

PlanificaSUS

GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES ETAPA 4

GESTÃO DO CUIDADO



VERSÃO PRELIMINAR

PlanificaSUS

ETAPA 4

Gestão do Cuidado



Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

Coordenação:

Ana Alice Freire de Sousa

Elaboração de texto:

Ana Karina de Sousa Gadelha
Eliana Tiemi Masuda
Evelyn Lima de Souza
Francisco Timbó de Paiva Neto
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Wagner Fulgêncio Elias

Projeto gráfico e diagramação:

Rudolf Serviços Gráficos

Edição de texto:

Kátia Amorim

Crédito de imagens:

Banco de imagens Einstein

Colaboração:

Ana Alice Freire de Sousa
Ana Karina de Sousa Gadelha
Elaine Cristina de Melo Faria
Eliana Tiemi Masuda
Emelise Rodrigues Gobbi
Evelyn Lima de Souza
Francisco Timbó de Paiva Neto
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Juliana Domingo dos Santos
Larissa Karollyne de Oliveira Santos
Marcio Anderson Cardozo Paresque
Marco Antônio Bragança de Matos
Michelle Leite da Silva
Rodrigo Silva Amaral
Rubia Pereira Barra
Wagner Fulgêncio Elias

VERSÃO PRELIMINAR

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS nº 2/2021 - CGGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381).

Ficha Catalográfica

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

PLANIFICASUS: GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES – ETAPA 4 – GESTÃO DO CUIDADO / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022.
23 p.: il.

1. Atenção à Saúde 2. Redes de Atenção à Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta quatro pilares principais que orientam o trabalho: Assistência à Saúde, Ensino e Educação, Pesquisa e Inovação e Responsabilidade Social.

O Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein desenvolve há mais de 20 anos várias atividades relacionadas à gestão de serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de projetos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Entre eles, está o projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde, conhecido como PlanificaSUS e executado pela área de Projetos e Novos Serviços da Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais.

O PlanificaSUS tem como objetivo dar continuidade à implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), em regiões de saúde das Unidades Federativas que finalizaram a Fase 1 do PlanificaSUS

(triênio 2018-2020) e que aderiram a Fase 2 (triênio 2021-2023), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

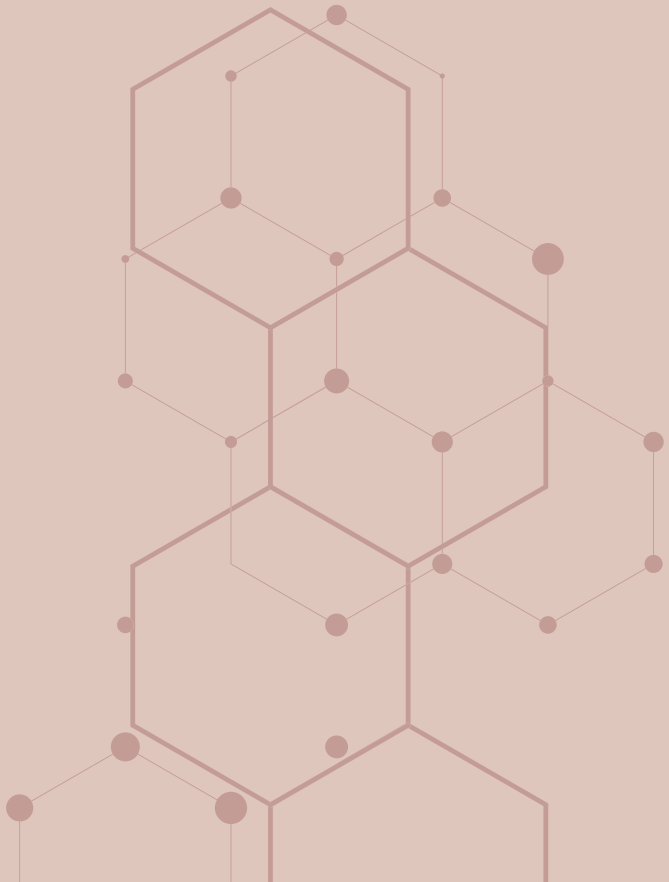
O PlanificaSUS é executado pela SBIBAE, sendo um projeto proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que apresenta, como área técnica responsável, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e, como área de atuação, a de Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde.

A PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Ela permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades do PlanificaSUS podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada Rede de Atenção.

O PlanificaSUS Fase 2 pretende fortalecer macroprocessos organizados na primeira fase, além de implantar novos macroprocessos, que serão trabalhados tanto na APS quanto na AAE. Além disso, serão disparadas atividades de planejamento, monitoramento e dispersão em cada etapa apresentada no decorrer do triênio.

Ao longo do triênio, materiais como este Guia para Monitoramento de Indicadores, Guias dos *Workshops*, Guias para Gerenciamento das Etapas, Guias de orientações para as Tutorias e Notas Técnicas serão disponibilizados com o objetivo de nortear você, profissional de saúde, na execução dos processos de trabalho disparados pelo PlanificaSUS.

Como Guia para Monitoramento de Indicadores da Etapa 4, tenho o objetivo de apoiar você, que faz parte da Equipe PlanificaSUS nos serviços de saúde, a operacionalizar as atividades de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde com base nos macroprocessos trabalhados APS e AAE durante a Etapa 4 “Gestão do Cuidado”.



SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	3
■ CHEGUEI!.	6
■ APRESENTAÇÃO DO GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES - ETAPA 4	7
■ CAPÍTULO 4: A Gestão do Cuidado	8
■ INDICADORES DE PACTUAÇÕES INTERFEDERATIVAS	10
Subpopulação de Mulheres, Gestantes e Crianças	11
1. A identificação precoce das pessoas que apresentam a condição de saúde.	13
2. Primeiro atendimento e estratificação de risco da condição de saúde.	14
3. Acompanhamento longitudinal da condição de saúde.	14
4. Vigilância constante de fatores de risco	15
Subpopulação com Condições Crônicas	17
■ INDICADORES DE MELHORIA DE PROCESSOS.	19
Na APS: Percentual de usuários estratificados por risco com plano de cuidados elaborado	19
Na AAE: Percentual de usuários com plano de cuidados elaborado e compartilhado entre APS e AAE	19
■ PRÓXIMOS PASSOS	20
■ REFERÊNCIAS	23

CHEGUEI!

Para um pouco aqui. Quero me apresentar! Me chamo Zezé e estou aqui para apoiar você na organização dos processos de trabalho a partir da metodologia da Planificação. Para nossa maior integração, vou compartilhar quatro fatos sobre mim:

- 1.** Todo mundo acha que Zezé é meu apelido, mas não é, viu? É meu nome! Zezé e com muito orgulho!
- 2.** Tem a ver com, digamos, minha criação. Eu não sou um desenho e nem um holograma tá? Eu sou toda feita em 3D! E o mais legal disso é que eu posso sempre inovar. Posso mudar meu cabelo, minha roupa e até meus acessórios na hora que eu quiser.
- 3.** Sou uma profissional virtual do time PlanificaSUS e estou aqui pra apoiar você e sua equipe na produção de sentido entre conceitos e atividades apresentadas com a realidade do seu contexto de trabalho.
- 4.** Eu não estou apenas aqui neste Guia, viu? É possível me encontrar no conteúdo EaD, em outros materiais de apoio e até mesmo no e-Planifica, nossa plataforma virtual.

E aí, gostou de conhecer um pouco sobre mim? Teremos muitos encontros para troca de conhecimentos e aprendizados ao longo dessa jornada. Conte comigo!

Agora, vamos planificar?!



APRESENTAÇÃO DO GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES – ETAPA 4

Que bom ver você aqui, novamente!

Destinamos este Guia para Monitoramento de Indicadores a todos os profissionais de saúde a fim de promover discussões conjuntas sobre o tema, em uma linguagem facilitada a todos. Auxiliaremos os profissionais a compreender que a melhoria dos indicadores monitorados é resultado da sua atuação nos processos de trabalho, do vínculo com os usuários e da qualificação da assistência prestada. Destacamos também a importância da qualidade dos registros inseridos em sistemas de informações para monitoramento mais fidedigno dos processos de trabalho e dos resultados. Conseqüentemente, essas ações subsidiam o planejamento e avaliação dos processos de trabalho da unidade e seus impactos na saúde.

Continuamos a nossa caminhada em direção à organização dos macroprocessos da APS e AAE com vistas ao trabalho integrado, em rede! O objetivo do guia é identificar os impactos positivos para os usuários a partir da melhoria dos processos de trabalho que estamos organizando, verificados pelas avaliações dos indicadores propostos.

Vamos recapitular...

A discussão sobre processos de trabalho que avaliam e facilitam o acesso nos mostrou como é possível, qualificando a demanda e organizando o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ofertar uma atenção à saúde mais adequada à necessidade da população, com maior qualidade e maior satisfação dos usuários. Vocês já conseguem perceber isso?



Com certeza! Aqui na UBS, o mapeamento da demanda e dos fluxos nos fez identificar que os usuários idosos de nossa área têm o costume e a preferência de vir à UBS logo no início da manhã, coincidindo com os demais usuários provenientes do fluxo da demanda espontânea. Em uma reunião de equipe, definimos que o acolhimento dos usuários idosos deve ser priorizado e estamos organizando ações programadas (atividades coletivas e grupos) priorizando esse horário, em

respeito às preferências dos usuários, sem deixar de incluir no planejamento o atendimento a outros grupos neste período. Os usuários já manifestaram que ficou muito melhor!

Outro resultado positivo da discussão do acesso foi a maior integração das agendas da eSF e eSB para o atendimento às gestantes. Essa ação tem permitido que o pré-natal odontológico aconteça com mais tranquilidade e eficiência.



Que bom, APS! Que conquistas relevantes! Aqui no ambulatório a discussão sobre o acesso norteou os encontros de planejamento com as equipes de APS. Como resultado conseguimos melhorar o fluxo dos usuários e da informação entre nossas equipes.

É isso mesmo! O acesso é um dos elementos fundamentais para a percepção de valor pelos usuários e para a qualidade do cuidado em saúde (DONABEDIAN, 1990).

Outro aspecto fundamental está relacionado à qualidade percebida do cuidado. Quando os usuários percebem que sua queixa foi ouvida e está sendo respondida de forma satisfatória, há a percepção de qualidade no cuidado. Para que isso aconteça é fundamental que profissionais de saúde possam buscar, constantemente, a qualificação dos processos assistenciais e a melhoria da gestão do cuidado. Esse é o tema do nosso capítulo.

O nosso objetivo é discutir, a partir dos indicadores que monitoramos, a organização dos macroprocessos de trabalho da APS e AAE com vistas à gestão do cuidado em saúde considerando as condições crônicas e eventos agudos.

Vamos lá?



Lembre-se! Após revisar os processos trabalhados, planejar os próximos passos e pactuar as metas durante o processo de tutoria, o monitoramento das ações poderá ser realizado na plataforma e-Planifica na área de plano de ação. Lá, você poderá organizar e monitorar o andamento das ações de melhoria em tempo real. Acesse o [e-Planifica!](#)

CAPÍTULO 4: A Gestão do Cuidado

No estudo dessa temática, você viu que fazer a gestão do cuidado significa conhecer e utilizar conceitos e tecnologias que permitem identificar corretamente e responder de forma adequada as necessidades e demandas de saúde dos cidadãos.

Para entendermos qual a melhor forma de categorizar as condições de saúde que se apresentam diariamente às equipes da APS e AAE, vamos utilizar os conceitos de condições crônicas e agudas propostos pela Organização Mundial de Saúde (2003).

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde publicou um relatório que aponta que o conceito de doenças transmissíveis e não transmissíveis tem pouca efetividade como resposta social às necessidades de uma população para a organização dos sistemas de saúde, ou seja, é insuficiente para garantir a melhor resposta do sistema de saúde à situação epidemiológica (OMS, 2003). De fato, sob a ótica da organização dos sistemas de saúde, a gestão da atenção à saúde para as doenças crônicas não transmissíveis apresenta grandes similaridades com algumas doenças infecciosas e transmissíveis (HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, por exemplo), com a gestão da saúde por ciclos de vida, com o acompanhamento da gestação e puerpério, com o acompanhamento de várias condições bucais e também com condições incapacitantes estruturais, tais como: amputações, cegueiras, etc. (MENDES, 2011). Sendo assim, é proposto um novo conceito, o de condições crônicas, que

considera fatores como: tempo de duração da condição, a forma de enfrentamento pelo sistema de saúde e a forma de organização do sistema de saúde para que haja a resposta adequada (OMS, 2003).

Por esse motivo, quando se parte da perspectiva da organização do sistema de saúde para dar resposta à atual carga de doença, a referência às condições de saúde (condições crônicas e condições agudas) deve ser preferida, uma vez que a demanda dos cidadãos e suas famílias, bem como do sistema de saúde são similares e que as estratégias de enfrentamento também se assemelham (OMS, 2003; NOLTE e MCKEE, 2008).

Mendes (2011) apresentou um quadro comparativo onde destaca as principais características das condições crônicas e condições agudas:

Quadro 1. A diferença entre Condições Agudas e Condições Crônicas

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas causas
Duração	Curta	Longa ou permanente
Diagnóstico e prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor mais restrito
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pela equipe multiprofissional e pelas pessoas usuárias
Papel da pessoa usuária	Seguir as prescrições	Corresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema de atenção à saúde	Reativo, episódico e fragmentado	Proativo, contínuo e integrado

Fonte: MENDES, 2011.



“Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. É o caso de certos problemas motores pós-traumáticos. Por outro lado, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos discretos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas, o campo das redes de atenção às urgências e às emergências.”
(MENDES, 2012, p.33)

Nesse momento, você certamente já percebeu que a discussão do cuidado às condições crônicas e agudas tem grande relevância para o acompanhamento dos indicadores propostos, uma vez que as subpopulações e as situações monitoradas nos indicadores estão associadas às condições de saúde e sua manifestação (crônica ou agudização).



Isso quer dizer que, quando percebemos a natureza da condição de saúde e a sua manifestação também temos condições de adequar as tecnologias do cuidado. Na UBS nós fazemos isso de forma atenta e humanizada, quando procuramos identificar e responder a necessidade de saúde de quem nos procura por demanda espontânea ou no atendimento programado.



No nosso caso, aqui na AAE, nós não recebemos usuários por demanda espontânea, ainda assim temos que estar atentos aos sinais de agravamento e agudização, pois muitas vezes os usuários estão com sua condição de saúde descompensada.

Por isso é de grande importância conhecer os modelos de atenção às condições agudas e crônicas e as tecnologias do cuidado para essas condições. Vale a pena conhecer, ou relembrar os conteúdos e ferramentas trabalhados nesta temática!

Quer conhecer melhor o conteúdo e as ações trabalhadas na Etapa 4? Na Biblioteca Virtual do e-Planifica* disponibilizamos os materiais técnico operacionais e na plataforma EaD* (Educação a Distância) temos os Cursos de Atualização do PlanificaSUS para você aprofundar seus conhecimentos. Confere lá!



Vamos agora entender como a discussão sobre a gestão do cuidado pode impactar na organização dos processos de trabalho para qualificação do monitoramento e melhoria dos resultados dos indicadores pactuados?

Continue a leitura para entender melhor, e não se esqueça de que a relação dos indicadores pactuados, bem como os documentos de referência dos indicadores pactuados, encontra-se no Anexo 1.

INDICADORES DE PACTUAÇÕES INTERFEDERATIVAS

Vamos discutir sobre o indicador do Previne Brasil: “**Número de usuários cadastrados**”.

Como nós já discutimos por aqui, o cadastramento é base para conhecimento da população sob responsabilidade da equipe de saúde, bem como para identificação das diferentes subpopulações relevantes.

Em relação a esse indicador, sempre tenho perguntado a vocês: “como vai o cadastramento da população”? Entretanto, a pergunta que faço agora é outra: que estratégias de rotina estão sendo realizadas para a manutenção e qualificação do processo de cadastramento?

Assim como o cuidado das condições de saúde deve ser sempre dinâmico, com a avaliação periódica do usuário e o seu acompanhamento constante, também deve ser o cadastramento, com sua atualização periódica. A atualização do cadastro de usuários e famílias pode trazer novas informações que permitam identificar novos sinais de risco e critérios de priorização para indivíduos e famílias, aprimorando a gestão do seu cuidado.



Consigno entender bem o que você diz. Atingimos a cobertura de 100% do cadastro individual e familiar, e pensamos que o trabalho tivesse finalizado ali. Recentemente tivemos um caso na nossa UBS que mostrou como é importante atualizar constantemente o cadastro,

mesmo de usuários e famílias já conhecidos pela equipe! A ACS foi atualizar o cadastro familiar na casa da Dona Elvira, que é usuária com diabetes, acompanhada rotineiramente pela nossa equipe. Durante a conversa, D. Elvira disse que começou a identificar no filho alguns sinais de alerta para a doença e imediatamente a ACS agendou uma avaliação na UBS. Ele não tem diabetes, mas tem vários fatores de risco e começou a ser acompanhado mais de perto pela equipe.



Aqui no ambulatório também percebemos a importância da avaliação constante da população. O alinhamento com as UBS das populações-alvo para compartilhamento do cuidado e dos fatores de risco apresentados na Linha Guia tem ajudado a identificar e acompanhar adequadamente usuários com maior gravidade.

Bons exemplos de como é importante termos atenção constante ao cadastramento e avaliação de risco da população! E, aproveitando que vocês falaram em Linha Guia, é importante destacar que a principal tecnologia de gestão da clínica é a Diretriz Clínica.

Quer saber mais sobre os conceitos de “**Diretriz Clínica**” e “**Linha Guia**”?
Acesse os nossos cursos de atualizações do PlanificaSUS disponibilizados na [plataforma EAD](#). Clique aqui!

É muito importante conhecer as diretrizes clínicas propostas pelo município e estado para a atenção a uma determinada condição de saúde. Elas permitem a integração do cuidado nos diferentes pontos de atenção da rede, estabelecendo uma linguagem única para o cuidado à população.

No âmbito do PlanificaSUS foram elaboradas Notas Técnicas (NT), combinando recomendações assistenciais e gerenciais. As NT têm foco em condições de saúde específicas e apresentam também critérios para a identificação das diferentes subpopulações e competências assistenciais dos pontos de atenção da RAS.

Caso a região de saúde e a unidade federativa não adotem oficialmente uma diretriz clínica específica, as NT do PlanificaSUS estão disponíveis e podem ser adotadas para padronizar ações de gestão da clínica.

Confira as **Notas Técnicas** disponíveis do PlanificaSUS!
Acesse a [Biblioteca Virtual](#) do e-Planifica

Em relação ao indicador de **proporção de internações por condições sensíveis à APS** do COAP, podemos dizer que, de modo geral, ele verifica o acesso ao sistema de saúde e/ou desempenho da APS. Comentamos no capítulo anterior que o aumento desse indicador pode sugerir falta de acesso e a baixa vinculação dos usuários aos serviços de atenção primária (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). No entanto, o indicador também pode refletir problemas de resolutividade e atenção tardia. Levando em consideração a APS como ordenadora da rede, o que podemos discutir sobre isso?



Na APS temos utilizado este indicador como um termômetro básico da nossa gestão do cuidado, pois ele envolve diversos agravos e nos permite identificar onde estão as lacunas na rede. Quando há um aumento desse indicador, nos acende um alerta para revisão do cuidado dos nossos usuários. Procuramos algum usuário com descontinuidade do cuidado ou faltosos, a fim de resgatar o vínculo com eles. Também verificamos com a AAE se aqueles que estão em cuidado compartilhado foram às consultas ou descontinuaram o cuidado. Recomendo a todas as equipes, incluindo o ambulatório!



Com certeza, APS! Aqui na AAE, entendemos que o aumento desse indicador é também de nossa responsabilidade, pois juntos constituímos um microsistema

clínico, contribuindo para a estabilização clínica principalmente de usuários por condições crônicas.

Achei ótima a fala de vocês! Importante utilizar esse indicador como termômetro, pois a indicação de um excesso de hospitalizações por estas condições deve alertá-los a investigar possíveis explicações para a sua ocorrência. A falta de vínculo e de continuidade do cuidado, bem como a não gestão do cuidado na rede podem levar ao agravamento da situação de saúde de usuários com condições acompanhadas rotineiramente pela APS e AAE, principalmente aquelas de curso crônico. Incluo na minha fala as condições imunopreveníveis. Espera-se que estas não resultem em internações por serem preveníveis por vacina, ou por serem manejáveis no serviço. A assistência não oportuna dessas condições é que pode levar a complicações, necessitando internação (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

As equipes de saúde devem saber reconhecer quais são essas condições de saúde (veja a lista no anexo 2 do guia), e utilizar as diretrizes clínicas pactuadas para identificarem as ações de promoção e prevenção, bem como de vigilância e atenção à saúde que são recomendadas para a identificação e acompanhamento dos usuários.

Legal! Vamos agora avaliar o acompanhamento das subpopulações?

Subpopulação de Mulheres, Gestantes e Crianças

Vamos agora analisar os indicadores relacionados à Saúde da Mulher. São eles:

- **“Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS”** do Previne Brasil.
- **“Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária”** do SISPACTO.



Para nós da APS, esses indicadores são fáceis de entendermos como se aplicam os conhecimentos da gestão da condição de saúde. Temos que identificar corretamente a subpopulação e realizar o exame (no caso do citopatológico) ou agendá-lo (no caso da mamografia). Os indicadores nos dão uma noção de como está o acompanhamento. Não é isso?

Em linhas gerais você está correta, APS! É importante destacarmos que a população que se beneficia da realização desses exames é identificada não apenas pela faixa etária das usuárias, mas também por outros critérios, como o acesso anterior a esses exames e a presença de fatores de risco. Assim sendo, é de grande importância que os profissionais da equipe de saúde conheçam bem os protocolos de indicação e realização desses exames para além da faixa etária de população que o indicador preconiza.

Fiquem atentos a periodicidade e registros dos exames. Para o exame citopatológico a rotina recomendada para o rastreamento é a repetição do exame a cada três anos, após dois exames sem alteração consecutivos realizados com um intervalo de um ano. O intervalo entre os dois primeiros exames é menor (um ano) com o

objetivo de reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo no primeiro exame de rastreamento. A periodicidade de três anos justifica-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos. Para usuárias que tenham diagnóstico de infecção pelo HIV ou imunodepressão os intervalos devem ser menores (INCA, 2021).

Em relação à investigação diagnóstica para o câncer de mama, a Nota Técnica de Saúde da Mulher no Rastreamento, Diagnóstico e Acompanhamento do Câncer de Mama (2020, p.15) apresenta o quadro resumo abaixo, com as orientações para profissionais e equipes:

Idade	Conduta
Mulheres com idade entre 40 e 49 anos	Exame clínico, incluindo o exame das mamas, anualmente, pela APS
Mulheres com idade entre 50 e 69 anos	Exame clínico, incluindo o exame das mamas, anualmente, pela APS e mamografia a cada 2 anos
Mulheres com 70 anos ou mais	Investigação oportunística de sinais e sintomas nos vários atendimentos na UBS ou nas visitas domiciliares pelo ACS
Fatores de risco elevado	Conduta
Mulheres a partir de 35 anos e pelo menos um dos fatores abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • História familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha), < 50 anos, com diagnóstico de câncer de mama • História familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária • História familiar de câncer de mama masculino • Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular <i>in situ</i> 	Exame clínico, incluindo o exame das mamas, anualmente, pela APS Mamografia anual Compartilhamento do cuidado com a AAE

Fonte: Brasil.^{[5],[2]}

UBS: Unidade Básica de Saúde; ACS: Agente Comunitário de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

Para relembrar os critérios para definição das subpopulações desses exames acesse o **Guia para Monitoramento de Indicadores da Etapa 2** na [Biblioteca Virtual](#) do e-Planifica!

Quando associamos ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), devemos considerar que essa subpopulação está a partir do nível 2 do modelo por apresentar fatores de risco relacionados principalmente ao gênero e idade. Nesses casos, as estratégias indicadas têm foco na prevenção primária, com ações que buscam a mudança de comportamentos e hábitos de vida nocivos para a

condição de saúde (lembrem-se de que o tabagismo e a obesidade são fatores de risco importantes para o câncer de mama) e outras ações preventivas, como a vacinação contra o HPV. As ações de prevenção secundária, para a identificação precoce de possíveis alterações e ação imediata da equipe de saúde, como os exames de rastreio e diagnóstico estabelecidos pelos dois indicadores que nós monitoramos, são ações de gestão da condição de saúde, previstas no nível 3 do MACC.

Para compreender a relação entre os níveis do MACC e as diferentes estratégias de atenção à saúde, acesse o Guia do **Workshop 4** na [Biblioteca Virtual](#) do e-Planifica!



É importante lembrar que, se houver alterações nos exames que indicam a presença do câncer de colo ou de mama, essas usuárias se tornam de alto risco e devem ter o cuidado compartilhado conosco da AAE e com os demais pontos da RAS, segundo a necessidade.

Bem lembrado! Sempre deve ser buscado o cuidado integral em rede, respeitando-se as competências de cada ponto de atenção! Nos próximos capítulos vamos explorar mais a integração e compartilhamento do cuidado, aguardem...

Agora vamos falar dos indicadores relacionados à subpopulação de gestantes. Vocês podem me dizer quais são?



- **“Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV”**, do *Previne Brasil*.
- **“Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”**, do *Previne Brasil*.
- **“Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação”**, do *Previne Brasil*.
- **“Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos”**, do *SISPACTO*.
- **“Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência”**, do *SISPACTO*.

São esses mesmos! Como vocês sabem, a gestação é uma condição crônica de saúde. Cada um desses indicadores faz referência ao atendimento às gestantes em algum momento da história clínica dessa condição de saúde.



Uma vez que a gestação é uma condição crônica, o modelo assistencial a ser usado é o MACC. Nesse caso, como a condição de saúde já está presente, essas usuárias estão localizadas a partir do nível 3 do Modelo, não é isso?

Correto! No MACC a tecnologia de gestão da clínica adequada para abordagem às condições crônicas de risco habitual e de alto risco é a gestão da condição de saúde.

Saiba mais sobre o conceito de **Gestão da Condição de Saúde** em nossos cursos de atualizações do PlanificaSUS, disponibilizados na [plataforma EaD](#). Acesse o link!

Isso quer dizer que, para cada momento da história clínica dessa condição de saúde é possível atribuir uma ação assistencial correspondente. E, como dissemos anteriormente, a linha-guia é diretriz clínica que normaliza a atenção à saúde considerando toda a história natural de uma determinada condição de saúde.

O gerenciamento do cuidado das condições crônicas prevê algumas ações que são comuns a qualquer condição. Vejamos alguns desses passos principais e como eles correspondem aos indicadores que pactuamos:

1. A identificação precoce das pessoas que apresentam a condição de saúde

Quanto antes acontecer o diagnóstico da gestação e a vinculação da gestante à equipe de saúde, com o início do pré-natal, mais condições as equipes da APS e AAE terão de acompanhar essa usuária de maneira ótima tanto na gestação de risco habitual quanto na gestação de alto risco.

O indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação”

estabelece qual a faixa temporal desejada para captação e vinculação da gestante no pré-natal. Os resultados desse indicador são beneficiados com a identificação precoce das gestantes e com a aplicação adequada do protocolo de

pré-natal, e podem fornecer um panorama sobre a qualidade do cuidado pré-natal na unidade de saúde e nas equipes. Assim sendo, caso o resultado do indicador esteja insatisfatório, é necessária investigação da equipe, considerando todos os passos do cuidado. Algumas perguntas possíveis são: A identificação e vinculação dessas gestantes ocorreu no tempo adequado? Os horários disponibilizados para agendamento das ações do pré-natal são adequados às necessidades e preferências das gestantes? Todos os profissionais da equipe de saúde conhecem e aplicam o protocolo de pré-natal pactuado para o município/região de saúde? A equipe age proativamente, realizando a busca ativa das gestantes faltosas?



A nossa equipe de saúde está acompanhando a população da nossa área de abrangência há muitos anos, então, a população já conhece e tem muita confiança na gente. Quando alguém fica grávida, nós geralmente ficamos sabendo logo no início. Há exceção em caso da gestante morar numa região de ocupação mais recente, onde há muitas famílias de baixa condição socioeconômica e que têm característica de se mudar constantemente, porque não têm vínculo com o bairro.

O diagnóstico territorial, as visitas domiciliares e o cadastramento constantemente atualizado são ações que ajudam a equipe a identificar essas situações e, a partir daí, agir de forma proativa para vincular essas gestantes o quanto antes.

Em relação ao grupo de adolescentes, é importante que a equipe de saúde esteja atenta para a realização de ações de orientação e educação em saúde para a prevenção de gravidez indesejada. A vigilância constante sobre os resultados desse indicador irá apoiar a equipe de saúde a identificar como estão as ações de educação em saúde para essa subpopulação, bem como a vinculação das adolescentes e famílias. Em caso de a gravidez já estar em curso, as ações do cuidado devem ser conduzidas considerando os fatores de risco existentes. Isso será descrito nos próximos passos.

Vamos ao passo seguinte?

2. Primeiro atendimento e estratificação de risco da condição de saúde

“A primeira avaliação da gestante deve ser integrada e abranger avaliação clínica, exames complementares, identificação e investigação de fatores de risco. Preferencialmente, deve ser organizada com a lógica da atenção contínua, sendo realizadas avaliações individuais sequenciais pelo médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, ACS, dentista e outros profissionais da equipe, seguindo-se com a discussão de caso e a elaboração do plano de cuidados e autocuidado.”
(PlanificaSUS, 2019., p.25)

Após a identificação, acolhimento e vinculação dessas usuárias é iniciado o pré-natal.

A primeira consulta do pré-natal implica num conjunto de ações de investigação, orientação e cuidado, realizadas pela equipe de saúde, de acordo com a diretriz clínica. No protocolo da

atenção ao pré-natal há a previsão da realização de exames laboratoriais, que tem o objetivo de investigar a condição de saúde da gestante, permitindo à equipe de saúde a ação imediata, caso haja alguma alteração.

Dois desses exames fazem parte do conjuntos dos nossos indicadores: os exames de Sífilis e HIV. A investigação dessas doenças (entre outras) tem o papel importante na identificação de risco para a saúde da gestante e também de seu filho. Uma vez identificada precocemente, as ações do cuidado devem ser realizadas a fim de evitar agravamento para a gestante e reduzir as chances de transmissão vertical, da mãe para o filho. Não podemos deixar de destacar que o parceiro precisa ser testado e tratado caso apresente resultado de teste positivo para alguma dessas doenças.

A estratificação do risco gestacional é uma ação de grande relevância, pois auxilia no direcionamento adequado das ações do cuidado. A diretriz clínica adotada deve fornecer os critérios para estratificação de risco gestacional. Esses critérios devem ser conhecidos por todos os profissionais envolvidos no cuidado às gestantes.



É a estratificação de risco que permite a identificação das gestantes que poderão ter o cuidado compartilhado entre APS e nós da AAE. Mas é importante destacar que a estratificação de risco é uma ação dinâmica, que deve ser realizada a cada atendimento, uma vez que novos fatores de risco podem surgir ao longo da gestação.

3. Acompanhamento longitudinal da condição de saúde

O passo seguinte é o acompanhamento dessas gestantes pela equipe adequada, considerando o risco gestacional, e considerando a rotina de exames e procedimentos previstos para o pré-natal, bem como o monitoramento dos fatores de risco identificados. Esse acompanhamento deve envolver a equipe multiprofissional e garantir uma atenção integral à usuária.

Por exemplo, as consultas de pré-natal e os exames de rotina, entre os quais estão os exames para Sífilis e HIV, propostos nos indicadores que monitoramos, são indicadores do seguimento do cuidado às gestantes. Os resultados insatisfatórios desses indicadores indicam a necessidade de avaliação dos processos de trabalho, com a busca de qualificar o acesso e a gestão do cuidado do pré-natal de melhor qualidade.



E neste momento entra também o cuidado da equipe de saúde bucal! Ainda que as condições bucais não façam parte dos critérios para a estratificação de risco gestacional, a avaliação e o acompanhamento da gestante pela equipe de saúde bucal, desde o início do pré-natal, permitem identificar e tratar morbidades que podem comprometer o bom desenvolvimento da gestação, de maneira especial a doença periodontal, que está associada à prematuridade. Na nossa UBS, o diálogo entre eSB e ESF fez com que todos percebessem ainda mais a importância do acompanhamento

odontológico no pré-natal. O nosso resultado para esse indicador estava bem ruim, mas a discussão do protocolo e a integração das agendas foram fundamentais para garantir o acesso das gestantes ao acompanhamento odontológico.



Eu entendo que nessa etapa entra também a atenção integral entre a equipe da APS e nós da AAE, não é isso? Quando há uma gestação de alto risco, o cuidado compartilhado entre as duas equipes deverá ser feito com a utilização de ferramentas de registro e compartilhamento previstos (prontuário, plano de cuidado, comunicação ativa entre profissionais, etc.).

Isso mesmo! O acompanhamento integral da gestante com a participação de todos os profissionais de saúde, segundo suas competências e a vigilância constante sobre os fatores de risco gestacionais, irão proporcionar um pré-natal de melhor qualidade e mais seguro para a gestante e o bebê.

4. Vigilância constante de fatores de risco

Ainda que não seja um passo isolado dos demais, pois faz parte do cuidado integral a qualquer condição crônica, é importante destacar a necessidade da vigilância constante sobre os fatores de risco identificados.

O acompanhamento da gestante, realizado de maneira próxima pela equipe de saúde, é um dos passos importantes na condução do pré-natal, pois visa garantir a estabilidade clínica e evitar

agravamentos e morte. Esse fator impacta bastante no indicador de mortalidade materna. Vejamos o que diz a Nota Técnica de Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério (2019, p.34):

“As morbidades diagnosticadas durante a gravidez ou previamente existentes significam situações de risco para a gestante e bebê. Doenças hemorrágicas e hipertensivas, e diabetes estão entre as causas mais frequentes de morte materna e infantil; infecção urinária e doença periodontal relacionam-se à prematuridade; sífilis e toxoplasmose podem levar à morte fetal ou a complicações importantes para os recém-nascidos.

Assim, o manejo dessas condições deve ser preciso (...). O objetivo é a estabilização ou a cura das morbidades, prevenindo os desfechos mais graves.”

O indicador de número de óbitos maternos tem o potencial de refletir o acesso e a qualidade do cuidado pré-natal. Cada óbito materno deve ser investigado e aqueles para os quais forem identificadas causas evitáveis devem servir como alerta, para a adoção de ações visando melhorias do sistema de saúde.



Tenho uma experiência que ilustra bem isso! Aqui no ambulatório acolhemos uma gestante que tinha sobrepeso e desenvolveu uma diabetes gestacional.

O acompanhamento multiprofissional e integrado das equipes de APS e AAE foi muito importante: juntos elaboramos um plano de cuidados

que dava atenção especial à alimentação adequada e à mudança do comportamento sedentário, entre outros fatores; além disso, convidamos seu companheiro e demais familiares próximos a serem parceiros no autocuidado e na vigilância aos fatores de risco. A gravidez transcorreu sem maiores complicações e o bebê e mãe estão saudáveis hoje!



Bem lembrado! Essa nossa experiência é o resultado de ambas as equipes!



Sim, com certeza! Como temos aprendido: APS e AAE formam juntas um único microsistema clínico! Nosso propósito é o mesmo, nossa população é bem definida e nossos processos de trabalho devem estar cada dia mais integrados para que tenhamos sempre resultados positivos como esse!

O resultado do trabalho integrado em redes, com foco no usuário e utilizando as ferramentas de gestão da clínica tem tudo para ser favorável! Parabéns a ambos!

Vamos continuar porque ainda há muitos indicadores para conversarmos! Passemos agora aos indicadores relacionados às crianças:

- **“Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite Inativada”** (Previne Brasil).

- “Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade” (SISPACTO).
- “Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos” (SISPACTO).
- “Taxa de mortalidade infantil” (SISPACTO).



Acho que aqui se aplica a mesma lógica da atenção à gestante, não é? Temos um ciclo de vida: a infância, que é caracterizado como condição crônica e os indicadores refletem diversas ações que se relacionam aos níveis do MACC:

- *Temos ações de prevenção com a aplicação das vacinas.*
- *Ações de vigilância em relação aos fatores de risco para a Sífilis e infecção pelo HIV.*
- *Ações de cuidado, multiprofissional e integrado para garantir a melhor atenção à saúde e não deixar que ocorram mortes evitáveis.*



E todas essas ações devem estar fundamentadas nas diretrizes clínicas, nas demais ferramentas de gestão da clínica e no trabalho integrado em Rede!

Sim, para todas as condições crônicas a lógica do cuidado é a mesma: são importantes as ações de **promoção à saúde** (para integração com a comunidade, mobilização de outros setores da sociedade e ação sobre determinantes de saúde intermediários e distais); as ações de **prevenção** (para prevenção das condições crônicas pela intervenção nos fatores de risco proximais relativos ao comportamento e estilos de vida); as ações de gestão da condição de saúde para a

atenção às condições crônicas de risco habitual e alto risco (que incluem, a **estratificação de risco**, a busca da **estabilidade clínica** e o **apoio ao autocuidado**) e a gestão de caso para condições muito complexas.

Para não ser muito repetitivo, gostaria de focar em outro ponto fundamental da gestão do cuidado às condições crônicas e que tem influência de maneira especial na atenção à saúde das crianças. A gestão da condição de saúde, com a aplicação MACC, implica em diversas mudanças fundamentais na prática clínica, sendo uma delas a mudança da atenção centrada no indivíduo para uma atenção centrada na família (MENDES, 2012).

“A família tem seis principais efeitos na saúde de seus membros: as influências genéticas; a família é crucial para o desenvolvimento infantil; algumas famílias são mais vulneráveis a problemas de saúde do que outras; as doenças infecciosas propagam-se em famílias; os fatores familiares afetam a morbidade e a mortalidade em adultos; e a família é importante na recuperação da enfermidade.” (MENDES, 2012, p.259)

Fazer atenção centrada na família significa considerar o indivíduo e a família como um sistema, sendo a família um marco de referência para uma melhor compreensão da situação de saúde. Na gestão de qualquer condição crônica, mas de maneira especial com as crianças, a família deve ser compreendida como parte fundamental dos recursos que os indivíduos dispõem para manterem-se sãos ou para recuperarem sua saúde.



Na prática da APS, a influência da família é muito evidente! Temos um exemplo: temos percebido um aumento importante no número de crianças com sobrepeso e obesidade. Ao investigarmos os hábitos alimentares e de atividades físicas das famílias, geralmente podemos identificar várias oportunidades para ações de apoio à adoção de novos hábitos de vida. As más escolhas alimentares e a opção por uma vida sedentária passam dos responsáveis para as crianças!



Nós percebemos a mesma coisa no acompanhamento de crianças de alto risco! Um dos principais fatores de influência na saúde da criança (além do componente da hereditariedade) são as escolhas que pais, responsáveis e familiares próximos fazem em relação aos comportamentos e hábitos de vida. A família pode ser um importante fator facilitador (ou dificultador) para o plano de cuidados desses indivíduos.

Nesta mesma linha, é importante considerarmos que os indicadores de saúde da criança, principalmente os de primeira infância, têm uma relação direta com a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e ao recém-nascido. A atenção à saúde do binômio mãe-bebê no pré-natal tem grande impacto na saúde das crianças e isso deverá ser refletido nos resultados dos indicadores. Ou seja, se os indicadores de processo do cuidado das gestantes estiverem satisfatórios, espera-se que os indicadores da

saúde da criança como “Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade”, “Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos” e “Taxa de mortalidade infantil” estejam baixos (satisfatórios). Em caso desses indicadores referentes à saúde infantil estarem elevados (insatisfatórios) e os de gestão do cuidado das gestações satisfatórios, essa divergência indica a necessidade de revisão dos processos da gestão de cuidado das gestantes a fim de identificar oportunidades de melhoria, tanto na atualização das informações de cadastro das gestantes, ou seja, se a maioria das gestantes foram captadas de fato principalmente no primeiro trimestre da gestação, ou rever se as informações de saúde dessas gestantes estão completas e/ou corretas e/ou suficientes para permitir a estratificação de risco de forma correta para o cuidado adequado.

Quando trazemos o olhar da abordagem familiar para os indicadores relacionados à saúde da criança, podemos perceber que, em todos eles, o componente familiar tem uma responsabilidade importante, por exemplo:

- Na decisão de vacinar ou não as crianças.
- Na adesão ao cuidado pré-natal e às terapêuticas propostas pela equipe de saúde.
- Na situação econômica e social das famílias (renda familiar, acesso a água tratada e esgoto, escolaridade de pais e responsáveis, condições gerais de moradia, entre tantos outros fatores).

Assim sendo, a abordagem familiar é uma estratégia necessária para a atenção à saúde de todas as condições crônicas e em especial das crianças. A informação e o envolvimento de responsáveis e cuidadores nas escolhas e ações relativas ao cuidado são estratégias que devem ser adotadas em todos os níveis de atenção.



Falou de vacinação, falou comigo. Esse é um assunto que não podemos esquecer! A não vacinação das crianças pode causar um impacto muito grande na vida das famílias e no sistema de saúde. As crianças não-vacinadas ficam suscetíveis às doenças imunizáveis, podendo evoluir para casos graves como sequelas, internações ou até mesmo a morte. Além disso, uma cobertura elevada pode evitar a transmissão sustentada da doença na comunidade devido à imunidade em rebanho.

É isso mesmo, APS! Temos experimentado no país uma queda expressiva no percentual de crianças vacinadas. O acompanhamento sistemático da situação vacinal é necessário para garantirmos a proteção de nossas crianças e da sociedade!

Vamos para o próximo grupo de indicadores?

Subpopulação com Condições Crônicas

Falaremos agora dos indicadores relacionados a condições crônicas não associadas somente aos ciclos de vida. São eles:

- **Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre** (Previne Brasil).
- **Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre** (Previne Brasil).
- **Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis** (SISPACTO).

Com base no que conversamos até aqui, o que vocês podem me falar desses indicadores em relação às ferramentas de gestão da condição de saúde?



Acho que tudo o que falamos até aqui se aplica também a essas doenças crônicas. Quando falamos da hipertensão e diabetes, nós da UBS estamos buscando garantir esse acompanhamento periódico dos usuários!

Desde as discussões anteriores sobre diagnóstico populacional e acesso, nós começamos o mapeamento dos usuários com hipertensão e diabetes que estão em atendimento, com atenção especial àqueles que estão faltando ou que não apresentam melhoras na sua saúde.

De fato, o monitoramento e avaliação constantes na periodicidade estabelecida de acordo com o risco identificado, devem fazer parte da rotina do cuidado a uma condição crônica. No caso dos usuários com hipertensão e usuários com diabetes, o monitoramento periódico da pressão arterial e da hemoglobina glicada são ações que permitem que a equipe de saúde esteja em constante contato com o usuário e ensejam o acompanhamento do usuário pela equipe de saúde, possibilitando as demais ações que sejam necessárias.

Dessa forma, a melhora dos resultados desses indicadores deve estar relacionada a uma melhora do cuidado integral a esses usuários, pois não se justifica fazer uma ação isolada de aferição da PA, por exemplo, e não fazer o acompanhamento integral do indivíduo pela equipe.

Na gestão da condição de saúde dispomos de uma ferramenta que permite planejar ações do cuidado junto ao usuário e sua família, além de ser um importante meio de comunicação do cuidado entre APS e AAE: o Plano de Cuidados.

O Plano de Cuidados é o documento que sistematiza e apresenta de forma consolidada para cada usuário as suas condições de saúde, informações clínicas e de autocuidado mais relevantes, assim como as intervenções necessárias para as demandas identificadas na avaliação de cada profissional que atua na atenção ao usuário e que são resultado de uma abordagem interdisciplinar, com a participação do usuário.

O Plano de Cuidados se destina ao usuário, família, outros apoiadores e todos que estão envolvidos na assistência e cuidado. Espera-se que ele proporcione apoio para a gestão da condição de saúde centrada no usuário além da comunicação e integração dos diversos pontos de atenção das RAS. É um instrumento que possibilita processos educativos entre as equipes e entre equipes e usuários. Ele é indutor da interdisciplinaridade, da priorização dos problemas e identificação das estratégias de intervenção com a participação ativa do usuário.

O atendimento longitudinal do usuário com condição crônica, quando realizado com base no plano de cuidado, engloba maior envolvimento do indivíduo (garantindo sua autonomia e valorizando o Autocuidado Apoiado), mas objetividade e resolutividade (pela abordagem aos fatores de risco, a descrição de metas terapêuticas e ações pactuadas) e como consequência melhores resultados.



O Plano de Cuidados além de auxiliar no acompanhamento longitudinal dos usuários, contribuindo para os indicadores de processos (consulta, aferição da PA e medição da hemoglobina glicada), também pode ajudar a diminuir a mortalidade prematura associada a essa e outras condições de saúde, não é mesmo?

O plano de cuidado deve ser sempre atualizado, a cada encontro clínico, com a atualização da estratificação de risco e o acompanhamento dos sinais de risco identificados. Como dissemos anteriormente, a estratificação de risco, a estabilização clínica e o Autocuidado Apoiado são estratégias fundamentais no acompanhamento de qualquer condição crônica.



Aqui na AAE, temos percebido que é importante que os usuários de alto e muito alto riscos sejam orientados e apoiados na identificação de fatores de risco e sinais de alerta para o agravamento de sua condição de saúde. Essa ação pode literalmente salvar vidas no caso de complicação da condição de saúde, pois o usuário pode procurar o serviço de saúde imediatamente e obter a atenção adequada.

Essa é outra aplicação importante da identificação e monitoramento dos fatores de risco. Por isso esse acompanhamento deve ser constante e o usuário deve ser sempre envolvido no cuidado!

Penso que nossa conversa foi muito boa! Parabéns a vocês por identificarem a importância das tecnologias de gestão do cuidado como estratégias para melhorar a atenção à saúde e garantir melhores resultados para os usuários.

Continuem acompanhando os indicadores e tragam cada vez mais boas notícias em nossos próximos encontros!



Para fechar com chave de ouro tudo o que conversamos neste capítulo, lembre-se da importância do lançamento dos dados de sua equipe de forma adequada e no local correto nos sistemas de informação do SUS que você já conhece, como o SISAB (<https://sisab.saude.gov.br/>! Só assim, será possível acompanhar pelos indicadores o diagnóstico situacional de saúde da população e o desempenho de suas equipes, a exemplo do e-Gestor (<https://egestorab.saude.gov.br/>).

Infelizmente, estamos chegando ao final deste capítulo. Esperamos que vocês continuem essas discussões junto aos demais profissionais de suas equipes de saúde e que possam pactuar ações que garantam a utilização dessas ferramentas assistenciais no cotidiano do cuidado.

INDICADORES DE MELHORIA DE PROCESSOS

Pensando no processo de estratificação de risco das condições crônicas para a qualificação do cuidado com a utilização de ferramentas e estratégias de gestão da condição de saúde, proponho mais dois indicadores para acompanhamento e monitoramento periódicos. Um indicador é para a APS e o outro para a AAE. Esses indicadores estão diretamente relacionados a alguns processos disparados nas oficinas tutoriais, como você pode ver lá nas matrizes de cada oficina. Vamos conhecê-los.

Na APS: Percentual de usuários estratificados por risco com plano de cuidados elaborado

O que mede:

Mede o percentual de usuários com uma determinada condição crônica que foram estratificados por risco e já possuem plano de cuidados elaborado em conjunto com a equipe de saúde.

Cálculo:

Numerador: Número de usuários identificados com uma determinada condição de saúde e que foram estratificados por risco e possuem plano de cuidados.

Denominador: Número total de usuários identificados com uma determinada condição de saúde e que foram estratificados por risco.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Nº usuários identificados com uma determinada condição de saúde e que foram estratificados por risco e possuem plano de cuidados}}{\text{Nº total de usuários identificados com uma determinada condição de saúde e que foram estratificados por risco}} \right) \times 100$$

Unidade de medida: Percentual de usuários

Parâmetro: Quanto maior, melhor

Periodicidade: Mensal

Local de registro: e-Planifica > Etapas > Tutoria PAS > Indicadores

Responsáveis pelo preenchimento: Tutores

Momento para o registro no e-Planifica: Após as oficinas tutoriais, durante o período de dispersão recomendamos que reúna sua equipe e defina como obterão esses dados, o fluxo de repasse desses dados para o tutor inserir no e-Planifica, as metas e o prazo para a verificar se atingiram as metas.

Vocês poderão obter esses dados na aba: e-Planifica > Exportação > Indicadores

Com eles, vocês poderão analisar o acompanhamento e o progresso da implantação dos processos relacionados ao tema da gestão do cuidado nesse período. É importante o monitoramento e avaliação periódica desse indicador para possível identificação dos pontos fortes para sua continuidade, e de possíveis oportunidades de melhoria dos processos de trabalho da sua equipe. É um indicador que deve ser discutido com a equipe toda, incluindo determinação das próximas metas e período final para atingir. Então, reserve um período na agenda da equipe para estes momentos, ok?

Como analisar:

Quanto maior o percentual de usuários, melhor pois isso indica que os usuários estão sendo acompanhados segundo o plano de cuidados.

Na AAE: Percentual de usuários com plano de cuidados elaborado e compartilhado entre APS e AAE

O que mede:

Mede o percentual de usuários que foram compartilhados pela APS com a AAE e que possuem o Plano de Cuidados elaborado adequadamente e compartilhado entre as duas equipes.

Cálculo:

Numerador: Número de usuários atendidos na AAE e que possuem plano de cuidado elaborado e compartilhado entre AAE e APS.

Denominador: Número total de usuários cujo cuidado foi compartilhado com o ambulatório no mesmo período.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de usuários atendidos na AAE e que possuem plano de cuidado elaborado e compartilhado entre AAE e APS}}{\text{Número total de usuários cujo cuidado foi compartilhado entre AAE e APS no mesmo período}} \right) \times 100$$

Unidade de medida: Percentual de usuários

Parâmetros: Quanto maior, melhor

Periodicidade: Mensal

Local de registro: e-Planifica > Etapas > Tutoria PAS > Indicadores

Responsáveis pelo preenchimento: Tutores

Momento para o registro no e-Planifica: Após as oficinas tutoriais, durante o período de dispersão recomendamos que reúna sua equipe e defina como obterão esses dados, o fluxo de repasse desses dados para o tutor inserir no e-Planifica, as metas e o prazo para a verificar se atingiram as metas.

Vocês poderão obter esses dados na aba: e-Planifica > Exportação > Indicadores

Com eles, vocês poderão analisar o acompanhamento o progresso da implantação dos processos relacionados ao tema da gestão do cuidado nesse período. É importante o monitoramento e avaliação periódica desse indicador para possível identificação dos pontos fortes para sua continuidade e de possíveis oportunidades de melhoria dos processos de trabalho da sua equipe. É um indicador que deve ser discutido com a equipe toda, incluindo determinação das próximas metas e período final para atingir. Então, reserve um período na agenda da equipe para estes momentos, ok?

Como analisar:

Quanto maior o percentual de usuários, melhor pois isso indica que os usuários estão sendo acompanhados segundo o plano de cuidados.



PRÓXIMOS PASSOS

E, aí? Como você avalia o conteúdo do Guia para Monitoramento de Indicadores desta Etapa? Que observação, exemplo ou orientação foi mais importante para fortalecer o acompanhamento dos indicadores pactuados?

O próximo passo é seu! Discuta com seus colegas de equipe as estratégias que podem ser utilizadas para potencializar o acesso e ao mesmo tempo melhorar o monitoramento e os resultados para cada um dos indicadores propostos, e use essas dicas como chave de leitura para o acompanhamento de outros indicadores que você e sua equipe devem acompanhar.

Sempre que julgar necessário, não hesite em consultar o Guia Introdutório para Monitoramento de Indicadores para relembrar os conceitos-chave do monitoramento e avaliação, e recapitular os materiais dos capítulos anteriores. Até o próximo capítulo!

Guia para Monitoramento de Indicadores - Etapa 4 | PlanificaSUS

Anexo 1. Indicadores Pactuados

Subpopulação	Nº	Indicadores	Pactuações
Todos os usuários	1	Número de usuários cadastrados.	Previne Brasil
	2	Proporção de internações por condições sensíveis à APS.	COAP
Mulheres	3	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.	Previne Brasil
	4	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	SISPACTO
Gestantes	5	Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV.	Previne Brasil
	6	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	Previne Brasil
	7	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.	Previne Brasil
	8	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	SISPACTO
	9	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	SISPACTO
Crianças	10	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>haemophilus influenzae</i> tipo b e Poliomielite inativada.	Previne Brasil
	11	Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	SISPACTO
	12	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	SISPACTO
	13	Taxa de mortalidade infantil.	SISPACTO
Condições crônicas	14	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	Previne Brasil
	15	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	Previne Brasil
	16	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.	SISPACTO

Anexo 2. Documentos de referência

Para saber mais sobre o Previne Brasil, acesse:

[Previne Brasil - Novo modelo de financiamento para a APS](#) ✨

[NOTA TÉCNICA Nº 3/2022-DESF/SAPS/MS](#) ✨

[NOTA TÉCNICA Nº 11/2022-SAPS/MS](#) ✨

[Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022](#) ✨

Veja as Notas Técnicas detalhadas por Indicador do Previne Brasil:

[Nota Técnica Nº 1/2022- SAPS/MS](#) ✨ - **Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação**

[Nota Técnica Nº 2/2022- SAPS/MS](#) ✨ - **Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV**

[Nota Técnica Nº 3/2022- SAPS/MS](#) ✨ - **Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS**

[Nota Técnica Nº 4/2022- SAPS/MS](#) ✨ - **Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS**

[Nota Técnica Nº 5/2022- SAPS/MS](#) ✨ - **Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite b, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e poliomielite inativada**

[Nota Técnica Nº 6/2022- SAPS/MS](#) ✨ - **Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre**

[Nota Técnica Nº 7/2022- SAPS/MS](#) ✨ - **Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre**

Para saber mais sobre o SISPACTO, acesse:

[Resolução Nº 8, de 24 de novembro de 2016](#) ✨

[Nota Técnica Nº 20/2021-DGIP/SE/MS](#) ✨

Para saber mais sobre o COAP, acesse:

[Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008](#) ✨



REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. A.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. *et al.* **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil)**. Cad. Saúde Pública, 2009 Jun; 25(6):1337-49.

APS. Previne Brasil. **Manual instrutivo do financiamento da atenção primária à saúde**. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento> >. Acesso em: 22 mar. 2022.

DIGISUS GESTOR. **Nota técnica Nº 20/2021-DGIP/SE/MS**. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: < [694FwffjllkIWYl4fqll7bvJS08aYwOxsQjYQT.pdf](https://saude.gov.br/694FwffjllkIWYl4fqll7bvJS08aYwOxsQjYQT.pdf) (saude.gov.br) >. Acesso em: 22 mar. 2022.

GOV.BR. **Portaria GM/MS n.º 2.254, de 3 de setembro de 2021**. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326> >. Acesso em: 22 mar. 2022.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Deteção precoce**. Internet, 2021. Disponível em: < [https://www.inca.gov.br/en/node/1194#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20de%20rastreamento%20do,sexual%20\(BRASIL%2C%202016\)](https://www.inca.gov.br/en/node/1194#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20de%20rastreamento%20do,sexual%20(BRASIL%2C%202016)) >. Acesso em: 14 jul. 2022.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008_24_11_2016.html >. Acesso em: 22 mar. 2022.

NOLTE, E.; MCKEE, M. **Caring for people with chronic conditions. A health system perspective**. Berkshire, England: The European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas, componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* **Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, 2020 Jul; 25(7).

PLANIFICASUS. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério**. São Paulo, SP: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019.

PLANIFICASUS. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de Saúde da mulher no rastreamento, diagnóstico e acompanhamento do câncer de mama**. São Paulo, SP: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2020.



PROADI-SUS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

