



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

MANUAL INSTRUTIVO – ANEXO FICHA DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES



Ministério da
Saúde



1. Área: Saúde da Mulher

1.1 Indicador: Proporção de gestantes cadastradas pela Equipe de Atenção Básica.

Conceito: percentual de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica em relação ao total de gestantes estimadas para área de adscrição da equipe, no período considerado.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica em determinado local e período}}{\text{Número de gestantes estimadas na área de equipe, no mesmo período}} \times 100$$

Gestantes estimadas na área da equipe = percentual de gestantes usuárias do SUS estimadas para o município x população cadastrada na faixa etária de 10 a 59 anos.

Gestantes usuárias do SUS estimadas para o município = (Total de gestantes estimadas para o município x percentual de população feminina usuária do SUS na faixa de 10 a 59 anos

Total de gestantes estimadas para o município = (nascidos vivos do ano anterior + 10%)

População feminina usuária do SUS na faixa de 10 a 59 anos =

População feminina na faixa etária de 10 a 59 anos - População feminina na faixa etária de 10 a 59 anos beneficiária de assistência ambulatorial de planos privados de saúde.

Fonte: Numerador: Ficha A do SIAB

Denominador: SINASC (nascidos vivos), IBGE (população feminina de 10 a 59 anos) e ANS (População feminina de 10 a 59 anos beneficiária de assistência ambulatorial de planos privados de saúde).

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Analisa a captação das gestantes para realização do Pré-natal com a equipe de Atenção Básica da área onde as gestantes residem.

Permite analisar a proporção de gestantes cadastradas no SIAB, em função do quantitativo de gestantes estimadas para determinado local e período.

O resultado pode ser influenciado por vários fatores: condições socioeconômicas da população, cobertura de planos privados de saúde, etc.

Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam uma captação média de 43% das gestantes no cadastramento das equipes da Saúde da Família, com uma variação entre 27% (AC) e 49% (MG).

Esse indicador permite subsidiar os processos de planejamento, gestão e monitoramento das ações voltadas à atenção pré-natal, parto, puerpério e

atenção à saúde da criança, tanto para as equipes de atenção básica, como para a gestão municipal.

Limitações:

Diagnóstico tardio de gravidez.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe, por meio de visitas domiciliares regulares, para cadastramento e início precoce do pré-natal.

Capacitação/atualização os profissionais das equipes com vista à qualificação dessa ação e à alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Acompanhamento das taxas de natalidade na área de abrangência da equipe ou do município para análise de tendências e interpretação de resultados desse indicador.

1.2 Indicador: Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada.

Conceito: analisa a média de atendimentos de pré-natal, realizados por médico e enfermeiro da equipe de Atenção Básica, por gestante cadastrada em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de pré-natal em determinado local e período}}{\text{Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período}}$$

Interpretação e uso:

Estima a média de atendimentos por gestante cadastrada, isto é, a suficiência da oferta desses atendimentos diante da demanda potencial estimada pelas gestantes cadastrada.

Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam, em 2010, uma média de 7 atendimentos/gestante, com uma variação entre 5 (SP e MG) e 9 (AL, PB, SE, CE).

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o acesso e qualidade das ações de pré-natal e a alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Implantação de protocolo para as ações de pré-natal e monitoramento da conformidade das práticas das equipes de Atenção Básica em relação aos parâmetros de qualidade estabelecidos, inclusive no que diz respeito à humanização desse tipo de atendimento.

Garantia de disponibilidade suficiente de insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento de pré-natal, segundo os parâmetros de qualidade vigentes.

Garantia de acesso a referências especializadas para os casos de pré-natal de alto risco.

Busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe, por meio de visitas domiciliares regulares, para cadastramento e início precoce do pré-natal.

Acompanhamento das taxas de natalidade e da cobertura populacional por planos privados de saúde, na área de abrangência da equipe ou do

município, para análise de tendências e melhor interpretação de resultados desse indicador.

Atualização sistemática do cadastro de usuários, a fim de garantir um monitoramento adequado do indicador e favorecer a continuidade do cuidado: ações de busca ativa de gestantes, acompanhamento prioritário das famílias com gestantes nas visitas domiciliares, busca de gestantes faltosas às consultas de pré-natal, visita ao recém-nascido e à puérpera, etc.

1.3 Indicador: Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre.

Conceito: percentual de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre em determinado local e período}}{\text{Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: Mensal

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Interpretação e uso:

Esse indicador avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento pré-natal. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.

Segundo dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010), em média, 79% das gestantes acompanhadas pelos ACS teriam começado o pré-natal no 1º trimestre, com uma variação entre 56% (AC) a 89% (SP).

Limitações:

O desconhecimento da data da última menstruação e inconsistências no registro da idade gestacional.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar a captação precoce de gestantes e a alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe e atualizar periodicamente no SIAB os dados referentes ao cadastro de gestantes e ao início do pré-natal.

1.4 Indicador: Proporção de Gestantes com o pré-natal em dia.

Conceito: percentual de gestantes que estão com o pré-natal em dia em relação ao total de gestantes cadastradas, em determinado local e período. Em alguma medida, esse indicador permite inferir as condições de acesso ao pré-natal. Esse indicador depende da adesão da gestante ao atendimento de pré-natal e do acolhimento e acessibilidade da equipe de atenção básica. O início do pré-natal no primeiro trimestre e a regularidade das consultas são condições essenciais para o alcance de um número satisfatório de atendimentos com qualidade. A atenção pré-natal deve ter uma média de 7 atendimentos durante a gestação (pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre), além da consulta de puerpério.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de gestantes com o pré-natal em dia, em determinado local e período}}{\text{Total de gestantes cadastradas, no mesmo local e período}} \times 100$$

Interpretação e uso:

Esse indicador permite avaliar a adesão e regularidade ao acompanhamento Pré Natal.

Dados extraídos de uma base limpa do SIAB que apontam, em 2010, 90% das gestantes acompanhadas pelos ACS estariam com o pré-natal em dia, com uma variação entre 66% (DF) a 96% (MT).

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: Mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Captação precoce das mulheres com suspeita de gravidez para início oportuno do pré-natal.

Estratégias para facilitação do acesso e adesão ao atendimento de pré-natal (humanização do atendimento, flexibilização de horários, lembrete das consultas agendadas, busca ativa de gestantes faltosas as consultas do pré-natal, etc.)

Capacitação dos profissionais da atenção básica para alimentação adequada e oportuna do SIAB.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação / contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Capacitação dos profissionais por meio da implantação de protocolo de atenção pré-natal e monitoramento da conformidade das condutas ao preconizado no protocolo.

1.5 Indicador: Proporção de gestantes com vacina em dia.

Conceito: percentual de gestantes cadastradas que estão com a vacina toxóide tetânico em dia, no mesmo local e período.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de gestantes com vacina em dia em determinado local e período}}{\text{Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador mede a cobertura vacinal de toxóide tetânico entre as gestantes cadastradas na área da equipe de Atenção Básica, a partir dos dados provenientes do acompanhamento das gestantes por meio de visitas domiciliares regulares.

É influenciado por fatores socioeconômicos e culturais, assim como pelas condições de acesso da população à Unidade Básica de Saúde. Em geral, os segmentos populacionais com níveis socioeconômicos menos favorecidos apresentam menores coberturas vacinais.

A cobertura de planos privados e a utilização de clínicas privadas de vacinação não devem interferir de forma significativa nesse indicador, considerando que a imunização é uma das ações básicas mais utilizadas por todas as classes sociais na rede pública de serviços do SUS e que essa informação deve ser coletada nas visitas a todos os domicílios da área da equipe, referindo-se à situação vacinal de cada gestante acompanhada, independente do local onde tenha sido imunizada.

Esse indicador subsidia o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal, em especial a vacinação de gestantes contra o tétano.

Dados de 2010, obtidos de uma base limpa do SIAB, apontam que 93% das gestantes acompanhadas pelos ACS (vinculados à ESF) estariam com a vacinação em dia, com uma variação entre de 67% (DF) a 98% (CE).

Limitações:

Interpretação incorreta dos critérios adotados para classificar as gestantes de acordo com a situação vacinal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar a cobertura vacinal de gestantes e a alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Realizar busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe e atualizar periodicamente no SIAB os dados referentes ao cadastro de gestantes e às gestantes vacinadas.

Privilegiar as famílias com gestantes nas visitas domiciliares da equipe.

Implantar estratégias para melhorar a cobertura vacinal das gestantes: mobilização de todos os profissionais da equipe para verificação da situação vacinal das gestantes em todas as oportunidades; atividades educativas para conscientização das gestantes; iniciativas de facilitação do acesso, como flexibilização dos horários de aplicação das vacinas, etc.

1.6 Indicador: Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.

Conceito: expressa a produção e a oferta de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolaou) na população feminina com 15 anos ou mais em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 15 anos ou mais*, em determinado local e período}}{\text{População feminina cadastrada, nesta faixa etária, em determinado local e período}}$$

***A faixa etária prioritária para rastreamento do câncer do colo do útero na população feminina continua sendo de 25 a 64 anos; como no SIAB só é possível registrar na faixa etária acima de 15 anos, no primeiro ciclo de avaliação do PMAQ será utilizada essa faixa etária.**

Ressalta-se que, além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras (Sasieni, 2009).

Mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e práticas de sexo seguro. Essas medidas podem ser implementadas sem a necessidade da inclusão no programa de rastreamento (USA/CDC, 2006).

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: Mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador possibilita verificar se as equipes de Atenção Básica estão realizando ações de rastreamento do câncer do colo do útero.

Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, uma razão média de 0,08, variando de 0,03 (DF) a 0,14 (MA).

Nota: Para a faixa etária de 15 anos ou mais, não há um parâmetro consensual para análise deste indicador, pois o parâmetro de 0,3 refere-se exclusivamente à população alvo do programa (25 a 64 anos), dentro da frequência recomendada (1 exame a cada 3 anos).

Limitações:

Como não é possível extrair a população alvo dos dados informados, este indicador limita-se a quantificar os exames citopatológicos realizados, não sendo possível inferir sobre a oferta para a população alvo do programa (25 a 64 anos).

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, quanto às diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero: periodicidade, população alvo, método e a alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Orientação à população quanto à necessidade do exame e realizar busca ativa das mulheres na idade de **25 a 64** anos, para realização do exame citopatológico conforme normas preconizadas pelo Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero.

1.7 Indicador: Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.

Conceito: percentual de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares, em relação às cadastradas, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares em determinado local e período}}{\text{Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Interpretação e uso:

Mede a proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares e permite avaliar possíveis dificuldades na realização das visitas, além de subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.

O objetivo desse acompanhamento é o monitoramento da situação de saúde de todas as gestantes da área, independente de onde elas estejam fazendo o pré-natal, de modo a estimular a adesão regular ao pré-natal, estimular hábitos de vida e condutas saudáveis e seguras, além da possibilidade de identificar situações de risco que exijam intervenções oportunas para proteção da gestante e do conceito.

Periodicidade: mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitar os profissionais da equipe para alimentação correta e oportuna do SIAB.

Capacitar os profissionais da equipe para a melhoria da qualidade do acompanhamento domiciliar das gestantes, reforçando a importância de executar todas as ações previstas para essas visitas: detectar precocemente as gestantes, estimular o início do pré-natal no 1º trimestre, verificar o cartão da gestante em cada visita (pré-natal em dia, vacinação em dia,...), reforçar a importância da adesão regular ao pré-natal e estimular hábitos de vida saudáveis para a gestante e o bebê, entre outros.

2. Área: Saúde da Criança

2.1 Indicador: Média de Atendimento de Puericultura.

Conceito:

Este indicador expressa o número médio de atendimentos de puericultura (Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento), realizados por médico ou enfermeiro, por criança menor de 2 anos cadastrada na equipe de Atenção Básica, em determinado local e período.

O objetivo desse atendimento permite o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, estado nutricional, desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental, além da prevenção de doenças imuno-preveníveis e da promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outros.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de puericultura (médico e enfermeiro) para menores de 2 anos}}{\text{Número de menores de 2 anos* acompanhados no mesmo local e período}}$$

*Menores de 2 anos é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias da Ficha C (é a cópia do cartão da criança que fica com o ACS) utilizada para acompanhamento domiciliar pelo ACS, registrado no consolidado SSA2. No relatório SSA2 é a somatória de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com crianças de 12 a 23 meses e 29 dias.

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede a relação entre a produção de atendimentos de puericultura e as crianças menores de 2 anos acompanhadas pela equipe de Atenção Básica no domicílio, avaliando a potencial suficiência da oferta desses atendimentos ambulatoriais, caso a produção fosse igualmente distribuída por todas essas crianças.

Apesar das ações de puericultura não se limitarem às crianças menores de 2 anos, esta faixa etária está sendo priorizada pela Rede Cegonha.

Considerando o número de atendimentos de puericultura preconizados para menores de 1 ano (7 / ano) e crianças entre o 1º e 2º ano de vida (2 / ano), e o número médio de crianças menores de 2 anos segundo o censo 2010, a média de atendimentos de puericultura para crianças nessa faixa etária seria de 4,5 / criança / ano.

Esse indicador pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação técnica da equipe, particularmente dos profissionais que fazem o acompanhamento domiciliar, para identificar e captar precocemente as crianças, iniciando de forma oportuna a puericultura na unidade básica de saúde.

Capacitação de médicos e enfermeiros para qualificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, melhorando a confiança técnica dos profissionais e a satisfação dos usuários com essas ações.

Monitoramento desse indicador e utilização dos resultados para programar as ações de puericultura e reorganizar os processos de trabalho, com vistas à expansão do acesso das crianças a essas ações de saúde.

Garantia de condições adequadas para realização dessas ações pelas equipes de Atenção Básica, com suficiência de equipamentos, vacinas, insumos e medicamentos e suplementos essenciais à sua execução de forma resolutiva.

2.2 Indicador: Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo.

Conceito: percentual de crianças acompanhadas no domicílio que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno até os 120 dias de vida, em determinado local e período.

ALERTA: A faixa etária recomendada para o aleitamento materno exclusivo é até 6 meses, mas, devido à atual forma de agregação das faixas etárias no SIAB, esse indicador será monitorado para a faixa de até 4 meses.

Depois dos 6 meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos, mas é bom que a criança continue sendo amamentado até 2 anos ou mais.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de menores de 04 meses com aleitamento materno exclusivo* em determinado local e período}}{\text{Número de menores de 04 meses** acompanhadas no mesmo local e período}} \times 100$$

*É o número de crianças com idade até 3 meses e 29 dias que estão em aleitamento exclusivo, registrado no consolidado SSA2.

**Menores de 4 meses é o número de crianças com idade até 3 meses e 29 dias da Ficha C (é a cópia do cartão da criança que fica com o ACS) utilizada para acompanhamento domiciliar pelo ACS, registrado no consolidado SSA2.

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Estima a frequência da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida.

Níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções.

Segundo resultados regionais obtidos de uma base limpa do SIAB (2010), em média 76% das crianças acompanhadas pelos ACS nessa faixa etária estariam em aleitamento materno exclusivo, com uma variação entre 70% (NE) a 82% (N).

Um estudo realizado em 2008 sobre aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses nas capitais brasileiras, apontou uma prevalência de 41%, com variação entre 56% (Belém) e 27% (Cuiabá) (Brasil, 2009).

Esse indicador pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação e ações da equipe voltadas para a saúde da criança e da mulher.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes e orientar medidas oportunas para que a maioria das crianças seja mantida em aleitamento materno exclusivo até completar **seis** meses de vida.

Realização de atividades de grupo de gestantes com enfoque na orientação e preparação para o aleitamento materno.

Ações educativas para a gestante e sua família, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e dar suporte às possíveis dificuldades das mães em aleitamento.

Priorização das famílias com crianças até 2 anos nas visitas domiciliares, enfatizando a importância do aleitamento exclusivo até os seis meses de idade e a manutenção do aleitamento associado a outros alimentos até os dois anos de idade.

2.3 Indicador: Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia.

Conceito: Percentual de crianças menores de 1 ano imunizadas de acordo com o esquema vacinal vigente para essa faixa etária, em determinado local e período.

Devem ser considerados os seguintes tipos de vacinas e respectivo esquema, de acordo com o período de análise:

- Tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções pela bactéria *haemophilus influenza* tipo b), 3 doses em menores de 1 ano;
- Poliomielite oral, 3 doses em menores de 1 ano;
- Tuberculose – BCG, 1 dose em menores de 1 ano;
- Hepatite B, 3 doses em menores de 1 ano;

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de menores de 01 ano com vacina em dia*, em determinado local e período}}{\text{Número de menores de 01 ano cadastrados no mesmo local e período}} \times 100$$

*Com esquema vacinal em dia

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Estima a proporção da população infantil menor de 1 ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

A meta operacional básica do Programa Nacional de Imunização (PNI) é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.

Segundo dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010), 97% das crianças menores de 1 ano acompanhadas pelos ACS estariam com a vacinação em dia, com uma variação entre 96% (NE, N) a 99% (CO).

Esse indicador permite subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das coberturas vacinais em menores de 1 ano.

Valores médios elevados podem encobrir bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças. A desagregação dos dados por micro-área pode demonstrar essas variações e intervenções em áreas específicas.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Busca ativa das crianças menores de 01 ano na área de abrangência da equipe e atualização periódica do cadastro no Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, por meio de visitas domiciliares regulares.

Verificação da situação vacinal na Caderneta de Saúde da Criança em todos os atendimentos, aproveitando oportunidades para atualizar o esquema vacinal e orientar as famílias sobre a sua importância.

Monitoramento periódico desse indicador com vistas à programação de ações para melhoria da cobertura vacinal: campanhas, busca ativa, ações educativas, flexibilização de horários de atendimento, mutirões de imunização em áreas de difícil acesso, etc.

2.4 Indicador: Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas.

Conceito: este indicador expressa o percentual de crianças menores de 2 anos pesadas entre as acompanhadas no domicílio, em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de menores de 2 anos* pesadas em determinado local e período}}{\text{Número de menores de 2 anos** acompanhados no mesmo local e período}} \times 100$$

*Menores de 2 anos pesadas é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias registrado no consolidado SSA2. No relatório SSA2 é a somatória de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias pesadas com crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas.

**Menores de 2 anos é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias da Ficha C (é a cópia do cartão da criança que fica com o ACS) utilizada para acompanhamento domiciliar pelo ACS, registrado no consolidado SSA2. No relatório SSA2 é a somatória de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com crianças de 12 a 23 meses e 29 dias.

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede a cobertura de crianças de 02 anos pesadas, em relação ao total das acompanhadas no domicílio.

A mensuração periódica do peso das crianças permite a identificação precoce de situações de risco e necessidades de intervenção associadas com baixo peso, desnutrição ou sobrepeso.

Considerando que as famílias com crianças devem ser priorizadas nas visitas domiciliares e que a mensuração do peso constitui uma atividade essencial para o acompanhamento das crianças, espera-se que a totalidade das crianças com menos de 2 anos sejam regularmente pesadas.

Segundo dados obtidos de uma base limpa do SIAB, mais de 90% das crianças acompanhadas na Saúde da Família seriam pesadas, com uma variação regional entre 85% (N) a 91% (NE).

Esse indicador pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Busca ativa de crianças que não frequentam os serviços de saúde.

Pesagem da criança em toda oportunidade de atendimento e atualização do peso na Caderneta de Saúde da Criança.

Melhoria da qualidade dessas informações no SIAB, vinculando essas ações à vigilância alimentar e nutricional realizada por meio do SISVAN nas comunidades.

Realização de ações de vigilância alimentar e nutricional, no âmbito da atenção básica para a população adscrita.

Monitoramento com regularidade desse indicador, utilizando seus resultados para a programação de ações e reorganização dos processos de trabalho da equipe com vistas à melhoria da sua cobertura.

Garantia de disponibilidade de equipamentos antropométricos em quantidade e condições de funcionamento adequados.

2.5 Indicador: Média de consultas médicas para menores de 2 anos.

Conceito: número médio de consultas médicas por criança menor de 2 anos , em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de consultas médicas para menores de 2 anos, no mesmo local e período}}{\text{Número de menores de 2 anos acompanhadas, no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Permite analisar a suficiência da produção de consultas médicas para essa faixa etária em relação à demanda potencial das crianças menores de 2 anos acompanhadas pela equipe nos domicílios, no mesmo local e período.

Esse indicador considera, além dos atendimentos médicos programáticos (puericultura), as consultas de urgência e demanda agendada, permitindo uma análise mais abrangente da acessibilidade da equipe para as doenças prevalentes nessa faixa etária e outras demandas espontâneas.

Com base em parâmetros de programação da PPI e do Prograb - metade dos atendimentos de puericultura e a estimativa de doenças prevalentes na infância -, estima-se uma média anual de 2,8 consultas médicas por criança menor de 2 anos.

Esse indicador permite avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação voltados para a assistência médica à saúde da criança.

ALERTA: é importante que os registros de atendimentos de puericultura realizados pelos médicos também sejam registrados na Ficha D de consultas médicas por faixa etária, para não subestimar a oferta de atendimentos médicos que esse indicador pretende mensurar.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação dos profissionais da equipe para alimentação adequada do SIAB e acompanhamento domiciliar das famílias cadastradas.

Capacitação dos médicos para a qualificação dos atendimentos à criança, promovendo maior segurança e resolubilidade do profissional nessas ações e maior confiança e satisfação da população com o trabalho da equipe.

Reorganização dos processos de trabalho da equipe de Atenção Básica para melhorar a acessibilidade ao atendimento médico de forma oportuna.

Aperfeiçoamento do acolhimento e classificação de risco para melhoria do acesso da demanda espontânea (urgências e demanda agendada).

Monitoramento periódico desse indicador, utilizando seus resultados para programação de ações e reorganização de processos de trabalho da equipe.

Garantia de disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos para o atendimento de qualidade em Saúde da Criança.

2.6 Indicador: Média de consultas médicas para menores de 5 anos.

Conceito: número médio de consultas médicas por criança menor de 5 anos cadastrada, em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de consultas médicas para menores de 5 anos, no mesmo local e período}}{\text{Número de menores de 5 anos cadastrados, no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB.
Denominador: Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Permite analisar a suficiência da produção de consultas médicas para essa faixa etária em relação à demanda potencial das crianças menores de 5 anos cadastradas pela equipe nos domicílios, no mesmo local e período.

Esse indicador considera, além dos atendimentos médicos programáticos (puericultura), as consultas de urgência e demanda agendada, permitindo uma análise mais abrangente da acessibilidade da equipe para as doenças prevalentes nessa faixa etária e outras demandas espontâneas.

Com base em parâmetros de programação da Prognamação Pactuada e Integrada (PPI) e do Prognab - metade dos atendimentos de puericultura e estimativa de doenças prevalentes na infância -, estima-se uma média anual de 1,7 consultas médicas por criança menor de 5 anos.

Segundo dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010), a média de consultas médicas por criança nessa faixa etária estaria em 1,7, variando de 1,6 (SE) a 1,9 (S e N).

Esse indicador permite avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação voltados para a assistência médica à saúde da criança.

ALERTA: é importante que os registros de atendimentos de puericultura realizados pelos médicos também sejam registrados na Ficha D de consultas médicas por faixa etária, para não subestimar a oferta de atendimentos médicos que esse indicador pretende mensurar.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação dos profissionais da equipe para alimentação adequada do SIAB e acompanhamento domiciliar das famílias cadastradas.

Capacitação dos médicos para a qualificação dos atendimentos à criança, promovendo maior segurança e resolubilidade do profissional nessas ações e maior confiança e satisfação da população com o trabalho da equipe.

Reorganização dos processos de trabalho da equipe de Atenção Básica para melhorar a acessibilidade ao atendimento médico de forma oportuna.

Aperfeiçoamento do acolhimento e classificação de risco para melhoria do acesso da demanda espontânea (urgências e demanda agendada).

Monitoramento periódico desse indicador, utilizando seus resultados para programação de ações e reorganização de processos de trabalho da equipe.

Garantia de disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos para o atendimento de qualidade em Saúde da Criança.

2.7 Indicador: Proporção de crianças com baixo peso ao nascer.

Conceito: Percentual de crianças com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, em determinado local e período. Compreende a primeira pesagem do recém nascido, preferencialmente realizada durante a 1ª hora de vida, no Hospital ou Maternidade onde nasceram

Esse indicador é calculado com base na proporção de registros de nascidos vivos cuja primeira pesagem foi menor que 2.500 g e o total de nascidos vivos. Essa informação pode ser obtida no Prontuário, na declaração de nascido vivo ou na Caderneta de Saúde da Criança.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de crianças com peso ao nascer menor que 2.500 g, em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede, percentualmente, a frequência de nascidos vivos de baixo peso, em relação ao total de nascidos vivos e pretende antes de tudo verificar em que medida as equipes de AB estão identificando esse grupo de risco para acompanhamento prioritário.

A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. Portanto, trata-se de um grupo de risco que deve ser identificado e acompanhado com prioridade máxima pelas equipes de AB.

O indicador serve como preditor da sobrevivência infantil: quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Valores em torno de 5-6% são encontrados em países desenvolvidos, e convenções internacionais estabelecem que esta proporção não deve ultrapassar 10%. Segundo dados de 2009 do SINASC, a média nacional seria de 8,4%, variando de 6,7% (TO) a 9,68% (DF).

Segundo dados extraídos de uma base limpa do SIAB, 9,5% dos nascidos vivos cadastrados pelas equipes da ESF seriam de baixo peso, com uma variação entre 8% (NE) a 11% (S).

Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento sócio-econômico e de assistência materno-infantil, não só referentes ao pré-natal, mas também à prematuridade relacionada ao excesso de partos cirúrgicos.

Esse indicador pode subsidiar iniciativas de intervenção na qualidade do pré-natal e orientar condutas de risco das gestantes que vulnerabilizam ao baixo peso ao nascer (tabagismo, alcoolismo e outras). Pode ser utilizado para

processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como proteção e atenção à saúde infantil.

Esse indicador não é influenciado apenas pela qualidade do pré-natal ou por fatores de risco sobre os quais as equipes possam atuar, mas também por outros aspectos, como a qualidade da assistência ao parto e interrupção prematura da gestação. É importante observar que as maiores frequências de baixo peso ao nascer são apresentadas por estados onde a proporção de partos cesáreos também está acima da média nacional.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Busca ativa das gestantes, puérperas e nascidos vivos na área de abrangência da equipe, realização do cadastro e acompanhamento mensal dos mesmos por meio de visitas domiciliares, com atualização regular do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB.

Capacitação dos profissionais para qualificação das ações de pré-natal, aumentado a segurança dos profissionais e a satisfação das usuárias com o atendimento.

Discussão em Grupos de Gestantes sobre temas relevantes para prevenção de fatores de risco, prematuridade e baixo peso ao nascer (tabagismo, alcoolismo, etc).

Monitoramento desse indicador para subsidiar o planejamento e avaliação das ações para melhoria da qualidade do pré-natal e a atenção à Saúde da Criança.

Melhoria do acesso e qualidade do registro de peso ao nascer nas maternidades, casas de parto e hospitais.

2.8 Indicador: Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio.

Conceito: este indicador mede o percentual de crianças menores de um ano residentes que foram acompanhadas por meio de visitas domiciliares dentre as cadastradas pela equipe, em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de crianças menores de 1 ano acompanhadas em determinado local e período}}{\text{Número de crianças menores de 1 ano cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador expressa a proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas por meio de visitas domiciliares regulares. O objetivo dessa ação é o acompanhamento desse grupo prioritário de forma proativa pela equipe, de modo a monitorar sua situação de saúde, estimular a realização de ações preconizadas para essa faixa etária (consultas de puericultura em dia, vacinação em dia, aleitamento materno,...), identificar precocemente situações de risco para encaminhamento oportuno e realizar ações educativas junto à família para melhoria da qualidade do cuidado à criança, entre outros.

Essa informação pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a Saúde da Criança.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Melhoria da qualidade dos registros das visitas domiciliares a crianças, nas fichas de acompanhamento das famílias.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação / contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Capacitação da equipe para qualificar as ações de acompanhamento domiciliar das crianças menores de 1 ano: identificação precoce de recém-nascidos para a 1ª visita domiciliar e cadastramento, atualização periódica do cadastro, priorização desse grupo prioritário nas visitas programadas, orientações para melhoria da qualidade do cuidado e proteção à saúde da criança, etc.

2.9 Indicador: Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Conceito: Percentual de crianças menores de cinco anos de idade cujo estado nutricional foi acompanhado no âmbito da Atenção Básica por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de menores de cinco anos com estado nutricional acompanhado no SISVAN}}{\text{Número de menores de cinco anos cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.
Denominador: Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede a proporção de crianças menores de cinco anos que tiveram o estado nutricional acompanhado dentro das ações de puericultura da atenção básica à saúde, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Nas crianças menores de cinco anos, a vigilância nutricional por meio do SISVAN permite avaliar indicadores como peso-para-idade, altura-para-idade e Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, permitindo o cálculo de importantes prevalências, tais como desnutrição (ponderal e crônica), eutrofia (para quaisquer dos indicadores), excesso de peso e obesidade.

O indicador de desnutrição infantil no Pacto pela Saúde (baixo peso para idade em crianças menores de cinco anos) é obtido a partir do SISVAN, portanto a melhoria da cobertura desse sistema também promove o alcance da meta pactuada pelo município.

Limitações:

Em alguns municípios brasileiros, o acompanhamento nutricional do SISVAN é limitado ao acompanhamento das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, gerando um viés na cobertura do público-alvo.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Melhorar a qualidade das ações de puericultura: acompanhamento nutricional do máximo de crianças no território das equipes, busca ativa de crianças que não freqüentam os serviços de saúde, disponibilidade de equipamentos antropométricos nas unidades, etc

Capacitação dos profissionais da AB para melhoria da alimentação do SISVAN e do SIAB, assim como a sua utilização para o diagnóstico individual e coletivo, e orientação das ações das equipes em relação à agenda de alimentação e nutrição nas comunidades.

Realização de ações de vigilância alimentar e nutricional no âmbito da atenção básica para a população adscrita.

3. Área: Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica

3.1 Indicador: Proporção de diabéticos cadastrados.

Conceito: este indicador expressa o percentual de diabéticos cadastrados dentre os diabéticos estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período.

Apesar dos protocolos e estudos sobre as ações de controle do diabetes focalizarem a população com 18 anos ou mais, considerando a impossibilidade atual de desagregação das faixas etárias do SIAB, no 1º ciclo de avaliação do PMAQ será considerada a faixa etária de 15 anos ou mais.

A importância do diagnóstico populacional para controle dessa doença se justifica amplamente, pois além da sua prevalência estar aumentando, o diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal, amputação, além de expor a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares.

Para o cadastro são consideradas diabéticas as pessoas com essa doença referida pela família, mas cujo diagnóstico tenha sido estabelecido por um médico. Esta informação é de registro no momento da visita domiciliar (Ficha B – DIA) e está disponível no Cadastro da Família (Ficha A) do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Diabéticos estimados – no 1º ciclo de avaliação do PMAQ, serão considerados os resultados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-2008) sobre o percentual de adultos com 15 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de Diabetes Mellitus.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de diabéticos cadastrados em determinado local e período}}{\text{Número estimado* de diabéticos de 15 anos ou mais no mesmo local e período}} \times 100$$

*Número estimado de diabéticos na área coberta pela equipe de atenção básica = (Pessoas com 15 anos ou mais cadastradas na área coberta pela equipe X parâmetro de prevalência estadual) / 100.

Fonte: Numerador: Ficha A do SIAB.
Denominador: PNAD – 2008 e Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador estima a captação de pessoas com diabetes na população de **15** anos ou mais cadastrada, isto é, em que medida a equipe de Atenção Básica tem conhecimento dos diabéticos da sua área de adscrição.

Portanto, essa informação contribui tanto para a análise das condições de saúde da população como para a avaliação das ações das equipes para o controle do Diabetes Mellitus.

O cadastramento dos diabéticos é o primeiro passo para a programação e organização dos processos de trabalho da equipe voltados ao controle dessa doença, na medida em que a equipe que não conhece os diabéticos da sua área de adscrição, não tem condições de acompanhamento adequado desse grupo de risco.

Parâmetros de programação preconizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) definem que pelo menos 65% dos diabéticos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica. No entanto, considerando que apenas 50% dos diabéticos tenham o diagnóstico médico, é imprescindível a busca ativa de novos casos.

Segundo os resultados obtidos de uma base de dados do SIAB, 52% dos diabéticos estimados estariam cadastrados pelas equipes da Saúde da Família, variando de 33% (AP) a 68% (SP).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 (PNAD), a prevalência média referida de diabéticos entre pessoas com **15** anos ou mais seria de 4,5%, com uma variação de 2,6% em Roraima a 6% em São Paulo (Tab. 1, pág. xli), diferença que pode expressar tanto desigualdades de acesso ao diagnóstico como variações na exposição a fatores de risco.

Esse indicador pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao Diabetes Mellitus e as doenças associadas, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pelo diabetes, como doença renal crônica.

Limitações:

Considerando que a confirmação diagnóstica de Diabetes Mellitus é feita com base laboratorial (glicemia plasmática), a dificuldade de acesso a serviços de apoio diagnóstico pode determinar uma subestimativa da prevalência de Diabetes Mellitus na comunidade.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação / contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Busca ativa de pessoas com diabetes e/ou com fatores de risco para Diabetes Mellitus na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos, etc), por meio de campanhas de rastreamento, informação e/ou levantamentos.

Realização de processos educativos, priorizando a promoção de hábitos de vida saudáveis, o auto-cuidado e a busca de casos suspeitos de Diabetes Mellitus.

3.2 Indicador: Proporção de hipertensos cadastrados.

Conceito: este indicador expressa o percentual de hipertensos cadastrados dentre os hipertensos estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período.

Apesar dos protocolos e estudos sobre as ações de controle da hipertensão focalizarem a população com 18 anos ou mais, considerando a impossibilidade atual de desagregação das faixas etárias do SIAB, no 1º ciclo de avaliação do PMAQ será considerada a faixa etária de 15 anos ou mais.

A importância do diagnóstico populacional para controle da hipertensão se baseia na sua alta prevalência e vários efeitos adversos à saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral.

Para o cadastro são consideradas hipertensas as pessoas com essa doença referida pela família, mas cujo diagnóstico tenha sido estabelecido por um médico. Esta informação é de registro no momento da visita domiciliar (Ficha B – HA) e está disponível no Cadastro da Família (Ficha A) do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Hipertensos *estimados* – no 1º ciclo de avaliação do PMAQ serão considerados os resultados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-2008) sobre o percentual de adultos com 15 anos ou mais que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de hipertensos cadastrados em determinado local e período}}{\text{Número estimado* de hipertensos de 15 anos ou mais no mesmo local e período}} \times 100$$

*Número estimado de hipertensos na área coberta pela equipe de atenção básica = (Pessoas com 15 ou mais anos de idade cadastradas na área coberta pela equipe X parâmetro de prevalência estadual) / 100.

Fonte: Numerador: Ficha A do SIAB.
Denominador: PNAD – 2008 e Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador estima a captação de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na população de 15 anos ou mais cadastrada, isto é, em que medida a equipe de Atenção Básica tem conhecimento dos hipertensos da sua área de adscrição.

O cadastramento dos hipertensos é o primeiro passo para a programação e organização dos processos de trabalho da equipe voltados ao controle dessa doença, na medida em que a equipe que não conhece os

hipertensos da sua área de adscrição, não tem condições de acompanhamento adequado desse grupo de risco.

A hipertensão arterial está associada à exposição a fatores de risco, entre os quais se destacam o consumo elevado de sal, tabagismo, estresse e obesidade. O risco de hipertensão arterial também aumenta com a idade.

Segundo parâmetros da programação preconizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) pelo menos 80% dos hipertensos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica.

Segundo os resultados obtidos de uma base de dados “limpa” do SIAB, 63% dos hipertensos estimados estariam cadastrados nas equipes da Saúde da Família, variando de 39% (PA) a 79% (MG). Essas diferenças podem expressar tanto desigualdades de acesso ao diagnóstico como variações na exposição a fatores de risco.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008 a prevalência de hipertensão referida entre pessoas com mais de 15 anos teria variado entre menos de 12% no Amapá a mais de 22% no Rio de Janeiro, sendo que a média brasileira estaria em 18% (Tab. 1, pág xli).

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com hipertensão.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Realizar busca ativa de pessoas com hipertensão e/ou com fatores de risco para essa doença na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos da doença e de suas complicações, etc), tanto por meio de campanhas como pelo rastreamento regular da hipertensão. É recomendado o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg.

Instituir, como rotina de atendimento da equipe de saúde, a avaliação da pressão arterial de todas as pessoas adultas que comparecerem à unidade de saúde para algum atendimento.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à Hipertensão e às doenças associadas, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pela hipertensão, como doença renal crônica.

Capacitação dos profissionais da equipe para identificação de pessoas com exposição a fatores de risco e orientação para o auto-cuidado (reduzir consumo de sal, controlar o peso, praticar atividade física regular, evitar tabagismo e uso excessivo de álcool, etc).

Tabela 1

Prevalências estimadas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população de 15 anos ou mais, por UF. Brasil, 2008.

UF	Hipertensão	Diabetes
Rondônia	13,7	4,0
Acre	14,9	2,9
Amazonas	13,4	3,6
Roraima	12,2	2,6
Pará	12,1	3,3
Amapá	11,7	4,0
Tocantins	14,8	3,6
Maranhão	13,1	3,3
Piauí	16,3	2,8
Ceará	15,4	3,9
Rio G. Norte	16,4	4,0
Paraíba	18,0	3,7
Pernambuco	19,7	4,5
Alagoas	16,2	4,1
Sergipe	16,7	4,4
Bahia	16,6	3,2
Minas Gerais	20,8	4,7
Espírito Santo	20,2	4,6
Rio de Janeiro	22,1	5,5
São Paulo	19,3	6,0
Paraná	18,8	5,1
Santa Catarina	18,8	4,7
Rio G. do Sul	20,0	5,0
Mato G do Sul	20,0	4,7
Mato Grosso	16,4	4,5
Goiás	17,2	4,1
Distrito Federal	15,4	4,4
Brasil	17,9	4,5

Fonte: PNAD 2008

3.3 Indicador: Média de atendimentos por diabético.

Conceito: número médio de atendimentos para a população diabética com 15 anos ou mais, residente em determinado local e período.

O atendimento dos portadores de diabetes nas unidades básicas de saúde é realizado por médicos e enfermeiros das equipes, cujo registro se dá na Ficha D – Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, e é consolidado no relatório PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

O número de diabéticos é levantado por meio das visitas domiciliares (Ficha B – DIA) e registrado como doença referida pela família no Cadastro (Ficha A) do SIAB.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com diabetes em determinado local e período}}{\text{Número de pessoas com diabetes com 15 anos ou mais cadastrados no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB.
Denominador: Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população diabética cadastrada, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada um dos diabéticos da área da equipe. Portanto, não se trata de um indicador de acesso, mas sim da oferta de atendimentos para pessoas com diabetes.

Segundo os resultados obtidos da base de dados do SIAB, a produção registrada de atendimentos para diabéticos seria suficiente para uma média de 4,5 atendimentos por diabético cadastrado na Saúde da Família, variando de 3 (RS) a 6 (CE).

Segundo parâmetros de programação preconizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006), espera-se que pelo menos 65% dos diabéticos estimados sejam acompanhados pelas equipes de atenção básica.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação dos profissionais das equipes para alimentação adequada e oportuna do SIAB.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Capacitação dos profissionais das equipes nas ações de controle do diabetes com base em protocolo(s) baseados em evidências (Cadernos da Atenção Básica nº 14, 16 e 29) e monitorar sua implantação, avaliando a conformidade das condutas às melhores práticas. A melhoria da qualidade dos atendimentos aos diabéticos promove o aumento da confiança da população na equipe, aumento da utilização da UBS e maior adesão aos tratamentos;

Humanização do cuidado ao paciente diabético, respeitando sua autonomia e promovendo o auto-cuidado.

Adequação dos horários e condições de atendimento às necessidades dos usuários, considerando que a população economicamente ativa geralmente tem dificuldade de faltar ao trabalho para acompanhamento de problemas de saúde.

Melhoria da acessibilidade não só ao atendimento programado, mas também às urgências.

Disponibilização dos exames complementares definidos nos protocolos de controle da diabetes, assim como a serviços de referência especializada.

Garantia de oferta regular e suficiente de medicamentos definidos nos protocolos de controle da diabetes.

Atividades educativas e de promoção à saúde para diabéticos e familiares, com o objetivo de estimular o auto-cuidado, a adesão ao tratamento e às recomendações em termos de mudança de estilo de vida (alimentação, atividade física, lazer).

Organização de grupos de ajuda mútua, como grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de auto-cuidado, entre outros.

Priorização das famílias com diabéticos nas visitas domiciliares, sob responsabilidade das equipes.

Busca ativa de diabéticos na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.

Atualização do cadastramento de todos os usuários, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado.

Agendamento das consultas de controle necessárias e desenvolver estratégias para lembrar os pacientes das consultas (visita do ACS, telefonema, entrega domiciliar de lembrete da consulta).

3.4 Indicador: Média de atendimentos por hipertenso.

Conceito: número médio de atendimentos na população hipertensa com 15 anos ou mais, residente em determinado local e período.

O atendimento de hipertensos na unidade básica de saúde é realizado por médico e enfermeiro, cujo registro se dá na Ficha D – Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, e é consolidado no relatório PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Os dados de cadastro são de registro no momento da visita domiciliar (Ficha B – HA) e estão disponíveis como doença referida pela família (Hipertensão arterial (HA) no Cadastro da Família (Ficha A) do SIAB.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos médicos e de enfermeiro para hipertensos em determinado local e período}}{\text{Número de hipertensos com 15 anos ou mais cadastrados no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população hipertensa cadastrada, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada um dos hipertensos da área da equipe. Portanto, não se trata de um indicador de acesso, mas sim da oferta de atendimentos para pessoas com hipertensão.

Entre os fatores que podem influenciar a utilização das unidades básicas de saúde para o controle da hipertensão podemos citar: fatores socioeconômicos, condições de acesso (distância da UBS, horário de atendimento,...), cobertura de planos privados de saúde, confiança da população na equipe de saúde da unidade básica, entre outros.

Segundo os resultados obtidos da base de dados do SIAB, a produção registrada de atendimentos para hipertensos seria suficiente para uma média de 3,5 consultas por hipertenso cadastrado na Saúde da Família, variando de 2 (RS) a 5 (CE).

Segundo parâmetros de programação preconizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) espera-se que pelo menos 80% dos hipertensos estimados sejam acompanhados pelas equipes de atenção básica.

Esse indicador subsidia a análise da assistência ao hipertenso, permitindo a avaliação de variações geográficas (microáreas, áreas etc) e temporais na oferta de atendimentos aos hipertensos que sugiram situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação dos profissionais das equipes para alimentação adequada e oportuna do SIAB.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Capacitação dos profissionais das equipes para as ações de controle da hipertensão com base em protocolo(s) de controle de diabetes baseados em evidências (Cadernos da Atenção Básica nº 14, 15 e 29) e monitoramento da conformidade das condutas da equipe às práticas preconizadas nos protocolos implantados.

Melhoria da qualidade dos atendimentos aos hipertensos, promovendo o aumento da confiança da população na equipe, aumento da utilização da UBS e maior adesão ao tratamento;

Humanização do cuidado à pessoa com hipertensão, promovendo sua autonomia e o auto-cuidado.

Adequação dos horários e condições de atendimento às necessidades de saúde da população, considerando que a população economicamente ativa geralmente tem dificuldade de se ausentar do trabalho para acompanhamento de problemas de saúde.

Melhoria da acessibilidade não só ao atendimento programado, mas também às urgências.

Disponibilização dos exames complementares definidos nos protocolos de controle da diabetes, assim como a serviços de referência especializada.

Garantia de oferta regular e suficiente de medicamentos definidos nos protocolos de controle da diabetes.

Priorização as famílias com hipertensos nas visitas domiciliares, sob responsabilidade das equipes.

Busca ativa de hipertensos na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.

Atividades educativas e de promoção à saúde para hipertensos e familiares, com o objetivo de estimular o auto-cuidado, a adesão ao tratamento e as recomendações em termos de mudança de estilo de vida (alimentação, atividade física, lazer).

Atualização do cadastramento de todos os usuários, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado.

Agendamento das consultas de controle necessárias e desenvolvimento de estratégias para lembrar os pacientes das consultas (visita do ACS, telefonema, entrega domiciliar de lembrete da consulta)

3.5 Indicador: Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio.

Conceito: este indicador mede o percentual de diabéticos residentes que foram acompanhados por meio de visitas domiciliares dentre os cadastrados pela equipe, em determinado local e período. O cadastro e o acompanhamento mensal são realizados no momento da visita domiciliar.

São considerados diabéticos acompanhados aqueles que receberam pelo menos uma (01) visita domiciliar no mês de referência.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de diabéticos acompanhados em determinado local e período}}{\text{Número de diabéticos cadastrados no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador expressa a proporção da população diabética acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares.

Avaliar as variações geográficas (microáreas, áreas etc) e temporais do acompanhamento dos diabéticos cadastrados, identificando principais dificuldades para a realização das visitas domiciliares.

Dados de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, 92% dos diabéticos cadastrados eram acompanhados pelos ACS, variando de 90% (S) e 98% (N).

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para ações de controle da Diabetes Mellitus.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Melhoria da qualidade dos registros das visitas domiciliares a diabéticos, nas fichas de acompanhamento das famílias.

Estabelecimento de estratégias de acompanhamento de pessoas diabéticas que não costumam estar em casa no horário das visitas domiciliares.

Estabelecimento de metas de acompanhamento domiciliar das pessoas com diabetes e acompanhamento de resultados alcançados.

Capacitação da equipe para qualificar as ações de acompanhamento dos diabéticos: identificação da presença de fatores de risco e encaminhamento para investigação diagnóstica; encaminhamento para atendimento na unidade diante da presença de sinais de complicações ou problemas no tratamento; acompanhamento e estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso (quando for o caso) e às orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de ingerir bebidas alcoólicas.

3.6 Indicador: Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.

Conceito: este indicador mede o percentual de hipertensos residentes na área da equipe que foram acompanhados por meio de visitas domiciliares dentre os cadastrados, em determinado local e período.

Os registros do cadastro e do acompanhamento mensal são realizados no momento da visita domiciliar.

*São considerados hipertensos acompanhados aqueles que receberam pelo menos uma (01) visita domiciliar no mês de referência.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de hipertensos acompanhados em determinado local e período}}{\text{Número de hipertensos cadastrados no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.
Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Este indicador expressa a proporção da população hipertensa acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares. Também pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para ações de controle da hipertensão arterial.

Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, 92% dos hipertensos cadastrados eram acompanhados pelos ACS, variando de 89% (S) a 97% (N).

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Estabelecimento de estratégias de acompanhamento de pessoas hipertensas que não costumam estar em casa no horário das visitas domiciliares.

Estabelecimento de metas de acompanhamento das pessoas com hipertensão pelos ACS e acompanhamento de resultados.

Capacitação dos profissionais da equipe para qualificar as ações de acompanhamento dos hipertensos: identificação da presença de fatores de risco e encaminhamento para investigação; acompanhamento e estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso (quando for o caso) e às orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação dos hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

Melhoria da qualidade dos registros dos ACS, nas fichas de acompanhamento das famílias.

Monitoramento dos dados de cobertura cadastral dos hipertensos, sob responsabilidade da equipe.

4. Área: Saúde Bucal

4.1 Indicador: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Conceito: cobertura média de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período}^*}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: trimestral, semestral ou anual.

Interpretação e uso:

Este indicador estima a proporção pessoas que poderiam ser beneficiadas pelas ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. Considerando que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentífrico fluoretado, este indicador também permite estimar o acesso ao flúor tópico, o meio mais eficaz de prevenção de doenças bucais, além da oportunidade de consolidar o hábito de escovação.

Deve-se assinalar que o foco desse indicador está na expansão do acesso a essa ação e não na frequência com que ela é realizada. Por isso, situações em que a ação é desenvolvida de forma trimestral, igualam-se àquelas em que a frequência é menor.

Segundo a Portaria 95/2006, a frequência (concentração por pessoa) de escovação dental supervisionada direta pode ser semestral, quadrimestral ou trimestral (Brasil, 2006) e o “Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil” orienta que não há evidência científica da efetividade dessa ação quando o intervalo é superior a 12 meses, mas “realizá-la numa frequência maior do que quatro vezes por ano não implica ganhos adicionais relevantes no processo educativo, onerando desnecessariamente os recursos alocados à atividade” (Brasil, 2009).

A frequência de realização (trimestral, quadrimestral ou semestral) é uma decisão a ser tomada no nível local em função da análise de recursos disponíveis, melhor adequação técnica, viabilidade, dentre outros fatores a considerar na programação local.

Segundo dados do SIA-SUS, em 2010 a produção desses procedimentos potencialmente seria suficiente para uma cobertura média nacional de 33% com uma variação de 2% (DF) a 89% (CE).

Esse indicador pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações de prevenção, promoção e auto-cuidado realizadas pelas equipes de saúde bucal, subsidiando processos de gestão e avaliação de políticas de saúde bucal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação/atualização dos profissionais das equipes com vista à qualificação dessa ação e à alimentação correta e oportuna do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Programação de ações coletivas voltadas para a prevenção em saúde bucal.

Garantia de disponibilidade suficiente de insumos necessários ao desenvolvimento dessa ação pelas equipes (ex.: kits de escova e creme dental fluoretado, materiais educativos de escovação dental).

Articulação intersetorial para expansão do acesso a essas ações (escolas, centros comunitários, comunidades terapêuticas, etc).

4.2 Indicador: Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

Conceito: proporção da população cadastrada pela equipe de Atenção Básica com acesso a tratamento odontológico.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de primeiras consultas odontológicas programáticas no período}}{\text{População cadastrada no mesmo local período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Este indicador reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. Por meio dessa consulta odontológica programática o indivíduo ingressa no programa, a partir de uma avaliação / exame clínico odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico - PPT. Portanto, as primeiras consultas odontológicas só devem ser registradas quando o plano preventivo terapêutico for elaborado.

Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em vários programas de saúde: mental, mulher, trabalhador, adolescente, idoso, etc.

Não devem ser considerados para cálculo desse indicador os atendimentos eventuais, como os de urgência/emergência, que não tem seguimento previsto.

Segundo dados do SIA-SUS, em 2010 a produção desses procedimentos daria uma cobertura média nacional de 17%, com uma variação de 5,9% (RO) a 64% (TO). No entanto, é preciso considerar o problema de sub-registro hoje existente dessa produção.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-2008) aponta que mais de 40% dos entrevistados teria ido ao dentista nos últimos 12 meses, variando de 26% (AL) a 48% (PR e SC). No entanto, apenas 35% das pessoas entrevistadas teriam utilizado o SUS no seu último atendimento odontológico, variando de 11% (DF) a 66% (PB).

Este indicador pode contribuir para analisar a cobertura da população que teve acesso a tratamento odontológico e para o planejamento e monitoramento de ações de saúde bucal na atenção básica realizadas pelas equipes, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação/atualização dos profissionais da Atenção Básica para melhorar a qualidade dessas ações e a alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/ contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso amplo da demanda programada.

Programação das ações de atendimento, considerando critérios para classificação de risco.

Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica.

4.3 Indicador: Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante.

Conceito: proporção de gestantes cadastradas pela equipe que tiveram acesso a atendimento odontológico.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de gestantes atendidas em primeira consulta pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal em determinado local e período}}{\text{Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Este indicador expressa a cobertura de gestantes com acompanhamento odontológico em relação às cadastradas pela equipe. Compreende o registro de **primeira consulta** odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes cadastradas, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem estar da gestante.

A Atenção Odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias, quando indicadas considerando-se o período da gestação, além de ações de educação e prevenção. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação. Entretanto, para efeito de cálculo desse indicador será registrada no SIAB apenas a **1ª consulta à gestante** e, se houver necessidade de implementar um plano preventivo terapêutico, também será feito o registro no campo 1º atendimento odontológico do SIAB e do SIA. Os atendimentos subsequentes à 1ª consulta serão registrados apenas no SIA – SUS, e quando esse tratamento for **concluído**, será registrado no campo respectivo do SIAB.

Portanto, as consultas de urgência e aquelas a fim de executar o plano de tratamento **não** devem ser consideradas no campo de 1º atendimento à gestante.

Todo serviço de saúde deve estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência. Para isso, os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da atenção básica, tanto nas atividades educativas em grupo como no acompanhamento de pré-natal.

Este indicador pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações realizadas pelas equipes de saúde bucal, particularmente o acesso de gestantes a atendimento odontológico, subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico e programação de trabalho.

Limitações:

Dificuldades relacionadas a fatores culturais, que explicam o “medo” da gestante à consulta odontológica, principalmente relacionado ao uso do raio-X.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação / atualização dos profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Integração entre os profissionais da saúde bucal e os outros membros da equipe de atenção básica para a programação de ações e encaminhamento das gestantes cadastradas e acompanhadas no pré-natal.

Capacitação dos profissionais de saúde para qualificar as ações de acompanhamento / tratamento odontológico na gestação, tanto no que diz respeito à humanização e qualidade técnica dos atendimentos, quanto nas abordagens educativas para estimular o auto-cuidado e dirimir medos infundados da população sobre o tratamento odontológico na gestação.

Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica.

Planejamento do processo de trabalho e programação das ações da equipe de saúde bucal, de forma a garantir acesso amplo ao atendimento da demanda programada de pré-natal, considerando inclusive a utilização de critérios para classificação de risco.

4.4 Indicador: Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas.

Conceito: expressa a relação entre Tratamentos Concluídos e as Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de Tratamentos Concluídos (TC) pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal em determinado local e período}}{\text{Número de Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas realizadas pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal em determinado local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Este indicador mede a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. Permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados. Considerando a fórmula de cálculo desse indicador, temos duas possibilidades:

a) Resultado menor que 1 (um): indica que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os tratamentos iniciados. Porém, quando esse resultado é muito menor do que 1, isso pode apontar dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados.

b) Resultado maior que 1 (um): indica que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados. Essa situação aponta para uma possível falha na capacidade de promover acesso a novos pacientes.

Este indicador pode contribuir para o planejamento e monitoramento do acesso e da resolubilidade do atendimento da equipe de saúde bucal, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde bucal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação /atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Capacitação /atualização do cirurgião dentista da equipe de atenção básica para a qualificação dos atendimentos e melhoria da adesão aos tratamentos.

Estratégias para garantir a adesão aos tratamentos programáticos (humanização do atendimento, busca ativa de faltosos, lembrete aos usuários das consultas agendadas, etc)

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização e conclusão dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica.

Garantia de disponibilidade suficiente de referências especializadas que condicionem a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados.

Planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso e resolubilidade no atendimento à população adscrita.

4.5 Indicador: Média de instalações de próteses dentárias.

Conceito: número de instalações de próteses dentárias implantadas em relação ao total estimado da população que necessita do tratamento reabilitador. Compreende o registro do número de instalações de próteses dentárias, sejam elas próteses totais, parciais removíveis ou fixas, realizadas pelo cirurgião dentista, sobre o número estimado de pessoas que necessitam de prótese entre as cadastradas.

Função do Indicador: Monitoramento

Método de cálculo:

Número de instalações de próteses dentárias realizada pela equipe de saúde bucal, em determinado local e período

População cadastrada em determinado local e período x 0,03*

*segundo dados do SB Brasil 2010, estima-se que pelo menos 3% da população necessitam de prótese total em ao menos um maxilar.

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

A reabilitação protética é uma das prioridades da Política Nacional de Saúde Bucal, fruto de grande demanda da população. Uma das diretrizes dessa Política é a inclusão do tratamento de reabilitação protética na Atenção Básica. Nos municípios onde este tipo de tratamento é referenciado aos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO ou serviços específicos, é dever da equipe referenciar e acompanhar o paciente.

Embora, para efeitos de cálculo, esteja sendo considerada apenas a população com necessidade de prótese total, todos os tipos de reabilitação devem ser ofertados à população, como próteses parciais removíveis e coroas unitárias.

Assim, este indicador contribui no planejamento das ações, permitindo visualizar quanto da demanda de reabilitação de prótese dentária está sendo atendida. Por sua natureza, é um indicador cumulativo, ou seja, quanto maior o período, melhores serão os resultados.

Este indicador pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações de reabilitação protética, realizadas ou acompanhadas pela equipe de saúde bucal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação / atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de

apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Inclusão da reabilitação protética no escopo de ações da equipe de saúde bucal, dentro do seu nível de resolubilidade.

Inclusão da reabilitação protética na programação de capacitações/atualizações da equipe de saúde bucal.

Garantia de credenciamento de um serviço de referência de Laboratório de Próteses Dentárias.

Planejamento do atendimento voltado à busca ativa das pessoas com necessidade de reabilitação protética.

Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização das ações de reabilitação protética sob responsabilidade da Atenção Básica.

Estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência para o acompanhamento adequado desse indicador, nos municípios em que a reabilitação protética seja referenciada aos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO ou para outros serviços específicos.

4.6 Indicador: Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante.

Conceito: número médio de atendimentos de urgência odontológica por habitante em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de urgência realizados pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal em determinado local e período}}{\text{População cadastrada em determinado local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

A equipe de Saúde Bucal precisa estar apta a oferecer o primeiro atendimento aos casos de urgência odontológica. Para tanto, deve desenvolver estratégias de acolhimento e planejamento de acordo a demanda para as ações de odontologia.

Esse indicador auxilia no planejamento da equipe de saúde bucal, permitindo que ela avalie a demanda de urgência de sua área de abrangência e planeje melhor seu processo de trabalho para acolhimento adequado. A longo prazo, também permite avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação /atualização os profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Capacitação / atualização dos profissionais de saúde bucal para o atendimento às urgências odontológicas.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, de forma a garantir o atendimento às demandas de urgência odontológica, inclusive com utilização de triagem e classificação de risco.

Ações educativas para informar à população que a equipe de saúde bucal é o serviço de referência para primeiro atendimento das urgências odontológicas.

Realização de planejamento/programação para atendimento das urgências odontológicas,

Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para os atendimentos às urgências odontológicas.

4.7 Indicador: Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

Conceito: proporção de indivíduos com alterações de mucosa oral na população cadastrada. São consideradas alterações de mucosa oral: processos proliferativos não neoplásicos, neoplasias benignas, neoplasias malignas, doenças infecciosas (bacterianas, fúngicas ou virais), doenças mucocutâneas e manifestações bucais de doenças sistêmicas.

Função do Indicador no PMAQ: Monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de diagnósticos de alteração da mucosa oral de usuários atendidos pela equipe de saúde bucal em determinado local e período}}{\text{População cadastrada em determinado local e período}} \times 1000$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador expressa os casos novos de alterações da mucosa oral diagnosticados pela equipe de saúde bucal na população cadastrada, avaliando, em alguma medida, a integralidade do atendimento em saúde bucal na Atenção Básica, isto é, o quanto a equipe está mobilizada para a avaliação e diagnóstico precoce de alterações da mucosa oral. Este indicador é calculado a partir do registro de diagnósticos de alterações da mucosa oral encontradas em exames bucais de rotina ou campanhas, visando, principalmente, a prevenção do câncer de boca.

Este indicador pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações para diagnóstico precoce de lesões da mucosa oral e câncer de boca, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde, fatores de risco para o câncer bucal, prevenção e diagnóstico precoce.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação / atualização dos profissionais da Atenção Básica responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Capacitação / atualização dos profissionais da Atenção Básica para melhorar a qualidade e cobertura do exame e diagnóstico precoce de lesões na mucosa oral.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Desenvolvimento de intervenções centradas na promoção de hábitos de vida saudável, ações educativas de prevenção e controle dos fatores e condições de risco, detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca.

Realização de exames periódicos em usuários com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de boca, isto é, aqueles que apresentarem mais de um dos seguintes fatores de risco: sexo masculino, mais de 40 anos, tabagista e/ou etilista, exposição ocupacional a radiação solar sem proteção, portador de deficiência imunológica (congenitas e/ou adquiridas).

Integração da Equipe Saúde Bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer.

Atividades educativas para informar sistematicamente a população para o diagnóstico precoce do câncer de boca.

5. Área: Produção Geral

5.1 Indicador: Média de consultas médicas por habitante.

Conceito: este indicador reflete a média de consultas médicas realizadas por residente cadastrado da área de abrangência da equipe em determinado período e fornece uma estimativa da suficiência da oferta total de consultas médicas diante da demanda potencial da população cadastrada.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número total de consultas médicas em determinado local e período}}{\text{População cadastrada residente na área em determinado período.}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

A oferta de consultas médicas reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência médica individual à população cadastrada.

As consultas médicas consideradas no cálculo desse indicador se referem não só às consultas médicas de cuidado continuado, como também aos atendimentos médicos à demanda agendada e imediata (de urgência).

Esse indicador contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população.

Resultados insatisfatórios nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população.

Esse indicador pode subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação /atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do sistema de informação da atenção básica (SIAB).

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Apoio institucional para promoção da integralidade e longitudinalidade da Atenção Básica, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda programada como da espontânea, assim como do vínculo e continuidade do cuidado.

5.2 Indicador: Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado.

Conceito: este indicador reflete a proporção de consultas médicas de cuidado continuado realizadas pela equipe de atenção básica em relação ao total de consultas médicas básicas.

As consultas de cuidado continuado/programado constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento contínuo.

As ações programáticas direcionadas para o acompanhamento dos ciclos de vida têm como principais objetivos: 1) a identificação precoce de alterações que venham a comprometer o desenvolvimento normal e a qualidade de vida; 2) a prevenção de agravos; 3) o estímulo à adoção de hábitos que protejam a saúde e promovam o bem estar; 4) O controle de doenças crônicas, de cuidado continuado e tratamento prolongado. São exemplos: ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente; atenção pré-natal; acompanhamento da saúde do idoso; controle do diabetes e hipertensão; tratamento da tuberculose e hanseníase, asma e outras afecções respiratórias crônicas, doença falciforme, distúrbios psicossociais, entre outros.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de consultas médicas básicas para cuidado continuado em determinado local e período}}{\text{Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

O acompanhamento continuado constitui um dos principais atributos da atenção básica, promovendo o controle de situações de risco e complicações, a manutenção da saúde e a qualidade de vida da população da área adscrita. Portanto, uma equipe que apresente uma oferta desses procedimentos aquém do mínimo esperado pode estar desenvolvendo um modelo excessivamente centrado na demanda espontânea; por outro lado, a equipe que realize quase exclusivamente atendimento programático/continuado não estará aberta à demanda espontânea. Nos dois casos observa-se um desequilíbrio na integralidade do cuidado. Os resultados desse indicador devem ser comparados àqueles referentes à demanda agendada e imediata.

O objetivo desse indicador é verificar a participação das consultas médicas programáticas e de cuidado continuado na oferta geral desses

procedimentos médicos, analisando sua suficiência em relação ao esperado e sua relação com a demanda espontânea, visando à integralidade do cuidado.

Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

Resultados insatisfatórios nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação / atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do sistema de informação da atenção básica (SIAB).

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Capacitação dos profissionais para busca ativa, acolhimento humanizado, atendimento com base em padrões de boas práticas e promoção do auto-cuidado.

Apoio institucional para promoção da integralidade e longitudinalidade da Atenção Básica, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda programada como da espontânea, assim como do vínculo e continuidade do cuidado.

5.3 Indicador: Proporção de consultas médicas de demanda agendada.

Conceito: este indicador reflete a proporção de consultas médicas de demanda agendada realizadas nas unidades básicas de saúde em relação ao total de consultas médicas básicas.

A consulta médica de demanda agendada consiste no atendimento ao usuário que procura a unidade de saúde em demanda espontânea que **não constitui urgência**. Por meio do acolhimento e classificação de risco, verifica-se a data de agendamento do cuidado para o mais breve possível, de acordo com a gravidade do caso e a disponibilidade de atendimento. Portanto, o que caracteriza esse tipo de consulta não é o prazo de agendamento em si, mas a possibilidade de agendá-lo para uma data futura por não constituir uma urgência.

Recomenda-se que, caso não seja possível o atendimento no mesmo dia, o agendamento não deve ultrapassar 30 dias e o usuário deve sair da unidade com a data do atendimento e as devidas orientações de auto-cuidado.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de consultas médicas básicas de demanda agendada em determinado local e período}}{\text{Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

O objetivo desse indicador é verificar a participação das consultas médicas de demanda agendada na oferta geral desses procedimentos médicos, analisando sua suficiência em relação ao esperado e sua relação com o atendimento continuado/programado, visando à integralidade do cuidado.

A integralidade do cuidado define uma organização dos processos de trabalho de modo a atender as diferentes necessidades de saúde da população, não só para ações preventivas, como também para as queixas sobre doenças manifestas. Segundo Starfield (2002, p. 65), o acesso não pode estar condicionado ao “grau de necessidade” do usuário, “já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento”. Além disso, enquanto principal porta de entrada do sistema de saúde, a Atenção Básica não pode negar o atendimento à demanda espontânea, pois esse acolhimento é inclusive uma condição para o vínculo e para conquista da confiança da população. Uma equipe que apresente uma oferta de consultas de demanda espontânea aquém do mínimo esperado pode estar desenvolvendo um modelo excessivamente centrado nas ações preventivas e programáticas; por outro lado, a equipe que

realize quase exclusivamente atendimento à demanda espontânea deve ter baixas coberturas das ações programáticas, o que sugere um modelo de pronto-atendimento, centrado na doença, e baixa conformidade com alguns atributos da Atenção Básica, como a longitudinalidade. Nos dois casos se observa um desequilíbrio na integralidade do cuidado. Os resultados desse indicador devem ser comparados àqueles referentes à demanda imediata / de urgência e aos cuidados continuados/programados.

Resultados insatisfatórios nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população.

Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação/atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do sistema de informação da atenção básica (SIAB).

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Capacitação dos profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e promoção do auto-cuidado.

Apoio institucional para promoção da integralidade, longitudinalidade e caráter de porta de entrada da Atenção Básica.

5.4 Indicador: Poporção de consulta médica de demanda imediata.

Conceito: este indicador reflete a proporção de consultas médicas para o primeiro atendimento de imediata ou de urgência, em relação ao total de consultas médicas básicas. Entende-se por demanda imediata/urgência aqueles agravos à saúde que apresentam risco de vida e, por isso, necessitam de assistência imediata para recuperação do estado de saúde ou estabilização/suporte de vida e encaminhamento a outro ponto da rede.

Função do indicador no PMAQ: Avaliação de desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de consulta médica de demanda imediata em determinado local e período}}{\text{Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

O objetivo desse indicador é analisar o quanto as equipes funcionam como porta de entrada para o primeiro atendimento às urgências e, em alguma medida, sua disposição de acolhimento às urgências básicas; deve-se monitorar tanto a suficiência dessa oferta em relação ao esperado, quanto a sua relação com os outros tipos de atendimento médico individual, visando à integralidade do cuidado.

Tanto a Política Nacional de Atenção Básica como a Política Nacional de Atenção às Urgências pretendem ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral os usuários em situação de urgência/emergência na Atenção Básica, de forma ágil e oportuna.

Essa demanda é influenciada em grande medida por fatores socioeconômicos, epidemiológicos, demográficos, infra-estrutura da atenção básica e do sistema municipal de saúde, acesso a outros pontos da rede, etc.

Uma equipe que apresente uma oferta desses procedimentos aquém do mínimo esperado pode estar desenvolvendo um modelo restritivo à demanda espontânea, talvez pelas condições inadequadas de atendimento às urgências; por outro lado, a equipe que realize um número excessivo de atendimentos imediatos pode estar com baixas coberturas de ações programáticas. Nos dois casos observa-se um desequilíbrio na integralidade do cuidado. Os resultados desse indicador devem ser comparados àqueles referentes à demanda agendada e aos cuidados continuados/programados.

Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de cada equipe e da rede básica como um todo.

Resultados insatisfatórios nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do

modelo ofertado e comprometimento da resolubilidade da Atenção Básica, do vínculo e confiança da população.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação / atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do sistema de informação da atenção básica (SIAB).

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Apoio institucional para promoção da integralidade e resolubilidade da Atenção Básica, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda programada como da espontânea, assim como do vínculo e caráter de porta de entrada da Atenção Básica ao primeiro atendimento de urgência.

Capacitação dos profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências básicas.

Garantia de condições adequadas para o atendimento às urgências nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).

5.5 Indicador: Proporção de consultas médicas de urgência com observação.

Conceito: este indicador reflete a proporção de atendimentos de urgência com observação em relação ao total de consultas médicas básicas. Trata-se do atendimento médico de urgência em que o usuário fica em observação na unidade básica, com ou sem medicação, para recuperação do estado de saúde ou estabilização e encaminhamento a outro ponto da rede.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de consultas médicas de urgência com observação em determinado local e período}}{\text{Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

O objetivo desse indicador é analisar a capacidade das equipes para o primeiro atendimento às urgências em condições de observação para recuperação ou estabilização do estado de saúde dos pacientes. Também permite inferir a disposição de acolhimento às urgências básicas; deve-se monitorar tanto a suficiência dessa oferta em relação ao esperado, quanto a sua relação com os outros tipos de atendimento médico individual, visando à integralidade do cuidado.

Tanto a Política Nacional de Atenção Básica como a Política Nacional de Atenção às Urgências pretendem ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral os usuários em situação de urgência/emergência na Atenção Básica, de forma ágil e oportuna.

Essa demanda é influenciada em grande medida por fatores socioeconômicos, epidemiológicos, demográficos, infra-estrutura da atenção básica e do sistema municipal de saúde, acesso a outros pontos da rede, etc.

A oferta insuficiente desses procedimentos, aquém do mínimo esperado, pode refletir condições inadequadas de atendimento às urgências com observação; por outro lado, a desproporção desses atendimentos pode estar relacionada com baixas coberturas de ações programáticas ou dificuldade de acesso a unidades especializadas de urgência e emergência. Nos dois casos pode estar ocorrendo um desequilíbrio na integralidade do cuidado. Os resultados desse indicador devem ser comparados àqueles referentes aos outros atendimentos de demanda espontânea e aos de cuidados continuados/programados.

Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de cada equipe e da rede básica como um todo.

Resultados insatisfatórios nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado, as condições para realizar esse tipo de atendimento e o comprometimento da resolubilidade da equipe, assim como do vínculo e confiança da população.

Limitações:

Insuficiência/inexistência de espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos para o atendimento resolutivo das urgências com observação nas unidades básicas.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação /atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do sistema de informação da atenção básica (SIAB).

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação / contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Apoio institucional para promoção da integralidade e resolubilidade da Atenção Básica, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda programada como da espontânea, assim como do vínculo e caráter de porta de entrada da Atenção Básica ao primeiro atendimento de urgência.

Capacitação dos profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências básicas com observação;

Melhoria das condições de atendimento às urgências com observação nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).

5.6 Indicador: Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência.

Conceito: este indicador reflete a proporção dos encaminhamentos para atendimento em serviços de urgência e emergência em relação ao total de consultas médicas básicas. Não devem ser registrados os casos de urgência atendidos na própria unidade ou no domicílio do paciente e que não foram encaminhados para outros serviços.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência em determinado local e período}}{\text{Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação:

Este indicador mede a relação entre número de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência e as consultas médicas básicas, com o objetivo de analisar a disposição de acolhimento e a capacidade de atendimento da equipe para as urgências. Proporções elevadas desses encaminhamentos podem sugerir baixa resolubilidade da equipe nos atendimentos de urgência.

Essas informações devem subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de cada equipe e da rede básica como um todo.

Resultados insatisfatórios nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado, as condições para realizar esse tipo de atendimento e o comprometimento da resolubilidade da equipe, assim como do vínculo e confiança da população.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação / atualização dos profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Apoio institucional para melhorar a integralidade e resolubilidade da Atenção Básica, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda

programada como da espontânea, assim como do vínculo e caráter de porta de entrada da Atenção Básica ao primeiro atendimento de urgência/emergência básica.

Capacitação dos profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências/emergências básicas;

Melhoria das condições de atendimento às urgências/emergência nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).

5.7 Indicador: Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado.

Conceito: este indicador reflete o número de encaminhamentos para atendimento especializado em relação ao total de consultas médicas básicas. Para o cálculo deste indicador, consideram-se os atendimentos ou tratamentos em qualquer especialidade como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e todas as especialidades médicas.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de encaminhamentos para atendimento especializado em determinado local e período}}{\text{Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação:

Este indicador mede a relação entre as consultas médicas e os encaminhamentos para atendimento especializado, tendo como objetivo avaliar a resolubilidade da consulta médica.

Esse indicador avalia, em alguma medida, se as queixas que levam os usuários à unidade não estão sendo solucionadas. O número elevado de encaminhamentos para especialidades pode estar ligado a condições inadequadas e baixa resolubilidade dos atendimentos.

Resultados insatisfatórios (número elevado de encaminhamentos) nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado, as condições para realizar esse tipo de atendimento e o comprometimento da resolubilidade da equipe, assim como do vínculo e confiança da população.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação / atualização os profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Implantação dos protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, além do monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados.

Melhoria das condições de atendimento nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).

5.8 Indicador: Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar.

Conceito:

Este indicador reflete a proporção dos encaminhamentos médicos para internação hospitalar em relação ao total de consultas médicas básicas.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de encaminhamentos para internação hospitalar em determinado local e período}}{\text{Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Uma proporção de internações hospitalares além do esperado pode refletir condições inadequadas de atendimento e até problemas no cuidado continuado que comprometam a resolubilidade da equipe no sentido de evitar internações por condições sensíveis à atenção básica.

Resultados insatisfatórios nesse indicador (muitos encaminhamentos para internação) devem ser alvo do apoio institucional, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado e o comprometimento da resolubilidade da equipe, assim como do vínculo e confiança da população.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Apoio institucional para melhoria da integralidade e resolubilidade da equipe, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda programada como da espontânea, assim como do vínculo e caráter de porta de entrada da Atenção Básica ao primeiro atendimento.

Capacitação dos profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo nas unidades básicas.

Melhoria das condições de atendimento nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).

Implantação de protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas preconizadas nos protocolos implantados.

5.9 Indicador: Média de exames solicitados por consulta médica básica.

Conceito: este indicador reflete o número médio de exames solicitados por consulta médica básica. Para o cálculo desse indicador consideram-se os exames de patologia clínica, radiodiagnóstico, citopatológico cervico-vaginal, ultrassonografia obstétrica, entre outros.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de exames solicitados em determinado local e período}}{\text{Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador mede a relação entre número de exames complementares solicitados e as consultas médicas básicas.

A solicitação de exame é influenciada por fatores ligados a organização do sistema de saúde, características do médico e do paciente (sexo, idade, patologia, etc). A solicitação exagerada de exames complementares tem vários efeitos negativos, como exemplo, podemos citar: aumento do custo financeiro para o sistema público de saúde; demanda excessiva nos laboratórios e outros serviços de apoio diagnóstico; desvalorização do exame clínico; atraso no diagnóstico; diagnósticos equivocados (falso-negativos); sofrimento desnecessário do paciente pela expectativa de um resultado ruim ou até falso-positivo.

Parâmetros assistenciais do Ministério da Saúde estimam que 30 a 50% das consultas ambulatoriais podem gerar pedidos de exames de laboratório. Dados nacionais do S I A - SUS mostram que, no Brasil, 52% a 76% das consultas culminam no pedido de exames. O número de exames por requisição tem sido, em média, de 4,4.

Esse indicador permite verificar, em alguma medida, a racionalidade das solicitações de exames pelo médico durante a consulta, isto é, se a quantidade de exames solicitados está de acordo com os protocolos clínicos estabelecidos.

Resultados insatisfatórios (solicitação de grande quantidade de exames) nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação/atualização dos profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Implantação dos protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas definidas pelos protocolos adotados.

5.10 Indicador: Média de atendimentos de enfermeiro.

Conceito: este indicador reflete o número de atendimentos de enfermeiro realizado em relação ao número total de pessoas cadastradas pela equipe de saúde da área adscrita.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de enfermeiro em determinado local e período}}{\text{Número total de pessoas cadastradas no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Este indicador mede a relação entre os atendimentos de enfermeiro e a população cadastrada pela equipe de saúde da área adscrita.

A integralidade do cuidado do enfermeiro define a organização do seu processo de trabalho de modo a atender as diferentes necessidades de saúde da população, tanto para a demanda programada, como também para a demanda espontânea, referente a doenças prevalentes e, particularmente, com condutas de enfermagem definidas em protocolos de atenção.

O atendimento de enfermeiro faz parte das ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento contínuo. São exemplos: ações de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, atenção pré-natal, prevenção de câncer cérvico – uterino (Papanicolau), acompanhamento da saúde do idoso; entre outros e dentre as doenças que necessitam de cuidado continuado, podemos citar: asma e outras afecções respiratórias crônicas, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, tuberculose, hanseníase, doença falciforme, distúrbios psicossociais, dentre outras.

O objetivo desse indicador é contribuir para avaliar a adequação da produção de atendimentos de enfermeiro em relação às necessidades da população, analisando sua suficiência em relação ao esperado.

Essas informações devem subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

Resultados insatisfatórios nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação / atualização os profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Capacitação dos profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo nas unidades básicas.

Implantação dos protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e monitoramento da conformidade das condutas com as boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados.

5.11 Indicador: Média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada.

Conceito: este indicador reflete a proporção de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde-ACS em relação ao número total de famílias cadastradas.

As visitas domiciliares realizadas pelos ACS constituem ações programáticas, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento contínuo.

Nota: Esse indicador se aplica apenas às equipes de Atenção Básica que contam com ACS.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de visitas domiciliares realizadas pelo ACS às famílias cadastradas em determinado local e período}}{\text{Número total de famílias cadastradas em determinado local e período}}$$

Fonte: Numerador: SIAB - Relatório SSA2 do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

O objetivo desse indicador é verificar a produção de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde às famílias da área adscrita, analisando sua suficiência em relação ao esperado. Essas visitas são essenciais tanto para a manutenção do cadastro atualizado como para acompanhamento das famílias, particularmente daquelas mais vulneráveis e/ou com membros em condição de acompanhamento prioritário: gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, hipertensos, etc.

A frequência com que o serviço de saúde se faz presente na residência das pessoas, embora não parametrizada em termos ideais, está relacionada à incorporação de hábitos saudáveis e indica tendência de mudança de modelo assistencial num enfoque de promoção da saúde.

Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

Resultados insatisfatórios nesse indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma auto-análise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação/atualização dos agentes comunitários de saúde das equipes para melhorar a alimentação do SIAB.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Capacitação dos ACS para melhorar a qualidade das visitas: busca ativa, promoção do auto – cuidado, identificação e encaminhamento de situações risco, etc.

5.12 Indicador: Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Conceito: percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica no mesmo local e período}}{\text{Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde Datasus / MS
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: semestral.

Interpretação e uso:

Mede a proporção de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família cadastradas e que foram acompanhadas para as condicionalidades de saúde pela atenção básica.

As condicionalidades de saúde compreendem a vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 7 anos de idade e o pré-natal para gestantes.

A falta de acompanhamento das condicionalidades pode ter repercussão sobre o recebimento do benefício pelas famílias, assim como percentuais municipais de acompanhamento de famílias inferiores a 20% repercutem no recebimento dos recursos do Índice de Gestão Descentralizada- IGD pelo município.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Atenção à saúde com qualidade para as famílias mais vulneráveis: captação de famílias em situação de vulnerabilidade social e ampliação do acesso aos serviços; articulação com a rede de proteção social do município no sentido de proporcionar uma atenção integral às famílias; realizar busca ativa das famílias que não frequentam as unidades de saúde; sensibilização dos profissionais de saúde em relação à realização dos direitos à saúde e à alimentação, que estão associados ao Programa Bolsa Família e ao seu papel como agentes para a garantia desses direitos.

Fomento à identificação de famílias beneficiárias e a organização do acompanhamento das condicionalidades ao longo de cada vigência nas ações rotineiras das unidades de saúde.

Programação de metas e monitoramento da cobertura de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no âmbito da atenção básica para a população adscrita.

6. Área: Vigilância - Tuberculose e Hanseníase

6.1 Indicador: Média de atendimentos de tuberculose.

Conceito: número médio de atendimentos para pessoas com tuberculose cadastradas em determinado local e período.

O atendimento de pessoas com tuberculose nas unidades básicas de saúde é realizado por médicos e enfermeiros das equipes, cujo registro se dá na Ficha D – Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, e é consolidado no relatório PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

O número de pessoas com tuberculose é levantado no momento da visita domiciliar e registrado como doença referida pela família no SIAB.

Função do Indicador no PMAQ: Monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos médicos e de enfermeiro para pessoas com tuberculose em determinado local e período}}{\text{Número de pessoas com tuberculose cadastradas no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB.
Denominador: Ficha A - SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede o número médio de atendimentos por pessoa com tuberculose, avaliando a suficiência da oferta desses procedimentos frente à demanda potencial, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada uma das pessoas com tuberculose cadastradas na área da equipe. Não permite a avaliação da cobertura ou acesso real das pessoas com tuberculose, mas apenas da adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população cadastrada pela equipe.

Esse indicador contribui para a análise das condições de saúde da população e para a avaliação das ações das equipes para o controle da tuberculose. Também pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência das principais doenças transmissíveis.

Entre os fatores que podem influenciar a utilização das unidades básicas de saúde para o controle de tuberculose podemos citar: fatores socioeconômicos, condições de acesso (distância da UBS, horário de atendimento,...), organização do sistema local de saúde, confiança da população na equipe de saúde da unidade básica, entre outros.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos profissionais das equipes para as ações de controle da tuberculose, de acordo com as suas competências específicas,

segundo as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) / Ministério da Saúde e do Caderno da Atenção Básica nº 21 – Vigilância em Saúde, disponível no site do Ministério da Saúde.

Monitoramento da conformidade dos atendimentos para o controle da tuberculose realizados pelas equipes, segundo o Caderno da Atenção Básica nº 21 – Vigilância em Saúde, disponível no site do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Garantia de exames complementares definidos nos protocolos de controle da tuberculose, assim como a serviços de referência especializada.

Garantia de acesso regular e suficiente de medicamentos definidos pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)/Ministério da Saúde, aos pacientes acompanhados pelas equipes de Atenção Básica.

Priorização das famílias com casos de tuberculose nas visitas domiciliares, sob responsabilidade das equipes, com vistas à adesão ao tratamento, auto-cuidado e identificação precoce de situações que demandem encaminhamento para atendimento.

Busca ativa de casos de tuberculose na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.

Atividades educativas e de promoção à saúde para pessoas com tuberculose e familiares, com o objetivo de favorecer o diagnóstico precoce de novos casos, a adesão ao tratamento, além de evitar preconceitos devidos à desinformação.

Atualização periódica do cadastramento familiar, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado.

Agendamento das consultas de controle necessárias e estabelecimento de estratégias para promover o comparecimento regular dos pacientes (lembretes antecipados das consultas, flexibilização de horários de atendimento, etc)

Estabelecimento de estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento (acompanhamento regular desses pacientes por meio de visitas domiciliares, busca de faltosos aos atendimentos, tratamento diretamente observado -TDO).

Acompanhamento e orientação, até a alta por cura, inclusive dos casos de tuberculose investigados e tratados em unidades de referência (ex.: TB extra-pulmonar, TB com HIV ou TB multirresistente).

6.2 Indicador: Média de atendimentos de hanseníase.

Conceito: número médio de atendimentos para pessoas com hanseníase cadastradas em determinado local e período.

O atendimento de pessoas com hanseníase nas unidades básicas de saúde é realizado por médicos e enfermeiros da equipe de atenção básica. O registro dessas ações se dá na Ficha D – Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, e é consolidado no relatório PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Os dados de cadastro das pessoas com hanseníase são registrados no momento da visita domiciliar (Ficha B – HAN) e estão disponíveis como doença ou condição referida pela família (Hanseníase (HAN)) no Cadastro da Família (Ficha A) do SIAB.

Função do Indicador no PMAQ: Monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com hanseníase em determinado local e período}}{\text{Número de pessoas com hanseníase cadastradas no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB.
Denominador: Ficha A - SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede o número médio de atendimentos por pessoa com hanseníase, avaliando a suficiência da oferta desses procedimentos frente à demanda potencial, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada uma das pessoas com hanseníase cadastradas na área da equipe. Não permite a avaliação da cobertura ou acesso real das pessoas com hanseníase, mas apenas da adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população cadastrada pela equipe.

Esse indicador contribui para a análise das condições de saúde da população e para a avaliação das ações das equipes para o controle da hanseníase. Também pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência das principais doenças transmissíveis.

Entre os fatores que podem influenciar a utilização das unidades básicas de saúde para o controle da hanseníase, podemos citar: fatores socioeconômicos, condições de acesso (distância da UBS, horário de atendimento,...), organização do sistema local de saúde, confiança da população na equipe de saúde da unidade básica, entre outros. Em alguns municípios esses atendimentos não são realizados pelas equipes de atenção básica da área onde residem as pessoas com hanseníase, as quais são acompanhadas de forma centralizada por unidades de referências da atenção

especializada, o que dificulta o acesso da população ao atendimento e interfere no resultado desse indicador.

Esse indicador permite avaliar variações geográficas (micro-áreas, áreas, etc) e temporais na cobertura do atendimento de pessoas com hanseníase, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença. Também pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde direcionadas para o controle da hanseníase.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Implantação do protocolo de controle da hanseníase nas equipes segundo as recomendações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (vide Caderno da Atenção Básica nº 21 – Vigilância em Saúde, disponível no site do Ministério da Saúde).

Monitoramento da conformidade dos atendimentos para o controle da hanseníase realizados pelas equipes, segundo as recomendações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase.

Capacitação de todos os profissionais das equipes de Atenção Básica, de acordo com as suas competências específicas, para as ações de controle da hanseníase: prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica, combate ao estigma, efeitos adversos de medicamentos/farmacovigilância e prevenção de incapacidades.

Planejamento de ações para o controle da hanseníase na comunidade, com a participação dos agentes comunitários de saúde.

Garantia de exames complementares definidos nos protocolos de controle da hanseníase, assim como a serviços de referência especializada.

Garantia de acesso regular e suficiente a medicamentos definidos nos protocolos de controle da hanseníase.

Priorização das famílias com casos de hanseníase nas visitas domiciliares, sob responsabilidade das equipes.

Busca ativa de casos de hanseníase na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.

Atividades educativas e de promoção à saúde para pessoas com hanseníase e familiares, com o objetivo de estimular o auto-cuidado e a adesão ao tratamento.

Atualização do cadastramento de todos os usuários, visando o acompanhamento domiciliar e a continuidade do cuidado.

Agendamento das consultas de controle necessárias e estratégias para promover o comparecimento regular dos pacientes (lembretes antecipados das consultas, flexibilização de horários de atendimento, etc)

Estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento (acompanhamento regular por meio de visitas domiciliares, busca de faltosos e de pessoas que abandonam o tratamento, etc).

Acompanhamento e orientação, até a alta por cura, inclusive dos casos de hanseníase que, por apresentarem outras doenças associadas (AIDS, tuberculose, nefropatias, hepatopatias e/ou endodrinopatias), intercorrências clínicas ou estados reacionais, tenham sido encaminhadas para unidades de referência de maior complexidade.

7. Área: Saúde Mental

7.1 Indicador: Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas.

Conceito: percentual de atendimentos em Saúde Mental realizados por médico e enfermeiro, exceto para usuários de álcool e drogas, em relação ao total de atendimentos.

Função do Indicador no PMAQ: Monitoramento.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos em Saúde Mental, em determinado local e período}}{\text{Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro, no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Permite conhecer a participação dos atendimentos de Saúde Mental na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.

Esse indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado à saúde mental (depressão, transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos, etc), podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses portadores, suas famílias e a comunidade.

Além disso, pode contribuir para orientar as iniciativas de intervenção em relação ao cuidado dos pacientes com problemas relacionados à saúde mental, assim como as intervenções com familiares e com a comunidade.

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de saúde mental, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo “visita” como no campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro em saúde mental”; desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador, apesar da sua fórmula considerar apenas o campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro em saúde mental”.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação dos profissionais de Atenção Básica para melhoria do acesso e qualidade das ações de saúde mental, de forma humanizada e de acordo com as melhores práticas, incluindo não só os usuários de saúde mental, mas também suas famílias e a comunidade do território.

Discussão com a equipe sobre os resultados desse indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares, etc.

Sensibilização da equipe para análise comparada desse indicador com outros que reflitam resultados em saúde mental, por exemplo: internações psiquiátricas, número de casos discutidos no matriciamento (NASF e/ou Saúde Mental), número de pacientes usuários de benzodiazepínicos, número de pacientes que estão em acompanhamento em serviços especializados de saúde mental, etc.

Capacitação/atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

7.2 Indicador: Proporção de atendimentos de usuário de álcool.

Conceito: percentual de atendimentos de usuário de álcool sobre total de atendimentos realizados por médico e enfermeiro.

Função do Indicador no PMAQ: Monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de usuário de álcool em determinado local e período}}{\text{Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro, no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e usos:

Permite conhecer a participação dos atendimentos aos usuários de álcool na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.

Esse indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado aos usuários de álcool, podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses usuários, suas famílias e a comunidade.

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de usuário de álcool, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo “visita” como no campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de álcool”; desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador, apesar da sua fórmula considerar apenas o campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de álcool”.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação/atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do sistema de informação da atenção básica (SIAB).

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados ao álcool.

Sensibilização e capacitação de toda a equipe para levantar o problema do alcoolismo com as famílias do território, principalmente durante o

acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.

Discussão com a equipe sobre os resultados desse indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares, etc.

Desenvolvimento de trabalho intersetorial no território, para articulação de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento do alcoolismo (ex.: ação social, escola, redes comunitárias, Alcoólicos Anônimos, etc).

7.3 Indicador: Proporção de atendimentos de usuário de drogas.

Conceito: percentual de atendimentos de usuários de drogas em relação a todos os atendimentos realizados pelo médico e enfermeiro.

Função do Indicador: Monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de usuário de drogas, em determinado local e período}}{\text{Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro, no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB
Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Permite conhecer a participação dos atendimentos aos usuários de drogas na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.

Esse indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado aos usuários de drogas, podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses usuários, suas famílias e a comunidade.

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de usuário de drogas, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo “visita” como no campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de drogas”; desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador, apesar da sua fórmula considerar apenas o campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de drogas”.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados às drogas.

Sensibilização e capacitação de toda a equipe para levantar o problema do uso de drogas com as famílias do território, principalmente durante o acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.

Discussão com a equipe sobre os resultados desse indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares, etc.

Desenvolvimento de trabalho intersetorial no território, para o articulação de ações promoção da saúde, prevenção e tratamento dos usuários de drogas (ex.: ação social, escola, redes comunitárias, Alcoólicos Anônimos, etc).

Capacitação/atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Sensibilização da equipe para acrescentar ao monitoramento outros indicadores que também demonstrem o resultado do seu trabalho, tais como: internações psiquiátricas, número de casos discutidos no matriciamento (NASF e/ou Saúde Mental), número de casos discutidos com o NASF, etc.

7.4 Indicador: Taxa de prevalência de alcoolismo.

Conceito: proporção de pessoas dependentes de álcool na população cadastrada com 15 anos ou mais.

Função do Indicador no PMAQ: Monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de alcoolistas cadastrados na população de 15 anos ou mais, em determinado local e período}}{\text{Número de pessoas de 15 anos ou mais cadastradas, no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Ficha A do SIAB
Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador reflete a proporção de alcoolistas na população com 15 anos ou mais na área de abrangência da equipe.

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (2007), do total da população com 18 anos ou mais, 9% seria dependente de bebidas alcoólicas.

Ressalta-se a importância da identificação precoce de pessoas com consumo considerado de risco nas ações de prevenção do uso abusivo de álcool. A Organização Mundial da Saúde considera consumo de risco a ingestão superior a 2 doses diárias para homens e a 1 dose para mulheres.

O acompanhamento e monitoramento do indicador auxiliam as equipes a planejarem suas ações e a ampliarem a qualidade da atenção prestada aos usuários de álcool, suas famílias e comunidade.

É importante ressaltar que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode causar dependência e está relacionado a vários agravos (violência, suicídio e acidentes de trânsito) e doenças, como cirrose alcoólica, pancreatite alcoólica, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto do miocárdio e certos tipos de câncer (boca, faringe, laringe, esôfago e fígado) (Ripsa, 2008).

O monitoramento desse indicador permite avaliar em que medida as equipes de atenção básica estão identificando os usuários com consumo excessivo de álcool no seu território. O resultado desse indicador poderá ser comparado às estimativas de indivíduos que consomem bebidas alcoólicas de forma abusiva.

Esse indicador também pode contribuir para orientar as iniciativas de intervenções em relação ao cuidado das pessoas com problemas relacionados ao álcool, assim como as intervenções com familiares e com a comunidade.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados ao álcool.

Sensibilização e capacitação de toda a equipe para levantar o problema com as famílias do território, principalmente durante o acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.

Discussão com a equipe sobre os resultados desse indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares, etc.

Desenvolvimento de trabalho intersetorial no território, para articulação de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento do alcoolismo (ex.: ação social, escola, redes comunitárias, Alcoólicos Anônimos, etc).

Capacitação/atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do sistema de informação da atenção básica (SIAB).

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: um panorama da saúde no Brasil, Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf

Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Ripsa, 2ª Ed. Brasília: OPAS, 2008.

Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.