equipe de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados na Atenção Básica”. Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica”. Micro-área
<b>Proporção de usuários atendidos pela equipe do NASF</b>	$\frac{UAPNASF}{PC} \times 100\%$ <p>Nos quais: UAPNASF: Número de usuários atendidos por profissionais do NASF PC: Total da população cadastradas pela Saúde da Família apoiadas pelo NASF na mesma micro-área e período</p>	Número de usuários atendidos por profissionais do NASF Total da população cadastradas pela Saúde da Família apoiadas pelo NASF na mesma micro-área e período Período de diagnóstico Micro-área
<b>Proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto com a ESF</b>	$\frac{ANASFESF}{ARNASF} \times 100\%$ <p>Nos quais: ANASFESF: Número de atendimentos individuais realizados por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF ARNASF: Número total de atendimentos individuais realizados pelo NASF</p>	Número de atendimentos individuais realizados por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF, em determinada micro-área e período Número total de atendimentos individuais realizados pelo NASF no mesma micro-área e período Quantidade de visitas domiciliares realizadas por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF Período mensal do atendimento Micro-área atendida
<b>Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a ESF</b>	$\frac{VNASFESF}{TANASF} \times 100\%$ <p>Nos quais: VNASFESF: Quantidade de visitas domiciliares realizadas por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF, em uma determinada micro-área e período</p>	Quantidade de visitas domiciliares realizadas por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF, em uma determinada micro-área e período Quantidade total de atendimentos em domicílio realizados pelo NASF Micro-área

	TANASF: Quantidade total de atendimentos em domicílio realizados pelo NASF na mesma micro-área e período	Período mensal de atendimento
<b>Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados pelo NASF</b>	<p>Nos quais:</p> <p>AAGNASFESF: Quantidade de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF, em determinada micro-área e período</p> <p>TACNASF: Quantidade total de ações coletivas realizadas pelo NASF na mesma micro-área e período</p>	Quantidade de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das ESF
		Quantidade total de ações coletivas realizadas pelo NASF
		Micro-área
		Período mensal de atendimento
<b>Proporção de reuniões para discussão de casos clínicos/PTS</b>	<p>Nos quais:</p> <p>QR: Quantidade de reuniões realizadas para a discussão de caso clínico entre NASF e ESF apoiadas, em determinada micro-área e período;</p> <p>QTRNASF: Quantidade total de reuniões realizadas pelo NASF</p>	Quantidade de reuniões realizadas para a discussão de caso clínico entre NASF e ESF apoiadas, em determinada micro-área e período
		Quantidade total de reuniões realizadas pelo NASF
		Micro-área
		Período mensal de atendimento
<b>Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica</b>	<p>Nos quais:</p> <p>Nº eSB: número de equipes de Saúde da Família com saúde bucal</p> <p>Nº eSB equivalentes</p>	Número de equipes de Saúde da Família com saúde bucal (códigos 2, 3, 10, 11, 13, 15, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 e 39, na base do SCNES).
		Número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com saúde bucal (códigos 19, 20 e 21, na base do SCNES).
		Micro-área
<b>População Atendida por equipes de Saúde Bucal</b>	<p>Nos quais:</p> <p>PSB: População com acesso a equipes de Saúde Bucal;</p> <p>PT: População Total.</p>	Quantidade de equipes de saúde bucal do município
		População com acesso a cada equipe de saúde bucal
		População total estimada para cada unidade de saúde básica do município
		Micro-área de cada unidade básica
<b>Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante</b>	<p>Nos quais:</p> <p>AME: Número de atendimentos de médicos e de enfermeiros</p> <p>POPC: População cadastrada</p>	Quantidade de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
		Micro-área
<b>Percentual de atendimentos de</b>	$ACDE = \frac{NCD\text{AU}}{TA} \times 100$	Total de “atendimentos de urgência” + “consulta no dia” realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE)

<b>consultas por demanda espontânea</b>	Nos quais: NCDAU: Número de consultas no dia e atendimento de urgência TA: Número total de atendimentos	Total de atendimentos de “Consulta Agendada Programática/Cuidado Continuado” + “Consulta Agendada” + “Consulta no dia” + “Atendimento de Urgência” registrado por médico e enfermeiro vinculados à equipe (INE). Micro-área
<b>Percentual de atendimentos de consulta agendada</b>	$PACA = \frac{NACA}{TA} \times 100$ Nos quais: NACA: Número de atendimentos de consulta agendada TA: Número total de atendimentos	Total de atendimentos individuais de “Consulta Agendada” informados no campo Tipo de Atendimento registrado por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). Total de atendimentos de “Consulta Agendada Programática/Cuidado Continuado” + “Consulta Agendada” + “Consulta Dia” + “Atendimento de Urgência” registrado por médico e enfermeiro vinculados à equipe (INE). Micro-área
<b>Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada</b>	$\frac{(\text{Atend HAS}) + (\text{Atend DM}) + (\text{Atend Obes})}{(\text{Pop} * \text{CoefPrevHAS}) + (\text{Pop} * \text{CoefPrevDM}) + (\text{Pop} * \text{CoefPrevObes})}$ Nos quais: Atend = número de atendimentos na condição avaliada Coef Prev = Coeficiente de prevalência da condição de saúde referente à UF de lotação da equipe (INE). Pop = população cadastrada vinculada à equipe (INE). HAS: hipertensão arterial sistêmica DB: diabetes melitus OBES: obesidade.	Total de atendimentos individuais para pessoas com DM + total de atendimentos individuais para pessoas com HAS + total de atendimentos individuais para pessoas com obesidade realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). População cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de HAS + população cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de DM + população cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de Obesidade. (A população cadastrada com 18 anos ou mais deve estar devidamente vinculada à equipe (INE)). Micro-área
<b>Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero</b>	$\frac{PCM}{POP}$ Nos quais: PCM: Número de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo de útero POP: População feminina cadastrada entre 25 e 64 anos de idade	Total de procedimentos de “coleta de material citopatológico do colo do útero” ou código “SIGTAP 02.01.02.003-3” informados no campo Procedimentos/Pequenas cirurgias realizadas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados à equipe (INE). (Serão considerados os procedimentos realizados em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos.) Total de mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos cadastradas vinculadas à equipe (INE). Micro-área
<b>Cobertura de primeira consulta odontológica programática</b>	$\frac{APCOP}{POPC} \times 100$ Nos quais:	Total de “Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas” informadas no campo Tipo de Consulta registradas por cirurgião dentista vinculado à equipe (INE). Total de cadastros individuais vinculados à equipe (INE).

	APCOP: Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática POPC: População cadastrada	Micro-área
<b>Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida</b>	Nos quais: NARNPS: Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida no município TRNAM: Total de recém-nascidos a serem acompanhados no município Recém-nascidos a serem acompanhados=Nascidos vivos – Óbitos neonatal precoce (até 6 dias).	$\frac{NARNPS}{TRNAM}$
		Total de atendimentos individuais a recém-nascidos até seis dias de vida realizados por médicos e enfermeiros das equipes do município*
		Total de nascidos vivos até o sexto dia de vida subtraído dos óbitos neonatais precoce, por município.
<b>Percentual de encaminhamentos para serviço especializado</b>	Nos quais: NEMSE: Número de encaminhamentos médicos para serviço especializado NTAMI: Número total de atendimentos médicos individuais	Micro-área
		$\frac{NEMSE}{NTAMI} \times 100$
		Total de atendimentos individuais realizados por médicos vinculados à equipe (INE), onde o conduta/desfecho for registrado como “encaminhamento para serviço especializado”.
<b>Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas</b>	Nos quais: NTCCD: Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião-dentista NPCOC: Número de primeiras consultas odontológicas programáticas	Total de atendimentos individuais realizados por médico vinculados à equipe (INE) exceto “Escuta Inicial/Orientação”.
		$\frac{NTCCD}{NPCOC}$
		Micro-área
<b>Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica</b>	Nos quais: QASRE: Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe TASEEAB: Total de ações e serviços esperados pela equipe de Atenção Básica	Total de atendimentos odontológicos individuais informados com “tratamento concluído” no campo Conduta/Desfecho registrado pelo cirurgião-dentista vinculado à equipe (INE).
		$\frac{QASRE}{TASEEAB} \times 100$
		Total de atendimentos odontológicos individuais informados com “Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas” no campo Conduta/Desfecho registrado pelo cirurgião dentista vinculado à equipe (INE).
<b>Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal</b>	Nos quais: QASRESB: Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe de Saúde Bucal TASEEESB: Total de ações e serviços esperados pela equipe de Saúde Bucal	Micro-área
		$\frac{QASRESB}{TASEEESB} \times 100$
		Total de ações e serviços realizados pela equipe de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados na Atenção Básica”.
<b>Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal</b>	Nos quais: QASRESB: Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe de Saúde Bucal TASEEESB: Total de ações e serviços esperados pela equipe de Saúde Bucal	Total de ações e serviços realizados pelas equipes de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica”.
		Micro-área
		Total de ações e serviços realizados pelas equipes de Saúde Bucal, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Saúde Bucal”.
<b>Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal</b>	Nos quais: QASRESB: Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe de Saúde Bucal TASEEESB: Total de ações e serviços esperados pela equipe de Saúde Bucal	Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Saúde Bucal, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pelas equipes de Saúde Bucal”.
		Micro-área
		Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Saúde Bucal, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pelas equipes de Saúde Bucal”.



	TASEEESB: Total de ações e serviços esperados pela equipe de Saúde Bucal	Micro-área
<b>Quantidade de tipos de ações realizadas, exceto Aedes Aegypti, por escola no conjunto das ações pactuadas, incluindo as adicionadas pelo município.</b>	Somatório das ações realizadas por escola	Quantidade de ação por tipo realizada por escola.
		Micro-área
<b>Cobertura das ações de combate ao mosquito Aedes Aegypti nas escolas pactuadas</b>	$\frac{EPAA}{EP} \times 100$ <p>Nos quais:  CACAA: Cobertura das ações de combate ao mosquito Aedes Aegypti nas escolas pactuadas  EPAA: Número de escolas pactuadas com registro da ação de combate ao mosquito Aedes Aegypti  EP: Número de escolas pactuadas</p>	Número de escolas pactuadas com registro da ação de combate ao mosquito Aedes Aegypti
		Número de escolas pactuadas
<b>Cobertura do PSE no total de escolas pactuadas na adesão</b>	$\frac{EPAPSE}{EP} \times 100$ <p>Nos quais:  CPSETEP: cobertura do PSE no total de escolas pactuadas na adesão.  EPAPSE: Número de escolas com registro de ações do PSE  EP: Número de escolas pactuadas</p>	Número de escolas com registro de ações do PSE
		Número de escolas pactuadas
<b>Média de permanência geral Semestral Tempo médio de permanência dos usuários no SAD.</b>	$\frac{TDPUA}{TUA}$ <p>Nos quais:  TDPUA: Total de dias de permanência dos usuários que tiveram alta do SAD no período  TUA: Total de usuários que tiveram alta do SAD no mesmo período.</p>	Total de dias de permanência dos usuários que tiveram alta do SAD no período
		Total de usuários que tiveram alta do SAD no mesmo período.
<b>Média de permanência por agravo Semestral Tempo médio de permanência dos usuários no SAD por agravo específico.</b>	$\frac{TDPUAA}{TUAA}$ <p>Nos quais:  TDPUAA: Total de dias de permanência dos usuários por agravo que tiveram alta do SAD no período  TUAA: Total de usuários com o mesmo agravo que tiveram alta do SAD no mesmo período</p>	Período de diagnóstico
		Micro-área
		Total de dias de permanência dos usuários por agravo que tiveram alta do SAD no período
		Total de usuários com o mesmo agravo que tiveram alta do SAD no mesmo período
		Período de diagnóstico
		Micro-área
		Total de usuários classificados na admissão em cada modalidade

<b>Percentual dos usuários classificados como ad1, ad2 e ad3 na admissão</b>	$\frac{CM}{AD} \times 100$ Nos quais: CM: Total de usuários classificados na admissão em cada modalidade AD: Total de usuários admitidos em AD no mesmo período	Total de usuários admitidos em AD no mesmo período
		Tipos de modalidades
		Micro-área
<b>Percentual de usuários por serviço de origem (procedência)</b>	$\frac{UP}{UA} \times 100$ Nos quais: UP: Total de usuários procedentes de cada serviço no período UA: Total de usuários admitidos no mesmo período	Total de usuários procedentes de cada serviço no período
		Total de usuários admitidos no mesmo período
		Micro-área
<b>Percentual de usuários por conduta/ motivo de saída (desfecho)</b>	$\frac{USD}{US} \times 100$ Nos quais: USD: Total de usuários que saíram do SAD por cada desfecho no período US: Total de usuários que saíram do SAD no mesmo período	Total de usuários que saíram do SAD por cada desfecho no período
		Total de usuários que saíram do SAD no mesmo período
		Tipo de conduta/motivo
		Micro-área
<b>Percentual de usuários em ad por agravo/condição avaliada</b>	$\frac{TUA}{TU} \times 100$ Nos quais: TUA: Total de usuários por agravo condição avaliada no período TU: Total de usuários do SAD no mesmo período	Total de usuários por agravo condição avaliada no período
		Total de usuários do SAD no mesmo período
		Micro-área
<b>Capacidade de atendimentos do SAD.</b>	$TUP + TUA$ Nos quais: TUP: Total de usuários que permaneceram no SAD do mês anterior TUA: total de usuários admitidos no mês corrente.	Total de usuários que permaneceram no SAD do mês anterior
		Total de usuários admitidos no mês corrente.
		Período de diagnóstico
		Micro-área
<b>Percentual de alta do SAD</b>	$\frac{TUASAD}{TUSAD} \times 100$ Nos quais: TUASAD: Total de usuários que tiveram alta do SAD no período TUSAD: Total de usuários do SAD no mesmo período	Total de usuários que tiveram alta do SAD no período
		Total de usuários do SAD no mesmo período
		Período de diagnóstico
		Micro-área
<b>Percentual de acompanhamento pós-óbito</b>	$PAPO = \frac{TFCA}{TO} \times 100$ Nos quais: TFCA: Total de famílias ou cuidadores com acompanhamento pós-óbito no período TO: Total de óbitos no mesmo período	Total de famílias ou cuidadores com acompanhamento pós-óbito no período
		Total de óbitos no mesmo período
		Período de diagnóstico
		Micro-área
<b>Percentual de usuários por sexo</b>	$\frac{TUX}{TU} \times 100$ Nos quais:	Total de usuários por sexo
		Total de usuários no SAD
		Micro-área

	TUX: Total de usuários por sexo TU: Total de usuários no SAD	
<b>Percentual de encaminhamentos para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID</b>	$\frac{TUIH}{TU} \times 100$ Nos quais: TUIH: Total de usuários encaminhados para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID no período TU: Total de usuários com o mesmo grupo de CID no mesmo período	Total de usuários encaminhados para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID no período
		Total de usuários com o mesmo grupo de CID no mesmo período
<b>Proporção de atendimentos realizados por categoria profissional</b>	$\frac{TACBO}{TA} \times 100$ Nos quais: TACBO: Total de atendimentos por CBO no período TA: Total de atendimentos do SAD ou equipe no mesmo período.	Micro-área
		Total de atendimentos por CBO no período
<b>Percentual de óbitos declarados no domicílio</b>	$\frac{TDOM}{TOU} \times 100$ Nos quais: TDOM: Total de declarações de óbito emitidas pelo médico da EMAD no período TOU: Total de óbitos de usuários do SAD ocorridos no domicílio no mesmo período	Total de atendimentos do SAD ou equipe no mesmo período.
		Período de diagnóstico
<b>Percentual de usuários por faixa etária</b>	$\frac{UFE}{TU} \times 100$ Nos quais: UFE: Total de usuários por faixa etária no período TU: Total de usuários do SAD no mesmo período.	Micro-área
		Total de declarações de óbito emitidas pelo médico da EMAD no período
<b>Média de visitas por usuário</b>	$\frac{TQRSAD}{TU}$ Nos quais: TQRSAD: Total de visitas realizadas pelo SAD no período TU: Total de usuários do SAD no mesmo período.	Total de óbitos de usuários do SAD ocorridos no domicílio no mesmo período
		Período de diagnóstico
<b>Média de visitas por equipe (no caso de SADs com mais de uma EMAD).</b>	$\frac{TVRE}{TE} \times 100$ Nos quais: TVRE: Total de visitas realizadas pelas equipes no período TE: Total de equipes no mesmo período.	Micro-área
		Total de usuários por faixa etária no período
		Total de usuários do SAD no mesmo período.
		Período de diagnóstico
		Micro-área
		Faixas etárias sugeridas: até 11 anos; 12 – 29 anos; entre 30-59 anos; de 60-79 anos; mais de 80 anos.
		Total de visitas realizadas pelo SAD no período
		Total de usuários do SAD no mesmo período.
		Período de diagnóstico
		Micro-área
		Total de visitas realizadas pelas equipes no período
		Total de equipes no mesmo período.
		Período de diagnóstico
		Micro-área

<b>Percentual de usuários por grupo de CID identificado na admissão no SAD</b>	$\frac{TUCID}{TU} \times 100$ Nos quais: TUCID: Total de usuários por grupo de CID no período TU: Total de usuários no mesmo período	Total de usuários por grupo de CID no período
		Total de usuários no mesmo período
		Período de diagnóstico
		Micro-área
<b>Percentual de admissão em AD no período</b>	$\frac{TUA}{TU} \times 100$ Nos quais: TUA: Total de usuários admitidos no SAD no período TU: Total de usuários do SAD no mesmo período	Total de usuários admitidos no SAD no período
		Total de usuários do SAD no mesmo período
		Período de diagnóstico
		Micro-área
<b>Quantidade de academias de saúde</b>	Somatório número de academias	Número de academias de saúde
		Micro-área
<b>Quantidade de profissionais</b>	Somatório número de profissionais	Número de profissionais/professores que acompanham a academia
		Micro-área
<b>Quantidade de equipamentos disponíveis</b>	Somatório número de equipamentos	Número de equipamentos por academia
		Micro-área
<b>Qualidade de equipamentos disponíveis</b>	Qualificação por equipamento	Qualificação dos equipamentos existentes na academia
		Micro-área
<b>Quantidade de médicos cadastrados no programa mais médicos</b>	Somatório do número de médicos cadastrados no Programa mais Médicos	Quantidade de médicos cadastrados no município
		Micro-área
<b>Quantidade de médicos por Unidade Básica de Saúde</b>	Quantidade de médicos por UBS	Quantidade de médicos na UBS
		Micro-área
<b>Número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica</b>	Somatório do número de participantes	Fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica;
<b>Percentual de abandono</b>	$\frac{PCE}{PAPE} \times 100\%$ Nos quais: PCE: Pacientes que continuaram até a quarta sessão estruturada PAPE: Pacientes que estavam na primeira sessão estruturada	Pacientes que continuaram até a quarta sessão estruturada
		Pacientes que estavam na primeira sessão estruturada
<b>Percentual de cessação</b>		Pacientes que estavam na primeira sessão estruturada

	$\frac{PPE}{PSE} \times 100\%$ <p>Nos quais:  PPE: Pacientes que estavam na primeira sessão estruturada  PSF: Pacientes que na quarta sessão estruturada já estava sem fumar</p>	Pacientes que na quarta sessão estruturada já estava sem fumar
<b>Percentual de fumantes que fizeram uso de algum tipo de medicamento;</b>	$\frac{UMT}{PPT} \times 100\%$ <p>Nos quais:  UMT: Usuários que usaram a medicação durante o tratamento  PPT: Pacientes que participaram do tratamento</p>	Usuários que usaram a medicação durante o tratamento
		Quantidade de pacientes que participaram do tratamento
<b>Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano</b>	$\frac{CNCSC}{NV} \times 1000$ <p>Nos quais:  CNCSC: Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em determinada micro-área e ano de diagnóstico  NV: Número de nascidos vivos nesse mesmo período e micro-área</p>	Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em determinada micro-área e ano de diagnóstico
		Nascidos vivos nesse mesmo período e micro-área
		Período de diagnóstico
		Micro-área
<b>Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e maternos investigados</b>	$\frac{OMNentre10a49}{OMentre10a49} \times 100\%$ <p>Nos quais:  OMNentre10a49: Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos notificados no módulo de investigação de óbitos do SIM;  OMentre10a49: Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos residentes.</p>	Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos notificados no módulo de investigação de óbitos do SIM
		Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos residentes
<b>Proporção de óbitos infantis e fetais investigados</b>	$\frac{> 1ano e fetais investigados}{OIFN} \times 100\%$ <p>Nos quais:  &gt; 1ano e fetais investigados: Número de óbitos de menores de um ano e fetais investigados;  OIFN: N° total de óbitos infantis e fetais notificados.</p>	Número de óbitos de menores de um ano e fetais investigados
		Número total de óbitos infantis e fetais notificados
		Micro-área

<b>Proporção de recém-nascidos prematuros</b>	$\frac{RNIG < 37s}{RN} \times 100\%$ <p>Nos quais: RNIG &lt; 37s: Número de recém-nascidos com idade gestacional ao nascer &lt; 37 semanas em um dado período e local de residência; RN: Número total de recém-nascidos no mesmo período e local.</p>	Número de recém-nascidos com idade gestacional ao nascer < 37 semanas em um dado período e local de residência
		Número total de recém-nascidos no mesmo período e local
		Micro-área
<b>Taxa de mortalidade pós-neonatal</b>	$\frac{OR}{NVMR} \times 1000$ <p>Nos quais: OR: Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade; NVMR: Número de nascidos vivos de mães residentes.</p>	Período de diagnóstico
		Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade
		Número de nascidos vivos de mães residentes
<b>Taxa de mortalidade neonatal precoce</b>	$\frac{OR}{NVMR} \times 1000$ <p>Nos quais: OR: Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade; NVMR: Número de nascidos vivos de mães residentes.</p>	Micro-área
		Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade
		Número de nascidos vivos de mães residentes
<b>Taxa de mortalidade neonatal tardia</b>	$\frac{OR}{NVMR} \times 1000$ <p>Nos quais: OR: Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade; NVMR: Número de nascidos vivos de mães residentes.</p>	Micro-área
		Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade
		Número de nascidos vivos de mães residentes
<b>Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, por local de residência da mãe</b>	$\frac{NVM \geq 7c}{NVM} \times 100$ <p>Nos quais: NVM ≥ 7c: Número de nascidos vivos de mães residentes no Micro-área com 7 ou mais consultas de pré natal no período; NVM: Número de nascidos vivos de mães residentes no Micro-área e período</p>	Número de nascidos vivos de mães residentes no Micro-área com 7 ou mais consultas de pré-natal no período
		Número de nascidos vivos de mães residentes no Micro-área e período
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Taxa de cesárea em primíparas</b>	$\frac{NCP}{TPP} \times 100\%$ <p>Nos quais:</p>	Cirurgias cesáreas em primíparas
		Totais em primíparas
		Micro-área

	NCP: Número de cesáreas em primíparas TPP: Total de partos em primíparas	
<b>Média de Atendimentos de Puericultura;</b>	$\frac{AP}{NA}$ <p>Nos quais: AP: Atendimentos de puericultura (médico e enfermeiro) para menores de 2 anos NA: Número de menores de 2 anos * acompanhados no mesmo local e período.</p>	Atendimentos de puericultura (médico e enfermeiro) para menores de 2 anos
		Número de menores de 2 anos * acompanhados no mesmo local e período.
		Micro-área
		Período de atendimento
<b>Quantidade de suplementos enviados por micro-área</b>	Somatório de suplementos enviados a cada micro-área	Quantidade de suplementos enviados por micro-área
		Micro-área
<b>Número de crianças e puérperas suplementadas por micro-área</b>	Somatório de crianças e puérperas suplementadas por micro-área	Número de crianças e puérperas suplementadas por micro-área
		Micro-área
<b>Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do PBF acompanhadas pela atenção básica</b>	$\frac{QPBFAB}{QPBFCA} \times 100\%$ <p>Nos quais: QPBFAB: Quantidade de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica por micro-área e período QPBFCA: Quantidade de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família cadastradas na mesma micro-área e período</p>	Quantidade de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica por micro-área e período
		Quantidade de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família cadastradas na mesma micro-área e período
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Percentual de pacientes encaminhados para CER</b>	$\frac{UECER}{UD} \times 100\%$ <p>Nos quais: UECER: Usuários encaminhados para CER; UD: usuários com deficiências (física e intelectual)</p>	Quantidade de usuários encaminhados para CER
		Quantidade de usuários com deficiências (física e intelectual)
<b>Percentual de testes de triagem neonatal ofertados</b>	$\frac{TO}{TP} \times 100\%$ <p>Nos quais: TO: Testes de triagem neonatal ofertados; TP: Testes preconizados.</p>	Quantidade de teste de triagem neonatal ofertados
		Quantidade de testes preconizados

<b>Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.</b>	$\frac{O < 10a49}{NO} \times 100\%$ <p>Nos quais:            O&lt;10a49: Número de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM.            NO: Número de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM.</p>	Número de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM.
		Número de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM.
		Micro-área
<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.</b>	$\frac{NEC}{PF} / 3$ <p>Nos quais:            NEC: Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes em determinado local e ano            PF: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos</p>	Número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento.
		População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano
		Micro-área
<b>Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.</b>	$\frac{NM(50a69)}{PF} / 2$ <p>Nos quais:            NM (50a69): Número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento.            PF: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano</p>	Número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento.
		População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano
		Micro-área
<b>Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar</b>	$\frac{NVPN}{NV} \times 100\%$ <p>Nos quais:            NVPN: Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos de mães residentes em determinado local e ano.            NV: Número de nascidos vivos de todos os partos ocorridos de mães residentes em determinado local e ano.</p>	Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano;
		Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano
		Micro-área
<b>Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos</b>	$\frac{NVMA(10A19)}{NV} \times 100\%$ <p>Nos quais:</p>	Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período
		Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.



	NVMA (10A19): Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período; NV: Número de nascidos vivos de mães residentes	Micro-área
<b>Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência</b>	Somatório de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência	Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência Micro-área
<b>Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero</b>	$\frac{NP}{TM}$ <p>Nos quais: NP: Número de procedimentos* de “coleta de material citopatológico do colo do útero” ou código “SIGTAP 02.01.02.003-3” informados no campo Procedimentos/Pequenas cirurgias realizadas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados à equipe (INE). TM: Total de mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos cadastradas vinculadas à equipe (INE).</p>	Número de procedimentos* de “coleta de material citopatológico do colo do útero” ou código “SIGTAP 02.01.02.003-3” informados no campo Procedimentos/Pequenas cirurgias realizadas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados à equipe (INE). Total de mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos cadastradas vinculadas à equipe (INE). Micro-área Período de diagnóstico

<b>INDICADORES DA DIMENSÃO ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>	<b>DESCRIÇÃO DO CÁLCULO</b>	<b>VARIÁVEIS</b>
<b>Cobertura</b>	$\frac{RNT}{NV} \times 100\%$ <p>Nos quais: RNT: recém-nascidos triados, em 1ª amostra NV: número de nascidos vivos registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC (MS/SVS/DASIS)</p>	Número de recém-nascidos triados, em 1ª amostra; Número de nascidos vivos registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; Micro-área
<b>Percentual de recém-nascidos com coleta até o 5º dia de vida</b>	$\frac{RNR5^{\circ}DIA}{NVT} \times 100\%$ <p>Nos quais: RNR5ºDIA: Número de recém-nascidos com coleta do teste do pezinho realizada até o 5º dia de vida NVT: número total de recém-nascidos triados em primeira amostra</p>	Número de recém-nascidos com coleta do teste do pezinho realizada até o 5º dia de vida Número total de recém-nascidos triados em primeira amostra Micro-área

<b>Mediana da idade do recém-nascido na data da primeira consulta</b>	Cálculo da mediana de idade dos recém-nascidos em dias, na data da primeira consulta.	Idade de recém-nascidos na primeira consulta; considerando-se o total de recém-nascidos consultados para determinado tipo de doença, no ano/período considerado Micro-área
<b>Número de pontos de coleta do teste do pezinho</b>	Somatório da quantidade de ponto de coleta do teste do pezinho	Número de locais cadastrados para realizar a coleta das amostras de sangue dos recém-nascidos e encaminhar para o laboratório especializado em triagem neonatal, no ano/período considerado. Micro-área
<b>Cobertura populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192</b>	$\frac{ASAMU}{POP} \times 100$ <p>Nos quais: ASAMU: Número total de pessoas residente nos Municípios com acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em determinada período e micro-área POP: População total da micro-área de saúde e período</p>	Número total de pessoas residente nos Municípios com acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em determinada período e micro-área População total da micro-área de saúde e período Micro-área
<b>Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial</b>	Número absoluto de CAPS, segundo cada tipo	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial Micro-área
<b>Atendimento às situações de crise</b>	$\frac{PSCE}{PSC}$ <p>Nos quais: PSCE: Número de pacientes em situação de crise encaminhados PSC: Número total de pacientes em situação de crise</p>	Nº de pacientes em situação de crise encaminhados Nº total de pacientes em situação de crise Micro-área
<b>Atenção à família de paciente em crise</b>	$\frac{NFPC}{PSC}$ <p>Nos quais: NFPC: N° de núcleos familiares de paciente em situação de crise atendidas PSC: Total pacientes em situação de crise</p>	N° de núcleos familiares de paciente em situação de crise atendidas Total pacientes em situação de crise Micro-área
<b>Participação nos grupos de família</b>	$\frac{NFPG}{PA}$ <p>Nos quais: NFPG: N° de núcleos familiares participantes dos grupos PA: N° de pacientes ativos</p>	N° de núcleos familiares participantes dos grupos N° de pacientes ativos Micro-área
<b>Qualificação dos atendimentos grupais</b>	$\frac{NRG}{NR}$ <p>Nos quais: NRG: N° de reuniões gerais nas quais pautou-se discussões sobre os grupos NR: N° de reuniões gerais da unidade</p>	N° de reuniões gerais nas quais pautou-se discussões sobre os grupos N° de reuniões gerais da unidade Micro-área

<b>Participação do gerente</b>	$\frac{NGS}{TE}$ Nos quais: NGS: N° de espaços em que gestor do serviço participa TE: Total de espaços definidos por micro-área	N° de espaços em que gestor do serviço participa
		Total de espaços definidos por micro-área
<b>Projeto Terapêutico Singular (PTS) compartilhado</b>	$\frac{PTSc}{TPTS}$ Nos quais: PTSc: N° de PTS compartilhados TPTS: N° total de PTS	Micro-área
		N° de PTS compartilhados
<b>Recursos humanos de nível superior</b>	$\frac{NHPU}{100.000 \text{ habitantes}}$ Nos quais: NHPU: N° de horas de profissionais universitários	N° total de PTS
		N° de horas de profissionais universitários
<b>Investimento em ações de Educação Permanente (EP)</b>	$\frac{NHep}{CH}$ Nos quais: NHep: N° de horas de profissionais universitários CH: Carga horária total de trabalho	N° de horas de trabalho utilizadas para EP
		Carga horária total de trabalho
<b>Oferta de supervisão clínico-institucional</b>	Somatório de horas de supervisão no trimestre	N° total de horas de supervisão no trimestre
<b>Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares</b>	$\frac{Npts}{UA}$ Nos quais: Npts: Número de Projetos Terapêuticos Singulares UA: Usuários ativos	N° de Projetos Terapêuticos Singulares
		N° de usuários ativos
<b>Revisão sistemática de PTS na equipe</b>	$\frac{NPTSE}{TUPTS}$ Nos quais: NPTSE: N° de Projetos Terapêuticos Singulares discutido em equipe TUPTS: N° total de usuários com Projetos Terapêuticos Singulares	N° de Projetos Terapêuticos Singulares discutido em equipe
		N° total de usuários com Projetos Terapêuticos Singulares
<b>Quantidade de casos por referência profissional universitário</b>	$\frac{NUCAPS}{PR}$ Nos quais: NUCAPS: Número de usuários do Caps PR: Profissionais de referência	N° de usuários do Caps
		Quant. Prof. de referência
<b>Adesão do usuário à medicação</b>	$\frac{Mnãoretirada}{MP}$	Quantidade de medicação não retirada no mês
		Quantidade de medicação prescrita no mês

	Nos quais: Mnãoretirada: Quantidade de medicação não retirada no mês MP: Quantidade de medicação prescrita no mês	
<b>Inserção do usuário com Deficiência Intelectual (DI) no Caps</b>	$\frac{NDIE}{NTUDI}$ Nos quais: NDIE: Número de usuários com diagnóstico de DI encaminhados ao Caps NTUDI: Número total de usuários com DI inseridos no Caps	Número de usuários com diagnóstico de DI encaminhados ao Caps
		Número total de usuários com DI inseridos no Caps
<b>PTS de usuários com Deficiência Intelectual compartilhados</b>	$\frac{QUDI}{QU}$ Nos quais: QUDI: Quantidade de usuários com DI que tem PTS compartilhado com instituições que atendem pessoas com DI QU: Quantidade de usuários com DI inseridos no Caps	Quantidade de usuários com DI que tem PTS compartilhado com instituições que atendem pessoas com DI
		Quantidade de usuários com DI inseridos no Caps
<b>Inserção de Pessoas com DI em Serviços Residenciais Terapêuticos</b>	$\frac{NUDI}{NU}$ Nos quais: NUDI: Número de usuários com DI residentes em SRT anual NU: Número de usuários residentes em SRT anual	Número de usuários com DI residentes em SRT anual
		Número de usuários residentes em SRT anual
<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.</b>	$\frac{PCM}{POP}$ Nos quais: PCM: Número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por micro-área de residência e ano de atendimento. POP: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano	Número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por micro-área de residência e ano de atendimento.
		População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano
		Micro-área
<b>Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária</b>	$\frac{NM}{POP} / 2$ Nos quais: NM: Quantidade apresentada de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, por município de residência e ano de atendimento. POP: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano.	Número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento.
		População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano
		Micro-área

<b>Taxa de mortalidade infantil</b>	$\frac{NOpf}{ONF} \times 100$ <p>Nos quais:            NOpf: Número de óbitos de residentes por faixa-etária            NNV: Total de nascidos vivos de mães residentes</p>	Número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade
		Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade
		Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade
		Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade
		Número de nascidos vivos de mães residentes
		Período de diagnóstico
<b>Número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado;</b>	$\frac{AI}{CIV} \times 100\%$ <p>Nos quais:            AI: atendimentos individuais realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE).            CIV: Total de cadastros individuais vinculados à equipe (INE)</p>	Atendimentos individuais realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE).
		Total de cadastros individuais vinculados à equipe (INE)
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica no SUS;</b>	$\frac{PPI}{CM} \times 100\%$ <p>Nos quais:            PPI: Número total de procedimentos diagnósticos de patologia clínica ou de imagenologia, apresentados ao SUS            CM: Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS</p>	Número total de procedimentos diagnósticos de patologia clínica ou de imagenologia, apresentados ao SUS
		Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS
		Micro-área
<b>Proporção/Número de consultas médicas por especialidade.</b>	$\frac{CME}{CM} \times 100\%$ <p>Nos quais:            CME: Número total de consultas médicas de determinada especialidade apresentadas ao SUS            CM: Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS</p>	Número total de consultas médicas de determinada especialidade apresentadas ao SUS
		Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS
		Micro-área
<b>Média de permanência hospitalar por internação; internação</b>	$\frac{Pdia}{QS}$ <p>Nos quais:            Pdia: Número de paciente-dia do hospital no período de um mês            QS: Quantidade de saídas no mesmo período</p>	Número de paciente-dia do hospital no período de um mês
		Número de saídas no mesmo período
<b>Taxa de ocupação</b>	$\frac{Pdia}{Nleitos} \times 100\%$ <p>Nos quais:            Pdia: Número de paciente-dia do hospital no período de um mês            Nleitos: Número de leitos-dia operacionais no mesmo período</p>	Número de paciente-dia do hospital no período de um mês
		Número de leitos-dia operacionais no mesmo período

<b>Índice de rotatividade (número de saídas/número de leitos);</b>	$\frac{QS}{Nleitos} \times 100\%$ Nos quais: QS: Quantidade de saídas no mesmo período Nleitos: Número de leitos no mesmo período	Número de saídas no mesmo período
		Número de leitos no mesmo período
<b>Taxa de mortalidade institucional</b>	$\frac{NO}{NS} \times 100\%$ Nos quais: NO: Quantidade de óbitos no mesmo período NS: Quantidade de saídas no mesmo período	Número de óbitos no mesmo período
		Número de saídas no mesmo período
<b>Proporção de internação por causas sensíveis a atenção básica;</b>	$\frac{IS}{IC} \times 100\%$ Nos quais: IS: Quantidade de internações por causas selecionadas sensíveis à atenção básica, por local de residência e ano de internação IC: Quantidade de internações clínicas, por local de residência e ano de internação	Número de internações por causas selecionadas sensíveis à atenção básica, por local de residência e ano de internação.
		Total de internações clínicas, por local de residência e ano de internação.
		Micro-área
<b>Quantidade de exames ofertados</b>	Somatório de exames ofertados	Número de exames ofertados por UBS
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Quantidade de exames realizados por mês</b>	Somatório de exames realizados por mês	Número de exames realizados por mês
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Quantidade de exames preconizados em PPI e que são ofertados</b>	Somatório de exames preconizados em PPI e que são ofertados	Número de exames que são preconizados em PPI e que são ofertados
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Total de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês, em determinada micro-área</b>	Somatório dos procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais	Total de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Total procedimentos de periodontia no mês, em determinada micro-área</b>	Somatório dos procedimentos de periodontia	Total procedimentos de periodontia
		Micro-área
		Período de diagnóstico

<b>Total procedimentos de endodontia no mês, em determinada micro-área</b>	Somatório de procedimentos de endodontia	Total procedimentos de endodontia
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Total procedimentos de cirurgia oral no mês, em determinada micro-área</b>	Somatório procedimentos de cirurgia oral	Total procedimentos de cirurgia oral
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Total procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês, em determinada micro-área</b>	Somatório de procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes	Total procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Total procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês, em determinada micro-área</b>	Somatório de procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais	Total procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais</b>	<p style="text-align: center;"><math>\frac{EP}{PCIPCP}</math></p> <p>Nos quais:            EP: Número de exodontias realizadas em pessoas com necessidades especiais atendidas no mês em determinada micro-área            PCIPCP: Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos realizados em pessoas com necessidades especiais, atendidas no mesmo período e na mesma micro-área</p>	Número de exodontias realizadas em pessoas com necessidades especiais atendidas
		Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos realizados em pessoas com necessidades especiais
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Total procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca, em determinada micro-área</b>	Somatório de procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca	Total procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca
		Micro-área
		Período de diagnóstico
<b>Média de Idade dos Pacientes</b>	Nos quais:	$\frac{IP}{QP}$
		Idade dos pacientes
		Número de pacientes

	IP: Somatório das idades dos pacientes QP: Quantidade de pacientes	
<b>Número de Cirurgias</b>	Somatório das cirurgias por tipo de cirurgia	Número de cirurgias
		Tipo de cirurgia
<b>Número de Salas Cirúrgicas</b>	Somatório do número de salas	Número de Salas Cirúrgicas
<b>Tempo Pré-Op. (dias)</b>	$\frac{TP}{QP}$ Nos quais: TP: Somatório do tempo de pré-operatório em dias por procedimento cirúrgico QP: Quantidade de pacientes	Tempo em dias considerados pré-operatório por procedimento cirúrgico
		Tipo de procedimento cirúrgico
<b>Média de Permanência (dias)</b>	$\frac{TP}{QP}$ Nos quais: TP: Somatório do tempo de permanência em dias por procedimento cirúrgico QP: Quantidade de pacientes	Tempo de permanência em dias por procedimento cirúrgico
		Tipo de procedimento cirúrgico
<b>Taxa Reoperação</b>	$\frac{NP}{NPC}$ Nos quais: NP: Número de pacientes que necessitaram realizar reoperação NPC: Número de procedimentos cirúrgicos	Número de pacientes que necessitaram realizar reoperação
		Número de procedimentos cirúrgicos
<b>Taxa Reinternação</b>	$\frac{NPR}{NPC}$ Nos quais: NPR: Número de pacientes que foram reinternados NPC: Número de procedimentos cirúrgicos	Número de pacientes que foram reinternados
		Número de procedimentos cirúrgicos
<b>Taxa de Óbito</b>	$\frac{NOP}{NP}$ Nos quais: NOP: Número de óbitos ocorridos relacionados aos procedimentos cirúrgicos NP: Número de procedimentos cirúrgicos	Número de óbitos ocorridos relacionados aos procedimentos cirúrgicos
		Número de procedimentos cirúrgicos
<b>Taxa de infecção (%)</b>	Nos quais:	Número de pacientes que foram acometidos com infecção
		Tipo de infecção
		Número de pacientes



	Número de pacientes que foram acometidos com infecção Número de pacientes	
--	--	--

<b>INDICADORES DA DIMENSÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>	<b>DESCRIÇÃO DO CÁLCULO</b>	<b>VARIÁVEIS</b>
<b>Cobertura de Vacinação Populacional</b>	$\frac{VT}{POP} \times 100\%$ <p>Nos quais: VT: Quantidade de vacina por tipo POP: População atendida</p>	Porcentagem da vacinação por tipo e faixa etária correspondente
<b>Coberturas vacinais</b>	$\frac{NDV}{PAV} \times 100\%$ <p>Nos quais: NDV: Número de doses aplicadas de determinada vacina PAV: População-alvo da vacinação</p>	Tipos de vacinas Quantidade de doses ministradas de cada vacina determinada População-alvo por faixa etária correspondente
<b>Homogeneidade de coberturas vacinais</b>	$\frac{MCADV}{TM} \times 100\%$ <p>Nos quais: MCADV: quantidade de micro-área que possuem cobertura adequada para determinada vacina TM: Total de micro-área</p>	Quantidade de micro-área que possuem cobertura adequada para determinada vacina Total de micro-área Tipos de vacinas
<b>Taxas de abandono (ou proporção de abandono de vacinas)</b>	$\frac{N^{\circ} \text{ das } 1^{\circ} \text{ doses} - N^{\circ} \text{ das últimas doses}}{N^{\circ} \text{ das } 1^{\circ} \text{ doses}} \times 100\%$ <p>Nos quais: Nº das 1º doses: Número de primeiras doses por tipo de vacina multidoso Nº das últimas doses: Nº das últimas doses: Número de últimas doses por tipo da mesma vacina multidoso</p>	Número de primeiras doses por tipo de vacina multidoso Número de últimas doses por tipo da mesma vacina multidoso Tipo de vacina multidoso Micro-área
<b>Existência de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano</b>	Quantidade de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município	Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município

<b>Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano</b>	$\frac{NIM}{NTEF} \times 100$ Nos quais: NIM: Número de indústrias de medicamentos, inspecionadas pela Vigilância Sanitária no ano NTEF: Número total de estabelecimentos fabricantes de medicamentos cadastrados no Sivisa	Número de indústrias de medicamentos em determinado território, inspecionadas pela Vigilância Sanitária no ano
		Número total de estabelecimentos fabricantes de medicamentos autorizados a funcionar no mesmo território
<b>Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.</b>	$\frac{CVA}{TVCBVC} \times 100$ Nos quais: CVA: Número de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas, de acordo com as normas do PNI. TVCBVC: Total de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança	Número de doses aplicadas de BCG
		Número de segundas doses aplicadas de VORH
		Número de terceiras doses aplicadas de Pentavalente (DTP+Hib+Hep B)
		Número de terceiras doses aplicadas de vacina contra poliomielite em <1 ano de idade
		Número de terceiras doses aplicadas de vacina Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) em <1 ano de idade
		Número de segundas doses aplicadas de vacina Meningocócica Conjugada C (MnC) em <1 ano de idade
		Número de doses da vacina Tríplice Viral aplicadas em crianças de 1 ano de idade.
		Número de doses da vacina de febre amarela aplicadas na população <1 ano de idade
		Nº de doses de vacina Influenza na população de 6 meses a < 2anos de idade
		População <1 ano de idade
		População 1 ano de idade
		População de 6 meses a < 2anos de idade
		Micro-área
<b>Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.</b>	$\frac{TPBC}{TPBD} \times 100$ Nos quais: CCNTPB: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; TPBC: Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados; TPBD: Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados;	Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados; Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados;
		Micro-área
<b>Proporção de exame anti-HIV realizados</b>		Quantidade de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado

<b>entre os casos novos de tuberculose.</b>	$\frac{TEAnti - HIV}{CNTD} \times 100$ <p>Nos quais: TEAnti-HIV: Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado CNTD: Total de casos novos tuberculose diagnosticados no ano</p>	<p>Total de casos novos tuberculose diagnosticados no ano</p> <p>Micro-área</p>
<b>Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.</b>	$\frac{TONFCBD}{ONF} \times 100$ <p>Nos quais: TONFCBD: Total de óbitos não fetais com causa básica definida ONF: Total de óbitos não fetais</p>	<p>Total de óbitos não fetais com causa básica de finida</p> <p>Total de óbitos não fetais</p> <p>Micro-área</p>
<b>Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação.</b>	$\frac{TDNCI(60d)}{TDNCI} \times 100$ <p>Nos quais: TDNCI(60d): Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. TDNCI: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação;</p>	<p>Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação.</p> <p>Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação;</p> <p>Micro-área</p>
<b>Proporção de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados.</b>	Somatório de casos de doença ou agravo relacionados ao trabalho notificados por local de residência.	<p>Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados</p> <p>Micro-área</p>
<b>Percentual de micro-áreas que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.</b>	$\frac{AVSM}{TAV} \times 100$ <p>Nos quais: AVSM: Número de ações de vigilância* sanitária realizadas na micro-área TAV: Total de ações de vigilância*</p>	<p>Número de ações de vigilância* sanitária realizadas na micro-área</p> <p>Total de ações de vigilância*</p> <p>Micro-área</p> <p>*São consideradas ações de vigilância: i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) Instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias.</p>
<b>Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.</b>	Somatório do número de casos novos de aids em menores de 5 anos por micro-área	<p>Número de casos novos de aids em menores de 5 anos por micro-área</p> <p>Micro-área</p>
<b>Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3</b>	Somatório número absoluto de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.	Número de indivíduos residentes, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, com contagem inicial de CD4 abaixo de 200 cel/mm3.

<b>Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.</b>	Somatório do número de testes sorológicos anti-HCV realizado no ano para diagnóstico da hepatite C.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizado no ano para diagnóstico da hepatite C.
<b>Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes</b>	$\frac{NCH}{TCHD} \times 100$ <p>Nos quais:  NCH: Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes – PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação – e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação  TCHD: Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local</p>	Micro-área Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes – PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação – e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local Período de diagnóstico Micro-área
<b>Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados</b>	$\frac{NCIE}{TCIR} \times 100$ <p>Nos quais:  NCIE: Número de contatos intradomiciliares examinados referente aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação  TCIR: Total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação</p>	Número de contatos intradomiciliares examinados referente aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação Total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação Período de diagnóstico Micro-área
<b>Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.</b>	Somatório de óbitos por leishmaniose visceral (casos novos e recidivas), por ano de notificação, por local residência	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral (casos novos e recidivas), por ano de notificação, por local residência Período de diagnóstico Micro-área
<b>Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.</b>	$\frac{CV}{TPC} \times 100$ <p>Nos quais:  CV: Número de cães vacinados  TPC: Total da população canina</p>	Número de cães vacinados Total da população canina Micro-área
<b>Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.</b>	$\frac{RPE}{PRP} \times 100$ <p>Nos quais:  RPE: Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma no município  PRP: População escolar do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública do município</p>	Número de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública examinados para o tracoma por micro-área População escolar do 1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública por micro-área Micro-área

<b>Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária</b>	$\frac{EPM}{PT} \times 1000$ <p>Nos quais:  EPM: Número de exames positivos de malária por local provável de infecção, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC)  PT: População total residente, no período determinado</p>	Número de exames positivos de malária por local provável de infecção, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC) População total residente, no período determinado Micro-área
<b>Número absoluto de óbitos por dengue.</b>	Somatório do número absoluto de óbitos por dengue no ano	Número absoluto de óbitos por dengue no ano. Micro-área
<b>Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue</b>	$\frac{NIV}{NIAU} \times 1000$ <p>Nos quais:  NIV: Número de imóveis visitados nos municípios em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue  NIAU: Número de imóveis de áreas urbanas</p>	Número de imóveis visitados nos municípios em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue Número de imóveis de áreas urbanas Micro-área
<b>Número de casos autóctones de malária.</b>	Somatório do número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas LVC.	Número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas LVC. Micro-área
<b>Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.</b>	<p>Proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais:</p> $\frac{AAEPCT}{TAOPC} \times 100\%$ <p>Nos quais:  AAEPCT: Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância;  TAOPC: Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes;</p> <p>Proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez:</p> $\frac{AAEPT}{TAOPT} \times 100$ <p>Nos quais:  AAEPT: Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância  TAOPT: Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez</p> <p>Proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre:</p> $\frac{AAECRL}{TAOPCRL} \times 100$ <p>Nos quais:</p>	Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância; Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes; Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre

	<p>AAECRL: Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância</p> <p>TAOPCRL: Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre</p> <p>Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez:</p> $PACH = \frac{1,2xPCT + 1xPT + 1xPCRL}{3,2}$	
<b>Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho</b>	<p>Nos quais:</p> <p>NTAC: Número de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso.</p> <p>NTCA: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência.</p>	$\frac{NTAC}{NTCA} \times 100$ <p>Número de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso.</p>
		<p>Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência.</p>
		<p>Micro-área</p>

<b>INDICADORES DA DIMENSÃO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	<b>DESCRIÇÃO DO CÁLCULO</b>	<b>VARIÁVEIS</b>
<b>Percentual de farmácias com o Sistema Hórus implantado por micro-área.</b>	<p>Nos quais:</p> <p>FABSH: Número de serviços farmacêuticos da Atenção Básica com o Sistema Hórus implantado no município</p> <p>FAB: Número total de serviços farmacêuticos da Atenção Básica no município</p>	$\frac{FABSH}{FAB} \times 100$ <p>Número de serviços farmacêuticos da Atenção Básica com o Sistema Hórus implantado no município</p>
		<p>Número total de serviços farmacêuticos da Atenção Básica no município</p>
		<p>Micro-área</p>
<b>Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);</b>	<p>Se existe ou não a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);</p>	<p>Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);</p>
<b>Número de reuniões da CFT no último ano</b>	<p>Somatório das reuniões da CFT no último ano</p>	<p>Quantidade de reuniões da CFT no último ano</p>

<b>Existência de Procedimentos ou Normas Técnicas</b>	Se existe ou não Procedimentos ou Normas Técnicas	Procedimentos ou Normas Técnicas
<b>Existência de REMUME ou Relação Regional de Medicamentos</b>	Se existe ou não REMUME ou Relação Regional de Medicamentos	REMUME ou Relação Regional de Medicamentos
<b>Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica</b>	$(N^{\circ} \text{ de ESF} + N^{\circ} \text{ de ESF equivalente}) \times 3.000$ <p>Nos quais:  N° de ESF : Equipes de Saúde da Família  N° ESF equivalente: Equipes de Saúde Família equivalente</p>	<p>O número de equipes de Saúde da Família com os códigos de 1 a 3, 12 a 15, 24 a 39. As equipes de códigos 24 a 38 serão ponderadas conforme Portaria nº 703/2011, equivalendo: códigos 24 a 26 = 1 equipe; códigos 27 a 29 = 2 equipes; códigos 30 a 32 = 3 equipes; código 33 a 35 = 0,85 equipe; código 36 a 38 = 0,6 equipe.</p> <p>Número de equipes de Atenção Básica parametrizadas códigos de 16 a 21 deverão ser ponderadas conforme Portaria nº 576/2011, equivalendo: códigos 16 e 19 = 1 equipe; códigos 17 e 20 = 2 equipes; códigos 18 e 21 = 3 equipes.</p> <p>Número de equipes de Saúde da Família equivalentes: a cada 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe</p> <p>Estimativa da populacional do ano anterior</p> <p>Micro-área</p>