

# CONASS documenta

Cadernos de  
informação técnica  
e memória do Conass

40

CICLOS DE  
MELHORIAS  
NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À  
SAÚDE



---

# CICLOS DE MELHORIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

---

# 40

CONASS documenta

Brasília, 2022 | 1ª edição





© 2022 – 1.<sup>a</sup> edição - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

CONASS DOCUMENTA n. 40

Brasília, junho de 2022.

**CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE**

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105

Edifício Parque Cidade Corporate

CEP: 70.308-200

Brasília/DF – Brasil

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C568 Ciclos de melhorias na atenção primária à saúde [livro eletrônico]/  
Organizadores Marco Antônio Bragança de Matos, Maria José de  
Oliveira Evangelista, Eugênio Vilaça Mendes. – Brasília, DF:  
Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2022. – (CONASS  
Documenta; v. 40)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88631-21-8

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à Saúde. 3. Sistema Único  
de Saúde – Brasil. I. Matos, Marco Antônio Bragança de.  
II. Evangelista, Maria José de Oliveira. III. Mendes, Eugênio Vilaça.  
CDD 362.10981

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

---

AC	Paula Augusta Maia de Faria Mariano	PB	Renata Valéria Nóbrega
AL	André Luiz Ávila Cabral (Interino)	PE	André Longo Araújo de Melo
AM	Anoar Abdul Samad	PI	Antônio Neris Machado Júnior
AP	Juan Mendes da Silva	PR	César Augusto Neves Luiz
BA	Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro	RJ	Alexandre Otavio Chiepp
CE	Marcos Antônio Gadelha Maia	RN	Cipriano Maia de Vasconcelos
DF	Manoel Luiz Narvaz Pafiadache	RO	Semayra Gomes Moret
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Cecilia Smith Lorenzon Basso
GO	Sandro Rogério Rodrigues Batista	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Tiago José Mendes Fernandes	SC	Alexandre Lencina Fagundes
MG	Fábio Baccheretti Vitor	SE	Mércia Simone Feitosa de Souza
MS	Flávio da Costa Britto Neto	SP	Jeancarlo Gorinchteyn
MT	Kelluby de Oliveira	TO	Afonso Piva de Santana
PA	Rômulo Rodovalho Gomes		

## DIRETORIA DO CONASS 2021/2022

---

### PRESIDENTE

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

### VICE-PRESIDENTES

#### Região Centro-Oeste

Sandro Rogério Rodrigues Batista (GO)

#### Região Nordeste

Cipriano Maia de Vasconcelos (RN)

#### Região Norte

Juan Mendes da Silva (AP)

#### Região Sudeste

Fábio Baccheretti Vitor (MG)

#### Região Sul

César Augusto Neves Luiz (PR)

## EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

---

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

### ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

### ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

### ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

### ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Elizena Rossy

Luiza Tiné

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

### COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

### COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

### COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

### ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Toledo Lopes

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Amaral

### CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

## ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

---

### ORGANIZAÇÃO

Marco Antônio Bragança de Matos  
Maria José de Oliveira Evangelista  
Eugênio Vilaça Mendes

### COLABORADORES

Ademilde Machado Andrade  
Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães  
Ana Angélica R. de Meneses e Rocha  
Carla Ulhoa André  
Eliane Regina da Veiga Chomatas  
Leane de Carvalho Machado  
Maria Albertina Santiago Rego  
Maria Ângela Leite Chaves  
Maria Zélia Soares Lins  
Marta Oliveira Barreto  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes  
Rosane de Lucca Maerschner  
Rubia Pereira Barra  
Sandra Sperotto  
Wagner Fulgêncio Elias

### REVISÃO TÉCNICA

Maria José Evangelista

### REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

### PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

### EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura  
Marcus Carvalho

# SUMÁRIO

---

APRESENTAÇÃO	11
PREFÁCIO	15
INTRODUÇÃO	21
<b>PARTE I</b>	
CONTRIBUIÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL – NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO PARA A APS	27
O PROGRAMA PREVINE BRASIL	29
POR QUE É IMPORTANTE MONITORAR?	33
O MONITORAMENTO DAS LINHAS DE CUIDADO	41
A. Indicadores para o ciclo gravídico-puerperal	46
B. Indicadores para o ciclo de vida da mulher no câncer do colo do útero	50
C. Indicadores para o ciclo de vida da criança	53
D. Indicadores para o ciclo de vida do adulto e do idoso na hipertensão arterial e no diabetes mellitus	56
COMO FAZER PARA MELHORAR O DESEMPENHO?	61
4.1 Microssistema clínico: o lugar em que acontece o cuidado em saúde	65
4.2 Cultura organizacional: o que é realmente importante?	68
4.3 Equipe e trabalho em equipe	71
4.4 Liderança	72
4.5 Propósito	74
4.6 Sistema de monitoramento	77
4.7 Ciclos de melhoria dos macroprocessos de atenção preventiva e de atenção às condições crônicas	85

CICLOS DE PDSA PARA OS INDICADORES DO PREVINE BRASIL	95
5.1 Cadastro de unidades, equipes e profissionais	97
5.2 Capitação ponderada	100
5.3 Ciclo de vida da mulher – gestação e puerpério	104
5.4 Ciclo de vida da mulher – câncer do colo do útero	107
5.5 Ciclo de vida da criança – vacinação	111
5.6 Ciclo de vida do adulto e do idoso – hipertensão arterial e diabetes mellitus	115
 <b>PARTE II</b>	
<b>PAINEL DE INDICADORES PARA A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	<b>123</b>
 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	 125
 PAINEL DE INDICADORES	 131



## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Tratamento Restaurador Atraumático
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DUM	Data da Última Menstruação
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
eAP	Equipes de Atenção Primária
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eSB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família

eSFF	Equipes de Saúde da Família Fluviais
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
HA	Hipertensão Arterial
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Identificador Nacional de Equipes
ISF	Indicador Sintético Final
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MM	Modelo de Melhoria
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAC	Planejamento Antecipado de Cuidados
PBF	Programa Bolsa Família
PDSA	<i>Plan-Do-Study-Act</i>
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRI	Planejamento Regional Integrado
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde

RN	Recém-Nascido
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SB	Saúde Bucal
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SPICT	<i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VIP	Vacina Inativada Poliomielite
ZTORCHS	Zika vírus – Toxoplasmose – Outras doenças – Rubéola – Citomegalovírus – Herpes – Sífilis

# APRESENTAÇÃO



# APRESENTAÇÃO

---

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) vem desenvolvendo a Planificação da Atenção à Saúde em várias regiões de saúde do país, desde 2003.

A ocorrência da pandemia da covid-19 e o impacto causado nas diversas regiões brasileiras impôs aos gestores e profissionais formular estratégias para enfrentar a situação sem prejuízo da evolução do projeto, o trabalho a distância foi um aprendizado importante, tendo sido decisivo no avanço do projeto nas regiões, em especial a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). No entanto, mesmo com um forte reconhecimento e envolvimento das equipes assistenciais e uma intenção sempre manifestada por parte dos gestores, assim como os “invisíveis usuários com condições crônicas”, as iniciativas ainda ficam ao lado das decisões mais estratégicas.

O *Conass Documenta nº 40 – Ciclos de Melhorias na Atenção Primária à Saúde*, apresenta contribuições importantes para os gestores e profissionais que atuam na APS e na AAE, pois logo no início da pandemia foi instituído o Previne Brasil, novo modelo de financiamento de custeio da APS, desdobrado nos componentes de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, com os objetivos de aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS, bem como o vínculo entre a população e a equipe.

Está dividido em duas partes, com o objetivo de subsidiar as secretarias estaduais e municipais de saúde nas ações da Planificação da Atenção à Saúde. Na Parte 1, apresenta uma proposta de trabalho para melhoria do desempenho nos indicadores do Previne Brasil, fundamentada no Modelo de Melhoria (MM). Na Parte 2, propõe um painel de indicadores para monitoramento e avaliação dos macroprocessos da APS, seguindo a lógica da metáfora da construção da casa, utilizada na Construção Social da APS.



A sistematização proposta é resultado de inúmeras discussões realizadas no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde, grande contribuição do Conass para implantação e qualificação das RAS. A experiência conduzida por seu grupo de assessores, consultores e facilitadores é preciosa pela interação direta com as secretarias estaduais e municipais, com seus profissionais e gestores, e até mesmo com seus usuários beneficiados, constituindo um espaço efetivo de Construção Social, em que teorias são verificadas; hipóteses, testadas; resultados, avaliados; e o fruto de tudo isso, sistematizado, como propõe este documento.

Certamente, a sua utilização possibilitará um novo ciclo de aprendizagem, fazendo crescer as pessoas e amadurecer os processos de cuidado nas RAS.

**Nésio Fernandes de Medeiros Junior**

Presidente do Conass

# PREFÁCIO

---



## PREFÁCIO

---

O maior desafio dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos está em sua incapacidade de enfrentar situações epidemiológicas de dominância relativa forte das condições crônicas.

Isso ocorre porque as transições nas condições de saúde, especialmente as demográficas e as epidemiológicas, se dão de forma profunda e rápida enquanto a resposta social dos sistemas de atenção à saúde faz-se muito lentamente, rompendo a coerência que deve haver entre a situação de saúde com hegemonia de condições crônicas e a organização integrada em redes no campo da saúde. As evidências produzidas internacionalmente mostraram que os sistemas fragmentados de atenção à saúde fracassaram no manejo das condições crônicas.

Para restabelecer a coerência perdida há que se superar a fragmentação por meio da construção de redes de atenção à saúde. Essas redes, segundo a normativa do SUS contida na Portaria nº 4.279/2010, compõem-se de três elementos fundamentais: a população e o território, os modelos de atenção à saúde e a estrutura operacional.

A população é composta pelos sujeitos que dão sentido às redes e vivem em territórios singulares e, por consequência, os modelos de gestão da oferta prevalentes devem ser substituídos por modelos de gestão da saúde populacional. Assim também, os modelos de atenção às condições crônicas devem ser desenvolvidos de modo a acolherem as evidências produzidas em diversos países e no Brasil que estão sustentadas por uma cultura da saúde, pelo paradigma da determinação social da saúde e que sejam capazes de produzirem resultados em função de intervenções equilibradas nos âmbitos da promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde, da estratificação de riscos, da estabilização e do autocuidado apoiado. Por fim, a estrutura operacional das redes de atenção à saúde se expressa em cinco componentes: a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundários e terciários ambulatoriais e hospitalares, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e os sistemas de governança.

Essas bases doutrinárias das redes de atenção à saúde foram consideradas pelo CONASS para a construção processual de uma metodologia operacional que leva anos de implantação, a Planificação da Atenção à Saúde.

A atenção primária à saúde, na organização em redes, cumpre três papéis fundamentais: instituir e manter a base populacional, resolver a grande maioria dos problemas de saúde e coordenar os fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo de todos os seus nós. O processo de Planificação da Atenção à Saúde alicerça-se na construção social de uma atenção primária à saúde que se institui a partir dos atributos dos cuidados primários propostos pela Profa. Barbara Starfield e dos estudos de demanda realizados em nosso País. Essa complexa demanda foi codificada em sete perfis de oferta que devem ser implantados utilizando-se como metáfora o processo de construção de uma casa. Essa metodologia operacional foi elaborada por meio dos ciclos de melhoria contínua, da estratégia de educação ativa tutorial, da gestão de processos e com foco nos microssistemas clínicos que são os locais em que as pessoas usuárias e suas famílias se encontram para coproduzirem saúde.

Sinteticamente, esses são os elementos conceituais e operacionais que constituem a essência da Planificação da Atenção à Saúde e que estão em contínuo processo de reconstrução. São eles que sustentam o excelente texto produzido pelo Marco Antônio Matos, médico pediatra com longa vivência em saúde pública alcançada por trabalhos em muitas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e em diversas regiões de nosso País. Trata-se de um profissional com sólida formação teórica que atua com notável disciplina operacional, com larga experiência de campo acumulada em muitos anos de trabalho e que tem estado presente constantemente na formulação e na implantação da Planificação da Atenção à Saúde como consultor do CONASS. Além disso, tanto na dimensão pessoal quanto profissional, tudo faz com o sentido de uma clara missão social e humana de melhorar a vida das pessoas.

O texto está dividido em duas partes.

Na parte 1 apresenta uma proposta de trabalho para melhoria do desempenho nos indicadores do Previn Brasil, fundamentada no modelo de melhoria. Nessa parte o texto discorre sobre vários aspectos: o que é o programa Previn Brasil; por que é importante monitorar; o monitoramento das linhas de cuidado nos ciclos de vida da mulher, da criança e do adulto/idoso; a identificação dos indicadores propostos seguindo-se a sugestão de

um primeiro conjunto de outros indicadores a serem implementados de maneira complementar e de um segundo conjunto a ser implementado progressivamente; a importância do monitoramento da atenção à saúde; o foco nos microssistemas clínicos, na cultura organizacional, no trabalho interdisciplinar e na liderança; e a utilização dos ciclos PDSA para os indicadores.

Na parte 2 discute-se um painel de indicadores para a atenção primária à saúde partindo de uma conceituação e de uma justificativa propondo-se uma organização de acordo com os principais processos e macroprocessos estruturados na lógica da metáfora da casa que constitui uma referência metodológica para a construção social dos cuidados primários nas redes de atenção à saúde. Foram descritos conjuntos de indicadores relacionados com os processos de: territorialização, conhecimento da população, acesso, atenção aos eventos agudos, atenção às condições crônicas (em geral), atenção às condições por linhas de cuidados (gestação e puerpério, criança, mulher no rastreamento do câncer de mama e do colo do útero, adulto e idoso na hipertensão e diabetes, saúde bucal e saúde mental) e cuidados paliativos. Para cada conjunto foram feitas sugestões e comentários para sua compreensão, análise e correlação com os programas e políticas vigentes na atenção primária à saúde no SUS.

Este documento certamente será muito útil para quem se interessa em promover melhorias significativas na atenção primária à saúde melhorando os processos de avaliação das políticas implantadas, especialmente o programa Previne Brasil. Como assinala o autor em seu texto, a melhoria de um sistema depende de uma boa medição. Medir é essencial para melhorar e uma seleção de bons indicadores permite compreender os sistemas, compará-los e melhorá-los sendo, portanto, impossível prescindir deles.

Uma boa leitura!

Eugênio Vilaça Mendes





## INTRODUÇÃO

---



A recente publicação do Professor Eugênio Vilaça Mendes – *O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível* – somou-se a uma série de alertas acerca da descontinuidade do cuidado de pessoas com condições crônicas durante o período pandêmico. “A terceira onda tem sido denominada, alternativamente, de ‘paciente invisível’ [...]. O choque de demanda promovido pela COVID-19 tornou invisíveis para os sistemas de atenção à saúde as necessidades das pessoas com condições de saúde não COVID-19”<sup>1</sup>.

Hoje, no Sistema Único de Saúde (SUS), multiplicaram-se as ocasiões de diálogo sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), bem como as iniciativas para sua implantação, como a sempre mais reconhecida e solicitada proposta da Planificação da Atenção à Saúde formulada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). No entanto, mesmo com um forte reconhecimento e envolvimento das equipes assistenciais e uma intenção sempre manifestada por parte dos gestores, assim como os “invisíveis usuários com condições crônicas”, essas iniciativas ainda ficam ao lado das decisões mais estratégicas.

Pouco antes do início da pandemia, o Ministério da Saúde (MS) pactuou na tripartite e publicou a Portaria nº 2.979<sup>2</sup> que instituiu o Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), desdobrado nos componentes de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, com os objetivos de aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem<sup>3</sup>. A implementação do programa acabou postergada devido à pressão assistencial, social e política gerada pela covid-19.

Depois de quase duas décadas do relatório *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003, “[...] um passo importante para o preparo dos responsáveis pela elaboração de políticas, dos planejadores do setor saúde e de outros agentes relevantes para o empreendimento de ações que visem a redução das ameaças impostas pelas condições crônicas à população, aos sistemas de saúde e às economias”<sup>4</sup>; depois de pouco mais de dez anos da Portaria nº 4.279, publicada pelo MS no final de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização das redes de atenção, tornando diretriz da política de saúde proposições amadurecidas em anos anteriores acerca dos modelos de organização dos sistemas de saúde mais adequadas para o SUS e “[...] trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas”<sup>5</sup>; depois de dois anos de uma pandemia que se tornou sindemia, na qual uma porção preocupante daqueles usuários invisíveis se tornaram visíveis nos índices de morbimortalidade; depois da estratégia nacional de vacinação anticovid-19, que definiu como público-alvo prioritário usuários adultos com morbidades crônicas de alto risco, assustando os governos e a sociedade pela grande proporção da população nessa situação; depois de tudo isso, é evidente e imperativa a necessidade de dar uma atenção adequada e definir formas efetivas de cuidar das pessoas com condições crônicas.

Nesse sentido, o Programa Previne Brasil pode se tornar uma grande ocasião para esse passo de qualificação da atenção no SUS. Para aproveitar bem essa oportunidade, é necessário que seja implantado segundo a sua finalidade última, que é melhorar a capacidade de resposta às necessidades da população, e não somente pelo necessário financiamento.

No entanto, é importante a compreensão de que organizar os processos diretamente relacionados com os indicadores do programa implica necessariamente a organização do macroprocesso de atenção às condições crônicas. Este, por sua vez, requer a organização do conjunto de macroprocessos da APS, uma vez que a pessoa com condição crônica é aquela que é residente em um território de abrangência de uma unidade de saúde; que é conhecida por meio do cadastro individual e familiar; que é vinculada a uma equipe; que é integrante de uma família que deve ser classificada por risco; que demanda e acessa os serviços de saúde; que é acompanhada no seu domicílio, recebendo visitas e atendimentos quando necessário; que é inseri-

da no acompanhamento programado longitudinal, com agenda garantida para isso; mas que também é acolhida e tratada sempre que ocorre agudização de seu quadro clínico; que precisa participar de ações preventivas de agravamento, relacionadas com a mudança de comportamentos; que, para isso, precisa de apoio para fortalecer sua capacidade de autocuidado; que requer renovação da prescrição de medicamentos; e que pode vir a precisar de cuidados paliativos nas situações de maior gravidade. Essa atenção complexa a essas necessidades complexas é possível se for organizado e garantido um conjunto de serviços e processos, desempenhados com qualidade por uma equipe competente, como propõe a Construção Social da APS.

Assim, a proposta de ciclos de melhoria dos processos de cuidado das condições crônicas deve se estender para o conjunto dos macroprocessos da APS e, da mesma maneira como foi pensado no Previne Brasil, deve propor um painel de indicadores mais amplo, que possibilite à equipe monitorar e avaliar a qualidade da sua prestação de cuidados.

Este CONASS Documenta é dividido em duas partes, com o objetivo de subsidiar as secretarias estaduais e municipais de saúde nas ações da Planificação da Atenção à Saúde. Na Parte 1, apresenta uma proposta de trabalho para melhoria do desempenho nos indicadores do Previne Brasil, fundamentada no Modelo de Melhoria (MM). Na Parte 2, propõe um painel de indicadores para monitoramento e avaliação dos macroprocessos da APS, seguindo a lógica da metáfora da construção da casa, utilizada na Construção Social da APS.

A sistematização proposta é resultado de inúmeras discussões realizadas no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde, grande contribuição do Conass para implantação e qualificação das RAS. A experiência conduzida por seu grupo de assessores, consultores e facilitadores é preciosa pela interação direta com as secretarias estaduais e municipais, com seus profissionais e gestores, e até mesmo com seus usuários beneficiados, constituindo um espaço efetivo de Construção Social, em que teorias são verificadas; hipóteses, testadas; resultados, avaliados; e o fruto de tudo isso, sistematizado, como propõe este documento.

Certamente, a sua utilização possibilitará um novo ciclo de aprendizagem, fazendo crescer as pessoas e amadurecer os processos de cuidado nas RAS.





# Parte I

---

CONTRIBUIÇÕES PARA  
A IMPLANTAÇÃO  
DO PROGRAMA  
PREVINE BRASIL –  
NOVO MODELO DE  
FINANCIAMENTO PARA  
A APS

---



## O PROGRAMA PREVINE BRASIL

---



O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979 do MS, em 12 de novembro de 2019<sup>2</sup>, estabelecendo o novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, com três componentes:

- **Capitação ponderada:** modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP) e considerando fatores de ajuste, como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- **Pagamento por Desempenho:** modelo de remuneração com base nos resultados alcançados pelas equipes (eSF/eAP) em um conjunto de sete indicadores que serão monitorados e avaliados quadrimestralmente por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).
- **Ações estratégicas:** modelo de remuneração com base na implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na RAS (Programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal – eSB; Unidade Odontológica Móvel; Centro de Especialidades Odontológicas – CEO; Laboratório Regional de Prótese Dentária; Equipe de Consultório na Rua; Unidade Básica de Saúde Fluvial; Equipe de Saúde da Família Ribeirinha; Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional; Adolescentes em situação de privação de liberdade; Programa Saúde na Escola; Programa Academia da Saúde; Programas de apoio à informatização da APS; Residência médica e multiprofissional; outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico), com regras para transferências financeiras próprias.

Todos os três componentes impõem a necessidade de uma rotina de monitoramento e avaliação das ações, metas e resultados alcançados<sup>i</sup>.

---

<sup>i</sup> Os gestores e profissionais devem acompanhar continuamente as atualizações do Programa Previne Brasil: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>.



POR QUE É  
IMPORTANTE  
MONITORAR?

---





## POR QUE É IMPORTANTE MONITORAR?

---

# 2

O primeiro componente do Programa Previne Brasil – capitação ponderada – propõe o monitoramento da cobertura populacional das equipes da APS.

A Portaria nº 4.279 citada antes apontou dois atributos essenciais para o funcionamento das redes de atenção: a “[...] População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde” e a atenção primária “estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde”. Definiu ainda, como ação estratégica, a revisão e ampliação da política de financiamento da APS com base na programação das necessidades da população, com o objetivo de fortalecê-la “para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção”<sup>5</sup>.

A Portaria nº 2.436, que atualizou os termos da Política Nacional de Atenção Básica, apontava como uma das atribuições da equipe de atenção primária “cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local”<sup>6</sup>.

A Resolução CIT nº 23, de 2017, estabeleceu como primeira diretriz para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI) e Governança das RAS o “compromisso dos três entes federados na implementação de modelo de atenção à saúde que atenda [...] às necessidades de saúde da população brasileira”, complementando que “o espaço regional, onde se organiza a RAS, requer a definição dos limites geográficos e base

populacional”. A Resolução CIT nº 37, de 2018, que dispôs sobre o processo de PRI, afirma que ele deve expressar “as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território”, por meio da “identificação [...] das necessidades de saúde da população” e da “organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população”<sup>7,8</sup>.

As portarias recomendam o conhecimento da população e suas necessidades de saúde como critério para ordenação dos serviços de saúde da rede de atenção e o cadastramento pelas equipes da APS como processo básico para esse conhecimento. Os trechos a seguir, extraídos do livro *As Redes de Atenção à Saúde*, de Mendes<sup>9</sup>, agregam elementos importantes aos citados pela legislação.

**POPULAÇÃO:  
RAZÃO DE SER  
DAS REDES DE  
ATENÇÃO À SAÚDE**



O primeiro elemento das redes de atenção, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RAS.

Como se viu, as RAS, nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, podem prescindir dos territórios sanitários. Mas não há possibilidades dessas redes serem implantadas sem uma população adscrita. Assim, as RAS, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.


A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.<sup>9</sup>

O segundo componente do Programa Previne Brasil foi definido inicialmente pela Portaria nº 3.222 do MS, em 10 de dezembro de 2019<sup>10</sup>, e atualizada em 20 de janeiro de 2022 por meio da Portaria nº 102 do MS<sup>11</sup> e da Nota Técnica nº 2/2022-DESF/SAPS/MS<sup>12</sup>, com alteração da formulação e metas de alguns dos sete indicadores<sup>ii</sup>. Este componente propõe o monitoramento de sete indicadores para cinco condições de saúde: o ciclo gravídico-puerperal, o ciclo de vida da criança, o câncer do colo do útero, a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM).

As cinco condições selecionadas são condições crônicas de saúde, devendo ser compreendidas segundo a definição da OMS:

<p>Conceito de condição de saúde</p> 	<p>As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde<sup>9</sup>.</p> <p>Sendo circunstâncias na saúde das pessoas, o termo condição de saúde “vai além de doenças, por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida (crianças – puericultura; adolescentes – hebicultura; pessoas idosas – senicultura) que não são doenças, mas são condições de saúde de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde”.</p> <p>Esse conceito foi acolhido pela OMS em 2003 no Relatório Mundial da OMS sobre os “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas”<sup>4</sup>, a partir de estudos ligados aos modelos de atenção.</p> <p>“A distinção transmissível/não transmissível pode não ser tão útil quanto os termos agudo e crônico para descrever o espectro dos problemas de saúde”.</p> <p>Como tipologia, as condições de saúde são categorizadas em condições agudas e condições crônicas, a partir do desenvolvimento dessas circunstâncias na vida das pessoas e da forma como os profissionais, as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde se organizam na prestação de serviços.</p>
<p>Condição crônica</p>	<p>As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.</p> <p>De maneira geral, as condições crônicas são caracterizadas por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terem um início e evolução lentos e graduais, mesmo que possam se manifestar repentinamente;</li> <li>• serem determinadas por causas múltiplas e complexas;</li> <li>• terem diagnósticos usualmente incertos, baseados fundamentalmente na clínica, com testes diagnósticos apenas complementares;</li> </ul>

ii Este documento considera a versão atualizada do Programa Previne Brasil



- se apresentarem sem padrões regulares ou previsíveis para seu desenvolvimento;
- cursarem com duração mais ou menos longa, superior a três meses, ou de forma definitiva e permanente nos casos de algumas doenças crônicas;
- levarem a mais sintomas (cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas) e à perda de capacidade funcional;
- poderem cursar com estabilidade clínica ou instabilidade clínica, situações evidenciadas pelos marcadores clínicos do cuidado;
- poderem cursar com momentos de agudização, com um comportamento similar ao das condições agudas, caracterizando um evento agudo.

Por isso, requerem do sistema de saúde uma resposta assim compreendida:

- toda a atenção é centrada na pessoa, com base na sua necessidade de saúde, identificada, investigada e dimensionada;
- ancorada na colaboração entre pessoas, o usuário e o profissional;
- o usuário é sujeito ativo e corresponsável pela própria condição de saúde, devendo desenvolver uma capacidade de autocuidado;
- o profissional, para além da competência de manejo clínico, deve ter um papel educacional, apoiando o usuário na mudança de comportamentos e estilos de vida;
- ambos, usuários e profissionais, devem ser proativos e estabelecer parcerias no planejamento das intervenções de cuidado;
- compartilhamento do conhecimento, entre os profissionais e, destes, com os usuários;
- intervenções de cuidado por equipe multiprofissional que atua de maneira interdisciplinar, com abordagem integral dos fatores presentes e determinantes da condição de saúde;
- intervenções de cuidado contínuas, ao longo de toda a duração da condição de saúde;
- com ênfase no cuidado por estrato de risco, estabilização clínica e fortalecimento do autocuidado.

A demanda na APS é fortemente concentrada em condições crônicas. Vários estudos realizados sobre o perfil de demanda<sup>13</sup> mostram que há uma forte concentração em problemas, motivos e consultas ou condições mais frequentes, ou seja, grande volume de demanda relacionado com poucos tipos de problemas. Os estudos evidenciam ainda que, entre os poucos tipos de problemas, predominam as condições crônicas.

Os estudos da carga global de doenças também mostram que o total de anos de vida de uma população perdidos por morte ou incapacidades ocorridas precocemente é, em mais de 80%, determinado pelas condições crônicas. Ademais, a análise das causas da morbimortalidade que contam no cálculo da carga de doenças remete ao fato de serem, em grande parte, evitáveis.

As características mais relevantes das condições crônicas, no que diz respeito à resposta dos sistemas de saúde (figura 1), mostram-se suficientes para justificar o monitoramento das condições de saúde proposto no Progra-

ma Previne Brasil, necessário antes mesmo do financiamento vinculado ao desempenho das equipes.

FIGURA 1. **Características relevantes das condições crônicas de saúde**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Ninguém pode tirar a importância de assegurar os recursos financeiros para a sustentabilidade do sistema municipal de saúde, aliás, este deve ser um objetivo perseguido com o empenho de todo o seu corpo técnico gerencial; todavia, é igualmente importante compreender que o sistema de saúde só tem razão de ser se agrega valor para as pessoas usuárias, em que a palavra valor corresponde a resultados clínicos e funcionais de saúde.

Do ponto de vista do processo de monitoramento, é importante voltar às recomendações de Deming: “Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, e não há sucesso no que não se gerencia”<sup>15</sup>. Os primeiros requisitos apontam a necessidade de medir o que se faz, instituindo um instrumento e uma rotina de medição e monitoramento das ações de cuidado na APS. A ausência desse processo facilmente implica desconhecimento da população usuária; respostas reativas e parciais às suas necessidades e demandas; mau uso dos recursos existentes; insatisfação e desmotivação dos profissionais; ineficiência e alto custo dos serviços prestados; não atingimento de metas e resultados esperados.

O monitoramento contínuo e periódico de uma determinada condição de saúde, um dos elementos que caracterizam a tecnologia de gestão da condição de saúde, é fundamental para o seguimento constante dos objetivos e metas predefinidos na programação e para o reajuste das intervenções, com o objetivo de, progressivamente, contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde e o alcance de bons resultados clínicos para as pessoas usuárias<sup>9</sup>.



## O MONITORAMENTO DAS LINHAS DE CUIDADO

---





## O MONITORAMENTO DAS LINHAS DE CUIDADO

3

O conceito de *linha de cuidado* se aproxima do conceito de *linha-guia* reproposto por Mendes: conjunto de recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, ao longo de toda a sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS<sup>16</sup>.

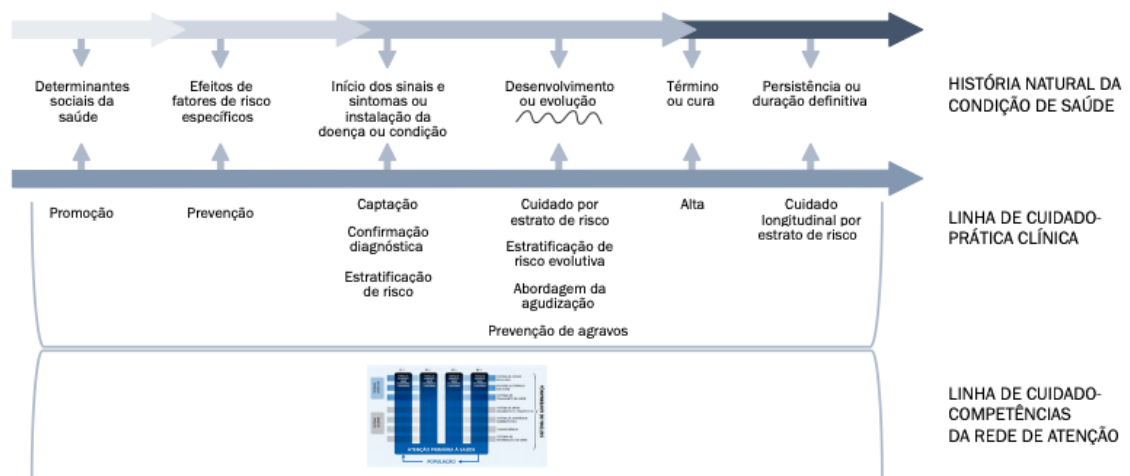
O desenho de uma linha de cuidado normatiza o processo de atenção à saúde em três dimensões estritamente correlacionadas: a prática clínica de profissionais e equipes de saúde no cuidado longitudinal de usuários com condições crônicas, que deve se desenvolver de forma contínua e integrada; a organização dos pontos de atenção, apoio e logística, integrados verticalmente na rede de atenção para garantir a continuidade do cuidado; e a governança única, que articula, gerencia e financia o conjunto de intervenções de toda a rede de atenção<sup>17,18</sup>. Um atributo deve ser comum a todas elas: a centralidade da pessoa usuária e suas necessidades de saúde.

Compreendendo a história natural de uma condição de saúde como a descrição da sua progressão na vida de uma pessoa – efeito dos determinantes sociais da saúde no seu contexto de vida; exposição a fatores de risco específicos; início ou instalação; manifestação abrupta ou insidiosa de sinais e sintomas; evolução e duração no tempo; término ou persistência –, expressando diferentes necessidades em saúde, a linha de cuidado deve definir o conjunto de ações de vigilância, promoção, prevenção, cuidado, reabilitação ou palição que respondem a essas necessidades em cada momento do seu curso. As intervenções de uma linha de cuidado descrevem, no nível micro, a prática clínica das equipes de saúde e, no nível macro, as competências dos

pontos de atenção e sistemas de apoio e logísticos, assim como os fluxos de transição do cuidado na RAS.

A figura 2 apresenta, de maneira simplificada, a correlação entre o curso da história natural de uma condição de saúde e a linha de cuidado enquanto prática clínica e organização da rede de atenção.

FIGURA 2. **História natural e linha de cuidado das condições crônicas**



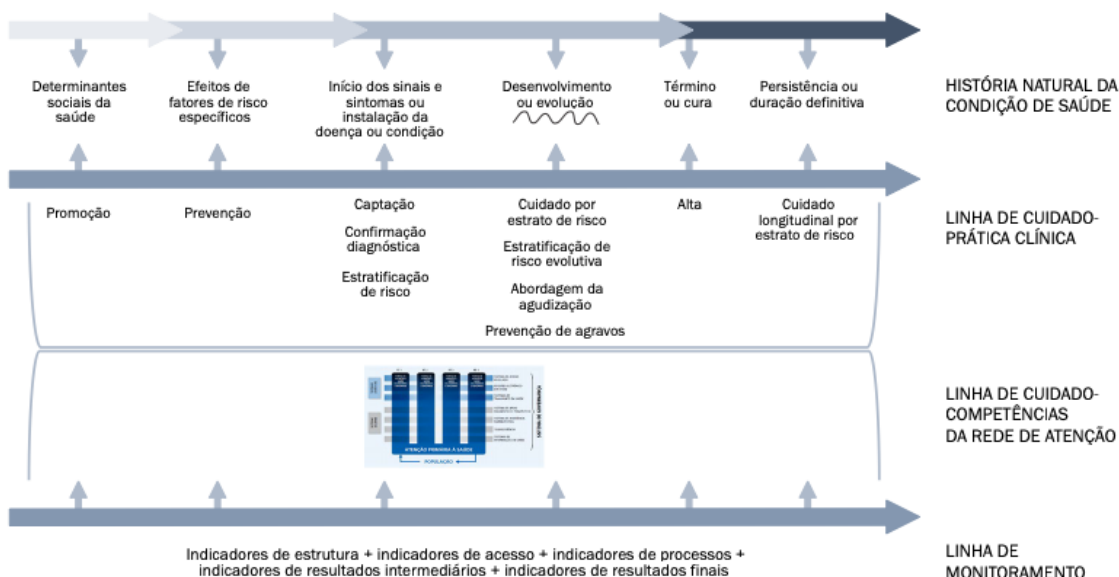
FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Os processos de cuidado, se desenvolvidos em coerência lógica com a necessidade de saúde e com a qualidade esperada, geram valor para o usuário.

No entanto, como medir o valor gerado?

A coerência entre a história natural e a linha de cuidado da condição de saúde deve se estender a uma “linha de monitoramento”, composta por indicadores de estrutura, acesso, processos de cuidado, resultados intermediários e resultados finais capazes de demonstrar o valor gerado pelo conjunto de intervenções.

FIGURA 3. **A linha de monitoramento das condições crônicas**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Cada uma das condições de saúde selecionadas no Programa Previne Brasil deve ser compreendida e acompanhada a partir da respectiva história natural, linha de cuidado e linha de monitoramento.

É importante a compreensão de que algumas circunstâncias na vida da pessoa, como a gestação ou o ciclo de vida da criança, podem comportar outras circunstâncias, como a doença hipertensiva na gestação ou a prematuridade no início da vida da criança, aumentando o espectro de fatores que devem ser acompanhados.

Os indicadores definidos pelo programa, dentro do conjunto de indicadores possíveis, podem ser considerados marcadores representativos do cuidado: espera-se que o bom desempenho reflita a boa qualidade de toda a linha de cuidado.

No entanto, como processo de medição, os sete indicadores selecionados devem corresponder a uma primeira fase na implantação de um sistema de gerenciamento das condições de saúde. A equipe, apoiada por sistemas, preferencialmente, informatizados, deve definir os prazos para ampliar progressivamente o leque de indicadores, como proposto a seguir.

Para cada linha de cuidado descrita para os ciclos de vida da mulher (ciclo gravídico-puerperal; câncer do colo do útero), da criança (vacinação) e do adulto/idoso (HA e DM), foram “localizados” os respectivos indicadores propostos, seguindo-se a sugestão de um primeiro conjunto de outros indicadores a serem implementados de maneira complementar já nessa etapa inicial e de um segundo conjunto a ser implementado progressivamente.

## A. INDICADORES PARA O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

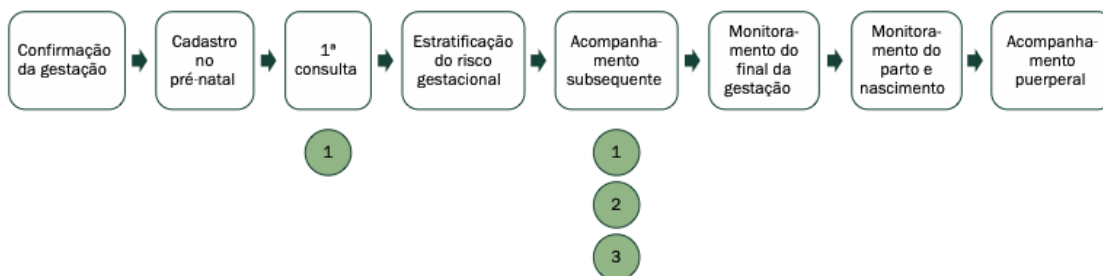
A linha de cuidado da gestante e da puérpera é descrita dentro do horizonte mais amplo da saúde da mulher. A gestação e o puerpério são circunstâncias na vida e na saúde de uma mulher, devendo ser cuidados desde antes de sua confirmação, nas ações relacionadas com o planejamento reprodutivo, até o final do período puerperal, que tem continuidade na saúde da mulher e da mãe. A figura 4 retrata, de maneira sumarizada, os principais momentos do cuidado, e a figura 5 localiza os indicadores do Previne Brasil nessa linha de cuidado.

FIGURA 4. **Linha de cuidado no ciclo gravídico-puerperal**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

FIGURA 5. **Indicadores 1, 2 e 3 do Previne Brasil<sup>11</sup>**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Indicador 1	Acompanhamento pré-natal: proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal
Indicador 2	Realização de exames de rotina do pré-natal: proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (sorologia ou teste rápido) em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal
Indicador 3	Avaliação odontológica: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal

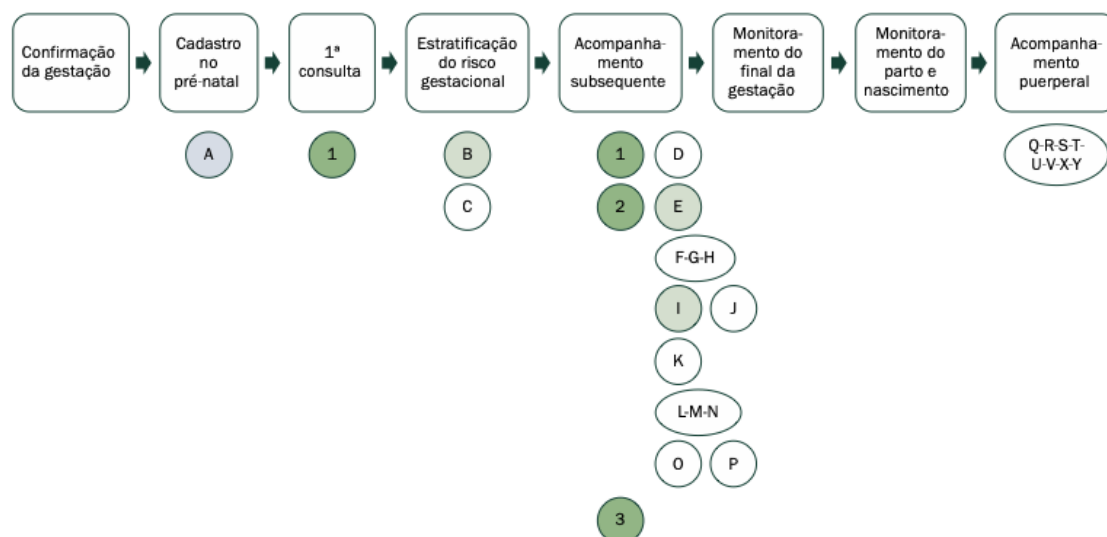
Espera-se que o bom desempenho nos três indicadores de processo permita:

- De maneira geral, avaliar: o acesso ao acompanhamento pré-natal, o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS e a capacidade de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal.
- Objetivamente, demonstrar: a captação das gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança, bem como o acompanhamento longitudinal durante toda a duração da gestação; a realização dos exames de sífilis e HIV, visando triar gestantes com essas patologias, para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto; o acesso ao cuidado em Saúde Bucal (SB) no período pré-natal.
- De maneira indireta: inferir a boa qualidade do acompanhamento de todo o pré-natal e puerpério, com resultados positivos para o seu desfecho, mulher e criança com bom estado de saúde.

Para ampliar o sistema de monitoramento, podem ser incluídos outros indicadores de processo e resultado para avaliação da qualidade dos cuidados no ciclo gravídico-puerperal. A figura 6 sugere um grupo de 4 indicadores para inclusão imediata no sistema de monitoramento e um grupo de outros 20 indicadores para inclusão progressiva<sup>19</sup>.



FIGURA 6. **Indicadores complementares**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Indicador A	Cobertura de pré-natal: proporção de gestantes identificadas e inscritas no pré-natal em relação ao número de gestantes estimadas para a área de abrangência
Indicador 1	Acompanhamento pré-natal: proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal
Indicador B	Estratificação de risco: proporção de gestantes com estratificação de risco realizada e atualizada em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal
Indicador C	Distribuição do risco gestacional: proporção de gestantes por estrato de risco em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal
Indicador D	Cumprimento integral do pré-natal: proporção de gestantes acompanhadas, com cumprimento de todos os itens de acompanhamento do pré-natal (checklist completo de acordo com a IG: exame físico completo, ausculta BCF, monitoramento do ganho de peso, crescimento uterino, estratificação de risco gestacional, avaliação odontológica, exames laboratoriais de rotina, vacinação, preenchimento do cartão do pré-natal, plano de cuidado, plano de parto), em relação ao total de gestantes inscritas no pré-natal
Indicador 2	Realização de exames de rotina do pré-natal: proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (sorologia ou teste rápido) em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal
Indicador E	Diagnóstico de sífilis materna: proporção de gestantes com diagnóstico de sífilis em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal

Indicadores F-G-H	Tratamento da sífilis materna: proporção de gestantes com tratamento completo e controle sorológico para sífilis materna em relação ao total de gestantes com diagnóstico de sífilis
	Rastreamento de sífilis no parceiro: proporção de gestantes com realização de exames no parceiro em relação ao total de gestantes com diagnóstico de sífilis
	Rastreamento de sífilis congênita: proporção de gestantes com investigação de transmissão vertical em relação ao total de gestantes com diagnóstico de sífilis
Indicador I	Diagnóstico de HIV materno: proporção de gestantes com diagnóstico de HIV em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal
Indicador J	Rastreamento de HIV congênito: proporção de gestantes com investigação de transmissão vertical em relação ao total de gestantes com diagnóstico de HIV
Indicador K	Rastreamento de outras doenças do grupo zika vírus – toxoplasmose – outras doenças – rubéola – citomegalovírus – herpes – sífilis (ZTORCHS): proporção de gestantes com realização de exames para doenças de transmissão vertical do grupo ZTORCHS em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal
Indicador 3	Avaliação odontológica: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal
Indicadores L-M-N	Pré-natal de alto risco: proporção de gestantes de alto risco com cuidado compartilhado com a atenção especializada em relação ao total de gestantes de alto risco
	Acompanhamento multidisciplinar: proporção de gestantes de alto risco acompanhadas por equipe multidisciplinar em relação ao total de gestantes de alto risco acompanhadas
	Plano de cuidados: proporção de gestantes de alto risco com planos de cuidado elaborados e monitorados em relação ao total de gestantes de alto risco acompanhadas
Indicador O	Situações especiais: proporção de gestantes com critério para a gestão de caso, acompanhadas segundo o plano de cuidado, em relação ao total de gestantes de alto risco acompanhadas
Indicador P	Puerpério: proporção de puérperas acompanhadas até o 7º dia (1ª consulta puerperal) e até o 42º dia (2ª consulta puerperal) em relação ao total de puérperas acompanhadas
Indicadores de resultado Q-R-S-T-U-V-X-Y	Estabilidade clínica: proporção de gestantes de alto risco com estabilidade clínica em relação ao total de gestantes de alto risco acompanhadas
	Intercorrências na gestação: proporção de gestantes com internação clínica/obstétrica durante a gestação em relação ao total de gestantes acompanhadas
	Parto normal: proporção de gestantes que realizaram parto normal em relação ao total de gestantes acompanhadas
	Prematuridade: proporção de nascimentos pré-termos em relação ao total de nascidos vivos
	Coeficiente de incidência de sífilis congênita: total de Recém-Nascidos (RN) com diagnóstico de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos



Indicador es de resul- tado Q-R-S-T-U-V- -X-Y	Intercorrências no puerpério: proporção de puérperas internadas em UTI em relação ao total de puérperas acompanhadas
	Mortalidade infantil: número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano (total e nos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) no período observado (para municípios maiores de 80 mil habitantes, pode ser calculada a taxa de mortalidade infantil para cada mil nascidos vivos) <sup>iii</sup>
	Mortalidade materna: número absoluto de óbitos maternos no período observado (para municípios maiores de 80 mil habitantes, pode ser calculada a razão de mortalidade materna para cada 100 mil nascidos vivos)

## B. INDICADORES PARA O CICLO DE VIDA DA MULHER NO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Assim como na gestação e no puerpério, a linha de cuidado no câncer do colo do útero é descrita dentro do horizonte mais amplo e integrado da saúde da mulher.

A figura 7 retrata, de maneira sumarizada, os principais momentos do cuidado, e a figura 8 localiza o indicador do Previne Brasil nessa linha de cuidado.

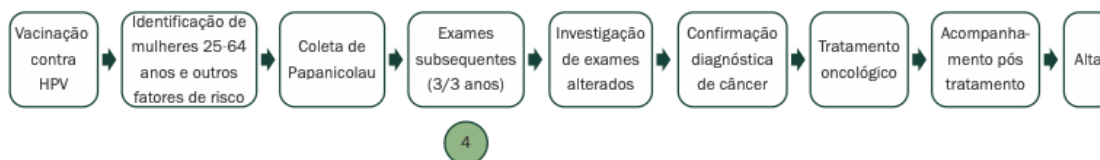
FIGURA 7. **Linha de cuidado no câncer do colo do útero**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

<sup>iii</sup> Em municípios menores de 80 mil habitantes, é mais adequado apresentar os números absolutos em vez de taxas<sup>20</sup>. Os resultados de indicadores que se baseiam em números pequenos (por exemplo, com base em dados de apenas um ano de uma área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde ou de uma cidade muito pequena) podem apresentar o que se chama de “variação aleatória”. Para evitar essa flutuação aleatória de valores, devida a números pequenos, a OMS recomenda que os dados sejam agregados por um período mais longo – por exemplo, em 3 anos consecutivos, utilizando como valor de coeficiente o que se chama de “média móvel”<sup>21</sup>.

FIGURA 8. **Indicador 4 do Previne Brasil**<sup>11</sup>



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

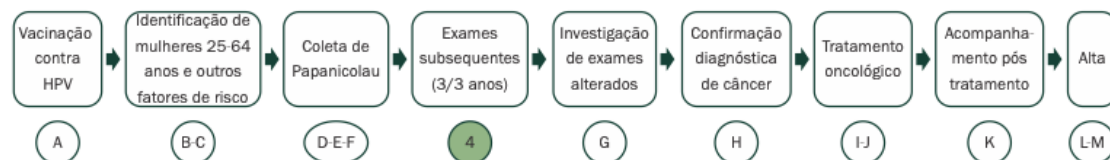
Indicador 4	Cobertura de exame citopatológico: proporção de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos em relação ao total de mulheres cadastradas nessa faixa etária
-------------	--

Espera-se que o bom desempenho nesse indicador de processo permita:

- De maneira geral, avaliar: o acesso ao exame preventivo para câncer do colo do útero, o cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero e a capacidade da equipe para planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher.
- Objetivamente, demonstrar: a realização do exame citopatológico na periodicidade indicada pelas diretrizes clínicas (um exame a cada três anos, após o protocolo inicial) para as mulheres entre 25 e 64 anos de idade, visando à detecção precoce do câncer do colo do útero e início oportuno do plano terapêutico.
- De maneira indireta, inferir: a boa qualidade do acompanhamento do ciclo completo de atenção ao câncer do colo do útero, com resultados positivos no diagnóstico precoce e redução da mortalidade.

Para ampliar o sistema de monitoramento, podem ser incluídos outros indicadores de processo e resultado para avaliação da qualidade dos cuidados no rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero. A figura 9 sugere um grupo de 13 indicadores para inclusão progressiva no sistema de monitoramento<sup>22</sup>.

FIGURA 9. **Indicadores complementares**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

n. 40  
Ciclos de melhoria na  
Atenção Primária à  
Saúde

Indicador A	Cobertura vacinal: proporção de crianças e adolescentes na faixa etária de 9 a 14 anos para meninas e de 11 a 14 anos para meninos vacinados contra HPV em relação ao total de crianças e adolescentes cadastrados nessa faixa etária e sexo Cobertura vacinal: número de mulheres até 45 anos, com imunossupressão, vivendo com HIV/aids, transplantadas e portadoras de cânceres vacinadas contra HPV
Indicadores B-C	Identificação da subpopulação-alvo: proporção de mulheres de 25 a 64 anos inscritas no programa de rastreamento do câncer do colo do útero em relação ao total de mulheres dessa faixa etária cadastradas na área de abrangência Identificação de mulheres com fatores de risco: número de mulheres com diagnóstico de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e com parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) que tiveram câncer do colo do útero identificadas e acompanhadas
Indicadores D-E-F	Apoio diagnóstico: proporção de exames citopatológicos com resultado em até 30 dias em relação ao total de exames realizados Qualidade do exame: proporção de amostras insatisfatórias em relação ao total de exames realizados Índice de positividade: proporção de exames citopatológicos com alteração em relação ao total de exames realizados
Indicador 4	Cobertura de exame citopatológico: proporção de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos em relação ao total de mulheres cadastradas nessa faixa etária
Indicador G	Investigação: proporção de mulheres com alteração do exame citopatológico que realizaram a propedêutica diagnóstica indicada pelas diretrizes clínicas em relação ao total de mulheres com exame alterados e ao total de mulheres que realizaram o exame citopatológico
Indicador H	Confirmação diagnóstica: proporção de mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero em relação ao total de mulheres que realizaram o rastreamento
Indicadores I-J	Tratamento: proporção de mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero que iniciaram o tratamento oncológico em tempo oportuno (60 dias no máximo, pela legislação) em relação ao total de mulheres com diagnóstico confirmado Apoio multidisciplinar: proporção de mulheres em tratamento de câncer do colo do útero que receberam apoio individual e para sua família em relação ao total de mulheres que realizaram tratamento
Indicador K	Acompanhamento pós-alta: proporção de mulheres em acompanhamento pós-término dos ciclos de tratamento oncológico que receberam apoio individual e para sua família em relação ao total de mulheres que realizaram tratamento

Indicadores de resultado L-M	<p>Mortalidade: número absoluto de óbitos de mulheres por câncer do colo do útero na população da área de abrangência acompanhada (para municípios maiores de 80 mil habitantes, pode ser calculada a taxa de mortalidade para cada 100 mil habitantes)<sup>iv</sup></p> <p>Morbidade: proporção de mulheres com estabilização clínica-psíquica-funcional pós-tratamento de câncer</p>
------------------------------	--

Em fases sucessivas de ampliação do sistema de monitoramento, é útil aplicar a mesma lógica para desenhar a linha de cuidado no câncer de mama e sistematizar o respectivo painel de indicadores.

## C. INDICADORES PARA O CICLO DE VIDA DA CRIANÇA

A linha de cuidado da criança é descrita já a partir da concepção e vida fetal, passando pela circunstância do nascimento e período neonatal, e se desenvolvendo na primeira infância e período escolar, com continuidade no ciclo de vida do adolescente.

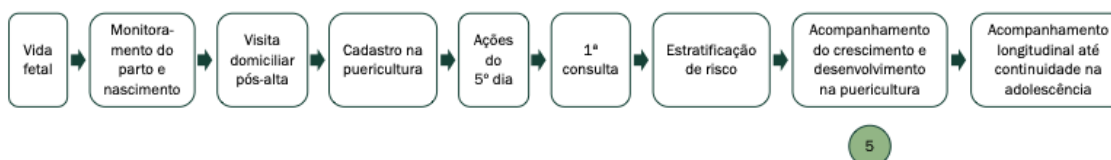
A figura 10 retrata, de maneira sumarizada, os principais momentos do cuidado, e a figura 11 localiza o indicador do Previn Brasil nessa linha de cuidado.

FIGURA 10. **Linha de cuidado no ciclo de vida da criança**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

**Figura 11. Indicador 5 do Previn Brasil<sup>11</sup>**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

<sup>iv</sup> Ver referência III

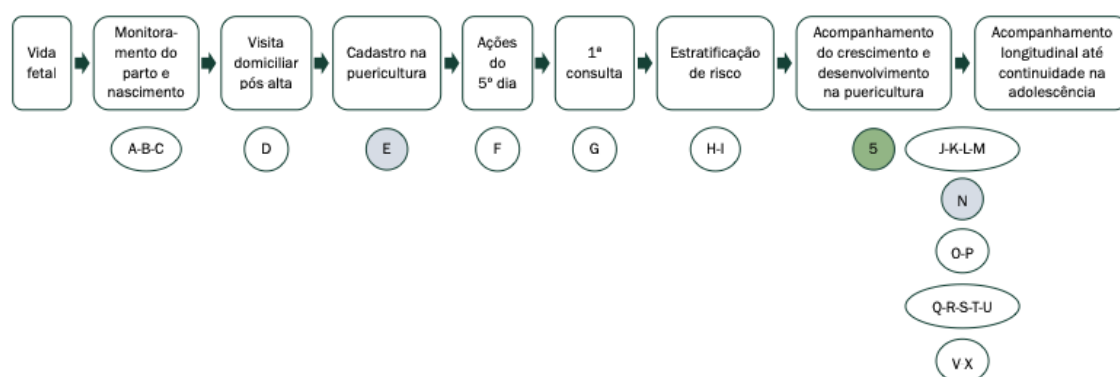
Indicador 5	Cobertura vacinal: proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada em relação ao total de crianças acompanhadas
-------------	---

Espera-se que o bom desempenho nesse indicador de processo permita:

- De maneira geral, avaliar: o acesso às ações de imunização, o cumprimento de diretrizes e normas para imunização na APS e a capacidade da equipe para o planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização.
- Objetivamente, demonstrar: a aplicação de terceiras doses de vacina poliomielite (VIP) e pentavalente em crianças menores de 1 ano, visando à proteção da população infantil contra as doenças imunopreveníveis selecionadas.
- De maneira indireta, inferir, a boa qualidade do acompanhamento de todo o ciclo de vida da criança, com resultados positivos relativos ao crescimento e desenvolvimento adequados para a idade.

Para ampliar o sistema de monitoramento, podem ser incluídos outros indicadores de processo e resultado para avaliação da qualidade dos cuidados no ciclo de vida da criança. A figura 12 sugere um grupo de 2 indicadores para inclusão imediata no sistema de monitoramento e um grupo de outros 21 indicadores para inclusão progressiva<sup>23</sup>.

FIGURA 12. **Indicadores complementares**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR



Indicadores A-B-C	<p>Baixo peso ao nascer: proporção de RN com baixo peso ao nascer em relação ao total de RN da área de abrangência</p> <p>Prematuridade: proporção de RN pré-termos, por idade gestacional ao nascimento, em relação ao total de RN da área de abrangência</p> <p>Plano de cuidados: proporção de RN que receberam alta hospitalar com plano de cuidados em relação ao total de RN da área de abrangência</p>
Indicador D	Fatores determinantes: proporção de crianças residentes no território e cadastradas, pertencentes a famílias em situação de vulnerabilidade, em relação ao total de crianças cadastradas na área de abrangência
Indicador E	Inscrição na puericultura: proporção de crianças cadastradas e captadas para o acompanhamento em relação ao total de crianças residentes e cadastradas na área de abrangência
Indicador F	Ações do 5º dia: proporção de RN que realizaram ações do 5º dia (aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, icterícia, vacinação e teste do pezinho) em relação ao total de RN da área de abrangência
Indicador G	Primeira consulta: proporção de RN que realizaram 1ª consulta de puericultura no primeiro mês de vida em relação ao total de RN da área de abrangência
Indicador H-I	<p>Estratificação de risco: proporção de crianças com estratificação de risco atualizada em todas as consultas programadas em relação ao total de crianças acompanhadas</p> <p>Distribuição do estrato de risco: proporção de crianças por estrato de risco em relação ao total de crianças acompanhadas</p>
Indicador 5	Cobertura vacinal: proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b e Poliomielite Inativada em relação ao total de crianças acompanhadas
Indicadores J-K-L-M	Acompanhamento: proporção de crianças com cumprimento da agenda de acompanhamento programado (checklist completo de acordo com a idade: anamnese e exame físico completo, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, estratificação de risco, aleitamento materno e alimentação, avaliação odontológica, vacinação, preenchimento da caderneta da criança, plano de cuidados, manejos específicos para a idade) em relação ao total de crianças acompanhadas
Indicadores J-K-L-M	<p>Nutrição: proporção de crianças com avaliação da nutrição em toda consulta programada em relação ao total de crianças acompanhadas</p> <p>Crescimento: proporção de crianças com avaliação do crescimento em toda consulta programada em relação ao total de crianças acompanhadas</p> <p>Desenvolvimento: proporção de crianças com avaliação do desenvolvimento em toda consulta programada em relação ao total de crianças acompanhadas</p>
Indicador N	Vacinação: proporção de crianças com esquema vacinal completo para a idade em relação ao total de crianças acompanhadas
Indicadores O-P	<p>Alto risco: proporção de crianças de alto risco com compartilhamento do cuidado com a equipe especializada em relação ao total de crianças de alto risco acompanhadas</p> <p>Plano de cuidados: proporção de crianças de alto risco com plano de cuidados elaborado e monitorado em relação ao total de crianças de alto risco acompanhadas</p>

Indicadores de resultado Q-R-S-T-U	<p>Aleitamento materno: proporção de crianças menores de 6 meses com aleitamento materno exclusivo em relação ao total de crianças menores de 6 meses acompanhadas</p> <p>Aleitamento materno: proporção de crianças menores de 2 anos com aleitamento materno em relação ao total de crianças menores de 2 anos acompanhadas</p> <p>Crescimento e desenvolvimento: proporção de crianças com crescimento e desenvolvimento adequados para a idade em relação ao total de crianças acompanhadas</p> <p>Saúde bucal: proporção de crianças livres de cárie nos primeiros 5 anos de vida em relação ao total de crianças menores de 5 anos acompanhadas</p> <p>Internação: proporção de crianças com 1 ou mais internações no último ano em relação ao total de crianças acompanhadas</p>
Indicadores de resultado V-X	<p>Mortalidade infantil 0-5 anos: número de óbitos de crianças menores de 5 anos na área de abrangência (para municípios maiores de 80 mil habitantes, pode ser calculada a taxa de mortalidade infantil para cada mil nascidos vivos)<sup>v</sup></p> <p>Mortalidade infantil 0-1 ano: número de óbitos de crianças menores de 1 ano e por componentes (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) na área de abrangência (para municípios maiores de 80 mil habitantes, pode ser calculada a taxa de mortalidade infantil para cada mil nascidos vivos)</p>

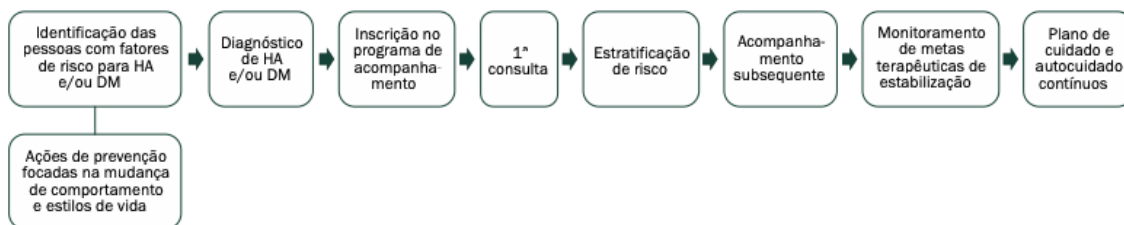
## D. INDICADORES PARA O CICLO DE VIDA DO ADULTO E DO IDOSO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL E NO DIABETES MELLITUS

A linha de cuidado na HA e no DM é descrita a partir do cenário de determinantes sociais e fatores de risco relacionados com comportamento e estilo de vida, cenário em que a doença se instala silenciosamente na maioria das vezes, evoluindo, assim, na fase inicial até que, de maneira fortuita, são identificadas alterações nos parâmetros pressóricos e metabólicos, o que permite o diagnóstico; depois disso, evolui com estabilização clínica metabólica ou com momentos de agudização e complicações, perdurando por toda a vida restante da pessoa.

A figura 13 retrata, de maneira sumarizada, os principais momentos do cuidado, e a figura 14 localiza os indicadores do Previne Brasil nessa linha de cuidado.

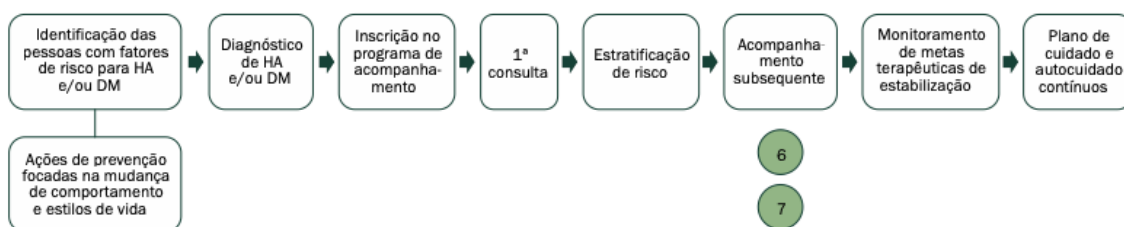
<sup>v</sup> Ver referência III.

FIGURA 13. **Linha de cuidado na hipertensão arterial e no diabetes mellitus**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

FIGURA 14. **Indicadores 6 e 7 do Previne Brasil<sup>11</sup>**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Indicador 6	Aferição de Pressão Arterial (PA): proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre em relação ao total de pessoas com hipertensão acompanhadas
Indicador 7	Solicitação de Hemoglobina Glicada (HbA1c): proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre em relação ao total de pessoas com diabetes acompanhadas

Espera-se que o bom desempenho nesses indicadores de processo permita:

- De maneira geral, avaliar: o acesso às ações de controle de doenças crônicas, o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com HA e DM na APS e a capacidade da equipe para planejamento, gestão e avaliação no controle de doenças crônicas.
- Objetivamente, demonstrar: a efetiva verificação de PA em pessoas com HA, minimamente duas vezes ao ano, e solicitação de hemoglobina glicada

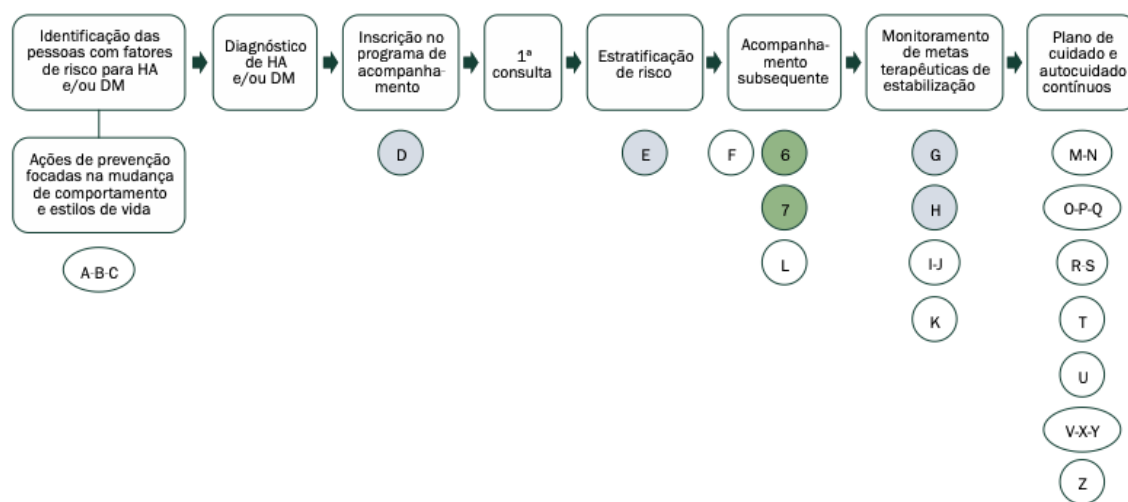


em pessoas com DM, minimamente uma vez ao ano, visando ao acompanhamento dos usuários com essas condições crônicas e ao monitoramento das metas terapêuticas.

- De maneira indireta, inferir: a realização da avaliação do nível pressórico aferido e do resultado da hemoglobina glicada pela equipe de saúde, assim como a boa qualidade do acompanhamento de todo o ciclo de atendimento as pessoas com HA e DM, com resultados positivos relativos à estabilização clínica metabólica, fortalecimento do autocuidado e redução da morte prematura.

Para ampliar o sistema de monitoramento, podem ser incluídos outros indicadores de processo e resultado para avaliação da qualidade dos cuidados da pessoa com hipertensão e diabetes. A figura 15 sugere um grupo de 4 indicadores para inclusão imediata no sistema de monitoramento e um grupo de outros 21 indicadores para inclusão progressiva<sup>24</sup>.

FIGURA 15. **Indicadores complementares**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Indicadores A-B-C	<p>Fatores de risco: percentual da população com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) em relação à população total cadastrada na área de abrangência</p> <p>Fatores de risco: percentual da população fumante (consumo abaixo de 20 cigarros por dia; 20 ou mais cigarros por dia e fumantes passivos) em relação à população total cadastrada na área de abrangência</p> <p>Fatores de risco: percentual da população com prática insuficiente de atividade física (soma de minutos despendidos em atividades físicas no tempo livre, no deslocamento para o trabalho/escola e na atividade ocupacional não alcança o equivalente a pelo menos 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa) em relação à população total cadastrada na área de abrangência</p>
Indicador D	Identificação: percentual de pessoas adultas com HA, DM e HA-DM captadas para o acompanhamento em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas estimadas para a população da área de abrangência
Indicador E	Estratificação de risco: percentual de pessoas adultas com HA, DM e HA-DM com estratificação de risco atualizada em todas as consultas programadas em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas
Indicador F	Acompanhamento: percentual de pessoas adultas com HA, DM e HA-DM acompanhadas (em todos os itens mapeados do cuidado) em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas identificadas na população da área de abrangência
Indicador 6	Aferição de PA: proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre em relação ao total de pessoas com hipertensão acompanhadas
Indicador G	Monitoramento clínico: percentual de adultos com HA e HA-DM com avaliação da PA aferida em comparação com as metas terapêuticas pactuadas em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas
Indicador 7	Solicitação de HbA1c: proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre em relação ao total de pessoas com diabetes acompanhadas
Indicador H	Monitoramento clínico: percentual de adultos com DM e HA-DM com realização e avaliação da HbA1c solicitada, em comparação com as metas terapêuticas pactuadas, em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas
Indicadores I-J	<p>Monitoramento clínico: percentual de adultos com HA, DM e HA-DM com monitoramento do perfil lipídico, função renal, retina e cardiovascular de acordo com as diretrizes clínicas em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas</p> <p>Monitoramento clínico: percentual de adultos com DM e HA-DM com avaliação do pé de acordo com as diretrizes clínicas em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas</p>
Indicador K	Autocuidado: percentual de adultos com HA, DM e HA-DM com monitoramento da capacidade de autocuidado, letramento em saúde e suporte familiar e social em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas
Indicador L	Alto risco: percentual de pessoas adultas com HA, DM e HA-DM estratificadas como risco alto e muito alto com cuidado compartilhado com a atenção especializada em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas de alto risco

Indicador M-N	Plano de cuidados: percentual de pessoas adultas com HA, DM e HA-DM estratificadas como risco alto e muito alto com Plano de Cuidados elaborado e monitorado em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas de alto risco Plano de autocuidado: percentual de pessoas adultas com HA, DM e HA-DM com Plano de Autocuidado Apoiado elaborado e monitorado em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas de alto risco
Indicadores de resultado O-P-Q	Estabilização clínica: percentual de usuários com HA e HA-DM com estabilização do nível pressórico, de acordo com as metas terapêuticas, em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas Estabilização clínica: percentual de usuários com DM e HA-DM com controle glicêmico (HbA1c, variabilidade glicêmica), de acordo com as metas terapêuticas, em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas Estabilização clínica: percentual de usuários com HA, DM e HA-DM com controle lipídico (colesterol total e HDL, triglicérides), de acordo com as metas terapêuticas, em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas
Indicadores de resultado R-S	Peso: percentual de usuários com HA, DM e HA-DM com redução ou manutenção do peso, Índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência abdominal em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas Estilo de vida: percentual de usuários com HA, DM e HA-DM com alcance de metas relativas a estilos de vida saudáveis (redução ou cessação do tabagismo, atividade física regular, alimentação saudável, medidas contra estresse e sono) em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas
Indicador de resultado T	Autocuidado: percentual de usuários com HA, DM e HA-DM com melhora da capacidade de autocuidado, adesão terapêutica, letramento em saúde e suporte familiar e social em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas
Indicador de resultado U	Idosos: percentual de usuários idosos com HA, DM e HA-DM com melhora ou manutenção da capacidade funcional e redução da polifarmácia em relação ao total de pessoas idosas com essas doenças crônicas acompanhadas
Indicadores de resultado V-X-Y	Intercorrências: percentual de usuários com HA, DM e HA-DM atendidos em serviços de urgência e internação em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas Complicações: percentual de usuários com HA, DM e HA-DM com complicações cardiovasculares, renais, da retina, do pé diabético (casos novos e agravamento), em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas Complicações: percentual de usuários com DM e HA-DM com amputação de membros inferiores em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas
Indicador de resultado Z	Mortalidade: número de óbitos de pessoas de 30-69 anos com HA, DM e HA-DM por complicações do aparelho cardiocirculatório e diabetes em relação ao total de pessoas nessa faixa etária com essas doenças crônicas acompanhadas

Em fases sucessivas de ampliação do sistema de monitoramento, é útil aplicar a mesma lógica para desenhar a linha de cuidado da obesidade, grande vilã de várias doenças crônicas, da doença renal crônica (DRC), pela alta prevalência na população com HA e DM, e do idoso, por ser a faixa etária com maior prevalência de doenças crônicas em geral, especialmente HA e DM, e sistematizar os respectivos painéis de indicadores.

COMO FAZER PARA  
MELHORAR O  
DESEMPENHO?

---





## COMO FAZER PARA MELHORAR O DESEMPENHO?

---

# 4

São duas as razões pelas quais todos os gestores e profissionais devem se empenhar na implementação do sistema de monitoramento do Programa Previne Brasil: a oportunidade para melhorar a resposta às necessidades de saúde das pessoas usuárias; e a garantia do financiamento para a APS. No entanto, é importante ordenar corretamente essas duas razões ou objetivos: as melhorias no cuidado da saúde não devem ser alcançadas para cumprir metas e, conseqüentemente, ter o direito aos recursos financeiros previstos; na verdade, o financiamento é que existe para prover a estrutura e o funcionamento adequados dos serviços de saúde, para que as equipes possam ofertar uma atenção de qualidade à população, colhendo os resultados da melhoria do seu estado de saúde.

Uma prática equivocada, sempre justificada pela necessidade de não se perder o financiamento, seria cumprir o programa por decreto ou obrigação. Contudo, ninguém muda por obrigação; os profissionais precisam ouvir uma proposta, ser convidados a colaborar no programa e compreender as razões para, então, aderir. Só uma adesão cheia de convencimento por parte dos responsáveis diretos de uma intervenção pode fazer com que esta perdure no tempo e se converta em boa prática na rotina dos serviços.

Os inúmeros sistemas locais que compõem o SUS estão habituados a uma modalidade de pagamento por serviços prestados, pela qual quanto maior a produção, maior o volume de recursos financeiros recebidos, logicamente dentro do teto máximo pactuado, ou a um pagamento fixo, garantido a priori, pelo qual basta existir para receber. No entanto, sem mecanismos que garantam uma prestação de serviços efetiva e de qualidade, qual a razão de existirem esses serviços?

Dessa forma, parafraseando a citação de Mendes “a razão de ser de qualquer sistema de saúde é atender as necessidades de saúde da população”,

poderíamos dizer que o motivo último (a razão de ser) para criar um sistema de financiamento é prover os recursos necessários (atender às necessidades) para que as equipes de saúde desenvolvam competências e tenham condições adequadas para responder às necessidades das pessoas, de tal maneira que se alcance um bom estado de saúde final para essas pessoas.

A revolução nos sistemas de saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para os pacientes desses sistemas.

O objetivo da atenção à saúde [e do financiamento necessário para isso] deve ser aumentar o valor para as pessoas usuárias, o que significa incrementar a qualidade dos resultados para elas.

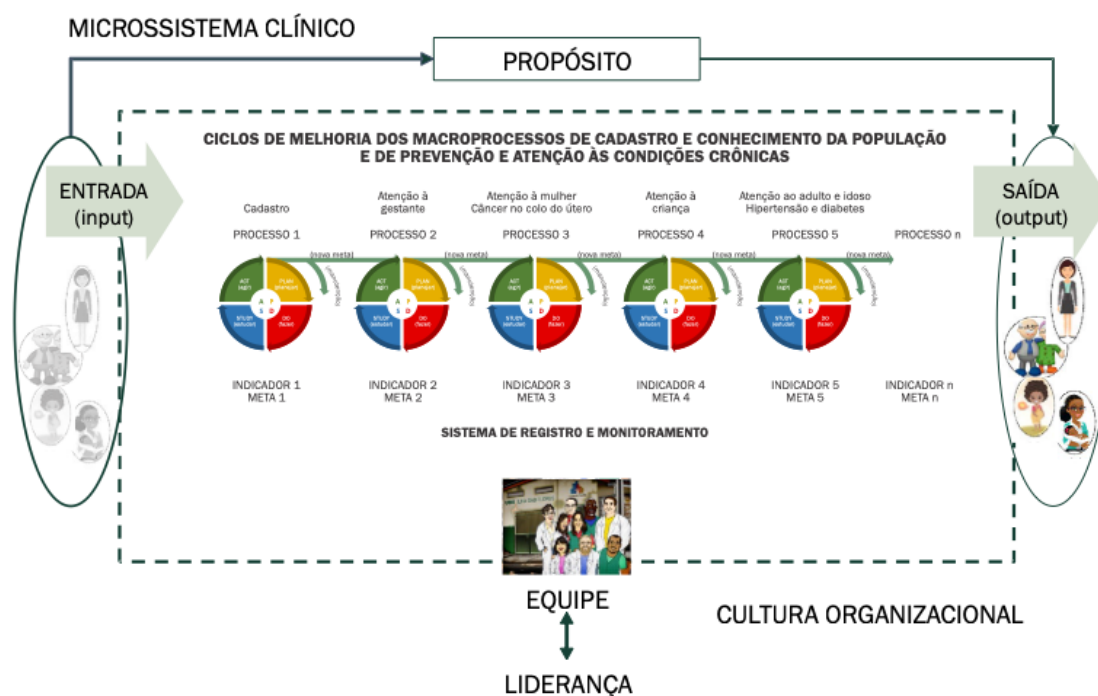
Para gerar valor para as pessoas, há que se estabelecerem algumas condições: o foco deve ser na geração de valor, e não na redução de custos [antes de ser a garantia dos recursos]; o valor mede-se por resultados sanitários; o valor estabelece-se considerando o ciclo total de atendimento de uma condição de saúde; o valor depende da experiência, da escala e do aprendizado dos prestadores de serviços; as informações sobre os resultados devem ser amplamente difundidas; e as inovações que aumentam o valor devem ser estimuladas.<sup>16</sup>

Essa curta premissa é uma primeira contribuição para a implementação do Programa Previne Brasil em todos os âmbitos de gestão e assistência.

Uma segunda contribuição é o percurso metodológico proposto a seguir, elaborado a partir do conceito de microssistemas clínicos e dos elementos do Modelo de Melhoria. O intuito é sistematizar as intervenções assistenciais e gerenciais que devem ser operacionalizadas pelas equipes de profissionais e gestores municipais para efetivar mudanças que resultem na melhoria da resposta aos usuários e garantia do financiamento.

A figura abaixo retoma alguns elementos importantes para ordenar o sistema de monitoramento, descritos nos tópicos seguintes.

FIGURA 16. **Percurso metodológico para a melhoria dos indicadores na APS**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

#### 4.1 MICROSSISTEMA CLÍNICO: O LUGAR EM QUE ACONTECE O CUIDADO EM SAÚDE

Os microssistemas clínicos de saúde podem ser definidos como partes integrantes de um sistema (macrossistema) de saúde. São o lugar em que, de maneira regular, acontece a prestação de cuidados em saúde: um grupo de profissionais que trabalha em equipe encontra e interage com um grupo de pessoas usuárias e suas famílias, define objetivos claros, estrutura processos, compartilha informações e produz serviços e cuidados de saúde que podem ser medidos por resultados de desempenho<sup>16,25</sup>.

No microssistema, a equipe de profissionais e as pessoas usuárias são, ambas, sujeitos do cuidado da saúde e definem um propósito comum. Quanto maior a vinculação entre as duas partes, maior o resultado positivo



no estado de saúde e na satisfação. As pessoas usuárias são consideradas membros da equipe da APS.

A melhoria da atenção se dá pela colaboração entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias, como propõe a lógica do Modelo de Atenção Crônica<sup>26</sup>, pela qual, nos microssistemas clínicos, acontece a interação produtiva entre pessoas usuárias informadas e ativas e uma equipe de saúde preparada e proativa, produzindo melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

FIGURA 17. **Modelo de Atenção Crônica**



FONTE: WAGNER<sup>26</sup>.

Na formulação do MACC, a interação produtiva é definida como o cuidado realizado de modo colaborativo, baseado em evidência e atendendo às necessidades de saúde das pessoas usuárias, com participação da família.

O sistema municipal de saúde congrega inúmeros microssistemas clínicos de saúde. No âmbito da sua atenção primária, uma eSF forma um microssistema clínico com as pessoas residentes na sua área de abrangência; e é justamente nesse âmbito que se dá a maior parte das respostas às expectativas e demandas da população.

Pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a

única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde.<sup>13</sup>

#### A Portaria nº 4.279 (RAS) também afirma que:

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora Modelo de Melhoria da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.<sup>5</sup>

Os resultados consolidados de um município, para qualquer intervenção em saúde, voltada para o estado de saúde da população ou para o financiamento do sistema municipal, vão sempre depender dos resultados alcançados em cada microssistema clínico. Por isso a importância de fortalecer a APS do município, como reafirma e regulamenta a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), na revisão de 2017:

A Atenção Básica [Primária] será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, sendo responsabilidade comum a todas as esferas de governo. [...] Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (I) organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território; (II) programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população; (III) organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde, para garantir a integralidade do cuidado; (VI) organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS (entre outras diretrizes).<sup>6</sup>

Para implementar o **Programa Previnde Brasil** e alcançar as metas propostas, alguns passos iniciais importantes:

- » Conhecer, envolver e acompanhar as equipes da APS: quem são as pessoas que compõem as equipes? Como estão atuando? Quantas horas estão disponíveis para atendimento? Quais as condições de trabalho? Como são as unidades em que atuam? Que expectativas têm? Que dificuldades enfrentam? Em que têm necessidade de apoio?
- » Quem gerencia a atenção primária ou o sistema municipal de saúde deve ir encontrar as suas equipes onde elas estão atuando, ver como estão fazendo, fazer junto com elas.
- » As intervenções de melhoria da saúde devem seguir as diretrizes municipais, estaduais ou nacionais, mas sempre favorecendo o trabalho da equipe local, sendo customizadas de acordo com as particularidades do seu âmbito de atuação e o seu modo de operar.

O programa deve ser visto como mais uma ocasião para fortalecer a APS do município.

## 4.2 CULTURA ORGANIZACIONAL: O QUE É REALMENTE IMPORTANTE?

O sistema municipal de saúde é uma organização, um conjunto de serviços de saúde “cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população”. O que significa a cultura dessa organização? É a descrição do seu modo de pensar e agir. “De certa forma, a cultura organizacional responde à questão: o que é realmente importante aqui?”<sup>16</sup>.

Como desenvolver uma cultura que ajude a cumprir esse propósito? Alguns elementos importantes:

- *O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população*<sup>16</sup>.
  - » Todas as definições e operações, estratégicas ou rotineiras, gerenciais ou assistenciais devem ter no centro as pessoas usuárias e o valor gerado para elas.
- *As organizações de atenção à saúde são, na tipologia mintzberguiana, organizações profissionais. Isso significa que são organizações que dependem fundamentalmente, para operar bem, de seus operadores*<sup>13</sup>.
  - » Os profissionais das equipes devem participar da construção e aperfeiçoamento contínuos do sistema de saúde. Visão, missão, valores, objetivos, metas e prazos devem ser partilhados com todos. Cada membro, com suas competências e atribuições, deve se reconhecer nesses elementos comuns. Para além disso, devem ser estabelecidos espaços e estratégias de educação permanente para todos os profissionais, focados

no aprimoramento da prática clínica; asseguradas as condições adequadas para desempenho de suas atribuições; e avaliados periodicamente os níveis de satisfação.

- *Uma organização que aprende deve operar em um ambiente, com boa comunicação entre seus membros. Seja qual for a mudança, ela é um processo que necessita ter ótima comunicação*<sup>16</sup>.

- » Devem ser estabelecidos mecanismos de comunicação eficazes, formais e informais, nos âmbitos interno, com e entre os profissionais e gestores, e externo, com e entre os usuários, suas famílias e suas formas comunitárias de convivência e organização. O cardápio de ferramentas comunicacionais pode ir da comunicação rotineira por papel, comunicação rápida face a face com interação verbal entre os membros da equipe, reuniões da equipe, oferta de *feedbacks* e técnicas de resolução de conflitos, incluindo também a introdução na rotina das equipes assistenciais e gerenciais das novas teletecnologias hoje largamente disponíveis.

- *A solução para os grandes problemas enfrentados por uma organização de saúde implica mudanças que se devem dar, concomitantemente, no modelo de atenção, no modelo de gestão e no modelo de financiamento*<sup>9</sup>.

A análise da situação de saúde atual mostra o forte predomínio das condições crônicas na carga de doenças que aflige a população e, também, o sistema de saúde. O enfrentamento desse desafio não pode se dar de maneira reativa e pontual, mas com um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa, como propõe o MACC.

- » As equipes gerenciais e assistenciais devem ter conhecimento sobre o MACC para organizar os serviços e ações de saúde e definir estratégias robustas para o cuidado longitudinal das pessoas com condições crônicas, com foco na estratificação de risco, estabilização clínico-metabólica-funcional e fortalecimento da capacidade de autocuidado.

O modelo de gestão que se opera no SUS é o da oferta, que se caracteriza por responder a demandas de indivíduos isoladamente, baseando-se em parâmetros construídos por séries históricas e enfrentando dos desequilíbrios entre oferta e demanda com esforços repetidos de aumento da oferta ou com a interrupção brusca da resposta quando os recursos são esgotados.



» As equipes gerenciais e assistenciais devem imprimir forte mudanças na lógica de gestão, passando de um modelo baseado na oferta para um modelo baseado nas necessidades da população. Da mesma forma, devem buscar o equilíbrio entre a gestão dos meios (recursos humanos, materiais e financeiros) e a gestão dos fins (a gestão da clínica), utilizando ferramentas e rotinas de planejamento, monitoramento e avaliação.

O sistema de financiamento é um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança dos sistemas de atenção à saúde para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção, porque contém em si os incentivos econômicos que norteiam as ações. Um bom sistema de financiamento da atenção à saúde é aquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de forma eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde, gerando valor para as pessoas.

» Os gestores municipais devem reconhecer no Programa Previn Brasil uma oportunidade para gerar valor, incentivando suas equipes para conhecer efetivamente a população das áreas de abrangência, identificar suas necessidades de saúde e desenvolver ciclos completos de atendimento que resultem em melhoria do estado de saúde.

• As organizações devem estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde e da proteção da saúde da população.

» As equipes da APS devem se empenhar na melhoria dos seus processos dia após dia, aplicando os ciclos do PDSA sucessivos e progressivamente abrangentes.

Para implementar o **Programa Previn Brasil** e alcançar as metas sustentáveis, é necessário um processo de mudança da cultura organizacional nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com toda a sua equipe gerencial e assistencial.

» Criar oportunidades para amadurecer, de maneira compartilhada com todos, o “modo de pensar e de agir”: a atenção centrada na população e suas necessidades de saúde; a valorização das equipes e profissionais, apoiando o aprimoramento de suas competências e sua capacidade de colaboração; a comunicação fluida, clara e objetiva entre as pessoas profissionais, gestores e usuários; o MACC; o modelo de gestão baseado nas necessidades da população; as RAS; a função de coordenação do cuidado nas redes pela APS; as diretrizes clínicas e tecnologias da gestão clínica; os contratos de gestão com as equipes, com incentivos pagos por desempenho em ações de cuidado que gerem valor para o usuário; a melhoria contínua da qualidade dos processos.

### 4.3 EQUIPE E TRABALHO EM EQUIPE

Hoje, o conceito de saúde é amplo e abrange aspectos biopsicossociais, econômicos e culturais que também caracterizam o processo do adoecimento e do estabelecimento da doença. Considerando essa amplitude, que corresponde a uma amplitude de necessidades, demandas e expectativas da população, o trabalho em equipe vem como resposta à necessidade de resolutividade, atenção integral, longitudinalidade e acessibilidade para a APS<sup>27</sup>.

A consulta médica de curta duração não funciona adequadamente no manejo das condições crônicas não agudizadas, enfermidades, pessoas hiperutilizadoras, cuidados preventivos e autocuidado apoiado, devendo ser substituída por outras estratégias que convocam uma atenção à saúde multiprofissional interdisciplinar<sup>16</sup>.

Uma mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC está no movimento de uma atenção uniprofissional, fortemente centrada no médico, para a atenção multiprofissional, provida por uma equipe de saúde trabalhando de modo interdisciplinar.

A introdução do trabalho multiprofissional interdisciplinar na APS, além dos impactos favoráveis no acesso, apresenta resultados positivos na efetividade, na eficiência e nos custos dos cuidados primários.

A interdisciplinaridade implica efetivo trabalho em equipe. Nenhuma mudança cultural e, conseqüentemente, nenhuma melhoria efetiva de processos e resultados ocorrerá se não houver um trabalho em equipe<sup>16</sup>. Nesse sentido, o trabalho em equipe é uma necessidade de qualquer profissão moderna<sup>27</sup>.

O trabalho em equipe pode ser definido como um conjunto de pessoas com conhecimentos diversos, mas que se unem em prol de objetivos comuns, negociando e elaborando um plano de ação bem definido, trabalhando em consonância e com comprometimento mútuo, complementando o trabalho com suas habilidades variadas, aumentando a chance de êxito no resultado do trabalho empreendido<sup>27</sup>.

Os atributos indispensáveis para a realização do trabalho em equipe são identificados a partir da concepção da realidade de conviver e atuar com outros profissionais, considerando todas as ideias apresentadas, sem perder a sua própria identidade, dentro de princípios que proporcionem melhor qualidade de atenção à saúde das pessoas, suas famílias e suas comunidades.

No trabalho em equipe, deve-se procurar, de forma equilibrada, a preservação da autonomia de cada integrante da equipe e a interdependência contínua nas relações entre os membros. O produto de um trabalho em equipe é resultado de um esforço conjunto.

Para implementar o **Programa Previne Brasil** e alcançar as metas sustentáveis, é necessária a atuação da equipe multiprofissional interdisciplinar.

- » Deve ser garantida uma equipe multiprofissional que, além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e eSB, agregue novos profissionais, como assistente social, psicólogo, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e educador físico. A atuação desses profissionais não pode ser reduzida a um mero apoio ou matriciamento; eles devem ser inseridos efetivamente como membros da equipe multiprofissional da APS.
- » A PNAB recomenda a constituição do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) como “uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica”, de tal maneira a ser “membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população”<sup>6</sup>.
- » As equipes devem trabalhar em conjunto, utilizando-se de reuniões participativas periódicas, espaços de gestão compartilhada, discussões de casos e elaboração de planos de cuidados, supervisão de processos, planejamento e execução de intervenções no território.

#### 4.4 LIDERANÇA

Uma estrutura hierarquizada verticalizada, em que o chefe precisa lembrar aos seus subordinados que ele detém o poder, não é mais vista como adequada para obter resultados eficazes. Nessa forma de trabalho, não há uma integração entre as pessoas envolvidas com o objetivo a ser alcançado. No entanto, essa é uma modalidade ainda muito presente nos sistemas de saúde.

O alcance de resultados efetivos em um sistema de saúde depende, como dito antes, de uma forte mudança da cultura organizacional que coloque o foco na implantação do MACC e na Construção Social da APS – e para que essa mudança ocorra, é necessária uma forte liderança. O MM parte de um suposto de que mudanças organizacionais não ocorrem a menos que alguém tome a iniciativa. Outrossim, a liderança é um dos elementos mais importantes para conseguir a mudança em uma organização<sup>16</sup>.



Um bom líder:

- cria uma visão compartilhada do futuro e proporciona rumo, impulso ou direção;
- trata as pessoas como adultas e responsáveis;
- influi no crescimento das pessoas, de maneira que possam aprender a aprender, a criar, a inovar e a assumir riscos para melhorar;
- facilita a ação da equipe e cria capacidades para o desenvolvimento de um projeto comum;
- estimula todos os envolvidos a manifestarem suas ideias e habilidades;
- reconhece os esforços de toda a equipe, estimulando-a a avançar;
- celebra e compartilha os êxitos;
- considera os erros como oportunidades de aprendizado;
- desafia a situação atual, assumindo os riscos de experimentar e inovar;
- modela o caminho como referência dos valores que promove, tendo clareza sobre os passos a serem dados para atingir a visão;
- baseia-se no que faz mais do que no que fala;
- é participativo e entusiasta;
- mantém um sistema de comunicação interno e externo;
- alinha interesses e acordos;
- atua como agente simplificador, reduzindo a complexidade das situações, por sua capacidade de tratar problemas e conflitos de forma que sejam assimilados pelos outros atores.

O líder de uma equipe deve conseguir uma resposta sincrônica e unívoca das pessoas da organização à pergunta: “O que realmente importa aqui?”.

Para implementar o **Programa Previne Brasil** e alcançar as metas sustentáveis, é necessária uma forte liderança.

- » O secretário municipal e o coordenador municipal da APS, pela própria responsabilidade que assumem, são os primeiros líderes das intervenções voltadas para a melhoria dos macroprocessos da atenção primária. Assim, devem manifestar uma intenção clara e decidida pela organização do sistema municipal de saúde, com o fortalecimento da APS por meio de ciclos de melhoria sucessivos; conhecer e apoiar suas equipes, fazer a proposta das intervenções e envolvê-las no planejamento; delegar responsabilidades às pessoas colaboradoras; dar feedbacks; administrar conflitos; conduzir direta e estrategicamente as ações planejadas, mas sempre compartilhando as decisões com os profissionais que operam os processos; definir e pactuar metas claras e monitorar a efetivação das mudanças; ser capaz de desenvolver novos líderes, respeitando os saberes de cada um e aprendendo com eles.



- » Dependendo do número de equipes a serem lideradas, principalmente em municípios de maior porte, faz-se necessária a constituição de um time de colaboradores do líder. Muitos profissionais assumem o papel de tutores ou apoiadores institucionais, espaços em que devem necessariamente exercer uma liderança com os profissionais e equipes tutoradas ou apoiadas.
- » Os gerentes próprios de algumas unidades de saúde também são convocados a serem líderes de suas respectivas equipes. Porém, devem estar atentos, assim como os coordenadores da APS e o próprio secretário municipal, a não reduzirem essa competência a uma liderança simplesmente burocrática.
- » Por último, os microssistemas clínicos são ambientes nos quais, frequentemente, ocorre a manifestação de líderes naturais, que são aqueles profissionais que se sobressaem aos demais pelo interesse, clareza dos objetivos, capacidade de agregação, empenho, criatividade e proatividade nas situações excepcionais ou rotineiras. O líder maior deve estar atento para reconhecer, valorizar e apoiar esses líderes locais.

## 4.5 PROPÓSITO

Os microssistemas de atenção à saúde se caracterizam por terem uma população de pessoas usuárias, os prestadores de serviços, os processos finalísticos e de apoio e a tecnologia de informação articulados por um propósito comum<sup>16</sup>.

A equipe, como microssistema clínico, deve formular um propósito para a sua atuação no território, assim como o município, como macrossistema de saúde, deve formular os seus propósitos ou objetivos estratégicos. Existe uma relação entre esses dois níveis de formulação: para formular o seu propósito, a equipe deve considerar as diretrizes municipais (que, por sua vez, seguem diretrizes estaduais e nacionais), compreendendo que é parte de um sistema e deve colaborar para o objetivo maior; da mesma maneira, a formulação estratégica central do município não pode acontecer sem o conhecimento adequado da realidade de cada equipe e sem a valorização das iniciativas nos territórios.

Para implementar o **Programa Previnde Brasil** e alcançar as metas sustentáveis, são necessárias uma reflexão e uma pactuação dos objetivos.

- » O desempenho do município na APS será avaliado pelo indicador síntese dos sete indicadores temáticos, refletindo a média de desempenho de suas equipes. O indicador síntese final depende do indicador de cada equipe, que é o mesmo que dizer que o desempenho final do município depende do desempenho de cada uma das equipes.

» Assim, o plano para alcance das metas municipais deve ser construído de maneira ascendente: os gestores municipais devem se apropriar da situação das equipes, cientes da possível variabilidade entre elas, e acompanhar as discussões e pactuações locais, o que vai possibilitar também valorizar aquelas com maior adesão e proatividade e apoiar de maneira mais intensa as que apresentam resistência e maior dificuldade nas operações. Por outro lado, cada equipe deve analisar a própria situação e definir a própria meta, ciente de que deve colaborar para o indicador final.

A definição do propósito da equipe de um microssistema clínico deve ter como ponto de partida a população residente na sua área de abrangência, consciente de que está ali justamente para prestar serviços a essa população. Quais as necessidades das pessoas e suas famílias?

Usando a imagem apresentada na figura 16, se as pessoas demandam a equipe e “entram” no microssistema para receber os serviços, como se espera que elas “saiam” no final? Que valor pode ser agregado ao seu estado de saúde após um atendimento ou um período de acompanhamento?

Uma primeira resposta válida, mas geral, é: esperamos que obtenham resultados clínicos e funcionais ótimos, como define o Modelo de Atenção Crônica. No entanto, o propósito deve ser formulado com objetivos que, uma vez cumpridos, tenham resultados palpáveis e demonstráveis, para a saúde de uma pessoa individualmente ou para a saúde do grupo de pessoas com determinada condição de saúde. Os indicadores de processos, os desfechos clínicos e os resultados são a forma mais usual para demonstrar como as pessoas estão “saindo” do microssistema.

O MM propõe a pergunta “O que se quer alcançar com as mudanças?”, o que implica uma definição, por escrito, dos objetivos que se deseja alcançar em relação a uma determinada população e da expressão desses objetivos em indicadores medíveis<sup>28</sup>.

Assim, a formulação do propósito deve, de maneira simples e objetiva, expressar “o que” se quer alcançar (a intenção da equipe em relação ao estado de saúde da população), “quanto” se quer alcançar (indicadores e metas), “para quem” se quer alcançar (pessoas e grupos de pessoas) e “quando” se quer alcançar as melhorias propostas (prazos).

Para implementar o **Programa Previne Brasil** e alcançar as metas sustentáveis, a definição de propósito das equipes e município deve incluir as condições de saúde selecionadas.

- » Os indicadores 1, 2 e 3 se referem ao cuidado da mulher durante a gestação. O que a equipe espera de resultado para as gestantes captadas após o acompanhamento do pré-natal? A intenção última é que mãe e bebê estejam bem após o parto e nascimento, o que poderia ser medido com indicadores de morbimortalidade. Esse resultado é decorrente de intervenções de cuidado, entre as quais, a captação precoce, as consultas do pré-natal, os exames de investigação de sífilis e HIV e a consulta odontológica, que são avaliadas pelo Previne Brasil. Espera-se que todas as gestantes cumpram esses quesitos do acompanhamento do pré-natal, inferindo que isso significaria uma qualidade do cuidado da gestante e levaria aos desfechos positivos da gestação.

Sugere-se que seja incluído o indicador de cobertura do pré-natal, cujos dados de numerador e denominador já estão na base de cálculo dos três indicadores definidos, porque a cobertura é uma pré-condição para um bom desempenho nos outros indicadores; e, onde for possível, incluir também indicadores de positividade nos exames de sífilis e HIV, o que complementa a ação de investigação e orienta a intervenção.

Para as equipes com nível mais avançado de monitoramento, são sugeridos outros indicadores de processo e resultados no tópico 3-A – Indicadores para o ciclo gravídico-puerperal.

- » O indicador 4 se refere ao cuidado da mulher no rastreamento do câncer do colo do útero. O que a equipe espera de resultado para as mulheres na faixa etária preconizada para o rastreamento? A intenção é a detecção precoce da doença, possibilitando a intervenção terapêutica certa, no momento certo, o que contribuiria para a redução da mortalidade. Para isso, é necessário cumprir o protocolo de rastreamento por meio da realização periódica (a cada três anos, após o protocolo inicial) dos exames citopatológicos, intervenção avaliada pelo Previne Brasil. Espera-se que todas as mulheres dessa faixa etária residentes na área de abrangência cumpram esse protocolo.

Para as equipes com nível mais avançado de monitoramento, são sugeridos outros indicadores de processo e resultados no tópico 3-B – Indicadores para o ciclo de vida da mulher no câncer do colo do útero.

- » O indicador 5 se refere ao cuidado da saúde da criança. O que a equipe espera de resultado para as crianças nos primeiros 2 anos de vida? A intenção é que tenha um crescimento e desenvolvimento adequados para a idade, o que poderia ser medido com indicadores de morbimortalidade. Esse resultado é decorrente de intervenções de cuidado, entre as quais, a vacinação, especificamente a terceira dose para poliomielite e pentavalente, avaliadas pelo Previne Brasil. Espera-se que todas as crianças cumpram esse quesito do acompanhamento da puericultura, e que isso reflita uma boa qualidade em todos os processos de cuidado do crescimento e desenvolvimento. Sugere-se que sejam incluídos os indicadores de cobertura no acompanhamento da puericultura e na vacinação, mas com a lógica da gestão baseada na população para avaliar a proporção de crianças beneficiadas por essas intervenções em relação às crianças cadastradas.

Para as equipes com nível mais avançado de monitoramento, são sugeridos outros indicadores de processo e resultados no tópico 3-C – Indicadores para o ciclo de vida da criança.

- » Os indicadores 6 e 7 se referem à saúde do adulto e do idoso com hipertensão e diabetes, duas doenças crônicas de alta prevalência. O que a equipe espera de resultado para os adultos e idosos com essas doenças crônicas? A intenção é que alcancem a estabilização clínico-metabólica-funcional e uma forte capacidade de autocuidado, o que poderia ser medido por indicadores de morbimortalidade (complicações, intercorrências e morte prematura). Esse resultado é decorrente do cuidado longitudinal, com intervenções de cuidado, entre as quais estão a aferição do nível pressórico e a solicitação da HbA1c, avaliadas pelo Previne Brasil. Espera-se que todos os adultos e idosos com HA e DM cumpram esses quesitos do acompanhamento, e que isso reflita a boa qualidade de todos os cuidados prestados.



Sugere-se que seja incluído o indicador de cobertura no acompanhamento longitudinal (inscrição nos programas de hipertensão e diabetes), cujos dados de numerador e denominador já estão na base de cálculo dos dois indicadores definidos, porque a cobertura é uma pré-condição para um bom desempenho nos outros indicadores; e, onde for possível, os indicadores de estratificação de risco e monitoramento das metas terapêuticas relacionadas com o controle pressórico e glicêmico, agregando esses dois componentes de intervenções de controle de condições crônicas (estratificação de risco e estabilização clínica).

Para as equipes com nível mais avançado de monitoramento, são sugeridos outros indicadores de processo e resultados no tópico 3-D – Indicadores para o ciclo do adulto e do idoso na HA e no DM.

## 4.6 SISTEMA DE MONITORAMENTO

A pergunta do MM – “O que se quer alcançar com as mudanças?” – implica a montagem de um sistema de monitoramento com indicadores para verificar se as mudanças implantadas levaram aos resultados desejados<sup>28</sup>.

O sistema de monitoramento consiste no trabalho de seguimento constante dos objetivos e metas predefinidos na programação com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços<sup>16</sup>.

É parte integrante de um sistema maior de informação clínica, que organiza os dados da população e das pessoas usuárias. Envolve definir: a natureza do indicador; a sua fórmula de cálculo; o seu nível gerencial (estratégico, tático ou operacional); as fontes de informação; as gerências dos bancos de dados encarregadas de prover as informações; as formas de apresentação (gráfico, tabelas etc.); e o período de informação (diário, quinzenal, mensal, trimestral, anual etc.). Preferencialmente, deve dispor de um software relacional que pressupõe a articulação dos diferentes sistemas de informação para produzir indicadores predefinidos no planejamento e emitir relatórios de gestão periódicos, conformados pelas demandas de diferentes atores, dentro e fora da organização.

Um painel de bordo pode ser definido, inicialmente, a partir do planejamento estratégico, com indicadores para cada uma das perspectivas de resultado para a sociedade, processo, gestão e financeiro. Todavia, é necessário agregar outros indicadores em nível operacional, para que cada macroprocesso possa ser bem monitorado.

O monitoramento constitui uma atividade contínua e periódica, isto é, feita em intervalos de tempo regulares, definidos em função da natureza de cada indicador.

Os resultados, efetivamente alcançados e demonstrados, devem servir para reajustar o processo de gestão da condição de saúde, por meio da utilização dos dados coletados como base de conhecimento para aprendizagem e aperfeiçoamento das intervenções, revisão dos objetivos e metas, revisão das diretrizes clínicas e ajustes nas estratégias educacionais e comunicacionais<sup>16</sup>.

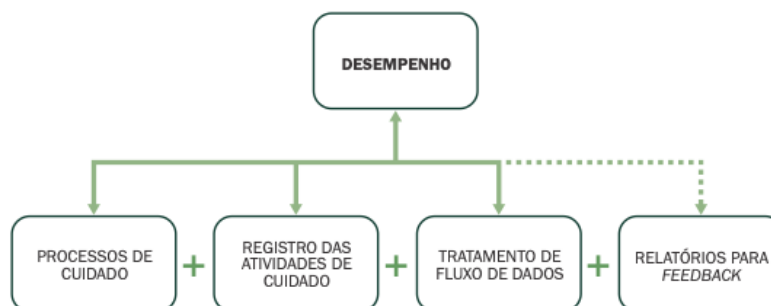
Para implementar o **Programa Previne Brasil** e alcançar as metas sustentáveis, o município deve dispor de um sistema de monitoramento acessível a todas as equipes.

» **e-GESTOR AB**

O e-Gestor AB<sup>29</sup> é o sistema de referência para o monitoramento dos indicadores de cadastro e desempenho, apresentando os dados oficiais considerados no programa de financiamento. Os dados do numerador, denominador e resultado no quadrimestre de cada indicador são disponibilizados em painéis de acesso restrito, sendo desagregados por equipe da APS do município, com lista nominal das pessoas contabilizadas.

O relatório quadrimestral é um documento de avaliação, que indica a qualidade:

- dos processos finalísticos de cadastro e cuidado das pessoas usuárias nas condições de saúde abordadas;
- do registro de dados referentes ao cadastro das pessoas usuárias e dos profissionais e aos atendimentos, exames ou procedimentos realizados em sistemas de prontuário em papel ou eletrônico;
- do fluxo dos dados nos sistemas de informação: do papel para o sistema eletrônico; de sistemas eletrônicos próprios para sistemas oficiais agrupados na plataforma e-Gestor AB.



Sempre que houver desempenho ruim de algum indicador, as possíveis causas poderão estar relacionadas com processos de cuidado não realizados, dados não coletados ou registrados sem qualidade ou tratamento e migração dos dados inconsistentes. Um quarto fator deve ser sempre verificado: a existência de relatórios e mecanismos de feedback para prover a equipe de informações e aprendizado.

Os gestores municipais devem consultar o painel e emitir relatórios consolidados do município, para verificar o desempenho geral de suas equipes, bem como relatórios por equipe (indicadores e lista de usuários), para instrumentalizá-las nos ciclos de melhoria do desempenho.

## » DADOS PARA OS INDICADORES

Os dados relativos ao cadastro ou atendimento das pessoas usuárias nas condições crônicas só serão contabilizados para o repasse do financiamento se estiverem completos e devidamente registrados nos sistemas do ministério.

Os gestores e as equipes devem ter uma compreensão exata da composição e do método de cálculo dos indicadores para a capitação ponderada e pagamento por desempenho. Cada indicador é composto por variáveis que passarão por um processo de validação final, antes da análise propriamente dita dos indicadores e definição do repasse financeiro.

O registro dos dados deve ser realizado de maneira qualificada e completa.

O Previne Brasil publicou o manual Instrutivo do Financiamento da APS que detalha os componentes do programa, assim como a metodologia de medição<sup>30,vi</sup>.



## CAPITAÇÃO PONDERADA

A capitação ponderada é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das eSF ou eAP. Esse componente considera fatores de ajuste, como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município de acordo com o IBGE.

Por meio desse cadastro, pode-se identificar a população próxima à equipe e à Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família (USF), subsidiando o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidades.

### SAPS/MS – Programa Previne Brasil

As equipes poderão registrar as informações de cadastro por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou sistemas próprios/terceiros. Os cadastros serão monitorados pelo Sisab.

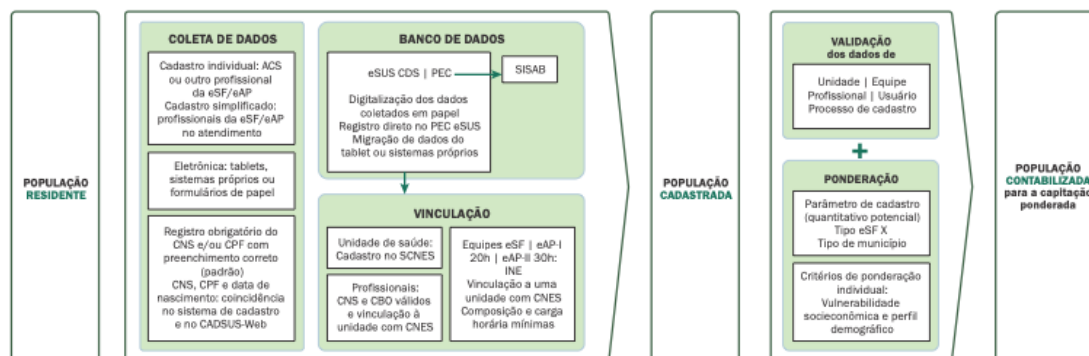
As equipes precisam estar credenciadas pelo MS e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Para o cálculo da capitação ponderada, serão utilizados os cadastros individuais e cadastros simplificados. O cadastro individual pode ser feito por todos os profissionais das equipes, incluindo os ACS. Já o cadastro simplificado pode ser feito durante o contato com o cidadão nos serviços de atenção primária pelos profissionais das equipes nos sistemas de prontuário eletrônico. Lembrando que apenas serão contabilizados cadastros com o preenchimento do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou um CPF válidos.

As validações são: validação das informações de profissionais, equipes e estabelecimentos; data da realização do cadastro; e duplicidade do registro enviado, além da validação do CNS.

vi Os documentos citados, até que sejam atualizados pelo Ministério da Saúde, deverão ser utilizados considerando a Portaria no 102 (20/01/2022)<sup>11</sup> e Nota Técnica 2/2022<sup>12</sup>

O diagrama abaixo apresenta os dados de registro obrigatório para a efetivação final dos cadastros e contabilização das pessoas cadastradas no sistema de pagamento.



O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da captação ponderada deverá considerar: a população cadastrada pela eSF/eAP no Sisab; a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF/eAP; o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF/eAP; e a classificação geográfica definida pelo IBGE.

O Previne Brasil publicou também um documento de esclarecimento sobre as etapas de cálculo do novo financiamento, podendo ser consultado pelos gestores municipais para estimar os recursos de que farão jus<sup>31, vii</sup>.



## FAQ do Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde

PORTARIA Nº 2.979 DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019

vii Os documentos citados, até que sejam atualizados pelo Ministério da Saúde, deverão ser utilizados considerando a Portaria no 102 (20/01/2022)<sup>11</sup> e Nota Técnica 2/2022<sup>12</sup>



## PAGAMENTO POR DESEMPENHO

A Nota Técnica nº 2/2022 - DESF/SAPS/MS, que substituiu e atualizou a nota inicial, apresenta todo o detalhamento do componente de pagamento por desempenho<sup>12</sup>.

### SAPS/MS – PROGRAMA PREVINE BRASIL

Um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios é o pagamento por desempenho. Para definição do valor a ser transferido nesse componente, serão considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das eSF e eAP.

Para o ano de 2020, foram elencados e pactuados de forma tripartite sete indicadores que atendem às seguintes ações essenciais: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas.

A escolha dessas áreas considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde vinculadas. Os indicadores selecionados atendem a critérios como disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados utilizados no cálculo.

Diante dos elementos citados, optou-se por indicadores que pudessem ser calculados diretamente por meio dos dados do Sisab.

Assim, determinados indicadores rotineiramente acompanhados (normalmente tidos como “clássicos”) tiveram suas fórmulas aprimoradas, considerando a possibilidade de verificação de dados individualizados que o Sisab apresenta, e não apenas quantitativos consolidados.

#### INDICADORES PARA O ANO 2022



**1** Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV



**2** Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação



**3** Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado



**4** Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS



**5** Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por *haemophilus influenza* tipo b e Poliomielite inativada



**6** Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre



**7** Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre

O monitoramento desses indicadores vai permitir avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados pelas eSF e eAP, viabilizando, assim, a implementação de medidas de aprimoramento das ações no âmbito da APS, além de ser um meio de dar mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade.

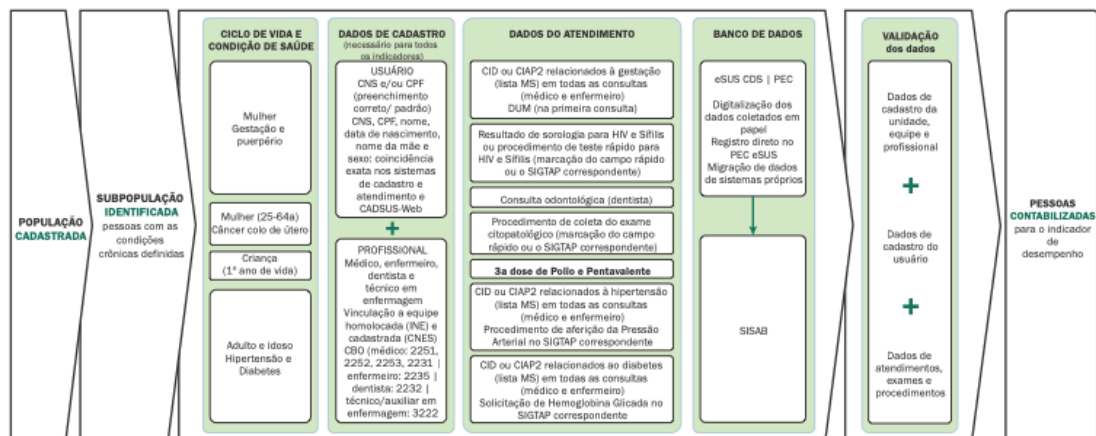
Os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre.

A avaliação do desempenho das eSF e eAP no conjunto dos indicadores será consolidada em um Indicador Sintético Final (ISF), que determinará o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município.

O ISF corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos sete indicadores selecionados. Esse indicador será aferido a cada quatro meses com repercussão financeira para os quatro meses subsequentes. Esse ciclo se repetirá quadrimestralmente.

Os dados de cada um dos indicadores devem ser registrados de maneira completa nos sistemas de prontuário. São obrigatórios os dados apresentados no diagrama abaixo, sendo sempre dados do atendimento ou procedimento realizado para um usuário cadastrado e identificado para a condição de saúde definida, por um profissional devidamente cadastrado e vinculado a uma equipe (devidamente credenciada e cadastra) de uma unidade de saúde.

Da mesma maneira que na Capitação Ponderada, os usuários atendidos serão contabilizados no sistema de pagamento somente após a validação completa de todos os dados (atendimento, usuário e profissional).



O MS disponibilizou documentos tutoriais para o registro no CDS e PEC ou para a migração de dados de sistemas próprios para o e-SUS AB, com orientações para o registro qualificado de todos os dados<sup>32</sup>.



Guia para Qualificação dos Indicadores da APS – CDS



Guia para Qualificação dos Indicadores da APS – PEC



Guia para Qualificação dos Indicadores da APS – THRIFT (integração)

Foram definidos parâmetros e metas para cada indicador: os parâmetros correspondem a valores de referência para um desempenho ideal; as metas correspondem aos valores de referência para a mensuração do desempenho e pagamento do incentivo na primeira etapa do programa.

Os indicadores têm peso 1 ou 2, dependendo da relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas e do nível de dificuldade no atingimento das metas, que traduzem o esforço da gestão e equipes para realização das ações, programas e estratégias.

AÇÃO ESTRATÉGICA	INDICADOR	PARÂ-METRO	META	PESO
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	100%	45%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	100%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	100%	60%	2
Saúde da mulher	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	≥80%	40%	1
Saúde da criança	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>haemophilus influenza</i> tipo b e Poliomielite inativada	95%	95%	2
Doenças crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	100%	50%	2
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	100%	50%	1

Os indicadores serão calculados por equipe de saúde (granularidade para monitoramento ao nível da equipe), e o relatório do Sisab na plataforma do e-Gestor AB vai mostrar o seu desempenho com relação a meta e parâmetro e disponibilizar a lista de usuários atendidos pela equipe e contabilizados ou não a partir da validação dos dados. Esse relatório servirá de base para apontar possíveis falhas no processo de cuidado ou registro, permitindo que as equipes definam ações de melhoria. Da mesma maneira, vai possibilitar ao gestor municipal identificar as equipes com maior fragilidade, permitindo um apoio mais próximo.

No entanto, para fins de pagamento do incentivo, será avaliado o desempenho da APS do município (granularidade para pagamento ao nível municipal), no conjunto de suas equipes, a partir do consolidado dos indicadores. Os resultados ponderados dos indicadores são condensados em um único indicador final denominado ISF.

#### Passos para cálculo do ISF e definição do valor do incentivo mensal:

##### 1. Resultado municipal dos indicadores:

- » consolidar os dados do numerador e denominador de cada indicador, considerando o total de pessoas usuárias cadastradas e atendidas no município, por todas as equipes;
- » calcular o resultado do indicador.

##### 2. Análise do resultado e pontuação:

- » comparar o resultado de cada indicador com o parâmetro (valor de referência próximo do ideal) e com a meta (valor de referência para o pagamento) do indicador;

- » calcular a pontuação (nota) dos indicadores em relação à meta: dividir o resultado do indicador pela meta e multiplicar por 10.

3. Ponderação dos indicadores:

- » multiplicar o resultado do indicador pelo peso e dividir por 10, resultando na nota ponderada.

4. Indicador Sintético Final do município:

- » somar as notas ponderadas dos sete indicadores;
- » converter o valor da soma em um valor percentual dentro da nota máxima sintética de 10 (se a soma das notas ponderadas for igual a 10, corresponderá a 100% da somatória máxima possível; se for igual a 6, corresponderá a 60%), resultando no percentual do ISF.

5. Valor total do repasse mensal para o município:

- » multiplicar o número de equipes credenciadas no MS e cadastradas no SCNES pelo valor por tipo de equipe (eSF ou eAP-I ou eAP-II) pelo percentual do ISF.

» **MONITORAMENTO MUNICIPAL**

Nesse passo a passo da gestão do Programa Previne Brasil, o MS, por meio de seus sistemas informatizados, realiza a validação dos dados registrados pelas equipes; o cálculo, pontuação e ponderação dos indicadores; e o cálculo do ISF, disponibilizando os relatórios trimestrais. Assim, é importante compreender as competências dos gestores municipais e equipes, que podem ser resumidas assim:

- Organização do cuidado:
  - » qualificação dos processos de cuidado dos usuários com condições crônicas e do manejo clínico a partir das diretrizes clínicas.
- Registro, tratamento e migração dos dados:
  - » implantação e manutenção do e-SUS APS nas unidades e espaços de atendimento das equipes;
  - » registro dos dados do cadastro dos usuários e do cadastro dos profissionais, equipe e unidades, com qualidade e atualização sistemática;
  - » registro dos dados dos atendimentos, exames e procedimentos, de acordo com as regras estabelecidas;
  - » registro direto no e-SUS PEC quando o atendimento estiver informatizado ou digitalização no e-SUS CDS quando os dados forem coletados em formulários de papel;
  - » migração dos dados para o e-SUS APS quando o município dispuser de sistemas informatizados próprios.
- Monitoramento dos indicadores:
  - » extração e análise trimestral dos relatórios do SISAB que mostram o desempenho das equipes e do consolidado municipal no período;
  - » *feedback* para as equipes sobre o desempenho trimestral;
  - » monitoramento mensal dos indicadores por equipe e município, por meio de sistema de monitoramento próprio e acessível por todas as equipes.



Este último item, o monitoramento mensal dos indicadores, é fundamental. Considerando que a periodicidade do relatório oficial do Previn Brasil é quadrimestral, os gestores municipais e equipes “ficariam no escuro” até o relatório quadrimestral subsequente, fazendo tentativas de melhoria no intervalo que poderiam resultar em melhoria ou piora do desempenho.

Fazem-se necessárias a elaboração e a implantação na rotina de trabalho de um sistema de monitoramento próprio do município, acessível a todas as equipes, com periodicidade minimamente mensal, preferencialmente eletrônico (planilhas eletrônicas simples ou configuração de relatórios nos sistemas informatizados próprios), que permita a medição das intervenções realizadas e os ajustes necessários em tempos oportunos para assegurar o bom desempenho no final do quadrimestre. Essa ferramenta será útil no desenvolvimento dos ciclos de melhoria, como proposto no próximo item.

Por último, seguindo essa lógica do monitoramento assistencial, devem ser monitorados também os indicadores relativos ao repasse do financiamento.

## **4.7 CICLOS DE MELHORIA DOS MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO PREVENTIVA E DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

O conceito de melhoria está relacionado com características como: mais rápido, mais fácil, mais eficiente, mais efetivo, mais barato, mais seguro, mais acessível. Assim, mudanças resultam em melhorias quando: alteram a maneira como o trabalho ou atividade é feita ou alteram a composição de um produto; produzem diferenças visíveis e positivas nos resultados referentes a padrões históricos; e têm um impacto duradouro<sup>16,25</sup>.

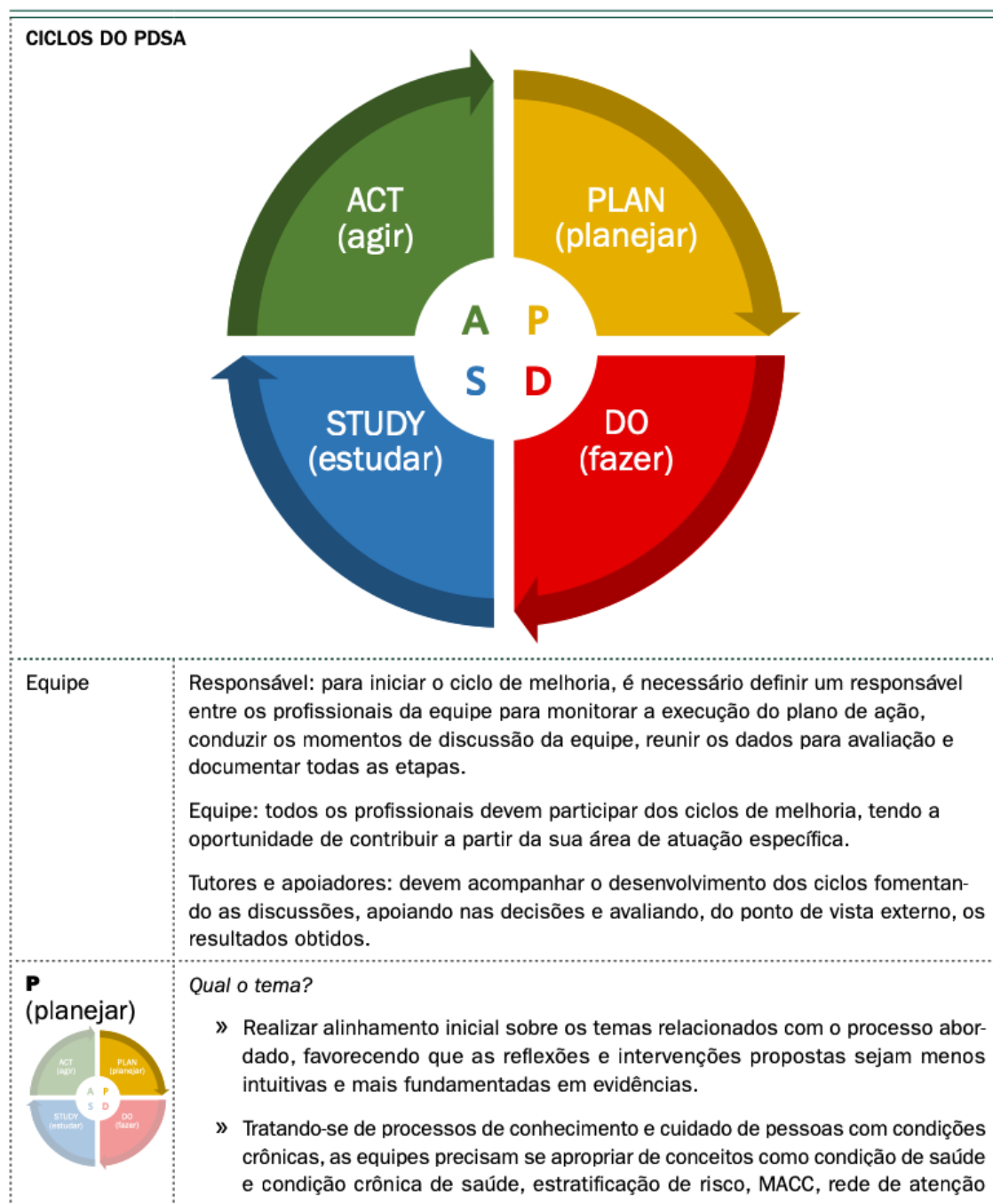
No entanto, é importante saber que toda melhoria requer mudança, mas que nem toda mudança resulta em melhoria. Em um sistema fragmentado, as intervenções são sempre parciais em diferentes setores ou serviços e finalizadas em si mesmas, dificilmente resultando em melhorias globais para seus beneficiários e para o sistema; em um sistema integrado, as intervenções focam a população, interligando todos os serviços, setores e profissionais em objetivos maiores, resultando em melhorias clínicas e econômicas para seus beneficiários e para o próprio sistema.

Os gestores devem fomentar o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da atenção e proteção à saúde da população, o que pode ocorrer por meio da implantação do MM, um instrumento potente, simples e ágil para gerar melhorias<sup>28</sup>.

O MM propõe o desenvolvimento de ciclos interativos de aprendizagem baseados no PDSA, uma ferramenta de gestão composta de quatro etapas<sup>16,25,28</sup>:

P (*plan*: planejar as ações) >> D (*do*: fazer, executar as ações planejadas) >> S (*study*: analisar e estudar os dados, para aprender com a experiência feita) >> A (*act*: agir, atuar corretivamente, ajustar).

A operacionalização de um ciclo de PDSA deve desdobrar cada uma das quatro etapas, como proposto a seguir.

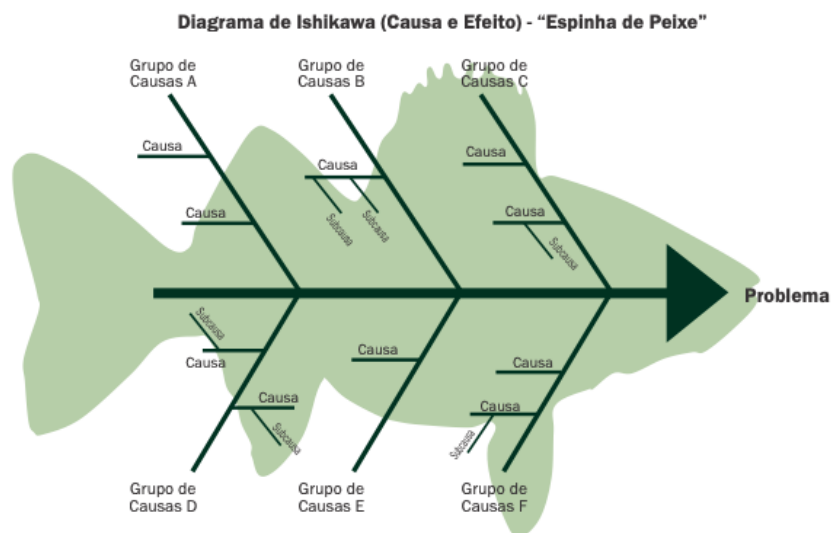


integrada à saúde, gestão com base populacional, modelos e ferramentas para melhoria contínua, além de diretrizes clínicas para a atenção por ciclo de vida ou patologia.

- » Sempre considerar a expectativa dos profissionais participantes dos ciclos de melhoria com relação ao conhecimento de outros temas relativos ao tema principal.
- » Os momentos de alinhamento devem ser breves, objetivos e mesclados progressivamente no cronograma de ações, disponibilizando a referência bibliográfica mais aprofundada sobre os temas para estudo e retomada em outro momento.

#### Qual o problema?

- » Realizar discussão rápida sobre o problema, com o objetivo de ter clareza sobre o que deve ser enfrentado (por exemplo, o desempenho ruim de um indicador) e o porquê deve ser enfrentado (a justificativa).
  - » O que significa o desempenho ruim de um indicador? A equipe deve compreender o que “indica o indicador” proposto, a que remetem os números do numerador e denominador e a leitura final relativa às pessoas e suas necessidades específicas de saúde e ao financiamento.
  - » Qual a análise situacional inicial? Qual a percepção e caracterização do problema?
  - » Metodologias úteis: análise situacional simplificada; diagrama de Pareto; técnica do *Brainstorming*.
- » Investigar e priorizar as causas dos problemas:
  - » Por que não estamos atingindo a meta definida para o indicador?
  - » Ferramenta útil: Diagrama de Causa e Efeito (ou Diagrama de Ishikawa ou Espinha de Peixe)



O problema (na cabeça do peixe) é o desempenho ruim no indicador.



As possíveis causas principais do problema podem ser organizadas nas “espinhas” por grupo ou natureza da causa: a) usuários e comunidade: questões relativas a cadastro; vulnerabilidade; capacidade de autocuidado; painel populacional; violência; relações comunitárias; e outras; b) profissionais: questões ligadas à existência ou presença do profissional; competências de conhecimento, habilidade e atitude para o processo de cuidado; conflitos; satisfação; e outros; c) processos de trabalho: questões relativas à agenda de atendimentos; desperdício; variabilidade; retrabalho; quebras ou descontinuidade; tempos de resposta; d) sistema de registro e monitoramento: registro do atendimento; sistema de registro eletrônico; migração dos dados entre sistemas; e) estrutura predial e equipamentos; f) insumos para realização dos atendimentos, exames e procedimentos terapêuticos; e outros critérios de agrupamento.

Cada causa principal pode ser desdobrada em causas secundárias, e algumas delas, muitas vezes, aparecem em vários agrupamentos, redundância que pode indicar um critério de priorização de enfrentamento.

A discussão das causas de um problema, muitas vezes, já coincide com o momento de surgimento de ideias e hipóteses de superação.

- » Priorizar os problemas: onde as causas são múltiplas e diversas, a equipe poderá priorizar as que serão inicialmente incluídas no plano de ação, utilizando critérios de relevância, viabilidade, governabilidade e impacto.

#### *Qual o propósito?*

- » O que queremos alcançar com as mudanças propostas? Poderia ser compreendido também com a pergunta “Aonde quero chegar?”, em comparação com a situação atual “Onde estou?”.
- » Definir o objetivo final, indicadores e metas de melhoria (inicialmente, os indicadores de cadastro e desempenho propostos). Os objetivos devem sempre ser coerentes com o contexto de atuação da equipe, ao mesmo tempo que devem considerar as diretrizes da política de saúde propostas. A mensuração dos indicadores deve ser possível, por meio de sistemas de coleta de dados, informatizados ou de registro manual. As metas devem ser viáveis e focar resultados palpáveis para os profissionais e usuários.
- » Definir as entregas finais: produtos elaborados pela equipe para verificação documental das mudanças efetivadas.

#### *Qual o plano?*

- » Elaborar o plano de ação: definir o objetivo (relacionado com a superação do problema identificado); o resultado esperado (meta para os indicadores definidos) e, para cada causa do problema priorizada, *O que será feito? Como será feito? Quem fará? Quando será feito? Quais os recursos necessários?*

Atenção para definir tanto as ações de melhoria do cadastro e cuidado prestado, como as ações de melhoria do registro e fluxo de dados relativos aos indicadores de captação e desempenho (nos sistemas manuais e/ou informatizados).

É importante que toda a equipe participe da elaboração do plano, se responsabilizando pelas ações mais diretamente relacionadas com as suas competências e atribuições.

Ferramenta útil para elaboração do plano de ação: Matriz 5W2H (poderá ser adaptada).

PLANO DE AÇÃO					
OBJETIVO:				DATA:	
RESULTADO ESPERADO				RESPONSÁVEL:	
O QUE FAZER? (Ação)	COMO? (Etapas)	QUEM? (Responsável)	QUANDO? (Prazo)	COMO MEDIR? (Acompanhamento)	RECURSOS NECESSÁRIOS

- » Sistematizar a coleta de dados: na coluna *Como medir?*, definir os dados que devem ser registrados para as ações planejadas, possibilitando o monitoramento do plano de ação. Os dados podem ser medições realizadas, avaliação de instrumentos propostos, percepção do profissional ou usuário.

## D (fazer)



### Execução do plano elaborado

- » É fundamental que o planejamento esteja completo, que cada pessoa envolvida saiba exatamente o que deve fazer e que os recursos necessários estejam disponíveis.
- » A equipe deve ser fiel ao planejado, procurando executar as ações nos prazos e modalidades pactuadas, sem queimar etapas ou improvisar.
- » É útil escolher, entre os membros da equipe, um colaborador que atue como “guardião” do plano de ação e favoreça o trabalho de toda a equipe.
- » A boa execução do plano de ação é fortemente ancorada na colaboração entre os membros da equipe, podendo também requerer a participação de colaboradores externos.
- » Realizar sistematicamente reuniões rápidas para monitoramento e ajustes do plano de ação.

### Coleta de dados para monitoramento

- » Observar continuamente as atividades desenvolvidas e registrar tudo o que for útil para a etapa de avaliação (no ciclo de melhoria é possível aprender com cada detalhe).
- » Também registrar os dados definidos no Como medir?
- » As primeiras atividades executadas (por exemplo, estratégias de cadastro de população de áreas ainda descobertas ou a captação precoce da gestante) servirão como um teste da elaboração inicial, podendo indicar ajustes necessários.

### Treinamentos necessários e revisão de normas

- » Durante a execução das atividades, realizar capacitações breves para necessidades específicas dos profissionais, visando o aperfeiçoamento das práticas clínicas e processos. Quanto mais bem preparados os profissionais estiverem, maiores as chances de os objetivos serem alcançados.
- » Também revisar normas e rotinas da unidade, assinalando os itens que deverão ser corrigidos, em conformidade com as novas práticas adotadas.

**S**  
(estudar)



**Monitoramento do plano de ação**

- » A verificação das atividades deve começar já na etapa anterior, durante a implementação do plano de ação. Quanto antes elas forem medidas, mais cedo a equipe saberá se está seguindo o rumo certo. E, caso não esteja, a possibilidade de agir a tempo, evitando algum contratempo, será maior.
- » Verificar se as atividades planejadas foram realizadas corretamente, se o resultado esperado foi atingido e quais foram os pontos positivos e negativos na execução do plano.

**Análise dos dados coletados**

- » Sistematizar os dados qualitativos e quantitativos coletados durante as atividades, buscando o apoio para um correto tratamento, análise e apresentação dos dados.
- » Fazer uma análise completa, comparando o esperado com o alcançado e identificando lacunas que podem ser sanadas em um próximo ciclo, assim como oportunidades de melhoria que podem ser adotadas futuramente.
- » Também avaliar as metodologias e instrumentos de trabalho adotados, prevendo ajustes em ciclos sucessivos.

**Verificar as entregas**

- » Documentos sistematizados que demonstrem as mudanças efetivadas, como relatórios de cadastros digitalizados; relatórios informatizados ou registros coletivos de usuários em acompanhamento, com os marcadores definidos; fotos; atas; outros documentos.

**Lições aprendidas**

- » O mais importante é que esta etapa sirva para uma reflexão sobre a aprendizagem a partir da experiência realizada, de tal modo que cada ciclo signifique não somente a melhoria do processo em si, mas o crescimento das pessoas que fazem o processo. (De que adiantariam processos perfeitos e pessoas insatisfeitas?)

**A**  
(agir)



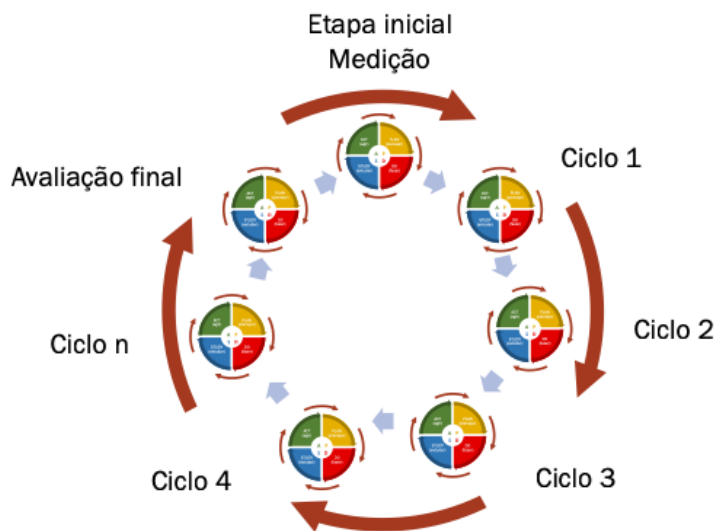
Esta etapa se desenvolve de acordo com a verificação da etapa S (estudar).

- » No caso de resultados alcançados, metas cumpridas, aprendizado positivo e satisfação percebida: incorporar as melhorias na rotina da equipe. As mudanças alcançadas nos processos devem ser, a partir desse ponto, monitoradas periodicamente para evitar uma decaída futura. E a equipe deve iniciar um novo ciclo para enfrentamento de outras causas do problema inicial ou melhoria de outros processos correlatos.
- » No caso de resultados não alcançados ou alcançados parcialmente, metas não cumpridas, erros e lacunas identificados, baixo aprendizado ou aprendizado não alcançado para todos os integrantes da equipe ou insatisfação diante das expectativas originais: identificar as ações corretivas ou ajustes necessários, definir novas metas, atualizar o plano de ação e reiniciar o ciclo novamente. A equipe poderá escolher se simplesmente rodar um novo ciclo em novo prazo pactuado ou de fazê-lo, simultaneamente a um novo ciclo de melhoria, com abordagem de outros processos e problemas.
- » Esta etapa é simultaneamente fim e começo, pois sempre conclui um ciclo inicial e o reinicia com vistas ao aperfeiçoamento do processo ou introduz a um novo ciclo de novo processo. É uma melhoria contínua.

Mudanças intencionais e complexas, como a Construção Social da APS, em geral, requerem mais de um ciclo de melhoria. É desejável que sejam implantados ciclos sequenciais de PDSA, iniciando-se em pequena escala para reduzir os riscos e ir gradativamente ampliando as mudanças. A finalização de cada ciclo leva, imediatamente, ao início de um novo ciclo. A equipe que está conduzindo as mudanças deve responder a questões como: *O que funcionou e o que não funcionou? O que deve ser introduzido, o que deve ser mudado e o que deve ser descartado? Qual o próximo passo?* Os ciclos se sucedem até que sejam alcançados os parâmetros de qualidade estabelecidos para os processos, que, em última instância, referem-se aos resultados clínicos e funcionais alcançados para as pessoas usuárias. Os vários ciclos vão compor, ao final, um grande ciclo de melhoria do macroprocesso.

Para a melhoria do macroprocesso de atenção à pessoa com diabetes, por exemplo, o primeiro ciclo poderia ser dedicado ao indicador priorizado para o financiamento no Programa Previne Brasil, a solicitação da hemoglobina glicada, podendo ser agregada a avaliação do resultado, se dentro da meta terapêutica ou não. Em seguida, um novo ciclo poderia monitorar os marcadores de complicações (cardiovascular, retina, rins, pés). Outro ciclo poderia evidenciar os fatores de risco modificáveis e a capacidade de autocuidado. E assim por diante, até completar todas as ações de cuidado.

FIGURA 18: **Ciclos de melhoria do cuidado das condições crônicas**



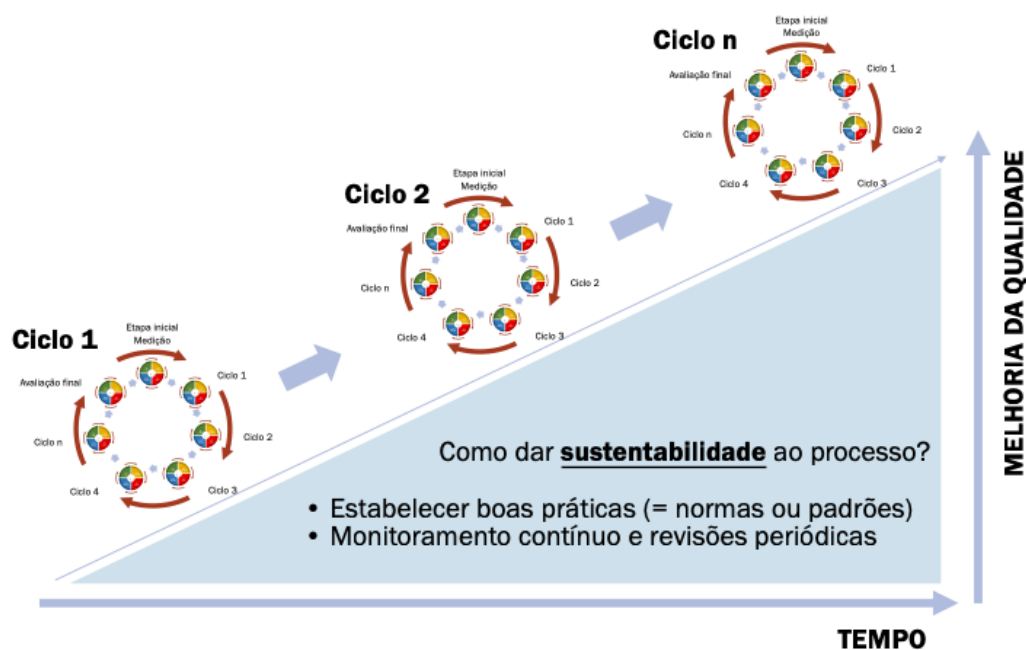
FONTE: ELABORADO PELO AUTOR



Após a conclusão de cada intervenção, inicia-se uma fase de manutenção daquele macroprocesso, na qual deve ser realizado monitoramento contínuo e revisão periódica. A esse ponto, a intervenção pode ser padronizada e considerada uma boa prática no cuidado em saúde.

Ao mesmo tempo, podem ser iniciadas novas intervenções de melhoria, com a pactuação de novas metas.

FIGURA 19: **A sustentabilidade do processo de melhoria da qualidade**



FONTE: ELABORADO PELO AUTOR

Para implementar o **Programa Previne Brasil** e alcançar as metas sustentáveis, as equipes devem aplicar o MM contínua dos processos relacionados com os indicadores selecionados.

- » O programa propõe o monitoramento do indicador de cadastro populacional e de outros sete indicadores relativos a quatro condições crônicas: ciclo gravídico-puerperal (consultas, exames para sífilis e HIV e avaliação odontológica), câncer do colo do útero (cobertura exame citopatológico), ciclo de vida da criança (vacinação pólio e pentavalente) e hipertensão e diabetes ( aferição de pressão e solicitação de hemoglobina glicada).
- » A gestão municipal deve definir, juntamente com suas equipes, o cronograma geral das ações de melhoria, com cinco ciclos de melhoria relativos aos processos de cadastro e cuidado dessas condições. O MM sugere uma implantação progressiva, para permitir que as equipes se apropriem adequadamente dos objetivos e ferramentas. O critério de ordenação pode ser definido a partir da avaliação inicial dos indicadores, priorizando aqueles com pior desempenho para a maioria

das equipes. No entanto, a gestão municipal deve considerar também os prazos quadrimestrais de avaliação pelo MS, uma vez vigente o programa.

» Etapas iniciais sugeridas acima:

- » encontro inicial entre os gestores municipais (secretário e coordenação APS) e as equipes da APS para proposição do programa, metas gerais do município e time de tutores para apoiar as unidades de saúde;
  - » alinhamento sobre o MACC e ciclos de melhoria do PDSA;
  - » alinhamento sobre o painel de indicadores e análise situacional inicial;
  - » implantação do sistema de monitoramento a ser utilizado pelas equipes;
  - » pactuação do cronograma de implantação, metas e rotina para o monitoramento e avaliação.
- » As equipes devem desenvolver os próprios ciclos de PDSA, seguindo cada passo proposto pela metodologia.
- » O Manual Instrutivo do Previne Brasil<sup>27</sup> inclui a sugestão de ações para melhoria dos indicadores de desempenho que podem ser úteis para a elaboração do plano de ação do ciclo de melhoria.





## CICLOS DE PDSA PARA OS INDICADORES DO PREVINE BRASIL

---



# CICLOS DE PDSA PARA OS INDICADORES DO PREVINE BRASIL


5



Sugestão de matrizes para os ciclos de PDSA para melhoria dos processos de cuidado relacionados com os indicadores do Previne Brasil, de acordo com as regras descritas no seu Manual Instrutivo<sup>30</sup>.

## 5.1 CADASTRO DE UNIDADES, EQUIPES E PROFISSIONAIS<sup>33,34</sup>

INDICADOR	PROCESSOS
Proporção de unidades, equipes e profissionais com cadastro regular e atualizado.	Revisão e atualização mensal (ou sempre que houver alterações) dos registros no SCNES:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Cadastro da unidade de saúde;</li> <li>» Cadastro da equipe de saúde (eSF, eAP e eSB) com o número do Identificador Nacional de Equipes (INE);</li> <li>» Composição das equipes, com nome, carga horária semanal, CNS e Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).</li> </ul>
	Revisão e atualização da composição integral das equipes, respeitando os prazos máximos definidos pelo MS.
	Monitoramento contínuo e identificação rápida de irregularidades nas equipes da APS.

CICLO DE MELHORIA	
OBJETIVO:	Manter atualizados os registros de cadastro das unidades, equipes e profissionais da APS, de acordo com as exigências das portarias do MS.
ENTREGA:	Relatório mensal com informações sobre o cadastro das unidades, cadastro e composição das equipes e cadastro e vinculação dos profissionais, com especificação dos quesitos exigidos para regularidade.
CONDUÇÃO:	Equipe municipal responsável pela gestão da APS.

ETAPA	DESCRIÇÃO
<p><b>P</b> (planejar)</p> 	<p>Qual o tema?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Alinhamento sobre as regras de cadastro e quesitos de regularidade para as unidades de saúde, equipes e profissionais definidos nas portarias do MS.</li> <li>» Apropriação dos pré-requisitos para o cumprimento dos componentes do Previne Brasil<sup>3</sup>.</li> </ul> <p>Qual o problema?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Análise situacional sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>» A existência, qualidade de registro e atualização do cadastro das unidades, equipes e profissionais da APS, minimamente para os quesitos: CNES da UBS; inserção dos dados e número do INE das equipes no CNES da unidade; inserção dos dados dos profissionais (nome, carga horária semanal, CNS e CBO) no CNES da unidade;</li> <li>» Homologação pelo MS;</li> <li>» Composição das equipes.</li> </ul> </li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas relacionados com o processo de registro, rotina de atualização, não conclusão do processo de homologação das equipes no MS, recomposição de equipes, cumprimento de carga horária profissional contratada e cadastrada e outras possíveis irregularidades.</li> </ul> <p>Qual o propósito?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição dos objetivos, prazos e metas para atualização dos cadastros de unidades, equipes e profissionais, considerando os prazos do programa de financiamento.</li> <li>» Sugestão: uma vez que está em jogo o financiamento para a APS do município, definir meta de 100% do cadastro atualizado, no menor prazo possível.</li> </ul> <p>Qual o plano?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Sugestão de ações para organização do processo: designação de referência técnica da equipe municipal gestora da APS como responsável pelo monitoramento da situação cadastral; padronização de relatório da situação cadastral; instituição de rotina mensal de verificação de irregularidades e tomada de providências corretivas.</li> <li>» Sugestão de ações para a primeira verificação da situação cadastral: mapear o cadastro de todas as unidades, equipes e profissionais; analisar o preenchimento correto e atualização dos dados cadastrais; identificar irregularidades; corrigir as irregularidades.</li> <li>» Atenção para considerar no planejamento: qualidade do registro; finalização dos processos de homologação das equipes pelo MS; prazos para recomposição das equipes; cumprimento da carga horária profissional cadastrada.</li> <li>» Sugestão para coleta de dados: unidades, equipes e profissionais da APS com dados cadastrais; sinalização sobre o status de atualização, composição das equipes e cumprimento de carga horária pelos profissionais.</li> </ul>

<p><b>D</b> (fazer)</p> 	<p><i>Execução do plano elaborado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Verificação se os recursos disponíveis para realização das atividades estão disponíveis, e providências, caso não estejam.</li> <li>» Apropriação pelos responsáveis das respectivas ações e prazos definidos no planejamento; inclusão na agenda de trabalho; execução das ações como planejado; sinalização imediata sobre dificuldades encontradas.</li> <li>» Reuniões rápidas e frequentes para verificação da realização das ações, identificação de possíveis barreiras na execução das ações e ajustes necessários.</li> </ul> <p><i>Coleta de dados para monitoramento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição do responsável pelo monitoramento do plano de ação e coleta de dados.</li> <li>» Preenchimento de registro coletivo simples com nome e dados das unidades de APS, respectivas equipes e profissionais vinculados e situação de regularidade.</li> <li>» Registro, também, de comentários e sugestões dos profissionais acerca do processo.</li> </ul> <p><i>Treinamentos necessários e revisão de normas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Registro e atualização dos dados cadastrais no SCNES e outros sistemas relacionados.</li> <li>» Acesso e utilização de relatórios do e-Gestor AB para gerenciamento da APS.</li> </ul>
<p><b>S</b> (estudar)</p> 	<p><i>Monitoramento do plano de ação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Reunião com a equipe gestora da APS para apresentação do estágio de cumprimento do plano de ação, dentro do prazo predefinido.</li> </ul> <p><i>Análise dos dados coletados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Indicadores úteis: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Proporção de unidades com cadastro completo e atualizado no SCNES;</li> <li>» Proporção de equipes com cadastro completo, atualizado e vinculado ao CNES da unidade de saúde;</li> <li>» Proporção de profissionais com cadastro completo e vinculação à equipe e unidade de saúde;</li> <li>» Proporção de equipes com composição completa;</li> <li>» Proporção de profissionais com cumprimento de carga horária.</li> </ul> </li> <li>» Análise comparativa entre a situação inicial e a situação final (no momento do monitoramento), após a execução do plano de ação, e identificação das mudanças ocorridas diante das metas definidas.</li> <li>» Análise dos dados qualitativos registrados durante o desenvolvimento das atividades.</li> </ul>

**A**  
(agir)



#### Verificar as entregas

- » Relatório elaborado sobre a situação cadastral das unidades, equipes e profissionais, com especificação dos quesitos exigidos para regularidade.

#### Lições aprendidas

- » Momento de diálogo sobre os valores gerados para a própria equipe e para a atenção primária do município, a partir das ações de regularização do cadastro das unidades, equipe e profissionais.

#### Situação 1 – cadastros ainda com irregularidades:

- » Definição de ações corretivas ou ajustes necessários, atualização do plano de ação com redefinição de metas e prazos e início de ciclo complementar.

#### Situação 2 – cadastros completos e atualizados:


- » Definição da rotina de cadastro para atualização rápida em todas as ocasiões de mudanças nas equipes ou profissionais.
- » Planejamento da próxima revisão periódica dos cadastros.


## 5.2 CAPITAÇÃO PONDERADA



INDICADOR	PROCESSOS
Proporção de pessoas residentes no território com cadastro realizado e inserido no Sisab, por critério de ponderação.	<p>Cadastro inicial (individual ou simplificado) ou atualização do cadastro das pessoas residentes no território das eSF e/ou eAP do município, com as especificações<sup>30</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vinculação a uma equipe eSF/eAP credenciada, com INE homologado pelo MS e informada pela gestão municipal no SCNES.</li> <li>» Códigos válidos para o CNES do estabelecimento, INE da equipe e CNS e CBO do profissional que cadastrou o cidadão.</li> <li>» Cadastros registrados no CDS, PEC ou em sistemas próprios/terceiros devidamente integrados ao Sisab.</li> <li>» Registro correto da data de realização do cadastro e de todos os outros dados individuais, familiares e domiciliares.</li> </ul> <p>Conhecimento da população cadastrada, de acordo com os critérios de ponderação (correspondentes a situações de vulnerabilidade):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vulnerabilidade socioeconômica: pessoas com benefício financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou outro benefício previdenciário de até 2 salários-mínimos.</li> <li>» Perfil demográfico: crianças até 5 anos e idosos a partir de 65 anos de idade.</li> </ul>



	» Classificação geográfica do município definida pelo IBGE: urbanos; intermediários adjacentes e rurais adjacentes; intermediários remotos e rurais remotos.
	Monitoramento contínuo dos cadastros municipais por meio de informações nominais relacionadas com cada equipe e município, disponibilizadas na plataforma e-Gestor AB.


CICLO DE MELHORIA	
OBJETIVO:	Realizar e manter atualizado o cadastro de todas pessoas e famílias residentes no território das equipes da APS.
ENTREGA:	Relatório atualizado com informações do cadastro das pessoas e famílias residentes, com especificação dos critérios de ponderação definidos pelo Previne Brasil.
CONDUÇÃO:	Equipe da APS (eSF/eAP).
ETAPA	DESCRIÇÃO
<b>P</b> (planejar) 	<i>Qual o tema?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Alinhamento sobre o conhecimento da população, por meio do cadastramento, e gestão com base populacional<sup>13,22</sup>.</li> </ul>
	<i>Qual o problema?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Análise do indicador de cobertura de cadastro populacional, com relação à população estimada para o território de abrangência (população IBGE ou métodos de estimativa rápida) e ao potencial de cadastro (teto populacional para o Programa Previne Brasil).</li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas nas várias etapas do processo de cadastramento (cadastro individual pelo ACS em formulário de papel ou dispositivo eletrônico; digitalização ou transferência dos dados para o CDS ou sistema eletrônico próprio com exportação posterior; complementação do cadastro simplificado; monitoramento do cadastro na plataforma do e-Gestor AB), qualidade do registro e rotina de atualização.</li> <li>» Problematizar também o conhecimento da população proporcionado pelo cadastramento, especialmente com relação às situações consideradas como critérios de ponderação (vulnerabilidade socioeconômica; perfil demográfico; classificação geográfica).</li> </ul>
	<i>Qual o propósito?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição dos objetivos, prazos e metas para realização/atualização do cadastro da população residente no território de abrangência, considerando os parâmetros do programa de financiamento.</li> </ul>

	<p>» Sugestão: uma vez que estão em jogo o acompanhamento da saúde da população e o financiamento para a APS do município, definir meta inicial de 100% do cadastro potencial realizado/atualizado, no menor prazo possível. Em um segundo ciclo de melhoria, definir meta de cadastramento completo de toda a população residente na área de abrangência, incluindo aquela que eventualmente superar o teto do cadastro potencial.</p> <p><i>Qual o plano?</i></p> <p>» Sugestão de ações para melhoria do processo: apropriação pelos ACS dos territórios microáreas; programação da agenda de visitas domiciliares; coleta completa e registro dos dados dos indivíduos e famílias em formulários de papel ou dispositivos eletrônicos; digitalização ou transferência dos dados para os sistemas eletrônicos do MS; supervisão do processo pelo enfermeiro da equipe; discussão dos dados coletados; qualificação do registro dos cadastros nos sistemas eletrônicos.</p> <p>» Atenção para considerar no planejamento: recomposição das equipes de ACS para cobertura adequada das microáreas; estratégias para cadastro de microáreas não cobertas por ACS; qualidade do registro; discussão dos dados de cadastro para conhecimento da população, com relação ao total de pessoas cadastradas, distribuição por faixa etária, determinantes sociais da saúde, condições de saúde referidas e critérios para ponderação do financiamento.</p> <p>» Sugestão para coleta de dados: cadastros completos realizados; cadastros vinculados à equipe; cadastros lançados nos sistemas eletrônicos do MS.</p>
<p><b>D</b> (fazer)</p> 	<p><i>Execução do plano elaborado</i></p> <p>» Verificação se os recursos disponíveis para realização das atividades estão disponíveis.</p> <p>» Apropriação pelos responsáveis das respectivas ações e prazos definidos no planejamento; inclusão na agenda de trabalho; execução das ações como planejado; sinalização imediata sobre dificuldades encontradas.</p> <p>» Reuniões rápidas e frequentes para verificação da realização das ações, identificação de possíveis barreiras na execução das ações e ajustes necessários.</p> <p><i>Coleta de dados para monitoramento</i></p> <p>» Definição do responsável pelo monitoramento do plano de ação e coleta de dados.</p> <p>» Registros coletivos ou relatórios semanais de cadastro populacional, por equipe e território de abrangência e com os dados sugeridos acima.</p> <p>» Registro, também, de comentários e sugestões dos profissionais e usuários acerca do processo.</p>

	<p><i>Treinamentos necessários e revisão de normas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Técnicas de abordagem familiar; formulários de cadastro individual e domiciliar; cadastramento nos módulos CDS e PEC do e-SUS; utilização de dispositivos e sistemas eletrônicos próprios.</li> <li>» Acesso e utilização de relatórios do e-Gestor AB/Sisab para gerenciamento da APS.</li> </ul>
<p><b>S</b> (estudar)</p> 	<p><i>Monitoramento do plano de ação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Reunião de equipe para avaliação do cumprimento do plano de ação, dentro do prazo predefinido.</li> </ul> <p><i>Análise dos dados coletados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Indicadores úteis: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Proporção de cadastros completos realizados.</li> <li>» Proporção de cadastros vinculados à equipe.</li> <li>» Proporção de cadastros digitalizados no módulo CDS do e-SUS.</li> </ul> </li> <li>» Análise comparativa entre a situação inicial e a situação final, após a execução do plano de ação, e identificar as mudanças ocorridas diante das metas definidas.</li> <li>» Análise da população cadastrada: total de pessoas, domicílios e famílias; distribuição por faixa etária; determinantes sociais da saúde; condições de saúde referidas; critérios para ponderação; e outras variáveis.</li> <li>» Análise dos dados qualitativos registrados durante o desenvolvimento das atividades.</li> </ul> <p><i>Verificar as entregas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Relatório atualizado com informações do cadastro das pessoas e famílias residentes, com especificação dos critérios de ponderação definidos pelo Previne Brasil.</li> </ul> <p><i>Lições aprendidas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Momento de diálogo sobre os valores gerados para a própria equipe e para a atenção primária do município, a partir das ações de cadastramento e conhecimento da população.</li> </ul>
<p><b>A</b> (agir)</p> 	<p><i>Situação 1 – cadastro populacional incompleto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição de ações corretivas ou ajustes necessários, atualização do plano de ação com redefinição de metas e prazos e início de ciclo complementar.</li> </ul> <p><i>Situação 2 – cadastro populacional completo e atualizado nos sistemas eletrônicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organização da rotina para novos cadastros e planejamento da próxima revisão geral do cadastro da população.</li> </ul>



## 5.3 CICLO DE VIDA DA MULHER – GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

INDICADOR	PROCESSOS
Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira consulta até a 12ª semana de gestação.	<p>Captação precoce da gestante (até a 12ª semana de IG): inclusão no acompanhamento do pré-natal e realização da primeira consulta por médico ou enfermeiro.</p> <p>Realização de, minimamente, mais cinco consultas de pré-natal, por médico ou enfermeiro da equipe.</p>
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	Solicitação, realização e avaliação dos exames para sífilis e HIV (sorologia ou teste rápido).
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	Consulta com cirurgião-dentista para avaliação da SB da gestante.


CICLO DE MELHORIA	
OBJETIVO:	Realizar o acompanhamento longitudinal da gestante e puérpera, de acordo com as recomendações das diretrizes clínicas.
ENTREGA:	Registro coletivo ou relatório atualizado com informações das gestantes e puérperas acompanhadas, com especificação das ações avaliadas pelo Previne Brasil (consultas, exames para sífilis e HIV e avaliação odontológica) e outros marcadores do cuidado.
CONDUÇÃO:	Equipe da APS (eSF/eAP).
ETAPA	DESCRIÇÃO
<b>P</b> (planejar) 	<p><i>Qual o tema?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Alinhamento sobre as diretrizes clínicas de referência para o acompanhamento longitudinal da gestação e puerpério: rotina de ações de cuidado; estratificação de risco; manejo e critérios de estabilidade clínica das morbidades diagnosticadas; preparação e transição do cuidado para o parto e nascimento; registro dos atendimentos realizados; entre outros temas.</li> </ul> <p><i>Qual o problema?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Análise dos indicadores de cobertura de acompanhamento no pré-natal e dos marcadores do cuidado propostos (6 consultas, 1ª até a 12ª semana; exames sífilis e HIV; avaliação odontológica).</li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas relacionados com a captação precoce; realização de consultas por médico e enfermeiro; realização dos exames de sífilis e HIV (sorologia ou teste rápido); consulta pelo cirurgião-dentista; realização e qualidade do registro das ações do pré-natal.</li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas relacionados com outros momentos da linha de cuidado: existência e apropriação pela equipe de protocolos de referência; barreiras de acesso; monitoramento durante as visitas domiciliares; qualidade das consultas; disponibilidade e</li> </ul>



	<p>realização dos outros exames de rotina do pré-natal; outros cuidados no pré-natal; estratificação de risco gestacional; compartilhamento do cuidado com a equipe do pré-natal de alto risco; vinculação e garantia de acesso à maternidade de referência; utilização do cartão da gestante; monitoramento do período final da gestação, transição do cuidado para a maternidade e continuidade do cuidado após o parto e nascimento.</p> <p>» Problematicar também a identificação de gestantes do grupo populacional incluído nos critérios de ponderação relacionados com situações de vulnerabilidade.</p>
	<p><i>Qual o propósito?</i></p> <p>» Definição dos objetivos, prazos e metas para o acompanhamento do pré-natal das gestantes residentes no território de abrangência, levando em conta os parâmetros do programa de financiamento.</p> <p>» Sugestão: considerando o necessário e urgente enfrentamento da mortalidade materna e infantil por causas evitáveis e o financiamento para a APS do município, definir meta de 100% de captação e acompanhamento das gestantes residentes no território.</p>
	<p><i>Qual o plano?</i></p> <p>» Sugestão de ações para melhoria do processo de cuidados no pré-natal: capacitação dos ACS para ações de abordagem familiar e captação de novas gestantes, principalmente daquelas em situação de vulnerabilidade; ações de mobilização da comunidade e famílias para a identificação precoce das gestantes; oferta contínua de teste rápido para gravidez e abordagem oportunística da mulher; garantia de agendamento das consultas com médico e enfermeiro; garantia de exames para sífilis e HIV; garantia de agendamento para consulta com o cirurgião-dentista; qualificação do registro nos sistemas eletrônicos das ações de cuidado.</p> <p>» Sugestão complementar de ações para melhoria do processo de cuidado no pré-natal: acompanhamento por equipe multiprofissional; roteiros de consultas; garantia dos outros exames de rotina; estratificação de risco gestacional em todas as consultas programadas; monitoramento dos parâmetros de desenvolvimento da gestação; pactuação do fluxo com a atenção especializada e compartilhamento do cuidado de todas as gestantes de alto risco; monitoramento do plano de cuidados; ações de fortalecimento do autocuidado e apoio familiar.</p> <p>» Atenção para o monitoramento de gestantes do grupo populacional incluído nos critérios de ponderação referentes a situações de vulnerabilidade.</p> <p>» Sugestão para coleta de dados: captação para o pré-natal; idade gestacional na primeira consulta de pré-natal; consultas de pré-natal com médico ou enfermeiro; exames para sífilis e HIV (avaliação de sorologia ou realização de teste rápido); consulta com cirurgião-dentista; critérios de ponderação.</p> <p>» Sugestão complementar para coleta de dados: outros exames de rotina; marcadores do crescimento fetal; estratificação de risco gestacional; doenças diagnosticadas; compartilhamento do cuidado de gestantes de alto risco com a atenção especializada; planos de cuidado elaborados e monitorados; planos de autocuidado elaborados e monitorados.</p>


<p><b>D</b> (fazer)</p> 	<p><i>Execução do plano elaborado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Verificação se os recursos disponíveis para realização das atividades estão disponíveis.</li> <li>» Apropriação pelos responsáveis das respectivas ações e prazos definidos no planejamento; inclusão na agenda de trabalho; execução das ações como planejado; sinalização imediata sobre dificuldades encontradas.</li> <li>» Reuniões rápidas e frequentes para verificação da realização das ações, identificação de possíveis barreiras na execução das ações e ajustes necessários.</li> </ul> <p><i>Coleta de dados para monitoramento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição do responsável pelo monitoramento do plano de ação e coleta de dados.</li> <li>» Preenchimento de registro coletivo simples, com a relação de gestantes captadas e em acompanhamento e com especificação dos marcadores do cuidado sugeridos acima.</li> <li>» Registro, também, de comentários e sugestões dos profissionais e usuários acerca do processo.</li> </ul> <p><i>Treinamentos necessários e revisão de normas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Técnicas de abordagem familiar; realização de testes rápidos (gravidez, sífilis e HIV); roteiros de consulta; estratificação de risco gestacional; elaboração e monitoramento de planos de cuidado.</li> <li>» Registro nos sistemas de informação dos atendimentos e procedimentos realizados, especialmente as consultas com médico e enfermeiro, DUM, CID/CIAP, teste rápido ou resultado da sorologia para sífilis e HIV, consulta odontológica.</li> <li>» Acesso e utilização de relatórios do e-Gestor AB/Sisab para gerenciamento da APS.</li> </ul>
<p><b>S</b> (estudar)</p> 	<p><i>Monitoramento do plano de ação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Reunião de equipe para avaliação do cumprimento do plano de ação, dentro do prazo predefinido.</li> </ul> <p><i>Análise dos dados coletados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Indicadores úteis: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Proporção de gestantes captadas para o pré-natal;</li> <li>» Proporção de gestantes com primeira consulta realizada até a 12ª semana de gestação;</li> <li>» Proporção de gestantes com realização de consultas com médico e enfermeiro agendadas de acordo com a periodicidade recomendada;</li> <li>» Proporção de gestantes com exames de rotina realizados e avaliados, com destaque para os exames de sífilis e HIV;</li> <li>» Proporção de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica.</li> </ul> </li> </ul>




	<p>» Indicadores complementares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Proporção de gestantes com estratificação de risco gestacional;</li> <li>» Proporção de gestantes de alto risco com cuidado compartilhado pela equipe da APS com a equipe especializada;</li> <li>» Proporção de gestantes de alto risco com plano de cuidado elaborado e monitorado.</li> </ul> <p>» É útil distinguir a análise da população em situação de vulnerabilidade socioeconômica ou residente em área rural.</p> <p>» Análise comparativa entre a situação inicial e a situação final, após a execução do plano de ação, e identificação das mudanças ocorridas diante das metas definidas.</p> <p>» Análise dos dados qualitativos registrados durante o desenvolvimento das atividades.</p> <p><i>Verificar as entregas</i></p> <p>» Registro coletivo ou relatório atualizado com informações das gestantes e puérperas acompanhadas, com especificação das ações avaliadas pelo Previne Brasil (consultas, exames para sífilis e HIV e avaliação odontológica) e outros marcadores do cuidado.</p> <p><i>Lições aprendidas</i></p> <p>» Momento de diálogo sobre os valores gerados para a própria equipe e para a atenção primária do município, a partir das ações de cuidados no pré-natal.</p>
<p><b>A</b> (agir)</p> 	<p>Situação 1 – processos de captação e acompanhamento das gestantes ainda insatisfatórios e/ou metas não cumpridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição de ações corretivas ou ajustes necessários, atualização do plano de ação com redefinição de metas e prazos e início de ciclo complementar.</li> </ul> <p>Situação 2 – processos de captação e acompanhamento das gestantes organizados, objetivos cumpridos e metas alcançadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organização da rotina para manutenção do processo de cuidado no pré-natal.</li> <li>» Definição de novos objetivos e metas para qualificação mais aprofundada de outros aspectos do cuidado das gestantes e puérperas.</li> </ul>

## 5.4 CICLO DE VIDA DA MULHER – CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

INDICADOR	PROCESSOS
Cobertura de exame citopatológico: proporção de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos três anos.	Consulta com médico ou enfermeiro para coleta do material para exame citopatológico, sendo os dois primeiros exames com intervalo de um ano e, caso tenham resultados negativos, o rastreamento sequencial com intervalo de três anos.

CICLO DE MELHORIA	
OBJETIVO:	Realizar o rastreamento do câncer do colo do útero para mulheres de 25 a 64 anos, de acordo com as recomendações das diretrizes clínicas.
ENTREGA:	Registro coletivo ou relatório atualizado com informações das mulheres com idade entre 25 e 64 anos, com especificação da data e resultado do exame citopatológico e outros marcadores do cuidado.
CONDUÇÃO:	Equipe da APS (eSF eAP).
ETAPA	DESCRIÇÃO
<b>P</b> (planejar) 	<p>Qual o tema?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Alinhamento sobre as diretrizes clínicas de referência para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero: abordagem geral da saúde da mulher; fatores de risco; prevenção e infecção pelo HPV; coleta do exame citopatológico; interpretação do resultado; seguimento na investigação de alterações do exame e tratamento de lesões cancerígenas; registro dos atendimentos e procedimentos realizados.</li> </ul>
	<p>Qual o problema?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Análise dos indicadores de cobertura de exame citopatológico.</li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas referentes à captação da mulher para o rastreamento: disponibilidade e organização da agenda; realização de consultas por médico e enfermeiro para coleta do exame; disponibilidade de insumos; realização e qualidade do registro.</li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas relacionados com outros momentos da linha de cuidado: existência e apropriação pela equipe de protocolos de referência; barreiras de acesso; monitoramento durante as visitas domiciliares; ações de prevenção e proteção contra a exposição ao HPV; vacinação contra o HPV; qualidade da coleta de exame citopatológico; tempo de resposta para o resultado do exame; interpretação do exame; compartilhamento do cuidado com equipe especializada de mulheres com alterações do exame; seguimento para investigação e tratamento das lesões; acompanhamento pós-tratamento oncológico.</li> <li>» Problematizar também a identificação de mulheres do grupo populacional incluído nos critérios de ponderação relativos a situações de vulnerabilidade.</li> </ul>
	<p>Qual o propósito?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição dos objetivos, prazos e metas para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres residentes no território de abrangência, considerando os parâmetros do programa de financiamento.</li> <li>» Sugestão: considerando o necessário enfrentamento da mortalidade por câncer do colo do útero e o financiamento para a APS do município, definir meta de 100% de captação e rastreamento das mulheres na faixa etária 25 a 64 anos residentes no território.</li> </ul>

	<p><i>Qual o plano?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Sugestão de ações para melhoria do processo de rastreamento: capacitação dos ACS para ações de abordagem familiar e captação de mulheres na faixa etária de rastreamento; ações de mobilização da comunidade e famílias para a identificação e apoio às mulheres, principalmente daquelas em situação de vulnerabilidade; organização da agenda para garantia da oferta de consultas para o exame citopatológico; abordagem oportunística da mulher na ocasião de outros atendimentos; organização dos processos de apoio para garantia do abastecimento de insumos necessários; qualificação do registro nos sistemas eletrônicos das ações de cuidado.</li> <li>» Sugestão complementar de ações para melhoria do processo de rastreamento: acompanhamento por equipe multiprofissional; ações educacionais voltadas para o fortalecimento do autocuidado e redução de comportamentos de risco; vigilância dos grupos de risco de exposição e contágio pelo HPV; vacinação contra o HPV para os grupos populacionais indicados; pactuação do fluxo com a atenção especializada e compartilhamento do cuidado de todas as mulheres com resultados com alteração; abordagem de mulheres em investigação e tratamento do câncer; monitoramento do plano de cuidados.</li> <li>» Atenção para o monitoramento de mulheres do grupo populacional incluído nos critérios de ponderação.</li> <li>» Sugestão para coleta de dados: captação para o rastreamento; data e idade da realização do exame citopatológico; critérios de ponderação (vulnerabilidade).</li> <li>» Sugestão complementar para coleta de dados: tempo de resposta para resultado de exame; exames alterados; compartilhamento do cuidado e tempo de resposta da atenção especializada; planos de cuidado elaborados e monitorados; confirmação diagnóstica do câncer; tratamento.</li> </ul>
<p><b>D</b> (fazer)</p> 	<p><i>Execução do plano elaborado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Verificação se os recursos disponíveis para realização das atividades estão disponíveis.</li> <li>» Apropriação pelos responsáveis das respectivas ações e prazos, definidos no planejamento; inclusão na agenda de trabalho; execução das ações como planejado; sinalização imediata sobre dificuldades encontradas.</li> <li>» Reuniões rápidas e frequentes para verificação da realização das ações, identificação de possíveis barreiras na execução das ações e ajustes necessários.</li> </ul> <p><i>Coleta de dados para monitoramento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição do responsável pelo monitoramento do plano de ação e coleta de dados.</li> <li>» Preenchimento de registro coletivo simples, com a relação de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas e vinculadas à equipe e especificação da captação para o programa de rastreamento, data da coleta do exame citopatológico e outros marcadores do cuidado sugeridos acima.</li> <li>» Registro, também, de comentários e sugestões dos profissionais e usuários acerca do processo.</li> </ul>

**S**  
(estudar)



*Treinamentos necessários e revisão de normas*

- » Técnicas de abordagem familiar; coleta do exame citopatológico; interpretação do resultado; elaboração e monitoramento de planos de cuidado.
- » Registro nos sistemas de informação dos atendimentos e procedimentos realizados, especialmente do exame citopatológico.
- » Acesso e utilização de relatórios do e-Gestor AB/Sisab para gerenciamento da APS.

*Monitoramento do plano de ação*

- » Reunião de equipe para avaliação do cumprimento do plano de ação, dentro do prazo predefinido.

*Análise dos dados coletados*

- » Indicadores úteis:
  - » Proporção de mulheres 25-64 anos inscritas no programa de rastreamento do câncer do colo do útero;
  - » Proporção de mulheres 25-64 anos com exame citopatológico realizado nos últimos três anos.
- » Indicadores complementares:
  - » Cobertura vacinal contra HPV para a população-alvo;
  - » Proporção de exames citopatológicos com resultado em até 30 dias após a coleta;
  - » Proporção de mulheres com alteração do exame citopatológico com cuidado compartilhado com a atenção especializada para investigação e tratamento;
  - » Proporção de mulheres com diagnóstico confirmado para câncer do colo do útero.
- » É útil distinguir a análise da população em situação de vulnerabilidade socioeconômica ou residente em área rural.
- » Análise comparativa entre a situação inicial e a situação final, após a execução do plano de ação, e identificação das mudanças ocorridas diante das metas definidas.
- » Análise dos dados qualitativos registrados durante o desenvolvimento das atividades.


*Verificar as entregas*

- » Registro coletivo ou relatório atualizado com informações das mulheres com idade entre 25 e 64 anos, com especificação da data e resultado do exame citopatológico e outros marcadores do cuidado.

*Lições aprendidas*


- » Momento de diálogo da equipe sobre os valores gerados para a própria equipe e para a atenção primária do município, a partir das ações de rastreamento.



<p><b>A</b> (agir)</p> 	<p>Situação 1 – processos de captação e acompanhamento das mulheres na faixa etária de rastreamento ainda insatisfatórios e/ou metas não cumpridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição de ações corretivas ou ajustes necessários, atualização do plano de ação com redefinição de metas e prazos e início de ciclo complementar.</li> </ul> <p>Situação 2 – processos de captação e rastreamento das mulheres organizados, objetivos cumpridos e metas alcançadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organização da rotina para manutenção do processo de cuidado.</li> <li>» Definição de novos objetivos e metas para qualificação mais aprofundada de outros aspectos do cuidado no rastreamento e seguimento do câncer do colo do útero.</li> </ul>
--	---



## 5.5 CICLO DE VIDA DA CRIANÇA – VACINAÇÃO


INDICADOR	PROCESSOS
<p>Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada</p>	<p>Vacinação de crianças menores de 1 ano com a 3ª dose da vacina inativada contra poliomielite e da vacina pentavalente contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e Haemophilus influenza tipo b.</p>

CICLO DE MELHORIA	
OBJETIVO:	Realizar a vacinação de todas as crianças residentes no território, de acordo com o calendário vacinal vigente.
ENTREGA:	Registro coletivo ou relatório atualizado, com a relação das crianças menores de 1 ano acompanhadas, com informação sobre a atualização do esquema vacinal de acordo com a idade e outros marcadores do cuidado.
CONDUÇÃO:	Equipe da APS (eSF/eAP).
ETAPA	DESCRIÇÃO
<p><b>P</b> (planejar)</p> 	<p>Qual o tema?</p> <p>Alinhamento sobre as diretrizes clínicas de referência para o acompanhamento da criança: rotina de ações de cuidado na puericultura; monitoramento do crescimento e desenvolvimento; aleitamento materno e alimentação; vacinação e imunização; estratificação de risco; manejo e critérios de estabilidade clínica das morbidades diagnosticadas na infância.</p>

	<p><i>Qual o problema?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Análise do indicador de cobertura de acompanhamento na puericultura e do marcador do cuidado proposto (vacinação com a 3ª dose de pólio e penta).</li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas relacionados com a captação precoce da criança; cumprimento do calendário vacinal; realização e qualidade do registro da vacinação.</li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas relacionados com outros momentos da linha de cuidado: existência e apropriação pela equipe de protocolos de referência; barreiras de acesso; monitoramento durante as visitas domiciliares; alta responsável da maternidade; visita domiciliar pós-alta; primeira consulta e vigilância de fatores de risco neonatais precoces; qualidade das consultas; aleitamento materno; esquema vacinal completo; estratificação de risco; compartilhamento do cuidado da criança de alto risco com a atenção especializada; utilização da caderneta da criança; cuidados familiares.</li> <li>» Problematicar também a identificação de crianças do grupo populacional incluído nos critérios de ponderação referentes a situações de vulnerabilidade.</li> </ul> <p><i>Qual o propósito?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição dos objetivos, prazos e metas para acompanhamento da puericultura e vacinação das crianças residentes no território de abrangência, considerando os parâmetros do programa de financiamento.</li> <li>» Sugestão: considerando o necessário e urgente enfrentamento da morbimortalidade infantil por causas evitáveis e o financiamento para a APS do município, definir meta de 100% de captação das crianças residentes no território para o acompanhamento longitudinal e cumprimento do esquema vacinal.</li> </ul> <p><i>Qual o plano?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Sugestão de ações para melhoria do processo de cuidados da criança: ações de abordagem familiar, monitoramento do período pós-alta imediato e captação dos RN para o acompanhamento longitudinal; estratégias para as situações de maior vulnerabilidade; garantia de acesso para a vacinação; estratégias de monitoramento e busca ativa; qualificação do registro nos sistemas eletrônicos.</li> <li>» Sugestão complementar de ações para melhoria do processo de cuidados da criança: pactuação com as maternidades de referência para a alta responsável; visita domiciliar e consulta médica para vigilância de fatores de risco na primeira semana de vida; garantia de agendamento das consultas com médico, enfermeiro e equipe multiprofissional; garantia do acompanhamento pela eSB; estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e misto a partir desta idade; monitoramento do crescimento e desenvolvimento; estratificação de risco em todas as consultas programadas; pactuação do fluxo com a atenção especializada e compartilhamento do cuidado de todas as crianças de alto risco; monitoramento do plano de cuidados; utilização da caderneta da criança.</li> </ul>
--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Atenção para o monitoramento de crianças do grupo populacional incluído nos critérios de ponderação.</li> <li>» Sugestão para coleta de dados: captação para a puericultura; estado vacinal; critérios de ponderação.</li> <li>» Sugestão complementar para coleta de dados: consultas de puericultura com médico ou enfermeiro; aleitamento materno e alimentação; avaliação do crescimento e desenvolvimento; estratificação de risco da criança; compartilhamento do cuidado de crianças de alto risco com a atenção especializada; planos de cuidado elaborados e monitorados.</li> </ul>
<b>D</b> (fazer) 	<p><i>Execução do plano elaborado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Verificação se os recursos disponíveis para realização das atividades estão disponíveis.</li> <li>» Apropriação pelos responsáveis das respectivas ações e prazos definidos no planejamento; inclusão na agenda de trabalho; execução das ações como planejado; sinalização imediata sobre dificuldades encontradas.</li> <li>» Reuniões rápidas e frequentes para verificação da realização das ações, identificação de possíveis barreiras na execução das ações e ajustes necessários.</li> </ul> <p><i>Coleta de dados para monitoramento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição do responsável pelo monitoramento do plano de ação e coleta de dados.</li> <li>» Preenchimento de registro coletivo simples, com a relação de crianças captadas e em acompanhamento e com especificação dos marcadores do cuidado sugeridos acima.</li> <li>» Registro, também, de comentários e sugestões dos profissionais e usuários acerca do processo.</li> </ul> <p><i>Treinamentos necessários e revisão de normas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Técnicas de abordagem familiar; monitoramento de fatores de risco pós-alta imediato; roteiros de consulta; técnica de vacinação; organização da sala de vacina; estratificação de risco; elaboração e monitoramento de planos de cuidado.</li> <li>» Registro nos sistemas eletrônicos dos atendimentos e procedimentos, especialmente a dose de vacina aplicada.</li> <li>» Acesso e utilização de relatórios do e-Gestor AB/Sisab para gerenciamento da APS.</li> </ul>
<b>S</b> (estudar) 	<p><i>Monitoramento do plano de ação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Reunião de equipe para avaliação do cumprimento do plano de ação, dentro do prazo predefinido.</li> </ul> <p><i>Análise dos dados coletados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Indicadores úteis: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Proporção de crianças captadas para a puericultura;</li> <li>» Proporção de crianças com estado vacinal em dia.</li> </ul> </li> </ul>

	<p>» Indicadores complementares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Proporção de crianças com acompanhamento regular na puericultura;</li> <li>» Proporção de crianças menores de 6 meses com aleitamento materno exclusivo;</li> <li>» Proporção de crianças com monitoramento do crescimento e desenvolvimento;</li> <li>» Proporção de crianças com estratificação de risco;</li> <li>» Proporção de crianças de alto risco com cuidado compartilhado pelas equipes da APS com a equipe especializada.</li> </ul> <p>» É útil distinguir a análise da população em situação de vulnerabilidade socioeconômica ou residente em área rural.</p> <p>» Análise comparativa entre a situação inicial e a situação final, após a execução do plano de ação, e identificação das mudanças ocorridas ante as metas definidas.</p> <p>» Análise dos dados qualitativos registrados durante o desenvolvimento das atividades.</p>
	<p><i>Verificar as entregas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Registro coletivo ou relatório atualizado, com a relação das crianças menores de 1 ano acompanhadas, com a informação sobre a atualização do esquema vacinal de acordo com a idade e outros marcadores do cuidado</li> </ul> <p><i>Lições aprendidas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Momento de diálogo da equipe sobre os valores gerados para a própria equipe e para a atenção primária do município, a partir das ações de cuidado da criança.</li> </ul>
<p><b>A</b> (agir)</p> 	<p>Situação 1 – processos de captação e vacinação das crianças ainda insatisfatórios e/ou metas não cumpridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição de ações corretivas ou ajustes necessários, atualização do plano de ação com redefinição de metas e prazos e início de ciclo complementar.</li> </ul> <p>Situação 2 – processos de captação e acompanhamento das crianças organizados, objetivos cumpridos e metas alcançadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organização da rotina para manutenção do processo de cuidado longitudinal da criança, incluindo a vacinação.</li> <li>» Definição de novos objetivos e metas para qualificação mais aprofundada de outros aspectos do cuidado das crianças.</li> </ul>



## 5.6 CICLO DE VIDA DO ADULTO E DO IDOSO – HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS


INDICADOR	PROCESSOS
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	Consulta com médico ou enfermeiro para acompanhamento longitudinal de pessoas com HA e aferição de nível pressórico, minimamente a cada seis meses.
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	Consulta com médico ou enfermeiro para acompanhamento longitudinal de pessoas com DM e solicitação, realização e avaliação da hemoglobina glicada, minimamente a cada ano.

CICLO DE MELHORIA	
OBJETIVO:	Realizar o acompanhamento longitudinal de pessoas com HA e DM.
ENTREGA:	Registro coletivo ou relatório atualizado com a relação das pessoas com HA e/ou DM acompanhadas, com informação sobre o monitoramento do nível pressórico e hemoglobina glicada e de outros marcadores do cuidado.
CONDUÇÃO:	Equipe da APS (eSF/eAP).
ETAPA	DESCRIÇÃO
<b>P</b> (planejar) <div data-bbox="186 1150 349 1318"> </div>	<b>Qual o tema?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Alinhamento sobre as diretrizes clínicas de referência para o acompanhamento das pessoas com HA/DM: rotina de ações de cuidado; fatores de risco; diagnóstico; estratificação de risco; manejo por estrato de risco; monitoramento de complicações clínicas; critérios de estabilidade clínica.</li> </ul>
	<b>Qual o problema?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Análise dos indicadores de cobertura de acompanhamento das pessoas com HA/DM e realização do monitoramento pressórico e glicêmico (HbA1c).</li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas relativos à captação da pessoa com HA/DM; realização de consultas de acompanhamento longitudinal com médico e enfermeiro; aferição e avaliação do nível pressórico; disponibilidade, realização e avaliação da HbA1c; qualidade do registro das ações de cuidado.</li> <li>» Discussão livre (técnica do <i>Brainstorming</i>) para identificação de problemas relacionados com outros momentos da linha de cuidado: existência e apropriação pela equipe de protocolos de referência; barreiras de acesso; monitoramento durante as visitas domiciliares; realização do elenco completo de exames de rotina; estratificação de risco; exames e procedimentos para monitoramento das complicações (cardiovascular; função renal, retina, pé diabético); compartilhamento do cuidado da HA/DM de alto risco com a atenção especializada; capacidade de autocuidado.</li> </ul>

	<p>» Problematizar também a identificação de usuários do grupo populacional incluído nos critérios de ponderação relativos a situações de vulnerabilidade.</p>
	<p><i>Qual o propósito?</i></p> <p>» Definição dos objetivos, prazos e metas para acompanhamento das pessoas com HA/DM residentes no território de abrangência, considerando os parâmetros do programa de financiamento.</p> <p>» Sugestão: considerando a necessidade de reduzir a morte prematura e as complicações das pessoas com HA/DM e o financiamento para a APS do município que deve ser garantido, definir metas progressivas (rumo a 100%) para a captação e acompanhamento dos usuários residentes no território.</p>
	<p><i>Qual o plano?</i></p> <p>» Sugestão de ações para melhoria do processo de cuidados das pessoas com HA/DM: ações de abordagem familiar que possibilitem a identificação e captação dos usuários para o acompanhamento longitudinal; estratégias para as situações de maior vulnerabilidade; levantamento de usuários com informação autorreferida para HA/DM no cadastro; garantia de acesso para consultas com médico e enfermeiro; monitoramento do nível pressórico por meio da aferição e avaliação da PA em todos os atendimentos de todos os usuários com HA; monitoramento do controle glicêmico de todos os usuários com DM, por meio da realização e avaliação da hemoglobina glicada de acordo com o monitoramento clínico; estratégias de monitoramento e busca ativa; qualificação do registro nos sistemas eletrônicos das ações de cuidado.</p> <p>» Sugestão complementar de ações para melhoria do processo de cuidados de pessoas com HA/DM: garantia para os exames de rotina; estratificação de risco em todas as consultas programadas; exames e procedimentos para monitoramento das complicações; pactuação do fluxo com a atenção especializada e compartilhamento do cuidado dos usuários de alto risco; monitoramento do plano de cuidados; fortalecimento do autocuidado.</p> <p>» Atenção para o monitoramento de crianças do grupo populacional incluído nos critérios de ponderação.</p> <p>» Sugestão para coleta de dados: captação para o acompanhamento longitudinal; consultas com médico e enfermeiro; nível pressórico aferido; resultado da hemoglobina glicada; critérios de ponderação.</p> <p>» Sugestão complementar para coleta de dados: outros exames de rotina; estratificação de risco; resultado de exames para monitoramento das complicações; compartilhamento do cuidado de usuários de alto risco com a atenção especializada; planos de cuidado elaborados e monitorados; planos de autocuidado elaborados e monitorados.</p>



<p><b>D</b> (fazer)</p> 	<p><i>Execução do plano elaborado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Verificação se os recursos disponíveis para realização das atividades estão disponíveis.</li> <li>» Apropriação pelos responsáveis das respectivas ações e prazos definidos no planejamento; inclusão na agenda de trabalho; execução das ações como planejado; sinalização imediata sobre dificuldades encontradas.</li> <li>» Reuniões rápidas e frequentes para verificação da realização das ações, identificação de possíveis barreiras na execução das ações e ajustes necessários.</li> </ul> <p><i>Coleta de dados para monitoramento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição do responsável pelo monitoramento do plano de ação e coleta de dados.</li> <li>» Preenchimento de registro coletivo simples com a relação das pessoas com HA e/ou DM captadas e em acompanhamento e com especificação dos marcadores do cuidado sugeridos acima.</li> <li>» Registro, também, de comentários e sugestões dos profissionais e usuários acerca do processo.</li> </ul> <p><i>Treinamentos necessários e revisão de normas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Técnicas de abordagem familiar; roteiros de consultas e procedimentos; estratificação de risco; elaboração e monitoramento de planos de cuidado e autocuidado.</li> <li>» Registro nos sistemas de informação dos atendimentos e procedimentos realizados, especialmente do nível pressórico aferido e da solicitação e resultado da hemoglobina glicada.</li> <li>» Acesso e utilização de relatórios do e-Gestor AB/Sisab para gerenciamento da APS.</li> </ul>
<p><b>S</b> (estudar)</p> 	<p><i>Monitoramento do plano de ação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Reunião de equipe para avaliação do cumprimento do plano de ação, dentro do prazo predefinido.</li> </ul> <p><i>Análise dos dados coletados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Indicadores úteis: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Proporção de pessoas com HA e/ou DM captadas para o acompanhamento longitudinal;</li> <li>» Proporção de pessoas com HA e/ou DM com consultas regulares com médico e enfermeiro, de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo;</li> <li>» Proporção de pessoas com HA e HA/DM com monitoramento no nível pressórico (aferição e avaliação);</li> <li>» Proporção de pessoas com DM e HA/DM com monitoramento glicêmico (realização e avaliação da HbA1c).</li> </ul> </li> </ul>

	<p>» Indicadores complementares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Proporção de pessoas com HA e/ou DM com estratificação de risco;</li> <li>» Proporção de pessoas com HA e/ou DM com avaliação da função renal;</li> <li>» Proporção de pessoas com HA e/ou DM com avaliação da retina;</li> <li>» Proporção de pessoas com DM com avaliação do pé diabético;</li> <li>» Proporção de pessoas com HA e/ou DM de alto risco com cuidado compartilhado pelas equipes da APS com a equipe especializada;</li> <li>» Proporção de pessoas com HA e/ou DM com planos de cuidado e autocuidado elaborados e monitorados;</li> <li>» Proporção de pessoas com HA e/ou DM com atingimento de metas terapêuticas.</li> </ul> <p>» É útil distinguir a análise da população em situação de vulnerabilidade socioeconômica ou residente em área rural.</p> <p>» Análise comparativa entre a situação inicial e a situação final, após a execução do plano de ação, e identificar as mudanças ocorridas diante das metas definidas.</p> <p>» Análise dos dados qualitativos registrados durante o desenvolvimento das atividades.</p>
	<p><i>Verificar as entregas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Registro coletivo ou relatório atualizado com a relação das pessoas com HA e/ou DM acompanhadas, com informação sobre o monitoramento do nível pressórico e hemoglobina glicada e de outros marcadores do cuidado.</li> </ul>
	<p><i>Lições aprendidas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Momento de diálogo da equipe sobre os valores gerados para a própria equipe e para a atenção primária do município a partir das ações de cuidado longitudinal das pessoas com hipertensão e diabetes.</li> </ul>
<p><b>A</b> (agir)</p> 	<p>Situação 1 – processos de captação, acompanhamento e monitoramento do nível pressórico e glicêmico ainda insatisfatórios e/ou metas não cumpridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definição de ações corretivas ou ajustes necessários, atualização do plano de ação com redefinição de metas e prazos e início de ciclo complementar.</li> </ul> <p>Situação 2 – processos de captação, acompanhamento e monitoramento do nível pressórico e glicêmico organizados, objetivos cumpridos e metas alcançadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organização da rotina para manutenção do processo de cuidado.</li> <li>» Definição de novos objetivos e metas para qualificação mais aprofundada de outros aspectos do cuidado das pessoas com HA/DM.</li> </ul>



## REFERÊNCIAS – Parte I

1. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível [Internet]. Brasília: CONASS, 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, 12 novembro 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 13 nov. 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Previne Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>
4. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação [Internet]. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 dezembro 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 31 dez. 2010 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 22 set. 2017 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 23, 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 18 ago. 2017 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19245656/do1-2017-08-18-resolucao-n-23-de-17-de-agosto-de-2017-19245539](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19245656/do1-2017-08-18-resolucao-n-23-de-17-de-agosto-de-2017-19245539)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 37, 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 26 mar. 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037\\_26\\_03\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html)
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>

10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União [Internet]. 22 jan. 2022 [citado 2022 jan. 30]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União [Internet]. 22 jan. 2022 [citado 2022 jan. 30]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 2/2022. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022.
13. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJ, Barra RP. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: CONASS; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>
14. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Brasil [Internet]. 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil>
15. Deming WE. O método Deming de Administração. 5. ed. São Paulo: Marques Saraiva; 1989.
16. Mendes EV. Desafios do SUS [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>
17. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos [Internet]. Ciência Saúde Coletiva. 2016 [citado 2022 jan. 19];21(3):843-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ln4T7Jd38CVw5ZFN6rKMSym/abstract/?lang=pt>
18. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. Interface (Botucatu) [Internet]. 2010 [citado 2022 jan. 19];14(34):593-605. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/?lang=pt&format=pdf>
19. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-mulher-na-gestacao-parto-e-puerperio/>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comit  de Prevenção do  bito Infantil

e Fetal [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf)

21. Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Editora UEL; 2001.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2014 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/fichatecnicaindicadorescolo14.pdf>

23. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Criança [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-crianca-de-zero-a-cinco-anos/>

24. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde, 2020 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-mulher-na-gestacao-parto-e-puerperio/>

25. Mendes, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude/>

26. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?. In: Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>

27. Dias RB, Nogueira FPS. Trabalho em equipe. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, Tomo I; 2012.

28. Associates in Process Improvement. Model for Improvement [Internet]. [s. d.] [citado 2021 ju. 129]. Disponível em [http://www.apiweb.org/API\\_home\\_page.htm](http://www.apiweb.org/API_home_page.htm).

29. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Espaço para informação e acesso aos sistemas da Atenção Básica [Internet]. 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo do financiamento da APS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617\\_N\\_vpManualInstrutivoPrevine\\_8735032256307120348.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256307120348.pdf)

31. Brasil. Ministério da Saúde. FAQ do Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/FAQNovoFinanciamento.pdf>

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia para Qualificação dos Indicadores da APS (PEC – CDS – THRIFT) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/pagamentodesempenho/>

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União [Internet]. 11 fev. 2020 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>

34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. Diário Oficial da União [Internet]. 27 nov. 2020 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-60-de-26-de-novembro-de-2020-290853767>



# Parte II

---

PAINEL DE  
INDICADORES PARA A  
CONSTRUÇÃO SOCIAL  
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE

---





## CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

---



A proposta da Construção Social da APS<sup>1</sup>, originalmente elaborada pelo Professor Eugênio Vilaça Mendes e publicada pelo Conass, está alcançando equipes e gestores de todas as unidades da federação por meio da Planificação da Atenção à Saúde.

O paradigma da construção de uma casa, em que o alicerce, as paredes, o teto, o telhado, a porta e as janelas correspondem aos macroprocessos desenvolvidos pelas equipes para organizar a resposta à população nos vários tipos de demandas, tornou-se uma forma simples e didática de apoiar a compreensão da gestão de processos na APS.

A gestão de processos, assim como a gestão da atenção primária, requer, porém, um sistema de medição que possibilite o monitoramento das etapas de organização e mudanças realizadas, bem como a avaliação das melhorias e resultados alcançados para as pessoas usuárias.

Existe um elenco grande de indicadores utilizados na atenção primária, alguns deles considerados “clássicos” por serem propostos desde os inícios do SUS, ou até mesmo antes da sua criação. No entanto, não são sistematizados de maneira a permitir uma leitura mais abrangente e sistêmica da resposta desse nível de atenção ao conjunto de necessidades, demandas e expectativas da população. São coletados muitos dados na rotina de trabalho das equipes; no entanto, pouca informação é disponibilizada ou serve apenas para a prestação de contas institucional, principalmente quando ligada a programas de financiamento. Essa mesma rotina, frequentemente, é tomada pela pressão das urgências assistenciais, institucionais ou políticas, tornando quase inexistentes momentos de reflexão sobre a prática da vigilância e cuidado.

Pensando no nível operacional de atuação das equipes de saúde, a disponibilidade de dados e informações e a cultura de monitoramento e ava-

liação são ainda mais graves, fragmentadas e frágeis, limitando de maneira importante a gestão dos processos.

Uma publicação do National Health Service (NHS) do Reino Unido, atualizado recentemente – *Um guia de bons indicadores: compreendendo como escolher e usar indicadores* –, traz algumas reflexões importantes para a organização de um sistema de gerenciamento de processos:

A melhoria de um sistema depende de uma boa medição e uma boa compreensão. Mede-se para compreender como as coisas funcionam; e compreende-se para tornar as coisas melhores. Medir é essencial para melhorar.

Como o próprio nome sugere os indicadores apenas indicam. Eles nunca capturam completamente a riqueza e a complexidade de um sistema. Esta é uma limitação uma vez que os indicadores são designados a expressar uma fatia da realidade. Eles apontam verdade, mas quase nunca mostram toda a verdade. Como qualquer medida reducionista os indicadores devem ser compreendidos em seu contexto.

Os indicadores encorajam a explicitude forçando a clareza sobre o que se está fazendo. Os indicadores, geralmente, expressam-se em números e muitos profissionais têm medo de números.

Os indicadores são medidas sucintas que objetivam descrever tanto quanto possível um sistema, em poucos pontos. Os indicadores permitem compreender um sistema, compará-lo e melhorá-lo. Não há como prescindir deles.<sup>2</sup>

Compartilhando dessa preocupação, as equipes proponentes e envolvidas na Planificação da Atenção à Saúde vêm constantemente discutindo a composição de um painel de indicadores, como ferramenta para implantação e amadurecimento de um sistema de monitoramento e avaliação, que favoreça a gestão dos macroprocessos da Construção Social da APS, que, por sua vez, possibilite uma qualificação do cuidado da população.

Esse documento é proposto para subsidiar essa discussão, já sendo, justamente, uma sistematização de discussões ocorridas em vários momentos.

O elenco de indicadores apresentados a seguir não tem a pretensão de esgotar as possibilidades de medição nem de se tornar um painel completíssimo de indicadores da “Casa da APS”; tampouco foi sistematizado com a preocupação e rigor das evidências científicas, mesmo que inclua vários indicadores utilizados pelos programas e políticas de saúde ou apresentados pela literatura disponível.

Ao invés, foi uma sistematização livre e inicial, baseada no mapeamento dos processos e macroprocessos da APS e na definição de alguns marcadores de sua qualidade. O objetivo é o de oferecer um elenco de medições que possam ser utilizados na planificação, permitindo que as intervenções propostas pelas equipes das unidades sejam mensuradas e documentem as mudanças e melhorias alcançadas.





## PAINEL DE INDICADORES

---



Os indicadores foram organizados de acordo com os principais processos e macroprocessos da APS, na lógica da metáfora da casa na Construção Social da APS<sup>1</sup>.

FIGURA 20: **A metáfora da casa na Construção Social da APS**

## A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



1	Macroprocessos e Microprocessos Básicos da Atenção Primária À Saúde
2	Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos
3	Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não agudizadas, Enfermidades e Pessoas hiperutilizadoras
4	Macroprocessos de Atenção Preventiva
5	Macroprocessos de Demandas Administrativas
6	Macroprocessos de Atenção Domiciliar
7	Macroprocessos de Autocuidado Apoiado
8	Macroprocessos de Cuidados Paliativos

FONTE: MENDES<sup>1</sup>

Foram descritos conjuntos de indicadores relacionados com os processos de: territorialização, conhecimento da população, acesso, atenção aos eventos agudos, atenção às condições crônicas (geral), atenção às condições crônicas por linha de cuidado (gestação e puerpério, criança, mulher no rastreamento do câncer de mama e do colo do útero, adulto e idoso na hipertensão e diabetes, SB, saúde mental) e cuidados paliativos. Para cada conjunto, foram

tecidas sugestões e comentários para sua compreensão, análise e correlação com os programas e políticas vigentes para a APS no SUS.

Esse pode ser um ponto de partida para definição de um painel de indicadores útil para a gestão dos processos da APS pelas equipes e gestores locais.

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
<b>A. TERRITORIALIZAÇÃO</b>		
Definição e atualização anual dos territórios área de abrangência e microárea.	Proporção de áreas de abrangência das eSF/eAP com revisão do território e atualização da população residente no último ano.	A revisão do território é fundamental, principalmente onde ocorrem movimentos populacionais frequentes (áreas periféricas, assentamentos, conjuntos habitacionais). A definição do território requer a delimitação dos limites geográficos, o conhecimento da população residente, a sua vinculação a uma eSF ou eAP e a descrição dos perfis territorial-ambiental (geografia e ambiente, delimitação do território num mapa, vias de acesso, barreiras de acesso e características dos domicílios), demográfico, socioeconômico e institucional <sup>3</sup> . Territórios delimitados e conhecidos são documentados em mapas geográficos e em mapas “inteligentes”, expressando todos os elementos úteis para o planejamento e gestão das intervenções de saúde no território elaborado.
	Proporção de microáreas com revisão do território e atualização da população residente no último ano.	
	Número de áreas descobertas no território municipal.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
<b>B. CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO</b>		
Estimativa da população do território.	Número total de pessoas residentes na área de abrangência e ainda não cadastradas.	A vigilância sobre os movimentos populacionais é fundamental, principalmente nas áreas periféricas dos grandes municípios, para identificação de populações descobertas de acompanhamento. O levantamento pode ser baseado no Censo IBGE ou técnicas de estimativa rápida.
Cadastramento da população residente no território de saúde e vinculação com as equipes da APS.	Proporção de pessoas residentes no território, com cadastro realizado e atualizado, vinculado à eSF/eAP e inserido no Sisab, em relação à população estimada para o território.	Indica a cobertura populacional por equipes da APS, podendo ser discriminado em cobertura por eSF e eAP. O indicador pode ser desdobrado em três, de acordo com as três etapas do processo: » o cadastramento em si das pessoas residentes (em papel ou dispositivos eletrônicos), em relação à população estimada;

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
Cadastramento da população residente no território de saúde e vinculação com as equipes da APS.	Proporção de pessoas residentes no território, com cadastro realizado e atualizado, vinculado à eSB e inserido no Sisab, em relação à população estimada para o território.	<p>» a digitalização dos dados coletados em papel no módulo CDS do e-SUS AB ou a transferência a partir dos dispositivos eletrônicos.</p> <p>O indicador de cadastro é a base para o componente de capitação ponderada do Programa Previne Brasil de financiamento da APS. O programa define critérios para a validação do dado coletado/registrado e contabilização final para o financiamento: CNS e CPF do usuário válidos; vinculação do cadastro à eSF/eAP com INE homologado pelo MS; CNES da unidade; CNS e CBO do profissional que faz o cadastro; data de realização do cadastro registrada corretamente<sup>4,5</sup>.</p> <p>A cobertura populacional também deve ser calculada para a eSB, seguindo os passos metodológicos aplicados para a cobertura por eSF/eAP.</p> <p>A cobertura populacional de equipes multiprofissionais, definidas na PNAB 2017 como NASF-AB, é fundamental, considerando a sua importância para o acompanhamento de populações vulneráveis e com condições crônicas de saúde. Embora a Nota Técnica nº 3/2020 do MS desvincule a sua composição dos NASF-AB, dando autonomia para o gestor municipal definir a equipe multiprofissional da APS no município, ela alerta que “quanto mais apropriada for a composição da equipe para resolver os problemas de saúde da população, melhor será o seu desempenho, caso ela trabalhe de maneira integrada e efetiva”<sup>6</sup>.</p> <p>A Pactuação Interfederativa válida para o período 2017-2021 incluiu os indicadores 17 e 19, correspondentes à cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica e à cobertura populacional estimada de SB na atenção básica, respectivamente<sup>7</sup>.</p> <p>Os indicadores de cobertura populacional estão incluídos no indicador 1 (população cadastrada pelas equipes da USF) do Grupo II de indicadores do Programa Saúde na Hora, “acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de ações e</p>
	Proporção de pessoas residentes no território, com cadastro realizado e atualizado, cobertas por equipes multiprofissionais (NASF-AB).	



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>serviços, sem influenciar nos critérios de manutenção do repasse dos recursos provenientes do programa<sup>8</sup>.</p> <p>O estudo de cobertura populacional deve ser estendido às outras modalidades de equipes definidas na PNAB e programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e operacionalizadas em situações especiais de acesso e vulnerabilidade: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde<sup>9</sup>.</p>
Conhecimento por faixa etária e sexo.	<p>Proporção de pessoas residentes no território e cadastradas, por faixa etária dos ciclos de vida (criança, adolescente, adulto e idoso), em relação ao total de pessoas cadastradas.</p> <p>Proporção de pessoas residentes no território e cadastradas, por sexo, em relação ao total de pessoas cadastradas.</p>	<p>O indicador por critério de idade pode ser calculado com base na faixa etária total do ciclo de vida, ou fracionando em intervalos menores, muitas vezes necessários para análises situacionais e intervenções específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Criança: 0-9 anos e 11 meses ou 0-11 meses e 29 dias; 1-1 ano e 11 meses; 2-4 anos e 11 meses; 5-9 anos e 11 meses;</li> <li>» Adolescente: 10-19 anos e 11 meses ou 10-14 anos e 11 meses; 15-19 anos e 11 meses;</li> <li>» Adulto: 20-59 anos ou 20-39 anos e 40-59 anos ou fracionada em intervalos de 5 anos;</li> <li>» Idoso: ≥ 60 anos ou 60-79 anos; 80-99 anos; ≥100 anos.</li> </ul> <p>A proporção de pessoas idosas é um parâmetro importante para a organização da atenção à saúde, pela correlação com a prevalência de condições crônicas<sup>10</sup>.</p> <p>Muitas intervenções de prevenção e cuidado utilizam o critério de idade, como a puericultura, para crianças menores de 2 anos, ou o rastreamento do câncer do colo do útero e mama.</p> <p>O Programa Previne Brasil utiliza o perfil demográfico como critério de ponderação para cálculo do montante de financiamento, aplicando o peso de 1,3 para crianças até 5 anos e idosos a partir de 65 anos de idade cadastradas, em relação às demais pessoas cadastradas (peso 1,0)<sup>5</sup>.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>O indicador por critério de sexo é calculado por sexo feminino e masculino.</p> <p>Pode ser útil uma análise combinada do indicador, por faixa etária e sexo.</p> <p>Os formulários de cadastro individual do e-SUS APS<sup>11</sup> coletam dados sobre a data de nascimento e sexo.</p>
Conhecimento das famílias.	Número absoluto de domicílios identificados e cadastrado no território de abrangência.	<p>A população nos territórios sanitários se organiza socialmente em famílias, sendo a principal justificativa para a Estratégia Saúde da Família, modalidade predominante de organização da APS no SUS. O conhecimento das famílias a partir do cadastro, da análise de sua estrutura e estudo das relações entre seus membros e com a comunidade e da identificação de fatores de risco específicos e de recursos e fatores protetivos, possibilita intervenções de abordagem familiar necessárias para o alcance dos objetivos de melhoria da saúde das pessoas<sup>12</sup>. Os formulários de cadastro individual e domiciliar do e-SUS APS<sup>11</sup> coletam dados relativos à situação das famílias e domicílios: número de famílias e respectivos números de membros; número de cômodos; discriminadores para a classificação de risco familiar.</p> <p>A Escala de Coelho e Savassi propõe uma metodologia para classificação de risco familiar baseada na identificação de sentinelas de risco (pessoas acamadas, com deficiência física ou mental, desnutrição grave, drogadição, HAS, DM, desemprego, analfabetismo, idade menor de 6 meses ou maior de 70 anos; baixas condições de saneamento; relação morador/cômodo maior ou igual a 1), resultando em três níveis de risco: R1, R2 e R3, o que permite diferenciar as famílias de acordo com o seu risco social e potencial de adoecimento<sup>13</sup>.</p> <p>A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) utiliza os indicadores de densidade domiciliar e densidade por cômodo para indicar condições de habitação mais precárias, fator relacionado com risco em saúde<sup>14</sup>.</p>
	Número absoluto de famílias residentes no território, cadastradas e vinculadas às equipes da APS, por domicílio de residência.	
	Densidade média familiar e domiciliar: número médio de pessoas por família cadastrada e por domicílio de residência.	
	Classificação de risco familiar: proporção de famílias classificadas por grau de risco em relação ao total de famílias cadastradas, total e por grau de risco.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
Conhecimento pela identificação de determinantes sociais intermediários da saúde.	Proporção de pessoas/famílias cadastradas de acordo com as condições de moradia e saneamento, trabalho, renda, educação e relações familiares, sociais e comunitárias, em relação ao total de pessoas/famílias cadastradas.	<p>Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre. A sua importância decorre de que eles repercutem diretamente na saúde<sup>15</sup>. Um grupo de determinantes intermediários são relacionados com as condições de moradia e saneamento, trabalho, renda, educação e relações familiares, sociais e comunitárias. Esses fatores podem ser analisados a partir dos dados de cadastro do e-SUS APS<sup>11</sup>:</p> <p>» Cadastro domiciliar – dados sobre as condições gerais de moradia: situação de propriedade do domicílio; localização do domicílio em relação ao perímetro urbano ou rural da cidade; condição de posse e uso da terra no caso do domicílio estar em área de produção rural; tipo de pavimentação ou vias de acesso ao domicílio; tipo de domicílio; material predominante na construção das paredes externas de seu domicílio; número de cômodos; disponibilidade de energia elétrica; abastecimento de água; água para consumo no domicílio; forma de escoamento do banheiro ou sanitário; destino do lixo; tempo de residência no domicílio; renda familiar total.</p> <p>» Cadastro individual – dados sobre informações sociodemográficas: ocupação atual; situação no mercado de trabalho; frequência em escola ou creche; nível de escolaridade; apoio familiar e comunitário; pertencimento a povos ou comunidades tradicionais; utilização de planos de saúde.</p> <p>O Programa Previne Brasil utiliza a classificação geográfica do município como critério de ponderação para cálculo do montante de financiamento, aplicando o peso de 1,45 para municípios intermediários adjacentes e rurais adjacentes e de 2,0 para municípios intermediários remotos e rurais remotos, em relação aos municípios classificados como urbanos (peso 1,0)<sup>5</sup>. O monitoramento desses indicadores é coerente com a proposta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente o Objetivo 01 – Acabar com a pobreza em todas as suas formas e em todos os lugares<sup>16</sup>.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Proporção de pessoas/famílias em situação de vulnerabilidade em relação ao total de pessoas/famílias cadastradas.	<p>Os determinantes sociais repercutem de maneira diferente em pessoas, famílias e grupos populacionais, muitas vezes levando a situações de grande vulnerabilidade que, em diferentes momentos, se tornaram alvo de programas sociais. As ações intersetoriais necessárias para a atenção a esses grupos populacionais incluem vigilância e cuidado em saúde, requerendo uma análise completa da sua relevância na população do território de abrangência.</p> <p>Os indicadores podem medir a proporção dos grupos populacionais em relação à população geral e podem também ser desdobrados nas condições definidas pelos programas sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Programa Bolsa Família;</li> <li>» Benefício de Prestação Continuada;</li> <li>» Programas previdenciários;</li> <li>» População em situação de rua;</li> <li>» Pessoas institucionalizadas (idosos, crianças e adolescentes);</li> <li>» População privada de liberdade;</li> <li>» Povos e comunidades tradicionais: indígenas, quilombolas;</li> <li>» Pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas;</li> <li>» Grupos vulneráveis relacionados com gênero e raça;</li> <li>» Outros grupos vulneráveis identificados.</li> </ul> <p>Os cadastros individual e domiciliar do e-SUS APS coletam a informação referida sobre pertencimento a povos e comunidades tradicionais, situação de rua e permanência em instituições, devendo ser aprofundado o conhecimento das situações<sup>11</sup>. O Programa Previne Brasil utiliza a vulnerabilidade socioeconômica como critério de ponderação para cálculo do montante de financiamento, aplicando o peso de 1,3 para pessoas beneficiárias do PBF ou BPC ou programas previdenciários de até 2 salários-mínimos<sup>5</sup>.</p> <p>O processo de Pactuação Interfederativa para o período 2017-2021 propõe o monitoramento da cobertura de acompanhamento das condições de Saúde do PBF (indicador 18)<sup>7</sup>.</p>



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
Conhecimento da população pela identificação dos determinantes proximais da saúde.	Proporção de pessoas cadastradas e residentes no território, de acordo com os fatores de risco relacionados com comportamentos e estilos de vida, em relação ao total de pessoas cadastradas.	<p>Os determinantes proximais da saúde são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool<sup>17</sup>.</p> <p>O indicador deve medir minimamente esses determinantes mais importantes, podendo ser ampliado para uso de medicamentos, uso de outras drogas, fatores ergonômicos ocupacionais, práticas sexuais não protegidas e outros. Três fatores podem ser inicialmente analisados a partir da informação referida no cadastro individual do e-SUS APS<sup>11</sup>: excesso de peso, tabagismo e uso de álcool.</p> <p>O registro de atendimento individual do e-SUS APS confirma a informação autorreferida no cadastro e atualiza o “problema/condição avaliada” por meio do registro de pelo menos uma das opções oferecidas (no caso dos fatores de risco: obesidade, tabagismo, usuário de álcool, usuário de outras drogas) ou codificação pela CIAP-2/CID-10<sup>11</sup>.</p> <p>O monitoramento longitudinal dessas situações, com vistas à mudança de comportamento e superação dos fatores de risco, requer uma medição mais detalhada e parâmetros para avaliação.</p> <p>O Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) utiliza indicadores e parâmetros úteis para a sistematização de um painel adequado para monitoramento dessas subpopulações (ver tópico sobre “Atenção Preventiva”)<sup>18</sup>.</p> <p>Pode ser útil uma análise combinada do indicador considerando a faixa etária e sexo ou o contexto de determinantes intermediários.</p>
Conhecimento da população pela identificação das condições de saúde estabelecidas.	Proporção de pessoas cadastradas e residentes no território, de acordo com condições crônicas de saúde estabelecidas e estratificadas por graus de risco, em relação ao total de pessoas cadastradas.	<p>de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Têm um forte predomínio relativo na tripla carga de doenças no país<sup>3</sup>.</p> <p>As condições crônicas são aquelas condições O grupo de condições crônicas mais prevalente se refere a:</p>



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<ul style="list-style-type: none"> <li>» Ciclos de vida: criança, adolescente e idoso;</li> <li>» Ciclo gravídico-puerperal;</li> <li>» Doenças crônicas mais prevalentes: HAS, DM, DRC, dislipidemia, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, cânceres;</li> <li>» Doenças infecciosas: tuberculose, hanseníase, HIV/aids, hepatites virais;</li> <li>» Distúrbios mentais;</li> <li>» Deficiências e limitações funcionais de qualquer natureza;</li> <li>» Doenças bucais.</li> </ul> <p>O registro do cadastro e atendimento individuais do e-SUS APS possibilitam a coleta de dados autorreferidos ou de atendimento de pessoas com as condições mais prevalentes, por meio do registro de pelo menos uma das opções oferecidas ou codificação pela CIAP-2/ CID-10<sup>11</sup>.</p> <p>Dados complementares podem ser obtidos de ferramentas locais de registro coletivo, preferencialmente informatizados (as listas de pessoas usuárias com condições crônicas acompanhadas longitudinalmente).</p> <p>O indicador deve medir a captação das pessoas, como primeiro passo para o acompanhamento longitudinal, mantendo o seu número atualizado.</p> <p>A análise deve comparar o número ou proporção de pessoas identificadas com os parâmetros demográficos ou de prevalência epidemiológica correspondentes.</p> <p>É fortemente recomendada a inclusão de dados relativos à estratificação de risco das condições crônicas (normalmente risco habitual ou baixo risco, médio risco ou intermediário, alto e muito alto risco), de acordo com os critérios definidos nas diretrizes clínicas, permitindo manejos diferenciados e ordenação dos fluxos na rede de atenção.</p> <p>Pode ser útil uma análise combinada do indicador, considerando a faixa etária e sexo, o contexto de determinantes intermediários, a identificação de determinantes proximais e a presença de comorbidades (ou cocondições, por não se referir somente a doenças).</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		A Pactuação Interfederativa, os Programas Previne Brasil e Saúde na Hora e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável incluem indicadores diretamente relacionados com a identificação das subpopulações com condições crônicas.

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
<b>C. ACESSO</b>		
Conhecimento da população por meio do painel de pessoas.	Número (e percentual) de pessoas residentes e cadastradas que excedem ou faltam aos parâmetros propostos.	<p>Os dados de cadastro populacional no processo de conhecimento da população fornecem um elemento inicial de análise do acesso: o tamanho da população em relação à capacidade operacional da equipe. A PNAB recomenda uma população adscrita entre 2 mil e 3.500 pessoas por eAP e eSF. A plataforma do e-Gestor AB utiliza, como parâmetro para cálculo da cobertura de APS, 3.450 pessoas por eSF e 3 mil pessoas por eAP. O Programa Previne Brasil estabelece o quantitativo potencial de cadastro de 4 mil, 3 mil e 2 mil pessoas por eSF, eAP (30h) e eAP (20h) respectivamente<sup>5,9,19</sup>.</p> <p>Os indicadores relativos ao conhecimento da população residente no território são os primeiros elementos a compor o painel de pessoas. O passo seguinte é avaliar se a população residente e cadastrada está acima (sobrepopulação), equiparada ou abaixo (subpopulação) dos parâmetros propostos pelo MS.</p> <p>A análise deve levar em consideração o perfil socioeconômico da população e a utilização de planos de saúde suplementar. É recomendável que a eSF/eAP responsável por territórios de maior vulnerabilidade socioeconômica ou rurais tenha um painel populacional menor, que garanta o acesso e viabilize as ações de vigilância e cuidado. A necessidade de saúde de populações em situações socioeconômicas mais favoráveis e utilizadoras de planos de saúde deve ser estudada em cada contexto, definindo a oferta de APS que deverá ser disponibilizada. Também devem ser consideradas as particularidades das pessoas ou subpopulações transitórias no território, definindo os critérios e modalidades de acesso às unidades de APS.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
Utilização dos serviços pela população.	Proporção de pessoas residentes e cadastradas que utilizaram os serviços da unidade, pelo menos uma vez, em relação ao total de pessoas cadastradas.	<p>A utilização dos serviços da APS normalmente varia da subutilização, devido a barreiras de acesso ou falta de adesão às ações de cuidado, até a hiperutilização (ou hiperfrequentação)<sup>15</sup>.</p> <p>O indicador pode ser utilizado para avaliar a utilização:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Geral dos serviços da unidade, a partir do registro de qualquer atendimento realizado, refletindo o acesso universal à APS, desde quem necessita apenas da vacinação até quem necessita de todos os serviços.</li> <li>» A utilização para consulta com o médico ou enfermeiro, refletindo o nível mais alto de necessidade dos serviços da APS ou uma escolha preferencial.</li> <li>» A utilização para participação em atividades educativas, refletindo a necessidade de apoio educacional para a prática do autocuidado.</li> <li>» A utilização de serviços específicos da unidade, como a vacinação, curativos, farmácia e outros.</li> </ul> <p>O Programa Saúde na Hora propõe o indicador 7 do Grupo II para a análise da utilização da unidade no período estendido de atendimento<sup>8</sup>. Pode ser útil uma análise combinada do indicador considerando a faixa etária, sexo e contexto de vulnerabilidade. Pode ainda ser complementada com a média e motivos mais frequentes de atendimentos realizados pelas pessoas que utilizaram a unidade em cada grupo de análise.</p>
	Proporção de pessoas residentes e cadastradas que hiperutilizaram os serviços da unidade para consulta com médico e/ou enfermeiro, por faixa de utilização e média de atendimentos realizados, em relação ao total de pessoas que utilizaram a unidade.	<p>O atendimento por médicos e enfermeiros é onde normalmente se manifesta a utilização mais plena, com relação à necessidade de saúde, e a hiperutilização dos serviços.</p> <p>Não existe uma clara definição do número de atendimentos que caracterize a hiperutilização. A literatura oferece vários parâmetros, desde um número fixo de seis consultas por ano até percentuais que excedem a média de consultas pela população<sup>15</sup>.</p> <p>Sugerem-se:</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>» a análise por faixa de utilização: 0-6, 7-12, 13-24 e 24 ou mais atendimentos por ano, o que vai permitir identificar o grupo mais hiperutilizador e que deve ser inicialmente abordado;</p> <p>» a análise complementar do volume de atendimentos realizados por cada grupo: número total, média e proporção no total de atendimentos realizados pela unidade;</p> <p>» a análise complementar dos motivos (queixas e diagnósticos registrados com CID ou CIAP) dos atendimentos realizados, necessária para a definição da abordagem mais adequada.</p> <p>Pode ser útil uma análise combinada do indicador considerando a faixa etária, sexo e contexto de vulnerabilidade.</p> <p>É importante a compreensão de que a hiperutilização é apenas o indicador de uma situação que precisa ser investigada nos seus motivos e causas. A necessidade do usuário é real e a resposta da equipe deve ser coerente, não sendo reduzida a uma simples oferta de consultas.</p>
	Proporção de pessoas residentes e cadastradas que utilizam a saúde suplementar, não demandando a unidade para a maioria de suas necessidades.	<p>A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indica uma Cobertura de Planos de Saúde para 24,1% da população do País (junho/2021), concentrando-se nas capitais, onde a taxa chega a ultrapassar os 60% dos habitantes, e beneficiando também a população de menor renda com planos empresariais<sup>20</sup>. O cadastro individual e-SUS APS coleta a informação referida sobre a posse de planos de saúde privados<sup>11</sup>, mas essa informação deve ser qualificada com relação ao tipo de plano (carteira oferecida, disponibilidade real de serviços, coparticipação nos custos e outros aspectos), o que diferencia a necessidade e a utilização dos serviços da APS.</p> <p>Onde for possível, o indicador deve ser desagregado para diferenciar o grupo de usuários que possuem planos de saúde, mas utilizam a unidade para atendimento com médico e enfermeiro, daqueles que possuem e utilizam somente os planos de saúde, procurando a unidade pontualmente para demandas específicas, como a vacinação.</p>



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Proporção de famílias residentes e cadastradas que receberam pelo menos uma visita domiciliar pelo ACS em relação ao total de famílias cadastradas.	<p>A PNAB estabelece a realização de visitas domiciliares com periodicidade definida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares<sup>9</sup>.</p> <p>O indicador pode ser analisado de acordo com a classificação de risco da família ou situações de vulnerabilidade.</p> <p>É útil a análise complementar da média de visitas domiciliares realizadas para as famílias cadastradas, de acordo com as várias situações.</p>
O balanceamento da oferta e da demanda.	Número total de atendimentos realizados pela unidade de saúde.	<p>O segredo para a melhoria do acesso à APS está em alcançar o balanceamento da oferta e da demanda<sup>15</sup>.</p> <p>A compreensão da demanda é possível a partir da medição e análise dos diversos atendimentos realizados pela equipe, com a seguinte caracterização:</p>
	Número de atendimentos realizados pela unidade de saúde, por tipo, horário e profissional responsável, e proporção em relação ao total de atendimentos realizados pela unidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» tipo de atendimento: demanda espontânea ou demanda com agendamento prévio (demanda programada);</li> </ul>
	Proporção de atendimentos realizados pela unidade de saúde, por motivo de atendimento, em relação ao total de atendimentos realizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» tipo de solicitação: externa (pelo próprio usuário) ou interna (por outro profissional da equipe);</li> <li>» tipo de atendimento: presencial na unidade ou à distância (telefone, e-mail, aplicativos de mensagem, plataformas de teleatendimento);</li> <li>» tipo de atendimento: individual ou em grupo (atividades coletivas);</li> <li>» horário do atendimento: faixa de horário, turno (manhã, tarde ou noite), dia da semana, semana do mês, mês;</li> <li>» profissional ou setor responsável.</li> </ul> <p>Para os serviços que não dispõem de sistemas informatizados, podem ser feitas medições com instrumentos mais simplificadas (matrizes em papel para contagem rápida ou planilhas eletrônicas de registro), periódicas (por exemplo, a medição dos atendimentos de uma semana) e/ou focadas em demandas específicas (por exemplo, a medição dos atendimentos de médicos e enfermeiros).</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>O estudo dos motivos dos atendimentos, a partir do registro da queixa ou diagnóstico (CID ou CIAP), permite descrever o perfil geral da demanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» a demanda de pessoas com eventos agudos (condições agudas ou condições crônicas agudizadas), que se apresentam espontaneamente na unidade; o volume dessa demanda é muito determinado pela manifestação epidêmica ou sazonal de doenças infecciosas, pelo contexto de vulnerabilidade e fragilidade da vinculação com a equipe e pela falta de acompanhamento longitudinal e estabilização clínica das pessoas com condições crônicas;</li> <li>» a demanda programada de pessoas com condições crônicas para acompanhamento longitudinal ou para monitoramento de tratamentos; o número de pessoas cadastradas por ciclo de vida e a alta prevalência epidemiológica de algumas morbidades (hipertensão, diabetes, transtornos mentais) implicam grande volume de demanda;</li> <li>» as demandas de pessoas hiperutilizadoras se apresentam seja como demanda programada, pela complexidade da situação clínica-psíquica, que leva ao agendamento frequente de consultas de retorno, seja como demanda espontânea, pela instabilidade e agudização frequentes ou por queixas gerais e inespecíficas associadas ao quadro clínico;</li> <li>» algumas demandas de cunho assistencial-administrativo, como a troca de receitas para usuários com condições crônicas (procedimento frequente, em grande volume de demanda, muitas vezes destacados das consultas para acompanhamento longitudinal), apresentam-se como demanda espontânea em consultas individuais ou momentos específicos para essa finalidade; são demandas semelhantes os pedidos de atestado, relatórios periciais, entregas e análises de exames complementares, marcação de exames ou consultas especializadas e outros;</li> <li>» as demandas por ações preventivas relacionadas com os programas de mudança de comportamento para alimentação saudável, atividade física, controle de peso, redução e</li> </ul>



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>cessação do tabagismo, redução e cessação do uso de álcool e outras drogas; relacionadas com vacinação e imunização; relativas aos programas de rastreamento de doenças (abordagens normalmente associadas às linhas de cuidado por ciclo de vida ou patologias); outras ações específicas;</p> <p>» as demandas por atenção domiciliar referentes ao acompanhamento familiar, atendimento domiciliar, apoio à atenção domiciliar, cuidados paliativos e vigilância do território.</p> <p>O registro no e-SUS APS possibilita a coleta de dados úteis para a composição dos indicadores de acesso<sup>11</sup>:</p> <p>» Ficha de Atendimento Individual: tipo de consulta (consulta agendada programada/cuidado continuado; consulta agendada; escuta inicial/orientação; consulta no dia; atendimento de urgência); atenção domiciliar (três modalidades: AD1, AD2 e AD3); problema/condição avaliada (marcação de opção relativa às condições mais prevalentes e registro do CID ou CIAP-2); atendimento pelo NASF e Academia da Cidade (avaliação/diagnóstico).</p> <p>» Ficha de Atendimento Odontológico Individual possibilita a coleta de dados sobre: tipo de atendimento (consulta agendada ou demanda espontânea); tipo de consulta (primeira consulta programática, retorno ou manutenção); vigilância em SB (condições de SB mais prevalentes).</p> <p>» Ficha de Atividades Coletivas: possibilita a coleta de dados relacionadas com o tipo de atividade, público-alvo, temas e práticas em saúde.</p> <p>» Ficha de Procedimentos: possibilita a coleta sobre procedimentos terapêuticos, exames, testes rápidos e outros.</p> <p>» Ficha de Visita Domiciliar e Territorial: possibilita a coleta de dados sobre o motivo da visita (busca ativa, acompanhamento, controle ambiental/vetorial) e procedimentos (antropometria, sinais vitais e glicemia).</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>» Ficha de Atenção Domiciliar: possibilita a coleta de dados sobre as modalidades da atenção domiciliar, tipo de atendimento (programado, não programado e pós-óbito); situações presentes ou avaliadas; procedimentos realizados.</p> <p>» Ficha de Vacinação: possibilita a coleta de dados sobre a situação/condição do cidadão e imunobiológico.</p>
	Proporção de atendimentos de demanda espontânea realizados pela própria equipe de vinculação do usuário em relação ao total de atendimentos realizados.	Três aspectos complementam a compreensão da demanda por atendimentos pela equipe:
	Número de pessoas que não receberam o atendimento demandado no mesmo dia e nem foram agendadas após escuta e sua proporção em relação ao total de atendimentos realizados.	<p>» Vinculação com a equipe: o atendimento dos usuários com eventos agudos pela própria equipe a que estão vinculados é fator de qualidade, otimização, adesão e redução de demanda<sup>15</sup>. Onde for possível, o indicador deve ser analisado com relação aos atendimentos realizados no horário da equipe.</p> <p>» Capacidade de resposta no mesmo dia da demanda: quando se estabelece o equilíbrio entre oferta e demanda, é possível fazer hoje o trabalho de hoje<sup>15</sup>, o que é um princípio de qualidade do acesso. A escuta do usuário pode identificar qual é a demanda feita hoje para hoje e qual é a demanda feita hoje para atendimento futuro.</p>
	Proporção de atendimentos para usuários não residentes no território de abrangência em relação ao total de atendimentos realizados.	<p>» Território de residência do usuário: o atendimento a usuários residentes em territórios de outras equipes, no mesmo município ou não, podem levar a uma sobrecarga de trabalho para a equipe.</p> <p>Na ausência de sistemas informatizados de registro, podem ser feitas medições de períodos curtos de atendimento (medições diárias por uma ou duas semanas) que sejam representativos da rotina da equipe.</p>
	Número de atendimentos diários e semanais possíveis na carga horária dos profissionais, total e por tipo de atendimento e sua proporção no total de atendimentos disponibilizados.	<p>A compreensão da oferta requer o levantamento da carga horária efetivamente disponível para o atendimento e o número correspondente de atendimentos possíveis, considerando a distribuição na agenda dos vários tipos de atendimento.</p> <p>O estudo deve considerar o número de profissionais disponíveis, o horário de atendimento, o cumprimento da carga horária contratada, ausência por adoecimento ou outro motivo e o</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>número de espaços de atendimento disponíveis na unidade de saúde.</p> <p>A análise da distribuição proporcional dos tipos de atendimento disponibilizados na agenda possibilita verificar a orientação e o nível de organização da equipe.</p>
	<p>Proporção de atendimentos demandados pela população em relação à sua capacidade operacional de atendimentos.</p>	<p>A análise do indicador de balanceamento do atendimento deve comparar o volume de atendimentos demandados com o número de atendimentos disponibilizados pela equipe, verificando se a demanda está acima, equiparada ou abaixo da capacidade de resposta da equipe.</p> <p>A análise deve considerar o total de atendimentos demandados e o seu desdobramento no número dos que foram atendidos, agendados para datas futuras e não atendidos, o que permite uma noção mais exata do balanceamento.</p> <p>A análise deve ser feita nos intervalos dia, semana e mês de medição, verificando se a demanda supera, se equipara ou é menor do que a capacidade de atendimento dos profissionais.</p>
Agenda.	<p>Proporção de usuários que não compareceram a atendimentos previamente agendados em relação ao total de usuários com atendimentos previamente agendados.</p>	<p>As ações de controle e redução do absenteísmo é uma das características da regulação assistencial com base na gestão da saúde da população. A racionalização da demanda beneficia-se muito de uma política de redução do absenteísmo<sup>15</sup>.</p> <p>O indicador deve ser analisado por dia da semana, semana ou mês. É útil considerar a faixa etária, contexto de vulnerabilidade, profissionais agendados, eventos ocorridos durante o período de medição e outros fatores que possam induzir uma alta taxa de absenteísmo.</p> <p>Também podem ser analisados os dados relativos ao cancelamento de agenda.</p>
Tempos de resposta.	<p>Tempo médio de espera (em dias) para atendimento à demanda de eventos agudos de menor gravidade.</p> <p>Tempo médio de espera (em dias) para realização do terceiro próximo atendimento disponível pelo médico para uma consulta programada.</p>	<p>A qualidade do acesso aos serviços da rede está associada à atenção certa, no tempo certo.</p> <p>Tempos de acesso podem se tornar barreiras mesmo onde há uma carteira de serviços generosa e geograficamente adequada, sendo comum observarem-se superlotação e longos tempos de espera que provocam queixas das pessoas usuárias<sup>15</sup>.</p> <p>Espera-se que as demandas aos eventos agudos sejam respondidas no mesmo dia, obedecendo aos critérios de risco, e, preferencialmente, pela própria equipe de vinculação do usuário.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	<p>Tempo médio de espera (em dias) para realização de atendimento programado pelos profissionais da equipe em caso de situações prioritárias (gestação, diabetes, outras).</p>	<p>O Terceiro Próximo Atendimento Disponível é um indicador validado na literatura, sobretudo para a organização do agendamento médico, podendo ser aplicado também para outros profissionais como o enfermeiro e dentista. Mede a terceira vaga disponível na agenda para marcação de uma consulta programada (por exemplo, uma consulta para avaliação de rotina). Considera-se que a primeira e a segunda vagas disponíveis na agenda sofrem influência de fatores imprevisíveis, tais como a desistência ou o não comparecimento de usuários, sendo que a terceira vaga indica melhor a existência de sobrecargas ou demandas reprimidas (mau backlog), inclusive em função da organização inadequada da agenda e do cuidado<sup>21</sup></p> <p>O tempo de agendamento também deve ser verificado em situações que requerem maior atenção, como gestação, RN, idosos frágeis, pessoas com diabetes e outras, verificando a existência de regras de priorização do atendimento.</p> <p>O tempo de espera pelo atendimento no dia, assim como o tempo médio de permanência total na unidade, é uma das principais variáveis associadas à satisfação dos usuários. Esperas muito prolongadas têm impacto negativo sobre a percepção do atendimento, podendo gerar insatisfação, mesmo quando há uma resposta efetiva à demanda apresentada. O tempo de espera pode sofrer influência de fatores externos, como o aumento de usuários e de casos de maior gravidade em momentos de epidemia, ou de fatores internos, como a disponibilidade de profissionais, equipamentos e insumos, a organização da unidade (fluxos, sinalização, horário de funcionamento dos setores e outros). Muitos sistemas informatizados são configurados para medir tempos de espera relacionados com agendamento ou atendimento no dia. Para os serviços que não dispõem desses sistemas, podem ser feitas medições com instrumentos mais simplificadas (matrizes em papel ou planilhas eletrônicas de registro), em momentos ou períodos preestabelecidos (por exemplo, período de uma ou duas semanas), aplicadas, de maneira geral, na unidade ou focadas em serviços específicos.</p>
	<p>Tempo médio de espera (em minutos) até o início do atendimento demandado</p> <p>Tempo médio de permanência total na unidade no dia do atendimento</p>	



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>A medição dos Ciclos de Atendimento possibilita a verificação dos tempos de espera parciais (por exemplo, da chegada à unidade até o atendimento na recepção ou o início do atendimento demandado) ou totais (desde a chegada até a saída da unidade).</p> <p>Não existem parâmetros preestabelecidos para uma análise comparativa. A princípio, a equipe pode comparar uma série histórica de medições, avaliando o tempo medido em uma ocasião com a medição anterior. É importante sempre considerar a própria avaliação, mesmo que subjetiva, e a manifestação de satisfação ou insatisfação do usuário. A comparação com o tempo médio de outras unidades com um perfil semelhante de atendimento também pode ser útil.</p>
Satisfação das pessoas usuárias.	Proporção de pessoas residentes e cadastradas que receberam algum atendimento na unidade de saúde, de acordo com o nível de satisfação com os serviços prestados, em relação ao total de pessoas que receberam atendimento.	<p>A experiência do cuidado vivenciada pelas pessoas usuárias é parte importante da qualidade dos resultados e expressa no seu grau de satisfação. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde associam-se fortemente com a qualidade do cuidado e com a satisfação das pessoas usuárias<sup>15</sup>.</p> <p>O indicador deve ser medido periodicamente e, muitas vezes, torna-se evento sentinela para a qualidade da prestação de serviços.</p> <p>A análise deve ser geral e por profissional ou serviço da unidade.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
<b>D. EVENTOS AGUDOS</b>		
Demanda por eventos agudos.	Número de atendimentos a pessoas com eventos agudos, por horário, turno e dia de atendimento.	<p>Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em geral, de forma aguda. Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes, o padrão da resposta social é único. A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco<sup>1</sup>.</p> <p>A compreensão da demanda de pessoas com eventos agudos é possível a partir da medição e análise dos atendimentos realizados pela equipe e sua distribuição temporal. A análise pode ser complementada por faixa etária e situação de vulnerabilidade. (Ver tópico “O balanceamento da oferta e da demanda”)</p> <p>A análise geral deve ser complementada de acordo com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» a gravidade: atendimentos de acordo com a classificação de risco;</li> <li>» o motivo: atendimentos de acordo com o diagnóstico (registro de CID ou CIAP);</li> <li>» a necessidade de suporte terapêutico: atendimentos com observação e procedimentos terapêuticos na própria unidade ou com transferência para serviços de urgência (com necessidade ou não de internação hospitalar).</li> </ul> <p>A análise dos atendimentos de pessoas com condições crônicas agudizadas e daquelas com queixas inespecíficas sinaliza não somente a necessidade de intervenções voltadas para o monitoramento clínico desses usuários, quando o volume de atendimentos é proporcionalmente grande, como também sinaliza bons níveis de estabilização, quando o volume de atendimentos é proporcionalmente pequeno.</p> <p>O registro na Ficha de Atendimento Individual do e-SUS APS possibilita a coleta de dados de atendimentos por tipo de consulta, especificando o atendimento de urgência (quando há possibilidade de agravamento</p>
	Proporção de atendimentos a pessoas com eventos agudos, por classificação de risco, em relação ao total de atendimentos a eventos agudos.	
	Proporção de atendimentos a pessoas com eventos agudos, por motivo de atendimento, em relação ao total de atendimentos a eventos agudos.	
	Proporção de atendimentos a pessoas com eventos agudos que necessitaram de procedimentos terapêuticos, por classificação de risco, em relação ao total de atendimentos a eventos agudos.	
	Proporção de atendimentos a pessoas com eventos agudos de maior gravidade que necessitaram de suporte avançado de vida em relação ao total de atendimentos a eventos agudos.	



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>do quadro ou risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário). As situações de pequena gravidade são registradas como consulta do dia, opção que inclui também demandas espontâneas por situações não agudas<sup>11</sup>.</p> <p>Instrumentos de registro mais simplificados (matrizes em papel ou planilhas eletrônicas) podem possibilitar a coleta de dados em momentos ou períodos preestabelecidos, o que permite um conhecimento mais aproximado desse tipo de demanda.</p> <p>A demanda por eventos agudos tende a ser menor nos territórios onde a população está cadastrada e com uma boa vinculação com a equipe, em que as pessoas são apoiadas para fortalecer a sua capacidade de autocuidado e aquelas com condições crônicas são acompanhadas longitudinalmente com monitoramento das metas terapêuticas de estabilização clínica, metabólica e funcional. O Programa Saúde na Hora propõe o indicador 1 do Grupo I (percentual de atendimentos de consulta de demanda espontânea no turno) para a análise do atendimento a eventos agudos no período estendido de funcionamento. Os indicadores 2, 3 e 4 (Número de atendimentos de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas realizados no horário estendido em três turnos) se referem ao total de atendimentos, mas podem ser desdobrados por tipo de atendimento<sup>8</sup>.</p>
Resolutividade no atendimento.	<p>Proporção de atendimentos a pessoas com eventos agudos com resolutividade na própria unidade em relação ao total de atendimentos a eventos agudos.</p> <p>Número de usuários com atendimento nos serviços de urgência em situações de menor gravidade (níveis de prioridade verde ou azul), total e no horário de atendimento da unidade de APS.</p>	<p>A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir, entre outras, a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente os mais simples<sup>1</sup>.</p> <p>A compreensão da capacidade resolutiva da equipe pode se dar a partir da análise reversa do número de atendimentos que necessitaram de transferência para serviços de urgência ou por meio da informação do atendimento realizado nos serviços de urgência de acordo com a origem do usuário (território de residência).</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
<b>E. CONDIÇÕES CRÔNICAS</b>		
Acompanhamento longitudinal das pessoas com condições crônicas.	Número de pessoas com condições crônicas estabelecidas captadas para o acompanhamento longitudinal e sua proporção em relação ao número estimado na população cadastrada.	As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade <sup>3</sup> . A atenção às condições crônicas não agudizadas é definida por três grandes objetivos: o conhecimento das pessoas por meio da sua identificação, captação para o acompanhamento longitudinal e estratificação de risco; o monitoramento das metas terapêuticas de estabilização clínica, metabólica e funcional; e o fortalecimento da capacidade de autocuidado <sup>12</sup> .
	Número e proporção de pessoas com condições crônicas em acompanhamento longitudinal, com estratificação de risco atualizada, em relação ao total de pessoas em acompanhamento longitudinal.	O indicador de cobertura no acompanhamento longitudinal verifica a proporção de pessoas com condições crônicas captadas perante o número estimado pelo cadastro por ciclo de vida ou pela prevalência epidemiológica das condições crônicas.
	Número e proporção de pessoas com condições crônicas em acompanhamento longitudinal, com cumprimento dos itens de acompanhamento definidos nas diretrizes clínicas, em relação ao total de pessoas em acompanhamento longitudinal.	O registro do cadastro e o atendimento individuais do e-SUS APS possibilitam a coleta de dados autorreferidos ou de atendimento de pessoas com as condições mais prevalentes, por meio do registro de pelo menos uma das opções oferecidas ou codificação pela CIAP-2/CID-10 <sup>11</sup> .
	Número e proporção de pessoas com condições crônicas em acompanhamento longitudinal, com definição de metas terapêuticas e monitoramento clínico-metabólico-funcional, em relação ao total de pessoas com condições crônicas em acompanhamento longitudinal.	Todas as pessoas com condições crônicas devem ter a estratificação de risco sempre atualizada nos atendimentos programados, possibilitando um manejo coerente com sua situação clínica.
	Número e proporção de pessoas com condições crônicas estratificadas como alto ou muito alto risco e com acompanhamento longitudinal compartilhado com a equipe da atenção ambulatorial especializada em relação ao total de pessoas com condições crônicas de alto ou muito alto risco.	O indicador deve medir o processo de estratificação (número e proporção de pessoas com estratificação de risco atualizada) e o seu resultado (número e proporção de pessoas por estrato de risco habitual ou baixo, risco médio ou intermediário, risco alto e muito alto). O acompanhamento longitudinal reúne um conjunto de ações de vigilância e cuidado recomendados pelas diretrizes clínicas, incluindo consultas, exames laboratoriais, de imagem e gráficos, estratificação de risco, atendimentos em grupo, prevenção de complicações,

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Número e proporção de pessoas com condições crônicas em acompanhamento longitudinal, participando de ações de fortalecimento da capacidade de autocuidado, em relação ao total de pessoas com condições crônicas em acompanhamento longitudinal.	<p>monitoramento de metas terapêuticas, apoio ao autocuidado, entre outras. Alguns desses processos de cuidado são definidos em programas de acompanhamento como marcadores do cuidado, muitas vezes relacionados com a avaliação de desempenho (como os indicadores do Programa Previne Brasil). Esse conjunto de ações pode compor um checklist utilizado para a verificação da qualidade do acompanhamento; ou seja, serão considerados como acompanhados as pessoas que cumprirem todos os itens de verificação.</p> <p>Os itens de acompanhamento devem incluir o estrato de risco da condição crônica estabelecida, as metas terapêuticas definidas no plano de cuidados e a estabilidade clínica.</p> <p>O indicador deve medir o processo de monitoramento clínico (número e proporção de pessoas com monitoramento clínico-metabólico-funcional) e o seu resultado (número e proporção de pessoas com cumprimento das metas terapêuticas).</p> <p>As pessoas com condição crônica estratificada como alto ou muito alto risco devem ter o cuidado compartilhado com as equipes especializadas, tendo como produto desse compartilhamento o plano de cuidados a ser monitorado por ambas as equipes.</p> <p>O indicador, preferencialmente, deve medir, além do compartilhamento do cuidado, o número e proporção de pessoas com condições crônicas de alto e muito alto risco com planos de cuidados elaborados e monitorados.</p> <p>As pessoas com condição crônica, de qualquer estrato de risco, beneficiam-se de ações educacionais focadas no fortalecimento do autocuidado. A adesão terapêutica e as mudanças de comportamento e estilo de vida necessárias para o resultado de estabilização clínica são altamente dependentes da capacidade de autocuidado do usuário, seu grau de letramento em saúde e do apoio familiar e comunitário.</p> <p>O indicador deve medir o número e proporção de usuários participantes de tecnologias de apoio ao autocuidado, preferencialmente com a verificação do plano de autocuidados elaborado como produto dessas intervenções.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>É útil também avaliar o impacto dessas intervenções, aplicando indicadores que mensurem o número e proporção de pessoas com capacidade de autocuidado suficiente, de acordo com várias escalas de avaliação.</p> <p>Para os serviços que não dispõem de sistemas informatizados, configurados para o acompanhamento das condições crônicas, sugere-se a utilização de instrumentos simplificados de registro coletivo em planilhas ou dispositivos eletrônicos que possibilitem uma coleta mínima de dados sobre a captação e estratificação de risco, estabilização clínica e capacidade de autocuidado.</p>
Resultados intermediários e finais.	<p>Número e proporção de pessoas com condições crônicas em acompanhamento longitudinal, com alcance das metas terapêuticas e estabilização clínico-metabólica-funcional, em relação ao total de pessoas acompanhadas.</p> <p>Número e proporção de pessoas com condições crônicas em acompanhamento longitudinal com ocorrência de eventos desfavoráveis em relação ao total de pessoas acompanhadas.</p>	<p>Os processos de cuidado, se desenvolvidos em coerência lógica com a necessidade de saúde e com a qualidade esperada, geram valor para o usuário, ou seja, resultados clínicos e funcionais de saúde<sup>12</sup>.</p> <p>O alcance dos resultados clínicos e funcionais para as pessoas com condições crônicas em acompanhamento pode ser visto por meio da análise de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» número e proporção de pessoas que cumpriram as metas terapêuticas pactuadas e alcançaram os parâmetros clínicos e/ou metabólicos e/ou funcionais de estabilização: crianças com crescimento e desenvolvimento adequados; gestantes com estabilização ou cura de morbidades diagnosticadas; pessoas com diabetes com controle glicêmico; pessoas com hipertensão com controle pressórico; idosos com estabilização ou reversão do declínio funcional; entre outros;</li> <li>» número e proporção de pessoas que durante o acompanhamento apresentaram ocorrências ou desfechos desfavoráveis para a sua condição (o que evidencia o grupo de usuários sem ocorrências): morte fetal, infantil e materna; prematuridade; morte prematura por doenças cardiovasculares e diabetes; atendimentos ou internação por agudização; complicações do diabetes (retinopatia e cegueira; DRC; lesão do pé diabético e amputação); complicações resultantes de queda em idosos; entre outros.</li> </ul>



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>Muitos desses indicadores do segundo grupo correspondem a taxas e índices para populações maiores, como a taxa de mortalidade infantil. No entanto, é importante conhecer o número absoluto de usuários com essas ocorrências, podendo tratá-las como eventos sentinelas, bem como verificar a proporção dos usuários que apresentam ou não ocorrências e desfechos desfavoráveis. Bons resultados podem ser alcançados no grupo de usuários acompanhados, mesmo quando não são alcançados na população geral.</p> <p>O monitoramento pode ser feito a partir de registros informatizados ou registros coletivos simplificados.</p>
Atenção preventiva.	Número e proporção de pessoas com fatores de risco ou condições crônicas estabelecidas, com adesão aos programas de apoio para mudança de comportamento e estilo de vida, em relação ao total de pessoas acompanhadas.	<p>Os determinantes proximais da saúde estão relacionados com comportamentos e estilos de vida. São considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool<sup>12</sup>.</p> <p>As ações de controle são complementares àquelas de fortalecimento da capacidade de autocuidado, agregando intervenções e parâmetros específicos.</p> <p>O indicador deve ser decomposto nos fatores determinantes mais prevalentes, mesmo que concomitantes para parte dos usuários, verificando a participação das pessoas nas ações propostas.</p> <p>É útil avaliar também o impacto dessas intervenções, aplicando indicadores que mensurem o número e proporção de pessoas que alcançaram os parâmetros de controle desses fatores de risco: redução ou cessação do tabagismo; alimentação saudável; atividade física regular; redução ou controle do peso; redução ou cessação do uso de álcool.</p> <p>O Vigitel<sup>18</sup> propõe parâmetros de avaliação do comportamento relativo a esses fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» tabagismo: pessoas fumantes; pessoas fumantes com consumo de 20 ou mais cigarros por dia; pessoas fumantes passivas no domicílio ou no trabalho; pessoas não fumantes;</li> </ul>



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<ul style="list-style-type: none"> <li>» consumo alimentar: consumo regular de frutas e hortaliças (cinco ou mais dias da semana); consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais porções diárias); consumo de feijão (cinco ou mais dias da semana); consumo de refrigerante (cinco ou mais dias da semana); consumo de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas (no dia anterior à entrevista); consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados (no dia anterior à entrevista);</li> <li>» atividade física: prática de atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 75 minutos semanais; prática de atividades físicas no deslocamento equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana (indivíduos que se deslocam a pé ou de bicicleta para o trabalho ou curso/escola, perfazendo, pelo menos, 30 minutos diários no total do trajeto); prática insuficiente de atividade física (indivíduos cuja soma de minutos despendidos em atividades físicas no tempo livre, no deslocamento para o trabalho/escola e na atividade ocupacional não alcança o equivalente a pelo menos 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa); inatividade física (indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto/dia, e que não participam da limpeza pesada de suas casas); tempo livre assistindo à televisão ou usando computador, tablet ou celular (três ou mais horas por dia);</li> <li>» controle de peso: excesso de peso (sobrepeso: IMC 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade ≥30 kg/m<sup>2</sup>);</li> </ul>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>» consumo de álcool: consumo abusivo de álcool (5 ou mais doses para homem ou 4 ou mais doses para mulher em 1 única ocasião, pelo menos 1 vez nos últimos 30 dias).</p> <p>A análise pode ser combinada com outras variáveis: sexo, faixa etária, situação de vulnerabilidade, condição de saúde (geral e por estrato de risco), fatores de risco biológico (dislipidemia) ou psíquicos (ansiedade ou depressão), tempo de acompanhamento, capacidade de autocuidado e outras.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
<b>F. CONDIÇÕES CRÔNICAS POR LINHAS DE CUIDADO</b>		
Atenção à saúde na gestação e puerpério	Cobertura de pré-natal: proporção de gestantes identificadas e inscritas no pré-natal em relação ao número de gestantes estimadas para a área de abrangência.	<p>A linha de cuidado da gestante e da puérpera é descrita dentro do horizonte mais amplo da saúde da mulher. A gestação e o puerpério são circunstâncias na vida e na saúde de uma mulher, devendo ser cuidadas desde antes de sua confirmação, nas ações relativas ao planejamento reprodutivo, até o final do período puerperal, que tem continuidade na saúde da mulher e da mãe. Os indicadores devem ser compreendidos e analisados em relação à linha de cuidado integral<sup>22</sup>:</p> <p>» a estimativa de gestantes para o cálculo da cobertura é baseada no número de nascidos vivos no último período; para uma equipe da APS, na qual esse número não é conhecido a partir dos sistemas de informação, pode-se basear, de maneira aproximativa, no número de crianças menores de 1 ano cadastradas;</p> <p>» no acompanhamento do pré-natal, o indicador pode ser analisado também de acordo com a distribuição das consultas: uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;</p> <p>» para o Programa Previne Brasil, os dois indicadores são compostos: mínimo de 6 consultas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação<sup>5</sup>;</p>
	Captação precoce: proporção de gestantes captadas para o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal.	
	Acompanhamento pré-natal: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal.	
	Estratificação de risco: proporção de gestantes com estratificação de risco realizada e atualizada em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal.	
	Distribuição do risco gestacional: proporção de gestantes por estrato de risco em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Cumprimento integral do pré-natal: proporção de gestantes acompanhadas em todas as ações de cuidado previstas nas diretrizes clínicas em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» a estratificação de risco gestacional prevê minimamente dois estratos de risco (habitual e alto risco), mas algumas diretrizes propõem outros dois, como desdobramento dos primeiros (intermediário e alto risco com situações especiais); o indicador deve analisar a realização da estratificação de risco em todas as consultas programadas e sua distribuição proporcional por estrato de risco;</li> <li>» o acompanhamento no pré-natal prevê um conjunto mínimo de ações de cuidado que podem compor um checklist aplicado de acordo com a idade gestacional: exame físico completo, ausculta de BCF, monitoramento do ganho de peso, crescimento uterino, estratificação de risco gestacional, avaliação odontológica, exames laboratoriais de rotina, vacinação, preenchimento do cartão do pré-natal, plano de cuidado, plano de parto e outros itens definidos nas diretrizes;</li> <li>» o Programa Previne Brasil inclui indicadores referentes à realização de exame para sífilis e HIV e à avaliação odontológica<sup>5</sup>;</li> <li>» as doenças com possibilidade de transmissão vertical são agrupadas no acrônimo ZTORCHS: zika vírus, toxoplasmose, outras doenças, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis; o indicador deve analisar a realização de exames de rastreamento, bem como a proporção de gestantes com positividade, sendo importante a combinação com o período da gestação;</li> <li>» o cuidado das gestantes com positividade para uma das doenças do grupo ZTORCHS implica processos investigativos e terapêuticos que podem ser estendidos ao companheiro e ser mensurados por indicadores secundários, como no programa de controle da sífilis (classificação, esquema de tratamento, tratamento completo, investigação e tratamento do parceiro)<sup>23</sup>; os indicadores referentes ao pré-natal de alto risco são cruciais para o monitoramento dos principais fatores causais da morte fetal, infantil e materna; além da estratificação de risco, o</li> </ul>
	Rastreamento de doenças do grupo ZTORCHS: proporção de gestantes com realização de exames para doenças de transmissão vertical do grupo ZTORCHS em relação ao total de gestantes acompanhadas no pré-natal.	
	Pré-natal de alto risco: proporção de gestantes de alto risco com cuidado compartilhado com a atenção especializada em relação ao total de gestantes de alto risco em acompanhamento.	
	Plano de cuidados: proporção de gestantes de alto risco com planos de cuidado elaborados e monitorados em relação ao total de gestantes de alto risco acompanhadas.	
	Número e proporção de gestantes de alto risco em acompanhamento no pré-natal, com alcance das metas terapêuticas e estabilização clínico-metabólica das morbidades diagnosticadas em relação ao total de gestantes de alto risco acompanhadas.	
	Situações especiais: proporção de gestantes com critério para a gestão de caso, acompanhadas segundo o plano de cuidado, em relação ao total de gestantes de alto risco acompanhadas.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Puerpério: proporção de puérperas acompanhadas até o 7º dia (1ª consulta puerperal) e até o 42º dia (2ª consulta puerperal) em relação ao total de puérperas acompanhadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» compartilhamento do cuidado com a equipe especializada e a elaboração do plano de cuidados devem ser monitorados;</li> <li>» um nível de exigência maior na qualidade desses processos pode incluir indicadores relativos à assertividade da estratificação de risco, aos tempos de resposta da atenção especializada para agendamento e à elaboração multiprofissional e interdisciplinar do plano de cuidados, bem como seu monitoramento no intervalo entre os atendimentos programados;</li> <li>» o indicador referente à estabilização dos quadros de morbidade durante a gestação pode ser desdobrado com relação à morbidade diagnosticada, salientando aquelas relativas às principais causas de prematuridade e morte (doenças hipertensivas, doenças hemorrágicas e infecções);</li> <li>» as situações especiais que requerem a gestão de caso (pelo maior risco e por implicarem em fluxos específicos na rede de atenção) incluem malformações e cromossomopatias diagnosticadas e as morbidades de grande instabilidade clínica e com risco de prematuridade extrema;</li> <li>» o indicador pode ser aplicado a outras situações de maior complexidade que também requerem gestão de caso: múltiplas comorbidades, extensa polifarmácia, readmissões hospitalares frequentes e/ou graves e/ou prolongadas, incapacidade ou limitação funcional, psíquica, física ou social graves;</li> <li>» o indicador do puerpério pode ser complementado com a análise de intercorrências relacionadas com os fatores de risco para mortalidade materna, principalmente doenças hemorrágicas e sepse, e a distúrbios depressivos.</li> </ul> <p>Agrega valor a análise desses indicadores combinada com faixa etária, escolaridade, violência e outras situações de vulnerabilidade.</p> <p>O registro no e-SUS APS – Ficha de Atendimento Individual – possibilita a coleta de dados úteis para a composição de alguns indicadores de acompanhamento da gestação e puerpério: DUM (dia/mês/ano da última menstruação);</p>



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>gravidez planejada: opções de gestação planejada ou não; idade gestacional (semanas); gestas prévias/partos; consultas realizadas (com profissional responsável e CID/CIAP2); vacinação; exames solicitados e avaliados (análise cruzada com o CID/CIAP2 de gestação)<sup>11</sup>.</p> <p>O Programa Saúde na Hora propõe o indicador 6 do Grupo II (número de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal), considerando que o período estendido de funcionamento seja um fator facilitador para a realização do pré-natal<sup>8</sup>.</p>
	Intercorrências na gestação: proporção de gestantes com internação clínica/obstétrica durante a gestação em relação ao total de gestantes acompanhadas.	Os indicadores de resultados intermediários, relacionados com a estabilização ou não das morbidades durante a gestação, e resultados finais, relativos ao desfecho da gestão e puerpério, devem avaliar o grupo de gestantes/puérperas acompanhados por uma equipe da APS ou pelo sistema municipal de saúde:
	Parto normal: proporção de gestantes que realizaram parto normal em relação ao total de gestantes acompanhadas.	» os indicadores referentes a intercorrências que resultam em internação devem ser analisados no contexto de gravidade e estabilidade das morbidades, recidiva de infecções (como infecção urinária), capacidade de autocuidado, situações de vulnerabilidade;
	Prematuridade: proporção de nascimentos pré-termos em relação ao total de nascidos vivos.	» é útil a análise do indicador relacionado com a via de parto combinada com a análise da assertividade da indicação de partos cesárea, com a utilização de instrumentos como a Classificação de Robson;
	Sífilis congênita: proporção de RN com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de nascimentos.	» o indicador relativo à prematuridade é analisado a partir das faixas de idade gestacional ao nascimento (em semanas): <28 – RN extremamente prematuro; 28-31 – RN muito prematuro; 32-33 – RN prematuro moderado; 34-36 – RN prematuro tardio; 37-38 – RN termo precoce; 39-41 – RN termo completo; ≥42 – RN pós-termo; a análise da prematuridade pode ser complementada com elementos referentes à gestação (morbidades, estabilização clínica) e à organização da rede (atenção no local certo, transporte, tempos de resposta da unidade neonatal);
	Intercorrências no puerpério: proporção de puérperas internadas em UTI em relação ao total de puérperas acompanhadas.	» o indicador de sífilis congênita pode ser destacado como evento sentinela, indicando a qualidade do cuidado pré-natal; é útil a análise complementar combinada com os
	Mortalidade fetal: número absoluto de óbitos fetais no período observado.	
	Mortalidade infantil: número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano (total e nos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) no período observado.	
	Mortalidade materna: número absoluto de óbitos maternos no período observado.	



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>indicadores de sífilis materna (idade gestacional, diagnóstico, tratamento, controle de cura); para municípios de grande porte (<math>\geq 80</math> mil hab.) pode ser aplicado o coeficiente de sífilis congênita (número de casos para cada mil nascidos vivos);</p> <p>» semelhante à sífilis, podem ser utilizados indicadores para estudar a transmissão vertical por outras doenças do grupo ZTORCHS;</p> <p>» o indicador de internação de puérperas em UTI deve ser analisado também em relação ao motivo/diagnóstico e aos fluxos na rede de atenção;</p> <p>» o evento morte (fetal, infantil ou materna) pode ser analisado como número absoluto, pela equipe da APS e para municípios pequenos, ou como taxa, pela equipe de gestão municipal de municípios de grande porte (<math>\geq 80</math> mil hab.); a investigação do óbito permite a identificação e a análise das causas dos óbitos, principalmente aquelas consideradas evitáveis;</p> <p>» a mortalidade infantil (evento ou taxa) deve ser analisada nos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal;</p> <p>Agrega valor a análise desses indicadores de impacto de maneira combinada com outros aspectos relativos à mãe e à gestação (faixa etária, escolaridade, estrato de risco gestacional, morbidades identificadas, capacidade de autocuidado); à criança (idade, prematuridade, afeções neonatais e pós-neonatais); aos determinantes sociais da saúde (violência, emprego e renda e outras situações de vulnerabilidade) e à organização da rede de atenção (acesso, capacidade operacional, tempos de resposta). O processo de Pactuação Interfederativa para o período 2017-2021 propõe o monitoramento da gravidez na adolescência (indicador 8 – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos) e da investigação de óbito (indicador 2 – Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil [10 a 49 anos] investigados)<sup>7</sup>.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
Atenção à saúde da criança	Conhecimento da população: número de crianças residentes no território, cadastradas e vinculadas à equipe da APS.	A linha de cuidado da criança é descrita já a partir da concepção e vida fetal, passando pela circunstância do nascimento e período neonatal e se desenvolvendo na primeira infância e período escolar, com continuidade no ciclo de vida do adolescente. Os indicadores devem ser compreendidos e analisados em relação à linha de cuidado integral <sup>24</sup> .
	Determinantes sociais: proporção de crianças residentes no território e cadastradas, pertencentes a famílias em situação de vulnerabilidade, em relação ao total de crianças cadastradas na área de abrangência.	O indicador de conhecimento da subpopulação de crianças é base para o cálculo dos demais indicadores. Deve ser compreendido na faixa etária total do ciclo de vida, crianças de 0-9 anos e 11 meses, e de maneira mais estratificada, crianças de 0-11 meses e 29 dias; 1-1 ano e 11 meses; 2-4 anos e 11 meses; 5-9 anos e 11 meses. Os fatores familiares e sociais são, de maneira importante, determinantes do crescimento e desenvolvimento da criança. Assim, os indicadores de cadastro das crianças devem ser analisados de maneira cruzada com os indicadores de vulnerabilidade familiar e social: classificação de risco familiar e densidade domiciliar; fatores sociofamiliares (idade e escolaridade da mãe, condições de saúde ou comportamentos da mãe e/ou pai que comprometam o cuidado da criança, indícios ou sinais de violência ou negligência), fatores relacionados com o ambiente (condições de moradia desfavoráveis; vulnerabilidade socioeconômica; exposição à fumaça ambiental do tabaco).
	<p>Peso ao nascer: proporção de crianças residentes no território e cadastradas, menores de 2 anos e em acompanhamento na puericultura, de acordo com o peso ao nascer, em relação ao total de crianças menores de 2 anos acompanhadas.</p> <p>Idade gestacional ao nascer: proporção de crianças residentes no território e cadastradas, menores de 2 anos e em acompanhamento na puericultura, de acordo com a idade gestacional ao nascer, em relação ao total de crianças menores de 2 anos acompanhadas.</p>	<p>Os indicadores de peso e idade gestacional ao nascer descrevem os elementos mais importantes do primeiro perfil da criança e possibilitam identificar os riscos potenciais para a morbimortalidade infantil, o baixo peso e prematuridade ao nascimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» o indicador de peso ao nascer deve ser medido de acordo com as faixas: &lt;1.000g – extremo baixo peso ao nascer; &lt;1.500g – muito baixo peso ao nascer; &lt;2.500g – baixo peso ao nascer; &gt;4.500g – peso excessivo ao nascer;</li> <li>» o indicador de idade gestacional deve ser medido de acordo com as faixas: &lt;28 – RN extremamente prematuro; 28-31 – RN muito prematuro; 32-33 – RN prematuro moderado; 34-36 – RN prematuro tardio;</li> </ul>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Plano de cuidados na alta da maternidade: proporção de crianças residentes no território e cadastradas, menores de 2 anos e em acompanhamento na puericultura, que receberam alta hospitalar com plano de cuidados, em relação ao total de crianças menores de 2 anos acompanhadas.	<p>37-38 – RN termo precoce; 39-41 – RN termo completo; ≥42 – RN pós-termo;</p> <p>» os dois indicadores são avaliados no grupo de crianças cadastradas e acompanhadas nos primeiros 2 anos de vida (ou por tempo mais prolongado para os mais prematuros), sendo útil a análise cruzada.</p> <p>O plano de cuidados elaborado na ocasião da alta do neonato é um importante instrumento de integração entre as equipes da unidade perinatal hospitalar e da APS para a continuidade do cuidado. O indicador deve verificar a sua elaboração e comunicação e, onde for possível, o seu monitoramento, principalmente para os RN de alto risco.</p>
	Cobertura no acompanhamento da puericultura: proporção de crianças cadastradas e captadas para o acompanhamento em relação ao total de crianças residentes e cadastradas na área de abrangência.	<p>O cuidado longitudinal da criança deve ser contínuo durante todo o ciclo de vida, com ações diferenciadas para os dois primeiros anos (puericultura), primeira infância e período escolar.</p> <p>Os indicadores medem os principais marcadores do cuidado das crianças nas faixas etárias de 0-11 meses e 29 dias; 1-1 ano e 11 meses; 2-4 anos e 11 meses; 5-9 anos e 11 meses):</p>
	Visita domiciliar pós-alta: proporção de RN que receberam visita domiciliar pelo ACS em 24-48 horas pós-alta em relação ao total de RN da área de abrangência.	<p>» a cobertura no acompanhamento deve ser compreendida em relação ao total de crianças residentes no território e com cadastro vinculado à equipe de saúde; é importante evidenciar o acompanhamento nos primeiros 2 anos de vida (puericultura); a análise deve considerar o percentual de cadastro geral em relação à população estimada, o que pode evidenciar crianças sem acompanhamento por falta de cadastramento da família;</p>
	Ações do 5º dia: proporção de RN que realizaram ações do 5º dia em relação ao total de RN da área de abrangência.	
	Primeira consulta: proporção de RN que realizaram 1ª consulta de puericultura no primeiro mês de vida em relação ao total de RN da área de abrangência.	<p>» o acompanhamento deve ser iniciado imediatamente após a alta do RN, por meio da visita domiciliar pelo ACS, para vigilância de fatores de risco, reforço dos fatores protetivos e orientação para o cuidado do RN em até 48 horas pós-alta; para RN com fatores de risco ao nascer, a visita deve ser realizada, preferencialmente, em até 24 horas e com a presença do enfermeiro da equipe;</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Estratificação de risco: proporção de crianças com estratificação de risco atualizada em todas as consultas programadas em relação ao total de crianças acompanhadas. Distribuição do estrato de risco: proporção de crianças por estrato de risco em relação ao total de crianças acompanhadas.	» as ações do 5º Dia de Saúde Integral correspondem a algumas ações de vigilância e cuidado, com atenção para o aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, icterícia, vacinação e teste do pezinho, agendadas entre o 3º e 5º dias de vida; » idealmente as ações do 5º Dia devem corresponder a uma consulta do enfermeiro e incluir também a consulta do médico, principalmente para crianças com fatores de risco; o atendimento sequencial, associado às informações da visita domiciliar, permitem o planejamento do cuidado adequado;
	Cobertura vacinal: proporção de crianças com esquema vacinal completo para a idade em relação ao total de crianças acompanhadas.	» a estratificação de risco prevê, na maioria das diretrizes, três estratos de risco (habitual, médio e alto risco); o indicador deve analisar a realização da estratificação de risco em todas as consultas programadas e sua distribuição proporcional por estrato de risco;
	Acompanhamento: proporção de crianças com cumprimento da agenda de acompanhamento programado, em relação ao total de crianças acompanhadas.	» a cobertura vacinal deve ser avaliada de acordo com a idade e o calendário vigente e deve ter base populacional, com o número de crianças efetivamente cadastradas e vacinadas; o Programa Previne Brasil inclui um indicador relacionado com a cobertura vacinal da 3ª dose de poliomielite inativada e pentavalente <sup>5</sup> ;
	Crescimento: proporção de crianças com avaliação do crescimento em toda consulta programada, em relação ao total de crianças acompanhadas.	» a agenda de acompanhamento pode ser verificada por meio de um checklist das principais ações de cuidado, de acordo com a idade da criança: anamnese e exame físico completo, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, estratificação de risco, aleitamento materno e alimentação, avaliação odontológica, vacinação, preenchimento da caderneta da criança, plano de cuidados, manejos específicos para a idade; deve ser verificada de acordo com a periodicidade recomendada para a faixa etária;
	Desenvolvimento: proporção de crianças com avaliação do desenvolvimento em toda consulta programada, em relação ao total de crianças acompanhadas.	
	Saúde bucal: proporção de crianças com cumprimento da agenda de acompanhamento programado em SB em relação ao total de crianças acompanhadas.	
	Alto risco: proporção de crianças de alto risco com compartilhamento do cuidado com a equipe especializada em relação ao total de crianças de alto risco acompanhadas.	» por ser o principal marcador da saúde da criança, os indicadores de monitoramento do crescimento e desenvolvimento, mesmo sendo incluídos no checklist da agenda de acompanhamento, devem ser analisados separadamente;



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Plano de cuidados: proporção de crianças de alto risco com plano de cuidados elaborado e monitorado em relação ao total de crianças de alto risco acompanhadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» o acompanhamento pela eSB deve ser programado para todas as faixas etárias, com foco nas ações preventivas e com garantia de tratamento para doenças identificadas;</li> <li>» os indicadores relacionados com o acompanhamento de crianças de alto risco são cruciais para o monitoramento de fatores causais da morte infantil, principalmente relativos à prematuridade e à vulnerabilidade; além da estratificação de risco, o compartilhamento do cuidado com a equipe especializada e a elaboração do plano de cuidados devem ser monitorados.</li> </ul> <p>O registro no e-SUS APS – Fichas de Cadastro Individual e de Atendimento Individual – possibilita a coleta de dados úteis para a composição de alguns indicadores de acompanhamento da criança: frequência na escola ou creche; responsável pelo cuidado; aleitamento materno (exclusivo, predominante, complementado ou inexistente); inquérito alimentar detalhado; dados antropométricos; estado vacinal; consultas realizadas (com profissional responsável e CID/CIAP2); triagem neonatal (teste da orelhinha, teste do olhinho e teste do pezinho)<sup>11</sup>.</p> <p>Dados complementares podem ser coletados em ferramentas locais de registro coletivo, preferencialmente informatizados.</p>
	Aleitamento materno: proporção de crianças menores de 6 meses com aleitamento materno exclusivo em relação ao total de crianças menores de 6 meses acompanhadas.	<p>Os indicadores de resultados intermediários e finais devem avaliar o grupo de crianças acompanhadas por uma equipe da APS ou pelo sistema municipal de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» os indicadores relativos ao aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento e SB refletem, nos seu conjunto, o estado de saúde da população infantil; são contemplados nos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)<sup>25</sup>;</li> <li>» a internação é uma ocorrência evitável para na grande maioria das situações que acometem a criança; daí, ser um marcador importante da saúde da população infantil;</li> </ul>
	Aleitamento materno: proporção de crianças menores de 2 anos com aleitamento materno em relação ao total de crianças menores de 2 anos acompanhadas.	
	Crescimento e desenvolvimento: proporção de crianças com crescimento e desenvolvimento adequados para a idade em relação ao total de crianças acompanhadas.	



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	<p>Saúde bucal: proporção de crianças livres de cárie nos primeiros 5 anos de vida em relação ao total de crianças menores de 5 anos acompanhadas.</p> <p>Internação: proporção de crianças com uma ou mais internações no último ano de acompanhamento em relação ao total de crianças acompanhadas.</p> <p>Mortalidade infantil 0-1 ano: número de óbitos de crianças menores de 1 ano e por componentes (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) na área de abrangência.</p> <p>Mortalidade infantil 0-5 anos: número de óbitos de crianças menores de 5 anos na área de abrangência.</p>	<p>» a morte infantil pode ser analisada como número absoluto, pela equipe da APS e para municípios pequenos, ou como taxa, pela equipe de gestão municipal de municípios de grande porte (<math>\geq 80</math> mil hab.); a investigação do óbito permite a identificação e a análise das suas causas, principalmente aquelas consideradas evitáveis; pode ser analisada no primeiro ano de vida (geral e nos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) ou nos primeiros 5 anos de vida.</p> <p>Agrega valor a análise desses indicadores de processo e impacto por estrato de risco da criança e de maneira combinada com outros aspectos relacionados com a mãe e a gestação (faixa etária, escolaridade, estrato de risco gestacional, morbidades identificadas, capacidade de autocuidado); ao nascimento (idade, prematuridade, afeções neonatais e pós-neonatais); aos determinantes sociais da saúde (violência e outras situações de vulnerabilidade) e à organização da rede de atenção (acesso, capacidade operacional, tempos de resposta).</p> <p>O processo de Pactuação Interfederativa para o período 2017-2021 propõe o monitoramento de três indicadores referentes ao ciclo de vida da criança: indicador 4, proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade com cobertura vacinal preconizada; indicador 8, número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade; indicador 9, número de casos novos de aids em menores de 5 anos<sup>7</sup>.</p>
Atenção à saúde do idoso	<p>Conhecimento da população: número de pessoas com 60 anos ou mais, residentes no território, cadastradas e vinculadas à equipe da APS.</p> <p>Determinantes sociais: proporção de pessoas idosas residentes no território e cadastradas, pertencentes a famílias em situação de vulnerabilidade, em relação ao total de pessoas idosas cadastradas na área de abrangência.</p>	<p>A linha de cuidado do idoso, e seus respectivos indicadores, deve ser compreendida a partir do processo de envelhecimento, considerando a multidimensionalidade de fatores determinantes da capacidade funcional da pessoa idosa<sup>26</sup>.</p> <p>O indicador de conhecimento da subpopulação de pessoas idosas é base para o cálculo dos demais indicadores. Deve ser compreendido na faixa etária total do ciclo de vida, idosos <math>\geq 60</math> anos, e de maneira mais estratificada, idosos de 60-69 anos; 70-79 anos; 80-89 anos; 90-99 anos; <math>\geq 100</math> anos.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Cobertura no acompanhamento: proporção de idosos captados e inscritos para o acompanhamento longitudinal em relação ao total de idosos cadastrados.	<p>Os fatores familiares e sociais são, de maneira importante, determinantes da capacidade funcional da pessoa idosa. Assim, os indicadores de cadastro dos idosos devem ser analisados de forma cruzada com os indicadores de vulnerabilidade familiar e social: a classificação de risco familiar e densidade domiciliar; fatores sociofamiliares; fatores relacionados com o ambiente (condições de moradia desfavoráveis; vulnerabilidade socioeconômica; exposição à fumaça ambiental do tabaco).</p> <p>O cuidado longitudinal da pessoa idosa deve ser contínuo durante todo o ciclo de vida e de acordo com a avaliação multidimensional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» a cobertura no acompanhamento deve ser compreendida em relação ao total de idosos residentes no território e com cadastro vinculado à equipe de saúde; a análise deve considerar o percentual de cadastro geral no que se refere à população estimada, o que pode evidenciar idosos sem acompanhamento por falta de cadastramento da família;</li> <li>» a estratificação de risco é baseada no Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) que avalia a presença de declínio funcional, resultando em três estratos de risco (idoso robusto, em risco de fragilização e frágil); o indicador deve analisar a realização da estratificação de risco em todas as consultas programadas e sua distribuição proporcional por estrato de risco;</li> <li>» a polifarmácia (uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes) e a utilização de medicamentos potencialmente inapropriados para a pessoa idosa (aqueles que devem ser sempre evitados, por existirem similares mais seguros) são fatores de risco frequentemente identificados que devem ser destacados na estratificação de risco;</li> <li>» o acompanhamento do idoso frágil deve ser compartilhado com a atenção especializada para avaliação multifuncional e elaboração do plano de cuidados interdisciplinar que deve ser monitorado pela equipe da APS.</li> </ul>
	Estratificação de risco: proporção de pessoas idosas com estratificação de risco atualizada em todas as consultas programadas em relação ao total de pessoas idosas acompanhadas.	
	Distribuição do estrato de risco: proporção de pessoas idosas por estrato de risco em relação ao total de pessoas idosas acompanhadas.	
	Uso de medicamentos: proporção de pessoas idosas com polifarmácia em relação ao total de pessoas idosas em acompanhamento.	
	Uso de medicamentos: proporção de pessoas idosas com uso de medicamentos potencialmente inapropriados em relação ao total de pessoas idosas em acompanhamento.	
	Alto risco: proporção de pessoas idosas com IVCF-20 $\geq 15$ pontos, com compartilhamento do cuidado com a equipe especializada, em relação ao total de pessoas idosas com IVCF-20 $\geq 15$ pontos acompanhadas.	
	Plano de cuidados: proporção de pessoas idosas com IVCF-20 $\geq 15$ pontos, com plano de cuidados interdisciplinar elaborado, em relação ao total de pessoas idosas com IVCF-20 $\geq 15$ pontos acompanhadas.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>O registro no e-SUS APS – Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar e Ficha de Atendimento Individual – possibilita a coleta de dados úteis para a composição de alguns indicadores de acompanhamento da pessoa idosa: escolaridade; situação laboral; fatores de risco e condições de saúde autorreferidas; limitação funcional (acamado); moradia individual, institucionalização, situação de rua, pertencimento a comunidades e povos tradicionais; inquérito alimentar (marcadores de consumo alimentar); dados antropométricos; estado vacinal; consultas realizadas (com profissional responsável e CID/CIAP2)<sup>11</sup>.</p> <p>Dados complementares podem ser coletados em ferramentas locais de registro coletivo, preferencialmente informatizados.</p>
	Estabilização clínica funcional: proporção de pessoas idosas com cumprimento das metas terapêuticas em relação ao total de pessoas idosas acompanhadas.	<p>Os indicadores de resultados intermediários e finais devem avaliar o grupo de pessoas idosas acompanhadas por uma equipe da APS ou pelo sistema municipal de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» os indicadores relativos ao cumprimento de metas terapêuticas definidas no plano de cuidados se referem às atividades de vida diária, controle de sintomas comportamentais e psicológicos, controle da dor, controle do peso e força muscular, controle esfinteriano, visão e audição, controle de quedas, estabilização de morbidades crônicas, utilização de medicamentos e outros marcadores;</li> </ul>
	Capacidade funcional: proporção de pessoas idosas com melhoria na pontuação do IVCF-20 em relação ao total de pessoas idosas acompanhadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>» a aplicação do IVCF-20 em todas as consultas programadas permite verificar a melhoria ou manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas após as intervenções propostas no plano de cuidados;</li> </ul>
	Internação: proporção de pessoas idosas com internação no último ano em relação ao total de pessoas idosas acompanhadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>» o indicador de internação pode ser aplicado de maneira geral, para qualquer motivo de internação, ou pode ser especificado por: causas evitáveis (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – IC-SAP); por fratura de fêmur (CID-10 S72); por queda em pelo menos uma das causas por queda (CID-10 W00-W19); readmissão hospitalar (todas as causas) dentro de 30 dias após a alta;</li> </ul>
	Mortalidade prematura: número de óbitos de pessoas idosas de 60 a 69 anos por doenças crônicas.	



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>a morte prematura de pessoas idosa é analisada para as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis: (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas/CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14); pode ser analisada como número absoluto, pela equipe da APS e para municípios pequenos, ou como taxa, pela equipe de gestão municipal de municípios de grande porte (<math>\geq 80</math> mil hab.); a investigação do óbito permite a identificação e a análise das causas dos óbitos, principalmente aquelas consideradas evitáveis.</p> <p>Agrega valor a análise combinada desses indicadores de processo e impacto, considerando principalmente os critérios de estrato de risco da pessoa idosa, os determinantes sociais da saúde (violência e outras situações de vulnerabilidade) e a organização da rede de atenção (acesso, capacidade operacional, tempos de resposta).</p>
Atenção à saúde da mulher no rastreamento, diagnóstico e acompanhamento do câncer de mama	Autocuidado: proporção de mulheres adultas envolvidas em ações de fortalecimento do autocuidado, com foco na saúde da mulher, em relação ao total de mulheres adultas cadastradas.	<p>No Brasil, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões<sup>27</sup>. A linha de cuidado no câncer de mama é descrita – e seus indicadores devem ser compreendidos e analisados – dentro do horizonte mais amplo e integrado da saúde da mulher<sup>28</sup>. As estratégias propostas pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) para a detecção precoce do câncer de mama são o diagnóstico precoce e o rastreamento<sup>29</sup>. Os indicadores medem os principais marcadores do cuidado:</p> <p>» na estratégia de diagnóstico precoce, devem ser ofertadas ações voltadas para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama: ações educacionais de fortalecimento do autocuidado, consultas em saúde da mulher com exame clínico de mama e ações para investigação diagnóstica; os indicadores relacionados com essa estratégia podem monitorar ações voltadas ao grupo total de mulheres adultas ou àquelas com 30 anos ou mais e/ou com fatores de risco elevado;</p>
	Exame clínico: proporção de mulheres de 40-69 anos com exame clínico anual, incluindo o exame das mamas, em relação ao total de mulheres nessa faixa etária.	
	Identificação da subpopulação-alvo: proporção de mulheres de 50 a 69 anos inscritas no programa de rastreamento do câncer de mama, em relação às mulheres dessa faixa etária cadastradas na área de abrangência.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Cobertura de mamografia de rastreamento: proporção de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia nos últimos 2 anos em relação ao total de mulheres captadas para o programa de rastreamento do câncer de mama ou total de mulheres dessa faixa etária cadastradas na área de abrangência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» a estratégia de rastreamento propõe a realização de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos; os indicadores devem medir a captação dessas mulheres para o programa de rastreamento e a realização de mamografia a cada dois anos (cobertura em relação às mulheres cadastradas pela equipe no território e às mulheres captadas e inscritas no programa de rastreamento, tempo de acesso, avaliação do resultado); o painel de indicadores de Pactuação Interfederativa inclui a Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento, porém, com uma metodologia de cálculo baseada simplesmente na produção de mamografias<sup>7</sup>;</li> <li>» o resultado das mamografias deve distinguir o grupo de mulheres com alterações que requerem o compartilhamento do cuidado com a atenção especializada;</li> <li>» na atenção especializada, o monitoramento enfoca o tempo de acesso para atendimento e investigação diagnóstica, o tempo de resposta do apoio diagnóstico anatomopatológico, a taxa de confirmação diagnóstica; o acesso ao tratamento oncológico;</li> <li>» o grupo de mulheres em investigação diagnóstica, na fase de tratamento e pós-tratamento, deve ser monitorado principalmente com indicadores referentes ao apoio psíquico e sociofamiliar;</li> <li>» a morte por câncer de mama pode ser analisada como número absoluto, pela equipe da APS e para municípios pequenos, ou como taxa, pela equipe de gestão municipal de municípios de grande porte (≥80 mil hab.); a investigação do óbito permite a identificação e a análise das causas dos óbitos, principalmente aquelas consideradas evitáveis.</li> </ul> <p>A Ficha de Atendimento Individual do e-SUS APS possibilita a coleta de dados relacionados com o rastreamento do câncer de mama: orientação e realização de exame clínico de mamas e/ou encaminhamento para realização de mamografia<sup>11</sup></p>
	Apoio diagnóstico: percentual de mamografias com resultado em até 30 dias em relação ao total de mamografias realizadas.	
	Resultado da mamografia: percentual de mamografias de rastreamento alteradas (BI-RADS® categorias 0, 4 e 5).	
	Resultado da mamografia: percentual de mamografias diagnósticas alteradas (BI-RADS® 4 ou 5).	
	Atenção especializada: tempo médio de espera entre a solicitação e o atendimento na atenção especializada.	
	Apoio diagnóstico: percentual de exames histopatológicos liberados em até 30 dias em relação ao total de exames realizados.	
	Confirmação diagnóstica: proporção de mulheres com diagnóstico confirmado para câncer de mama em relação ao total de mulheres inscritas no programa de rastreamento.	
	Tratamento: tempo médio entre a solicitação da AIH e a internação da usuária.	



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	<p>Apoio: proporção de mulheres em acompanhamento durante a investigação diagnóstica, tratamento e pós-alta do tratamento oncológico que receberam apoio individual e familiar, em relação ao total de mulheres acompanhadas nessas fases.</p> <p>Mortalidade: número de óbitos de mulheres por câncer de mama.</p>	<p>Dados complementares podem ser coletados em ferramentas locais de registro coletivo, preferencialmente informatizados.</p> <p>Agrega valor a análise desses indicadores de processo e impacto de maneira combinada com outros aspectos relativos aos determinantes sociais da saúde (violência e outras situações de vulnerabilidade) e à organização da rede de atenção (acesso, capacidade operacional, tempos de resposta).</p>
Atenção à saúde da mulher no rastreamento, diagnóstico e acompanhamento do câncer do colo do útero	<p>Autocuidado: proporção de mulheres adolescentes e adultas envolvidas em ações de fortalecimento do autocuidado, com foco na saúde da mulher, em relação ao total de mulheres adolescentes e adultas cadastradas.</p> <p>Cobertura vacinal: proporção de crianças e adolescentes na faixa etária de 9 a 14 anos para meninas e de 11 a 14 anos para meninos vacinadas contra HPV, em relação ao total de crianças e adolescentes cadastrados nessa faixa etária e sexo.</p> <p>Cobertura vacinal: número de mulheres até 45 anos, com imunossupressão, vivendo com HIV/aids, transplantadas e portadoras de cânceres vacinadas contra HPV.</p> <p>Identificação da subpopulação-alvo: proporção de mulheres de 25 a 64 anos inscritas no programa de rastreamento do câncer do colo do útero, em relação às mulheres dessa faixa etária cadastradas na área de abrangência.</p>	<p>No Brasil, depois do câncer de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina (atrás do câncer de mama e do colorretal) e a quarta causa de morte de mulheres por câncer<sup>27</sup>.</p> <p>A linha de cuidado no câncer do colo do útero é descrita – e seus indicadores devem ser compreendidos e analisados – dentro do horizonte mais amplo e integrado da saúde da mulher<sup>29</sup>. A PNPCC propõe estratégias para prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero<sup>30</sup>.</p> <p>Os indicadores medem os principais marcadores do cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» a prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada com a diminuição do risco de contágio pelo Papilomavírus Humano (HPV); os indicadores relacionados com o fortalecimento do autocuidado devem focar os fatores de risco relativos ao aumento de exposição ao HPV (início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros) ou à predisposição por alterações epiteliais do colo do útero (tabagismo e uso prolongado de pílulas anticoncepcionais); outro grupo de indicadores está relacionado com a cobertura vacinal contra o HPV na faixa etária da adolescência e de mulheres com risco elevado;</li> </ul>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Cobertura de exame citopatológico: proporção de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos em relação ao total de mulheres captadas para o programa de rastreamento do câncer do colo do útero ou total de mulheres dessa faixa etária cadastradas na área de abrangência.	<p>» os indicadores relacionados com a detecção precoce por meio do rastreamento populacional devem medir a captação dessas mulheres para o programa de rastreamento; a realização de exame citopatológico a cada três anos, após o protocolo inicial (cobertura, tempo de resposta e qualidade do apoio diagnóstico, avaliação do resultado); o Programa Previne Brasil incluiu a cobertura de exame citopatológico como indicador de desempenho<sup>5</sup>; o painel de indicadores de Pactuação Interfederativa inclui a Razão de Exames Citopatológicos<sup>7</sup>, porém, com uma metodologia de cálculo baseada simplesmente na produção de exames citopatológicos, de maneira semelhante ao indicador 5 do grupo II do Programa Saúde na Hora (razão de coleta de material citopatológico do colo do útero)<sup>8</sup>;</p> <p>» na atenção especializada, o monitoramento destaca o tempo de acesso; a realização do atendimento e investigação diagnóstica; a taxa de confirmação diagnóstica; o acesso ao tratamento oncológico;</p> <p>» o grupo de mulheres em investigação diagnóstica, na fase de tratamento e pós-tratamento, deve ser monitorado principalmente com indicadores relacionados com o apoio psíquico e sociofamiliar;</p> <p>» a morte por câncer do colo do útero pode ser analisada como número absoluto, pela equipe da APS e para municípios pequenos, ou como taxa, pela equipe de gestão municipal de municípios de grande porte (≥80 mil hab.); a investigação do óbito permite a identificação e a análise das causas dos óbitos, principalmente aquelas consideradas evitáveis.</p> <p>A Ficha de Atendimento Individual do e-SUS APS possibilita a coleta de dados referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero: orientação e realização/encaminhamento de exame específico<sup>11</sup>.</p>
	Apoio diagnóstico: proporção de exames citopatológicos com resultado em até 30 dias em relação ao total de exames realizados.	
	Qualidade do exame: proporção de amostras insatisfatórias em relação ao total de exames realizados.	
	Índice de positividade: proporção de exames citopatológicos com alteração em relação ao total de exames realizados.	
	Atenção especializada: tempo médio de espera entre a solicitação e o atendimento na atenção especializada.	
	Investigação: proporção de mulheres com alteração do exame citopatológico que realizaram a propedêutica diagnóstica indicada pelas diretrizes clínicas em relação ao total de mulheres com exame alterados e ao total de mulheres que realizaram o exame citopatológico.	
	Confirmação diagnóstica: proporção de mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero em relação ao total de mulheres que realizaram o rastreamento.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Tratamento: proporção de mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero que iniciaram o tratamento oncológico em tempo oportuno (60 dias no máximo pela legislação) em relação ao total de mulheres com diagnóstico confirmado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Dados complementares podem ser coletados em ferramentas locais de registro coletivo, preferencialmente informatizados.</li> <li>» Agrega valor a análise desses indicadores de processo e impacto de maneira combinada com outros aspectos relacionados com os determinantes sociais da saúde (violência e outras situações de vulnerabilidade) e à organização da rede de atenção (acesso, capacidade operacional, tempos de resposta).</li> </ul>
	Apoio multidisciplinar: proporção de mulheres em tratamento de câncer do colo do útero que receberam apoio individual e para sua família em relação ao total de mulheres que realizaram tratamento.	
	Acompanhamento pós-alta: proporção de mulheres em acompanhamento pós-término dos ciclos de tratamento oncológico que receberam apoio individual e para sua família em relação ao total de mulheres que realizaram tratamento.	
	Mortalidade: número absoluto de óbitos de mulheres por câncer do colo do útero na população da área de abrangência.	
Atenção à saúde do adulto com hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença renal crônica	Identificação: percentual de pessoas adultas com HA, DM e DRC e associação entre elas captadas para o acompanhamento longitudinal em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas estimadas para a população cadastrada da área de abrangência.	<p>No Brasil, a HA, DM e DRC estão entre as condições crônicas mais prevalentes e com maior impacto na carga de doenças, estando intimamente relacionadas entre elas.</p> <p>A linha de cuidado na HAS-DM-DRC é descrita a partir do cenário de determinantes sociais e fatores de risco relativos ao comportamento e estilo de vida, cenário em que a doença se instala silenciosamente na maioria das vezes, evoluindo assim na fase inicial até que, de maneira fortuita, são identificadas alterações nos parâmetros pressóricos e metabólicos, o que permite o diagnóstico; depois disso, evolui com estabilização clínica metabólica ou com momentos de agudização e complicações, perdurando por toda a vida restante da pessoa<sup>31</sup>.</p>
	Fatores de risco modificáveis: proporção de pessoas adultas com HA-DM-DRC com fatores de risco modificáveis em relação ao total de pessoas acompanhadas.	



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Estratificação de risco: percentual de pessoas adultas com HA-DM-DRC com estratificação de risco atualizada em todas as consultas programadas em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	Os indicadores devem monitorar as principais ações de cuidado, com foco no conhecimento da subpopulação-alvo, a partir da estratificação de risco, na estabilização clínica, metabólica e funcional e na capacidade de autocuidado, podendo contemplar as morbidades de maneira separada ou associada:
	Acompanhamento: percentual de pessoas adultas com HA-DM-DRC acompanhadas (em todos os itens mapeados do cuidado) em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	» a cobertura no acompanhamento deve ser compreendida em relação à estimativa de pessoas com essas condições de saúde, a partir de parâmetros epidemiológicos de prevalência, considerando também a frequente comorbidade entre elas; a análise deve considerar o percentual de cadastro geral da população do território em relação à população estimada, o que pode evidenciar adultos e idosos não conhecidos pela equipe de saúde;
	Monitoramento clínico: proporção de adultos com HA-DM-DRC com avaliação das metas terapêuticas definidas nos planos de cuidado em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	» os fatores de risco modificáveis que devem ser monitorados de maneira isolada ou associada no grupo populacional com HA-DM-DRC são: excesso de peso, alimentação não saudável, prática insuficiente de atividade física, tabagismo; podem ser avaliados de acordo com os parâmetros do Vigitel (ver tópico “Atenção Preventiva”);
	Monitoramento de complicações: percentual de adultos com HA-DM-DRC com vigilância de complicações em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	» a estratificação de risco prevê, na maioria das diretrizes, quatro estratos de risco (baixo, médio, alto e muito alto risco); o indicador deve analisar a realização da estratificação de risco em todas as consultas programadas e sua distribuição proporcional por estrato de risco;
	Alto risco: percentual de pessoas adultas com HA-DM-DRC estratificadas como risco alto e muito alto com cuidado compartilhado com a atenção especializada em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas de alto e muito alto risco.	» o acompanhamento das pessoas com HA-DM-DRC prevê um conjunto mínimo de ações de cuidado que podem compor um checklist aplicado rotineiramente: consultas com anamnese e exame físico completo, exames complementares (laboratoriais, gráficos e por imagem), controle de fatores de risco modificáveis, inspeção e exames dos pés (DM), monitoramento e tratamento de complicações (cardiovascular, retina, função renal),

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Plano de cuidados: percentual de pessoas adultas com HA-DM-DRC estratificadas como risco alto e muito alto com Plano de Cuidados elaborado e monitorado em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas de alto e muito alto risco.	» estratificação de risco evolutiva, vacinação, plano de cuidados, plano de autocuidados e outros itens definidos nas diretrizes; a periodicidade normalmente é definida nas diretrizes de acordo com o estrato de risco; o Programa Previne Brasil incluir os indicadores de aferição de PA para pessoas com HA e solicitação de hemoglobina glicada para pessoas com DM <sup>5</sup> ;
	Autocuidado: percentual de adultos com HA-DM-DRC com monitoramento da capacidade de autocuidado em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	» o monitoramento das metas terapêuticas deve ser realizado com vistas à estabilização clínica, metabólica e funcional e de acordo com o plano de cuidados individual elaborado pela equipe interdisciplinar; de maneira geral, inclui nível pressórico, hemoglobina glicada, curvas glicêmicas, perfil lipídico e função renal;
	Plano de autocuidado: percentual de pessoas adultas com HA-DM-DRC com Plano de Autocuidado elaborado e monitorado em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas.	» a vigilância para complicações deve ser realizada com vistas à detecção precoce de agravamento da situação clínica, principalmente nos órgãos-alvo (complicações cardiocerebrovasculares, de retina, função renal e pés);  » os indicadores relacionados com o acompanhamento de pessoas estratificadas como alto e muito alto risco devem focar o compartilhamento do cuidado com a equipe especializada e a elaboração do plano de cuidados interdisciplinar;  » todas as pessoas com HA-DM-DRC, de todos os estratos de risco, devem ser apoiadas no fortalecimento da capacidade de autocuidado, letramento em saúde e suporte familiar e social, por meio da utilização de metodologias apropriadas para o desenvolvimento, monitoramento e avaliação de competências de autocuidado; esse monitoramento é complementado pelo indicador relacionado com a elaboração do plano de autocuidados.  O registro no e-SUS APS – Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar e Ficha de Atendimento Individual – possibilita a coleta de dados úteis para a composição de alguns indicadores de acompanhamento da pessoa com HA-DM-DRC:



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>escolaridade; situação laboral; fatores de risco e condições de saúde autorreferidas; limitação funcional (acamado); situações de vulnerabilidade familiares e sociais; inquérito alimentar (marcadores de consumo alimentar); dados antropométricos; estado vacinal; consultas realizadas (com profissional responsável e CID/CIAP2)<sup>11</sup>.</p> <p>Dados complementares podem ser coletados em ferramentas locais de registro coletivo, preferencialmente informatizados.</p>
	Estabilização clínica: proporção de usuários com HA-DM-DRC com estabilização clínica, metabólica e funcional em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	<p>Os indicadores de resultados intermediários e finais devem avaliar o grupo de pessoas com HA-DM-DRC acompanhadas por uma equipe da APS ou pelo sistema municipal de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» os indicadores de estabilização clínica, metabólica e funcional devem ser analisados de acordo com as metas terapêuticas definidas no plano de cuidados: nível pressórico, controle glicêmico (hemoglobina glicada, variabilidade glicêmica), controle lipídico (colesterol total e HDL, triglicérides), função renal e outras metas;</li> </ul>
	Autocuidado: percentual de usuários com HA-DM-DRC com melhora da capacidade de autocuidado em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» a melhoria da capacidade de autocuidado, letramento em saúde e apoio familiar e social pode ser avaliada com instrumentos apropriados, parte integrante das tecnologias do autocuidado;</li> </ul>
	Peso: proporção de usuários com HA-DM-DRC com redução ou manutenção do peso, IMC e circunferência abdominal em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» o indicador de controle de peso é fundamental, considerando que a obesidade é a “grande vilã” para complicações;</li> </ul>
	Estilo de vida: proporção de usuários com HA-DM-DRC com alcance de metas relativas a estilos de vida saudáveis em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>» os indicadores relativos a comportamentos e hábitos saudáveis de vida são resultados de um bom monitoramento do plano de cuidados e autocuidado, com foco para: redução ou cessação do tabagismo, atividade física regular, alimentação saudável, medidas contra estresse e sono;</li> <li>» considerando que a prevalência de HA-DM-DRC é maior nas pessoas idosas, podendo contribuir para o declínio funcional, as intervenções de cuidado devem perseguir a meta terapêutica relativa à melhora ou manutenção da capacidade funcional, principalmente relacionada com as atividades de vida diária, e redução da polifarmácia;</li> </ul>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Idosos: proporção de pessoas idosas com HA-DM-DRC com melhora ou manutenção da capacidade funcional e redução da polifarmácia em relação ao total de pessoas idosas com essas doenças crônicas acompanhadas.	<p>» o objetivo de estabilização clínica e metabólica pode ser visto pela análise de indicadores referentes à ocorrência de agudização, com ou sem internação; é importante ser analisada de acordo com o estrato de risco;</p> <p>» a estabilização clínica também está relacionada com uma evolução sem complicações cardiocerebrovasculares, de retina, função renal, pés e outras; o indicador de amputação de membros inferiores, em qualquer nível, avalia uma boa evolução de pessoas com DM;</p> <p>» a morte prematura de pessoas com HA-DM-DRC pode ser analisada como número absoluto, pela equipe da APS e para municípios pequenos, ou como taxa, pela equipe de gestão municipal de municípios de grande porte (<math>\geq 80</math> mil hab.); a investigação do óbito permite a identificação e a análise das causas dos óbitos, principalmente aquelas consideradas evitáveis.</p> <p>Agrega valor a análise desses indicadores de processo e impacto de maneira combinada com a estratificação de risco e com outros aspectos referentes aos determinantes sociais da saúde (violência e outras situações de vulnerabilidade) e à organização da rede de atenção (acesso, capacidade operacional, tempos de resposta).</p> <p>O processo de Pactuação Interfederativa para o período 2017-2021 propõe o indicador 1 para monitorar a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)<sup>7</sup>.</p>
	Intercorrências: proporção de usuários com HA-DM-DRC atendidos em serviços de urgência e internação em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	
	Complicações: proporção de usuários com HA-DM-DRC com complicações em relação ao total de pessoas com essas doenças crônicas acompanhadas.	
	Complicações: proporção de usuários com DM com amputação de membros inferiores em relação ao total de pessoas com DM acompanhadas.	
	Mortalidade prematura: número de óbitos de pessoas de 30-69 anos com HA-DM-DRC por complicações (normalmente do aparelho cardiocirculatório).	
Atenção em saúde bucal	Conhecimento da população: número de pessoas residentes no território de abrangência, cadastradas e vinculadas à eSB.	De uma forma geral, o monitoramento das condições de SB da população brasileira, a partir dos levantamentos nacionais desde o final da década de 1980, revela uma melhoria na SB. O índice CPO-D aos 12 anos reduziu de 6,7 em 1986 para 3,7 em 1996, e para 2,1 em 2010, melhor que a média dos países das Américas segundo a OMS <sup>32</sup> . No entanto, a PNS 2019 mostrou que 16,2% das pessoas adultas entrevistadas relataram perda de 13 ou mais dentes; e 8,9%, perda de todos os dentes <sup>14</sup>
	Fatores de risco: número e proporção de pessoas com fatores de risco para doenças bucais, em relação à população cadastrada.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Utilização: proporção de pessoas residentes e cadastradas que realizaram pelo menos uma consulta com o dentista em relação ao total de pessoas cadastradas.	A população, em geral, é suscetível às doenças bucais, sendo, portanto, potencial beneficiária dos serviços de atenção em SB. Assim, para a SB, valem os primeiros passos propostos no tópico “Conhecimento da população”, para um conhecimento em geral e por faixa etária/ciclo de vida, sexo, família, determinantes sociais, condições de saúde estabelecidas.
	Captação: proporção de usuários cadastrados, com fatores de risco para doenças bucais e com primeira avaliação pela eSB, em relação ao total de pessoas com fatores de risco identificadas.	Os fatores de risco para doenças bucais podem estar relacionados com: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Hábitos de vida: tabagismo, uso de álcool e outras drogas, dieta com alto potencial cariogênico, insuficiência no autocuidado;</li> <li>» Acesso à prevenção: falta de acesso a pasta dental fluoretada, escova de dente, água tratada e fluoretada;</li> <li>» Vulnerabilidade socioeconômica;</li> <li>» Condições crônicas: usuários com diabetes e hipertensão, gestantes e crianças menores de 5 anos, usuários imunossuprimidos, acamados e com necessidades especiais.</li> </ul>
	Estratificação de risco: proporção de usuários captados e com estratificação de risco em relação ao total de usuários captados.	A utilização dos serviços de SB da unidade pela população para pelo menos uma consulta com o dentista permite avaliar o acesso. É útil avaliar a utilização pela população total residente e cadastrada, bem como avaliar por ciclo de vida e grupos de risco para doenças bucais. A organização da atenção em SB inclui os processos de captação, identificação da necessidade e estratificação de risco, seguindo-se as ações de prevenção e tratamento na APS e ordenação do cuidado na RAS-SB.
	Prevenção: proporção de pessoas com fatores de risco para doenças bucais participantes de ações de prevenção e apoio ao autocuidado em relação ao total de pessoas com fatores de risco identificadas.	As estratégias para a captação e avaliação inicial priorizam as subpopulações com fatores de risco para doenças bucais, mas devem se estender a toda a população. Assim, o indicador de captação pode ser aplicado considerando a subpopulação integrante de famílias de maior vulnerabilidade (alto risco na classificação de risco familiar), crianças menores de 5 anos, pessoas com diabetes, hipertensão, imunossupressão, acamadas ou com outros fatores de risco. Cumprida essa etapa, pode ser medida a captação de usuários sem fatores de risco para doenças bucais.
	Necessidade de tratamento: proporção de pessoas cadastradas com avaliação inicial e identificação de necessidade de tratamento em relação ao total de pessoas avaliadas.	
	Acompanhamento: proporção de usuários com plano de tratamento elaborado e executado (ou em execução), de acordo com a necessidade identificada, em relação ao total de usuários identificados com necessidade de tratamento.	



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Adequação rápida do meio bucal: proporção de usuários tratados por uso do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) em relação ao total de usuários em tratamento.	A identificação da necessidade de saúde e estratificação de risco possibilitam a priorização e ordenação das ações de prevenção e cuidado. As ações de prevenção incluem educação em saúde focada no desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida (higiene bucal, alimentação não cariogênica, cessação do tabagismo e uso de álcool); fortalecimento da capacidade de autocuidado e do apoio familiar; escovação supervisionada; distribuição de escova e pasta dental, fluoretação da água; e outras.
	Conclusão de tratamento: proporção de usuários com tratamento concluído em relação ao total de usuários acompanhados.	O indicador de participação em ações preventivas, da mesma maneira que a captação, pode ser aplicado aos subgrupos com fatores de risco e, depois, estendidos à população geral. Os indicadores de necessidade de tratamento e acompanhamento devem ser analisados em relação ao total de usuários captados e avaliados: dos usuários captados e avaliados, quantos tiveram necessidade de tratamento e, destes, quantos tiveram o plano de tratamento elaborado e executado (ou em execução). É útil a análise por ciclo de vida, grupos de risco e estratos de risco.
	Absenteísmo: proporção de usuários que faltaram a atendimentos agendados para a fase de manutenção preventiva em relação ao total de usuários acompanhados nessa fase.	O indicador de adequação rápida do meio bucal mede a utilização do ART, procedimento terapêutico simples e eficaz no tratamento de cáries.
	Atendimento especializado: proporção de usuários com cuidado compartilhado com o CEO em relação ao total de usuários em tratamento.	O indicador de conclusão de tratamento avalia a execução completa do plano de tratamento, seguindo-se a fase de manutenção preventiva de recidivas. O monitoramento dessa fase vai indicar o nível de SB da população, que será tanto maior, quanto maior for a proporção de pessoas residentes que foram acompanhadas, tratadas de acordo com a necessidade e educadas ao autocuidado.
	Plano de cuidados: proporção de usuários compartilhados com o CEO, com Plano de Cuidados Integrado elaborado e monitorado, em relação ao total de usuários com cuidado compartilhado.	O indicador de absenteísmo agrega valor para esse monitoramento da fase de manutenção. Parte dos usuários terá necessidade de tratamentos mais complexos realizados pela equipe especializada do CEO. O indicador de atendimento especializado pode ser analisado para o total de usuários com cuidado compartilhado ou por especialidade demandada (endodontia, periodontia, cirurgia, prótese, estomatologia, odontopediatria, ortodontia e necessidades

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
		<p>especiais), sendo útil desdobrar a análise também por ciclo de vida e grupos de risco. O indicador de plano de cuidados completa a avaliação desse grupo de usuários com cuidado compartilhado entre a eSB e a equipe especializada.</p> <p>A aplicação de todos os indicadores deve possibilitar a integração das ações de SB em programas específicos de acompanhamento longitudinal de condições crônicas: o pré-natal odontológico para as gestantes acompanhadas; a primeira consulta odontológica durante a puericultura, quando do aparecimento da dentição; o controle de placa dentária e doença periodontal de usuários diabéticos; o atendimento domiciliar de usuários acamados. O Programa Previne Brasil inclui indicador 3 relacionado com a realização de avaliação odontológica durante a gestação<sup>5</sup>.</p> <p>O registro no e-SUS APS – Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar e Ficha de Atendimento Odontológico Individual – possibilita a coleta de dados úteis para a composição de alguns indicadores de acompanhamento em SB: ciclos de vida; fatores de risco e condições de saúde autorreferidas; limitação funcional (acamado); necessidades especiais; gestação; situações de vulnerabilidade familiares e sociais; consultas realizadas; fornecimento de insumos (escova, creme e fio dental); tratamento concluído; e outros dados<sup>11</sup>.</p> <p>Dados complementares podem ser coletados em ferramentas locais de registro coletivo, preferencialmente informatizados.</p>
	Proporção de crianças livres de cárie aos 5 anos em relação ao total de crianças dessa faixa etária cadastradas.	Os indicadores de resultados intermediários e finais devem avaliar o grupo de pessoas acompanhadas por uma eSB ou pelo sistema municipal de saúde:
	Percentual de procedimentos de exodontia realizados em relação ao total de procedimentos clínicos.	» O indicador de crianças livre de cárie pode ser aplicado nas várias faixas etárias, sendo mais utilizado na faixa etária de 5 anos, quando avalia a ocorrência de cárie em dentição decídua, mais suscetível à doença do que a dentição permanente, e de 12 anos.
	Proporção de pessoas residentes com necessidade de prótese dentária em relação ao total de pessoas cadastradas.	» O indicador de exodontia, facilmente medido pela disponibilidade do dado nos sistemas



PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Proporção de pessoas que apresentam recidiva de doença bucal até 1 ano após a conclusão do tratamento em relação ao total de pessoas com tratamento completo e acompanhadas na fase de manutenção preventiva.	<p>eletrônicos, evidencia o quantitativo de pessoas com extração de dentes perdidos, normalmente por cárie não tratada.</p> <p>» Os indicadores de necessidade de prótese propostos pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal<sup>32</sup> avaliam o grau de edentulismo, devendo ser analisados com relação à população total e, também, por ciclo de vida e grupos de risco. Podem ser complementados com indicadores relativos à utilização de próteses parciais ou totais, o que possibilita avaliar o acesso aos serviços.</p> <p>» O indicador de recidiva de doença bucal reflete a capacidade de autocuidado da população, devendo ser analisado juntamente com os indicadores de conclusão de tratamento e adesão à fase de manutenção.</p> <p>Todos os indicadores de resultado refletem os diversos e complexos determinantes da SB, tais como: as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliadas às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada<sup>33</sup>.</p>
Atenção à saúde do adulto com transtornos mentais	Cobertura: proporção de pessoas adultas com transtorno mental captadas para o acompanhamento longitudinal em relação ao total de pessoas com essa condição estimadas para a população cadastrada da área de abrangência.	<p>No Brasil e no mundo, 12% a 15% da carga global de doenças é atribuída a transtornos mentais<sup>34</sup>.</p> <p>A linha de cuidado em saúde mental deve ser compreendida no cenário de determinantes sociais da saúde e fatores de risco para desenvolvimento de sofrimento psíquico, desencadeamento de transtornos mentais e comprometimento da capacidade de resiliência perante adversidades sociais, psicológicas e biológicas<sup>34</sup>.</p> <p>Os indicadores devem monitorar as principais ações de cuidado:</p> <p>» a cobertura no acompanhamento deve ser compreendida em relação à estimativa de pessoas com transtorno mental, a partir de parâmetros epidemiológicos de prevalência; a análise deve considerar o percentual de cadastro geral da população do território em relação à população estimada; o acompanhamento é caracterizado pela participação em alguma intervenção psicossocial;</p>
	Distribuição por tipo: proporção de pessoas com transtorno mental por tipo em relação ao total de pessoas acompanhadas.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Compartilhamento do cuidado: proporção de pessoas com transtorno mental grave e grave persistente com compartilhamento do cuidado com a atenção especializada ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação ao total de pessoas acompanhadas.	» o grupo populacional com transtornos mentais deve ser conhecido por tipo de transtorno (transtorno mental comum, grave e grave persistente; uso e dependência de álcool e outras drogas), o que possibilita a definição do escalonamento do cuidado;
	Plano de cuidados: proporção de pessoas com transtorno mental grave e grave persistente com plano de cuidados ou Plano Terapêutico Singular (PTS) elaborados em relação ao total de pessoas acompanhadas.	» o indicador de compartilhamento do cuidado se refere aos usuários com transtorno mental grave e grave persistente acompanhados pelas equipes da APS e equipes ambulatoriais especializadas em saúde mental ou equipes do CAPS; para esse grupo, é também importante a avaliação acerca da elaboração e monitoramento do plano de cuidados ou PTS;
	Psicofármacos: proporção de pessoas com transtorno mental com utilização regular de psicofármacos em relação ao total de pessoas acompanhadas.	» o indicador de utilização de psicofármacos pode ser útil para uma avaliação geral das intervenções psicossociais, para a avaliação da polifarmácia e medicamentos inapropriados para pessoas idosas, para a avaliação do uso inadequado de benzodiazepínicos, decorrente da prática de renovação de receitas;
	Adesão: proporção de pessoas com transtorno mental com adesão ao acompanhamento em relação ao total de pessoas acompanhadas.	» o indicador de adesão se refere ao cumprimento de todas as ações de cuidado recomendadas à pessoa com transtorno mental, especialmente o comparecimento aos atendimentos programados; pode ser analisado também de maneira reversa pelo abandono ou não comparecimento aos atendimentos em um determinado prazo pactuado;
	Abandono: proporção de pessoas com transtorno mental que não compareceram aos atendimentos programados no período estudado em relação ao total de pessoas acompanhadas.	» a reinserção dos usuários nas atividades sociais, familiares, laborais e educacionais corresponde ao grande objetivo do acompanhamento, principalmente para pessoas com transtornos graves e graves persistentes;
	Reintegração: proporção de pessoas com transtorno mental grave e grave persistente com reabilitação social em relação ao total de pessoas acompanhadas.	» o indicador de intercorrências avalia as ocorrências de agudização ou agravamento do quadro, requerendo atendimento em serviços de urgência ou internação;
		» a morte por suicídio pode ser analisada como número absoluto, pela equipe da APS e para municípios pequenos, ou como taxa, pela equipe de gestão municipal de

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	Intercorrências: proporção de pessoas com transtorno mental com atendimento em serviços de urgência ou internação no último ano em relação ao total de pessoas acompanhadas.	<p>municípios de grande porte (<math>\geq 80</math> mil hab.); a investigação do óbito permite a identificação e a análise das causas dos óbitos, principalmente aquelas consideradas evitáveis.</p> <p>O registro no e-SUS APS – Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar e Ficha de Atendimento Individual – possibilita a coleta de dados úteis para a composição de alguns indicadores de acompanhamento da pessoa com transtorno mental: escolaridade; situação laboral; fatores de risco e condições de saúde autorreferidas; situações de vulnerabilidade familiar e social; consultas realizadas (com profissional responsável e CID/CIAP2); atividades coletivas<sup>11</sup>.</p> <p>Dados complementares podem ser coletados em ferramentas locais de registro coletivo, preferencialmente informatizados.</p> <p>Agrega valor a análise desses indicadores de processo e impacto de maneira combinada com a estratificação de risco e com outros aspectos relativos aos determinantes sociais da saúde (violência e outras situações de vulnerabilidade) e à organização da rede de atenção (acesso, capacidade operacional, tempos de resposta).</p>
	Mortalidade: número de óbitos por suicídio na população da área de abrangência.	

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
<b>G. CUIDADOS PALIATIVOS</b>		
Conhecimento e abordagem da população que pode ser beneficiada pelos cuidados paliativos	<p>População sensibilizada: número e proporção de pessoas que participaram de ações de sensibilização e educação em saúde com o foco dos cuidados paliativos, em relação à população geral cadastrada.</p> <p>Oportunidade para abordagem paliativa: número e proporção de pessoas com condições crônicas acompanhadas pela equipe e beneficiadas com abordagem paliativa em relação ao total de pessoas</p>	<p>Os macroprocessos de cuidados paliativos da Construção Social da APS visam melhorar a qualidade da atenção prestada às pessoas com condições que ameacem a continuidade da vida e de suas famílias, com base em suas necessidades específicas, promovendo uma resposta integral, acessível e equitativa, que respeite a autonomia e os valores de cada um<sup>1</sup>.</p> <p>Todas as pessoas cadastradas podem ser beneficiadas por ações de cuidados paliativos. A sensibilização e a educação em saúde relacionada com o tema devem envolver toda a população: pessoas saudáveis, que tenham preocupações com doenças futuras, com fatores de risco e condições de saúde estabelecidas, incluindo as já elegíveis para abordagem paliativa completa.</p>

PROCESSO	SUGESTÃO DE INDICADOR	PARA VERIFICAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR
	com condições crônicas acompanhadas.	Entre assuntos importantes, podemos citar o estímulo à formação de comunidades compassivas, a participação ativa da pessoa em seu cuidado e a educação para o luto <sup>35</sup> .
	Abordagem paliativa completa: número e proporção de pessoas elegíveis para abordagem paliativa completa em relação ao total de pessoas com condições crônicas acompanhadas.	A oportunidade para abordagem paliativa deve ser inerente a todo cuidado e incorporada às linhas de assistência, conforme as necessidades individuais e a percepção subjetiva de sofrimento atrelado à doença <sup>35</sup> . O indicador permite avaliar a inserção dessa abordagem na rotina dos cuidados longitudinais de pessoas com condições crônicas.
	Plano de cuidados: proporção de pessoas acompanhadas com abordagem paliativa completa e com plano de cuidados elaborado e monitorado em relação ao total de pessoas elegíveis para essa abordagem.	No grupo de pessoas com condições crônicas acompanhadas longitudinalmente, podem ser identificadas aquelas com elegibilidade para assistência ou abordagem completa em cuidados paliativos. A identificação é facilitada pela aplicação da ferramenta SPIC-TR (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) <sup>35</sup> .
		A abordagem paliativa completa prevê a elaboração e monitoramento do Plano de Cuidados para os usuários, com quatro aspectos fundamentais: biografia, Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC), cuidado com o familiar e/ou o cuidador e comunicação.
		Todos os indicadores podem ser avaliados com relação à população total e, também, por ciclos de vida e grupos de condições crônicas <sup>35</sup> .

## REFERÊNCIAS – Parte II

1. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJ, Barra RP. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: CONASS; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>
2. Pechon D, editor. The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement; The Association of Public Health Observatories; 2008 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/the-good-indicators-guide-understanding-how-to-use-and-choose-indicators/>



3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, 12 novembro 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 13 nov. 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo do financiamento da APS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617\\_N\\_vpManualInstrutivoPrevine\\_8735032256307120348.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256307120348.pdf)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT\\_NASF-AB\\_Previne\\_Brasil.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_NASF-AB_Previne_Brasil.pdf)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 8, 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 12 dez. 2016 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/RESOLUCAO-N\\_8\\_16.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/RESOLUCAO-N_8_16.pdf)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Instrutivo de adesão para o Programa Saúde na Hora [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/saude\\_hora/instrutivoProgramaSaudeNaHora.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/saude_hora/instrutivoProgramaSaudeNaHora.pdf)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 22 set. 2017 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)
10. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-pessoa-idosa/>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2



[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>

12. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude/>

13. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2004 [citado 2022 jan. 19];1(2):19-26. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>

15. Mendes EV. Desafios do SUS [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>

16. Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS-Brasil – Agenda 2030. Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. [s. d.] [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/>

17. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/v/vigitel>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 18 ago. 2017 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19245656/do1-2017-08-18-resolucao-n-23-de-17-de-agosto-de-2017-19245539](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19245656/do1-2017-08-18-resolucao-n-23-de-17-de-agosto-de-2017-19245539)

20. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar [Internet]. [s. d.] [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas\\_taxa\\_cobertura.htm](http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_taxa_cobertura.htm)

21. Institute For Healthcare Improvement. Third next available appointment [Internet]. Boston, MA; 2014 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/ThirdNextAvailableAppointment.aspx>

22. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>

23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Painel de Indicadores Epidemiológicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [s. d.] [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>

24. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção   Saúde com Foco na Atenção Primária   Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Criança [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>

25. Brasil. Ministério de Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n  2, 28 setembro 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema  nico de Saúde. Anexo X (Origem: PRT MS/GM 1.130, Política Nacional de Atenção Integral   Saúde da Criança (PNAISC), 5 agosto 2015). Diário Oficial da União [Internet]. 3 out. 2017 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

26. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção   Saúde com Foco na Atenção Primária   Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2019 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>

27. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Painel [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; [s. d.] [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>

28. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção   Saúde com Foco na Atenção Primária   Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher no Rastreamento, Diagnóstico e Acompanhamento do Câncer de Mama [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2020 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>

29. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//deteccao-precoce-do-cancer.pdf>

30. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção   Saúde com Foco na Atenção Primária   Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher no Rastreamento, Diagnóstico e Acompanhamento do Câncer do Colo do útero. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; no prelo.

31. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2020 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (vigência 2021-2022) – Projeto técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/cgsb/projeto\\_sb\\_brasil.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/cgsb/projeto_sb_brasil.pdf)
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)
34. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde Mental [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jan. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>
35. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Primária à Saúde: Guia para Workshop de Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2021.

## **Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS**

### **Conass Documenta**

2021 – CONASS DOCUMENTA 39

Contribuições para a Avaliação da Efetividade da Planificação da Atenção à Saúde

2021 – CONASS DOCUMENTA 38

A Atenção Primária à Saúde no SUS: Avanços e Ameaças

2021 – CONASS DOCUMENTA 37

Pesquisa Multicêntrica Sobre Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos

2020 – CONASS DOCUMENTA 36

Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil 2008 a 2019: uma Revisão de Escopo

2020 – CONASS DOCUMENTA 35

As Escolas Estaduais de Saúde Pública: contribuições pedagógicas e político-institucionais para o SUS

2020 – CONASS DOCUMENTA 34

Aprimoramento da Gestão de Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023

2020 – CONASS DOCUMENTA 33

Guia de Contratação de Serviços e Aquisição de Soluções em Tecnologia da Informação  
para a Gestão Estadual do SUS

2019 – CONASS DOCUMENTA 32

Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

2018 – CONASS DOCUMENTA 31

Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da  
Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde

2018 – CONASS DOCUMENTA 30

O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS:  
ênfase na Educação Permanente em Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 29

2º Levantamento da Organização, Estrutura e  
Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 28



Rede de Atenção às Urgências e Emergências:  
Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

2013 – CONASS DOCUMENTA 27

Seminário Internacional  
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social

2013 – CONASS DOCUMENTA 26

A Lei n.141/2012 e os Fundos de Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 25

1ª Mostra Nacional de Experiências: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 24

Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23

Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22

Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21

As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20

O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19

O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18

As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:  
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15

Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14

Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007



2006 – CONASS DOCUMENTA 12  
Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10  
I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9  
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e  
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7  
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6  
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5  
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4  
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3  
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2  
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1  
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas  
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

---

A ideia, ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta*, está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares, o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca, e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.

---

---