

PlanificaSUS

# GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES ETAPA 2

TERRITÓRIO E GESTÃO DE  
BASE POPULACIONAL



VERSÃO PRELIMINAR



PlanificaSUS

## **ETAPA 2**

Território e Gestão de  
Base Populacional



Tiragem: 1ª edição – 2021 – 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  
Site: [aps.saude.gov.br](http://aps.saude.gov.br)

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social  
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1188 – 3º andar  
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP  
Fone: (11) 2151-4573  
Site: [www.einstein.br](http://www.einstein.br)

**Coordenação:**

Marcio Anderson Cardozo Paresque

**Elaboração de texto:**

Adriane Reis Arcos  
Elaine Cristina de Melo Faria  
Eliana Tiemi Masuda  
Evelyn Lima de Souza  
Francisco Timbó de Paiva Neto  
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo  
Ilana Eshriqui Oliveira  
Larissa Karollyne de Oliveira Santos

**Projeto gráfico e diagramação:**

Rudolf Serviços Gráficos

**Edição de texto:**

Kátia Amorim

**Colaboração:**

Adriane Reis Arcos  
Elaine Cristina de Melo Faria  
Eliana Tiemi Masuda  
Evelyn Lima de Souza  
Francisco Timbó de Paiva Neto  
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo  
Ilana Eshriqui Oliveira  
Isadora Siqueira de Souza  
José Aurélio Rodrigues da Silva  
Larissa Karollyne de Oliveira Santos  
Leticia Alves Tadeu Santiago  
Marcio Anderson Cardozo Paresque  
Marco Antônio Bragança de Matos  
Michelle Leite da Silva  
Rodrigo Silva Amaral  
Samara Ercolin de Souza

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 2/ Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2021.  
21 p.: il.

1. Atenção à Saúde 2. Territorialidade 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 da Etapa 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 2, tenho o objetivo de instrumentalizar você, que faz parte da Equipe PlanificaSUS, seja nas secretarias estaduais ou municipais ou 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 2 “Território e Gestão de Base Populacional”.



# SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO . . . . .	3
■ APRESENTAÇÃO DO GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES – ETAPA 2 . . . . .	6
■ CAPÍTULO 2: Território e Gestão de Base Populacional. . . . .	7
■ INDICADORES DE PACTUAÇÕES INTERFEDERATIVAS . . . . .	8
Subpopulação de Mulheres, Gestantes e Crianças . . . . .	9
Subpopulação das Condições Crônicas . . . . .	14
■ INDICADORES DE MELHORIA DE PROCESSOS. . . . .	17
Na APS: Cobertura de Usuários Cadastrados em Prontuário Eletrônico . . . . .	17
Na AAE: Percentual de Unidades Básicas de Saúde Vinculadas ao Ambulatório de Atenção Especializada . . . . .	18
■ PRÓXIMOS PASSOS . . . . .	19
■ REFERÊNCIAS . . . . .	21

# APRESENTAÇÃO DO GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES – ETAPA 2

## Vamos recapitular...

No primeiro capítulo (Etapa 1) do nosso guia de indicadores, você e sua equipe trabalharam o diagnóstico situacional de saúde do território, certo? Primeiro, vocês verificaram quais são os indicadores pactuados sugeridos. Em seguida, fizeram uma análise prévia de como ele está atualmente para poder planejar possíveis melhorias nos processos de trabalho, refletindo na saúde da sua população e consequentemente nos indicadores.

Além das questões relativas aos indicadores, no processo de tutoria da Etapa 1 foram apresentados os processos da Atenção Primária à Saúde (APS) para verificação da estrutura física, ambiência, recursos humanos, apoio diagnóstico, visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde, tecnologias de informação e outros... Já para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), foram apresentados os processos de carteira de serviços e de estrutura da unidade como espaço físico, equipamentos e da gestão da unidade como um todo.



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Sim, para a equipe da APS, esse momento de verificação dos indicadores para o diagnóstico da situação da saúde foi importante para podermos compreender os propósitos das pactuações realizadas para o monitoramento da saúde da minha população. Em relação aos processos, estamos muito empenhados e buscando desempenhar sempre o nosso melhor, muitos desses processos envolvem a gestão, então, está sendo interessante ter essa aproximação dos gestores nestas atividades, pois sabemos que com o apoio deles os processos fluem melhor.*



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Concordo, na AAE tivemos esta mesma impressão sobre os indicadores e da aproximação da gestão nos processos do ambulatório. Acompanhamos os processos da Etapa 1 para a especializada, e nos chamou a atenção a carteira de serviços, o que é um bom norteador para nós.*

Quer consultar a carteira de serviços e outros materiais da Etapa 2 da PAS?

Acesse: <https://planificasus.com.br/>

Vamos dar mais alguns passos?



## CAPÍTULO 2: Território e Gestão de Base Populacional

Na Etapa 2, você compreendeu os processos relativos ao território e início da gestão de base populacional, certo? Digo “início”, pois a gestão de base populacional engloba diversos processos que serão abordados em outras etapas. O foco da gestão de base populacional nesta etapa é o cadastro da população, estratificação de risco familiar, identificação das subpopulações de risco e uma avaliação inicial da organização da unidade em relação às necessidades da população. O que vocês me dizem sobre isso?



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Bom, na APS, verificamos o território, damos continuidade ao cadastro familiar e individual que vem sendo incentivado pelo programa Previne Brasil, com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em captar toda a nossa população na área de abrangência. Também realizamos a estratificação de risco familiar. Fizemos o mapa inteligente do território junto com os ACS, que ajudaram a deixar bem ilustrativo onde estão as famílias de alto risco para acompanhamento contínuo. Nunca mais ficaremos sem um mapa inteligente na unidade! Além disso, fizemos a identificação das subpopulações e revisamos os processos da sala de vacinação.*



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Aqui na AAE, verificamos os municípios do território de referência, estamos em processo de atualização das nossas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos contatos dos profissionais de referência das equipes. Até pensamos em uma rotina de atualização dessas informações. Temos algumas famílias de alto risco de algumas unidades, e outras unidades estão iniciando o processo de estratificação de risco familiar pelo PlanificaSUS. Foi um passo importante conhecermos essa população, pois assim conseguiremos verificar se estamos conseguindo atender, dentro da nossa capacidade operacional, as necessidades da população de nossa abrangência, caso contrário teremos que reavaliar e adequar nossos serviços.*

Que ótimo saber que estão caminhando! Outro processo que desencadeamos na Etapa 2 é contribuir para que as unidades consigam se programar para delimitar as microáreas e as equipes de saúde, por meio do conhecimento do território.

Claro que entendemos que é um processo e temos que ajustá-los com os atendimentos acontecendo ao mesmo tempo. Nada muda de um dia para o outro e as unidades não podem parar. Estamos praticamente trocando o pneu com o carro andando, não é mesmo?



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Mas esses processos têm relação com os indicadores? A resposta deve estar na ponta da língua: “Mas é claro tem!”. Esses processos são a base dos indicadores. Como saberemos os denominadores dos nossos indicadores se não tivermos a subpopulação identificada, cadastrada e mapeada? Não é à toa que estes processos da Etapa 2 estão relacionados aos macroprocessos e microprocessos básicos da APS e da AAE.*

Continue a leitura para entender melhor, e não se esqueça de que a relação dos indicadores pactuados discutidos encontra-se no Anexo 1.

# INDICADORES DE PACTUAÇÕES INTERFEDERATIVAS

Vamos lá! Como está o cadastro individual da sua população da área de abrangência?



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Bom, nós temos a nossa população que vem sendo cadastrada no sistema e-SUS APS do Ministério da Saúde. A população foi captada pelo trabalho dos ACS no nosso território da Estratégia Saúde da Família, por meio do preenchimento do cadastro familiar e individual. Outros foram cadastrados quando se apresentam voluntariamente para atendimento no serviço de saúde. Consideramos uma atividade frequente, pois a população é dinâmica e muita gente se muda para a região, outras nascem, ou vão ao óbito. Procuramos fazer o cadastro individual de todos no e-SUS APS, conforme apontado no guia da Etapa 1 quando cita o indicador de **“Número de usuários cadastrados”** do Previne Brasil.*



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Na AAE, nós compreendemos a nossa população de responsabilidade por meio do contato com as UBS do nosso território regional. Temos feito o exercício de transição da gestão com base na oferta para a gestão de base populacional, e apesar de não ser fácil, nossos profissionais estão muito engajados e movidos para a mudança!*

Que maravilha! É importante que o cadastro na APS seja realizado corretamente para que no painel do e-gestor constem as informações de acordo com a população que você atende na sua unidade. Além do cadastro ser correto, ele deve ser completo para que todos os processos ocorram de forma segura, a fim de evitar desfechos desfavoráveis ao

usuário. Para a AAE é importante que apoie as unidades de APS no seu âmbito regional, pois a população da APS é a população de responsabilidade da AAE.

A partir dessas informações, você conseguirá identificar algumas subpopulações no seu território. Estas subpopulações serão o denominador dos indicadores pactuados, ou seja, a base de cálculo de alguns dos indicadores sugeridos neste guia. Focaremos nas subpopulações relacionados aos indicadores pactuados como as de mulheres, gestantes, crianças e de usuários com condições crônicas, com foco na Hipertensão e Diabetes.

Além disso, por meio do cadastro completo e a identificação das subpopulações, suas equipes conseguirão identificar as sentinelas de risco para a estratificação de risco familiar e identificar alguns dos critérios de vulnerabilidade para o componente de capitação ponderada do programa Previne Brasil, por exemplo, faixa etária e famílias beneficiárias de programas de transferência de renda.

Para saber mais sobre o Previne Brasil, acesse:  
[Previne Brasil - Novo modelo de financiamento para a APS](#) ✨  
[Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS](#) ✨  
[Portaria GM/MS Nº 2.254, de 3 de setembro de 2021](#) ✨  
Para saber mais sobre o SISPACTO, acesse:  
[Resolução Nº 8, de 24 de novembro de 2016](#) ✨  
[Nota Técnica Nº 20/2021-DGIP/SE/MS](#) ✨

Acrescento também que, o conhecimento do território e sua população (determinantes sociais intermediários, proximais e individuais) auxiliaria as equipes a traçar estratégias de promoção da saúde no nível populacional, ou nível 1, como veremos nas etapas a seguir no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), e afunilando a visão sobre a população identificando grupos com fatores de risco relacionados ao comportamento e estilo de vida, promovendo intervenções de prevenção das condições de saúde, nível 2 do MACC, e a identificação de subpopulações com condições crônicas simples, desencadeando a gestão da condição de saúde, nível 3, e assim por diante.

Se ficou curioso sobre Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), leia mais:

[Acesse aqui](#) ➔

Junte-se à sua equipe e vamos exercitar a mente para entender como os processos desenvolvidos na Etapa 2 influenciam os indicadores pactuados.

### Subpopulação de Mulheres, Gestantes e Crianças

Vamos à trajetória da subpopulação de mulheres, gestantes e crianças, reflita sobre o que você e suas equipes tiveram de avanços da Etapa 1 e o que vocês compreenderam na Etapa 2. Informo que a lista dos indicadores pactuados se encontra no anexo 1 deste guia.

Os indicadores pactuados têm sido monitorados e avaliados no painel de bordo da unidade?  
As dificuldades foram inseridas e têm sido enfrentadas no plano de ação?  
Com relação às ações que merecem a integração com outros serviços ou que sejam de responsabilidade da gestão, você tem feito o esforço para mobilizar esses atores?  
Você ainda encontra resistências para a realização dos processos avaliativos?



Fonte: Banco de imagens Einstein

Retomando conceitos brevemente, a subpopulação de mulheres nasce a partir da identificação e cadastro de usuárias do serviço. Essa população pode ser dividida em mulheres em idade fértil, gestantes e para a subpopulação de crianças, por exemplo.

Como você fez para identificar a subpopulação de mulheres? E quais os indicadores recomendados relacionados a esta população?



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Bom, a partir da população cadastrada, identificamos e selecionamos somente os indivíduos que possuem cadastro preenchido com o sexo feminino. Para esta população identifique os indicadores pactuados de:*

- *Cobertura de exame citopatológico;*
- *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.*

Exatô! Vale pensar que embora o exame de mamografia seja um procedimento de média complexidade, o monitoramento segundo o propósito da gestão de base populacional é também da APS, além da coordenação do cuidado do usuário que é realizado por ela.



Fonte: Banco de imagens Einstein

Para estes indicadores a subpopulação considera todos os indivíduos registrados como sexo feminino, porém para cada um deles há a diferença da faixa de idade. Para os indicadores de **“Cobertura de exame citopatológico”** é necessário selecionar as mulheres na faixa de idade de 25 a 64 anos. Já para o indicador da **“Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos”**, a faixa etária das mulheres é de 50 a 69 anos. Conhecendo a representatividade da população dessas faixas etárias é possível avaliar a oferta desses exames e outros serviços específicos e, assim, fortalecer a gestão de base populacional.

Vale lembrar que neste indicador do SISPACTO possui uma limitação, pois ele avalia a oferta de exames de mamografia realizados e não o número de pessoas examinadas, podendo não refletir a cobertura real da população-alvo do rastreamento, uma vez que uma mesma pessoa pode ter realizado mais de um exame. É um indicador de oferta do exame e não de cobertura, então, cautela na interpretação. Ainda assim, em seu cálculo aplica-se a gestão de base populacional ao identificarmos a população de mulheres na faixa etária específica, que é o público-alvo do rastreamento. Para a gestão de base populacional, o que sugiro fazer é uma lista das mulheres nesta faixa etária, e tentar melhorar o acompanhamento delas para que todas possam ter acesso a este exame. Pois não basta somente um indicador bom, mas também garantir o acesso para todas as mulheres, principalmente nesta faixa etária. Certo?



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Deixa-me ver se entendi. Então, por exemplo, para o indicador “Cobertura de exame citopatológico” temos a subpopulação de mulheres com idades entre 25 e 64 anos. Dessa população, temos que verificar quantas realizaram o exame citopatológico nos últimos três anos. É isso?*

Sim. É por isso que digo que os processos dessa etapa têm tudo a ver com os indicadores! Quando você conhece a sua subpopulação, é possível verificar quem realizou e quem não realizou o exame e, assim, traçar ações para captar e coordenar



Fonte: Banco de imagens Einstein

o cuidado das que ainda não realizaram e das que estão elegíveis para a realização, não é mesmo?

A partir da subpopulação de mulheres, conseguimos ter as subpopulações específicas de gestantes, certo? Pois, em algum momento, as mulheres da sua população poderão se tornar gestantes e estas terem bebês. Esses bebês fariam parte da subpopulação de crianças. Como você identificaria a subpopulação específica de gestantes?



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Algumas das nossas gestantes foram identificadas quando elas se apresentavam no serviço de saúde ou por meio dos Agentes Comunitário de Saúde nas visitas domiciliares.*

Sim, mas para fins de indicadores pactuados, como os do Previner Brasil, é necessário que a identificação esteja corretamente inserida no prontuário eletrônico ou fichas de Coleta de Dados Simplificada (CDS), no e-SUS APS, ou sistemas próprios ou terceiros que tenham integração adequada com os sistemas oficiais. É necessário que esteja preenchida a data da última menstruação (D.U.M.), a codificação de gestante pelo CID10 ou CIAP2 e a realização de consulta de pré-natal pelo médico ou enfermeiro, pois assim será acompanhada e contabilizada como gestante e o respectivo número de consultas no sistema.

Além disso, é importante também que sejam captadas no início da gravidez, no máximo até a 20ª semana de gestação como recomenda o indicador do Previner. A discussão com suas

usuárias sobre o planejamento familiar e a identificação das gestantes pelo ACS são fatores muito importantes neste momento de captação precoce.



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Nossa, não tinha parado para pensar nesse detalhe de inserir as informações da D.U.M. e do motivo de consulta no sistema! Vou até conferir como estão sendo registradas as nossas gestantes no sistema.*

Pois é! Existe a tecnologia para ajudar, mas ela não adivinha quem são as gestantes, se não registrarmos quem são. Você poderia me dizer quais indicadores pactuados sugeridos estão relacionados a esta subpopulação?



Fonte: Banco de imagens Einstein

- Acredito que os indicadores são:*
- *Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;*
  - *Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV;*
  - *Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;*
  - *Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos;*
  - *Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.*

Exato! Então, vamos por partes. Existem alguns detalhes para o cálculo desses indicadores, que estão relacionados aos processos que envolvem a territorialização.

Para o indicador **“Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação”**. O denominador para esse indicador é a subpopulação de gestantes e no numerador SOMENTE aquelas que tiveram pelo menos 6 consultas, sendo a primeira consulta de pré-natal até a 20ª semana de gestação. Se você identificar que todas foram em pelo menos 6 consultas e com captação precoce, sua equipe está de parabéns!

E por que existe este detalhe? Pois o indicador quer mostrar se o acompanhamento das gestantes está considerando as primeiras semanas de gestação e se o número de consultas está sendo satisfatório. Dessa forma, a interpretação deste indicador nos leva a duas possíveis conclusões: a primeira é de que não importa se suas gestantes possuem 7, 10 ou 12 consultas de pré-natal, se todas elas forem realizadas somente no último trimestre, por exemplo, já que durante todo esse tempo perdemos a oportunidade de identificar agravos e tratá-los com a intenção de não prejudicar mãe e bebê; a outra conclusão é de que também não é legal captar e iniciar o pré-natal no início da gestação, se não garantirmos o número mínimo de consultas durante toda a gestação, pois assim sua equipe também deixa a desejar na atenção materno-infantil.

Mas vamos deixar para aprofundar o tema do acesso em outras etapas, aqui o importante é saber que uma das formas de garantir o acesso equânime e oportuno é por meio da gestão de base populacional!

Para os indicadores **“Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV”** e **“Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”** a regra também se aplica. Aqui o denominador é a subpopulação de gestantes totais, entendido?

Agora o você me diz sobre o indicador: **“Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos”?**



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Ah, posso dizer que são as gestantes com faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, segundo a data de nascimento informada na ficha de cadastro individual. Faria essa seleção entre as mulheres cadastradas e com informação de data de nascimento e identificadas como gestantes em determinado período. Acertei?*

Sim! Acertou em cheio!



Fonte: Banco de imagens Einstein

*E como você disse antes, quando conhecemos a prevalência de gestantes no território de abrangência, conseguimos programar o serviço e todas as equipes para assisti-las de forma adequada, principalmente as gestantes identificadas como de alto risco. Mas acredito que este é um papo para etapas futuras. Outra coisa, tenho dúvidas sobre o indicador **“Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência”**.*

Esse indicador tem seus detalhes também. Ele é um indicador de resultados de processos relacionados ao pré-natal. Ou seja, ele é um possível desfecho da subpopulação de gestantes. Para falar a verdade, esse desfecho, o óbito materno, não deve ocorrer! Mesmo porque teremos a integração da APS e AAE ocorrendo para que as nossas gestantes sejam bem atendidas longitudinalmente, considerando as suas singularidades. Mas já estou falando demais, abordando assuntos de outra etapa, deixa-me retomar...

Para fins de indicador, você tem a subpopulação de gestantes acompanhadas que infelizmente podem vir a óbito. Os óbitos podem ter ocorrido durante a gestação, parto ou em até 42 dias após o parto, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas em relação a ela, e que via de regra essas causas devem ser identificadas por meio do processo de estratificação de risco das subpopulações na APS. E lembre-se, não são contadas as gestantes que foram a óbito por causas externas, como os acidentes.



Fonte: Banco de imagens Einstein



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Certo. Meta zero óbito evitável! Lembro do Guia para Monitoramento de Indicadores da Etapa 1!*



Isso mesmo! Agora vamos falar da subpopulação de crianças. Ela nasce literalmente a partir do parto das gestantes. Para cada indicador relacionado a esta subpopulação, o denominador varia.



*Nossa! Mas eu vou saber calcular com tantos detalhes assim?*

Fonte: Banco de imagens Einstein

Calma, é muito simples. Acompanha comigo...

Na Etapa 2 é discutida sala de vacinação, a organização dos processos e sua importância na saúde pública. Nenhuma novidade até aí, não é mesmo? Afinal, vocês na APS já fazem a imunização da sua população há muito tempo e é graças à sua contribuição que nosso país tem um dos mais exitosos programas de imunização do mundo! Mas vem cá, vocês utilizam das informações de cobertura vacinal para o planejamento das suas ações no âmbito populacional? Ainda não?! Nunca é tarde para começar.



Fonte: Banco de imagens Einstein

Os processos de imunização podem ser verificados pelos indicadores de cobertura de cada vacina do calendário vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Imunização, do Ministério da Saúde. No entanto, nosso foco é na **cobertura vacinal da Poliomielite Inativada e a Pentavalente** preconizadas no indicador do Previne Brasil, que devem ser administradas quando as crianças têm menos de um ano de vida e nos mesmos intervalos de tempo. Logo, o denominador desse indicador é toda a subpopulação de crianças com menos de um ano de idade que você já cadastrou, não é?



Fonte: Banco de imagens Einstein

### Se liga!

**Pentavalente:** compostas pela vacina adsorvida Difteria, Tétano, *Pertussis* (Coqueluche), Hepatite B (recombinante) e *Haemophilus Influenzae* B (conjugada).

Esquema vacinal: administrar 3 (três) doses: aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. A terceira dose não deverá ser administrada antes dos 6 (seis) meses de idade.

**Vacina Inativada Poliomielite (VIP):** para Poliomielite 1, 2 e 3, de vírus inativada.

Esquema vacinal: administrar 3 (três) doses: aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses.

O intervalo mínimo é de 30 dias entre as doses.

Saiba mais sobre o calendário nacional de vacinação em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-de-vacinacao> ➡

Vale lembrar que neste indicador do Previne Brasil, referente ao numerador, ou seja, número de 3ª doses aplicadas em menores de 1 ano, este não traduz necessariamente a aplicação de ambas 3ª doses das vacinas na mesma criança, o que diz muito mais sobre número de doses aplicadas do que número de crianças com esquema vacinal em dia entre os menores de 1 ano para a Poliomielite e Pentavalente.

Já se utilizássemos o indicador como sendo o número de crianças com o esquema em dia sobre o número de crianças cadastradas na unidade, seria mais efetivo para o monitoramento e planejamento vacinal na gestão de base populacional, até mesmo se analisado em outras esferas, como a nível municipal.



Fonte: Banco de imagens Einstein

Seja qual for a metodologia pela qual calcularemos a cobertura vacinal, é fundamental saber que são vários os fatores que impactam nos indicadores de cobertura vacinal, incluindo o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a temática da vacinação e a própria oferta desses insumos nas unidades e adequação das salas de vacinação. Mas isso você já está organizando em sua unidade por meio dos macroprocessos e microprocessos relacionados na PAS na Etapa 2, não é APS?

O que é importante que você, profissional e gestor das unidades ou nas secretarias de saúde, tenha em mente é que o monitoramento e a avaliação da cobertura vacinal na sua população é uma ferramenta poderosa na gestão de base populacional. Caso seja observada queda e/ou coberturas insatisfatórias da vacinação, a possibilidade de ocorrência de agravos é alta,

inclusive com potencial para causar surtos na sua população e/ou doenças que há muito tempo não são notificadas, como a Poliomielite. Para prevenir a ocorrência de doenças imunopreveníveis na sua população é importante programar suas ações, para a intensificação da vacinação e monitoramento de casos em conjunto com a vigilância epidemiológica.



Fonte: Banco de imagens Einstein

Nos níveis municipal e estadual, permite também a identificação de bolsões de suscetibilidade e maior atenção nas áreas com grande movimentação de pessoas, como as cidades turísticas e com população fluante, onde campanhas de imunização devem ser fortalecidas promovendo a proteção coletiva contra as doenças imunopreveníveis.

Como você viu na Etapa 2, a segurança nas salas de vacinação também é fator fundamental para garantir a segurança dos profissionais e dos usuários. É importante que as salas de vacinação estejam organizadas e que sejam realizados a administração das doses e o descarte dos insumos de forma segura.

Quantas vezes já não ouvimos casos de crianças vacinadas incorretamente ou população recebendo alguma dose que não deveria? Para evitar esse problema, devem ser confirmadas as vacinas antes de administrar e as informações dos usuários quanto à carteira de vacinação, a idade recomendada, intervalo entre as doses e pertencimento ao público-alvo específico.

A AAE está conseguindo acompanhar? Os próximos indicadores dizem respeito a sua atuação!

Vamos falar sobre os indicadores “**Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade**” e “**Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos**”. O que falar sobre eles?



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Geralmente são provenientes de gestantes não acompanhadas adequadamente durante o pré-natal. A gestante com HIV e/ou com Sífilis Terciária, ou Sífilis Resistente a tratamento deve ter seu cuidado compartilhado conosco da AAE.*

São desfechos não desejados para a nossa subpopulação de crianças. São indicadores de resultado de processo da atenção ao pré-natal, também relacionado ao indicador já discutido antes, de “Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV”. Embora a questão do pré-natal esteja relacionada a ambas as doenças, uma puericultura adequada poderia evitar novos casos de HIV/AIDS em menores de cinco, além da mortalidade infantil.

Para identificarmos a população de crianças com Sífilis Congênita e AIDS, é preciso sabermos entre a subpopulação de crianças quais delas possuem mães que durante o pré-natal, ou até mesmo antes da gestação, estavam infectadas com Sífilis e/ou HIV/AIDS e sem a adequada identificação na APS. A diferença no denominador entre o indicador da Sífilis Congênita e da AIDS é a faixa etária da subpopulação de crianças considerada: para Sífilis é até um ano de idade e a de AIDS em menores de cinco anos de idade.

Novamente a importância do cadastro e territorialização é evidenciada, por meio da identificação dos nascidos vivos e cadastro

imediatamente para acompanhamento do crescimento e dos agravos mais relevantes nas faixas etárias específicas destes indicadores. Além disso, para que esses desfechos não ocorram é necessário identificarmos precocemente a subpopulação de gestantes com Sífilis e HIV/AIDS, para seu imediato tratamento e de seu parceiro.



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Sim, APS entra em contato conosco da AAE para mapeamento dos casos no território! Estamos sempre disponíveis para orientar, em caso de dúvida. Afinal de contas, temos uma função educacional para os profissionais da APS. Vamos evitar os desfechos indesejáveis!*

É essencial esse apoio da AAE no processo de territorialização! Imprescindível para que o cuidado desses usuários ocorra de modo coordenado e contínuo na gestão de base populacional.

Vamos discutir outro indicador de resultado de processos, a “**Taxa de mortalidade infantil**”.

Ele está muito associado à qualidade da assistência pré-natal, do parto e nascimento, conforme discutido no guia para o monitoramento de indicadores da Etapa 1. Além de também avaliar o acesso das crianças menores de um ano no acompanhamento de puericultura na APS, secundária e terciária de qualidade, quando necessário. Para este indicador é necessário identificar os nascidos vivos da sua população e destes, quantos menores de um ano foram a óbito.

Uma observação interessante sobre este indicador é que ele pode ter componentes,

subdivididos por faixa etária, mostrando uma análise mais detalhada sobre os fatores associados à mortalidade no que diz respeito à assistência. Por exemplo, podemos ter mortalidade:

- Neonatal precoce, que abrange os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas até 6 dias de idade;
- Neonatal tardio, que são óbitos que ocorreram entre 7 e 27 dias de idade;
- Pós-neonatal, que são óbitos ocorridos em crianças com 28 dias de idade a 364 dias (menor de 1 ano completo).

Para cada componente o denominador é a população de nascidos vivos de mães residentes na sua população e seu numerador dos óbitos menores de um ano de idade, ocorridos nos tempos citados acima. O cálculo de taxa é aplicável somente a partir de nível de município. Para a análise das unidades o cálculo se restringe à soma dos óbitos menores de um ano.

Está vendo por que é fundamental que os recém-nascidos sejam imediatamente cadastrados e acompanhados pela unidade? Se você não sabe quem eles são, como saberá medir os componentes da mortalidade infantil? É importante acompanhar a Taxa de Mortalidade Infantil ou o número de óbitos menores de um ano e seus componentes, pois a taxa de mortalidade neonatal vem caindo em menor velocidade comparada à mortalidade infantil pós-neonatal.



Fonte: Banco de imagens Einstein

E vocês devem estar se perguntando “*Que importância essa informação tem para os serviços?*”. Saiba que a concentração de óbitos na primeira semana, e predominantemente nas primeiras 24 horas de vida, possui maior associação com a assistência de saúde na gestante e ao recém-nascido durante o período pré-natal, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e berçário (LANSKY *et al.*, 2002), ou seja, tem forte influência da qualidade da assistência nos pontos de atenção e seu decréscimo é um indicativo de melhorias no cuidado prestado.

Já a mortalidade pós-neonatal está mais associada a determinantes sociais e de saúde, especialmente aqueles que envolvem óbitos infantis por infecções gastrointestinais e respiratórias (LANSKY *et al.*, 2002), que em certo grau seus fatores de risco conseguem ser identificados pela APS por meio processos trabalhados na territorialização, imunização para estes agravos específicos, como a vacina de Rotavírus, e na gestão de base populacional, como a estratificação de risco familiar e análise das vulnerabilidades do território. Então sim, comece pelo básico e monitore a mortalidade nos menores de um ano de vida da sua subpopulação cadastrada, mas com certeza a análise dos componentes revelará muito sobre o processo de trabalho e resultados da sua equipe.



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Muito interessante! Às vezes a gente até sabe da teoria, mas falta colocar em prática nos nossos processos avaliativos. Um indicador de processo que pode diminuir a taxa de mortalidade infantil seria o*

*indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação”.*



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Além de um cuidado compartilhado e integral, tanto da gestante quanto da criança. Mal posso esperar para começar a integrar e fortalecer nossa gestão de base populacional!*

Uau! Gostei de ver a sintonia de vocês! Mas a gestão de base populacional incorporando os indicadores pactuados não termina por aqui!

Olha só quanta coisa já discutimos e como os macroprocessos e microprocessos trabalhados durante a Etapa 2 na APS e na AAE fazem diferença nos indicadores sugeridos neste guia! Mas não só a subpopulação de mulheres, gestantes e crianças se beneficiam disso. Vamos agora saber como é que acontece na subpopulação das condições crônicas?

## Subpopulação das Condições Crônicas

Você já aprendeu que por meio do cadastro da população do território de responsabilidade de suas equipes podemos identificar subpopulações-alvo do serviço, e que é por meio das características dessas subpopulações que programamos o funcionamento da unidade e organização das equipes para atender a estes usuários. Este é o coração da gestão de base populacional discutida na Etapa 2!

Assim, como é fundamental identificar a subpopulação de mulheres, gestantes e crianças em um território, também é bem essencial a



identificação de subpopulações com outras condições de saúde, que incluem os usuários com condições crônicas não transmissíveis, como as pessoas com Hipertensão e Diabetes. E por que isso acontece mesmo?



Fonte: Banco de imagens Einstein

*A identificação da subpopulação de usuários com doenças crônicas é comum em nossa população brasileira decorrente da alta prevalência dessas condições, especialmente a Hipertensão e Diabetes. Como trabalhamos com a linha de cuidado no PlanificaSUS, sempre estamos atendendo estes usuários no ambulatório. Com a ocorrência da transição demográfica e nutricional na população brasileira, no perfil epidemiológico da nossa população tende a ser mais frequente os usuários com alguma, e às vezes mais de uma, doença crônica não transmissível.*



Fonte: Banco de imagens Einstein

*E no PlanificaSUS aprendemos que é por meio dessas mudanças que, nós dos serviços de saúde que compõem o sistema de saúde, devemos também realizar a transição da nossa abordagem no cuidado ao usuário e à população. Os indicadores de condições crônicas estão muito relacionados à mudança do modelo da oferta para o modelo de gestão de base populacional, colocando o usuário e suas necessidades sempre no centro, é um processo dinâmico e desafiador!*

Vocês estão de parabéns! Nesse primeiro momento da gestão de base populacional as unidades e secretarias identificarão as necessidades da população, e vão selecionar os indicadores de saúde adequados e que melhor mensurem os processos e resultados em saúde das intervenções para responder a essas necessidades, retroalimentando a gestão de base populacional.

Com o Previne Brasil temos dois indicadores pactuados para esta subpopulação. O que me diz, APS?



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Ah sim, são indicadores muito presentes no nosso dia a dia na UBS e na agenda de nossas secretarias municipal e estadual de saúde, o de **“Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre”** e o **“Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada”**. Focamos na subpopulação com condições crônicas, principalmente naqueles usuários com Diabetes e/ou Hipertensão. Esses indicadores já estão no nosso radar há um tempo, temos que registrar continuamente no e-SUS APS, que emite um relatório quadrimestral no SISAB, mas nossas equipes monitoram mensalmente, pois nos auxilia na identificação dos usuários mais complexos nessas condições, aqueles de difícil estabilização e que por vezes compõem famílias de alto risco pela nossa estratificação.*

Muito bem! A população de crônicos foi identificada por meio do cadastro individual e familiar completos e agora, sua unidade poderá usar essas informações como sentinelas de risco para a estratificação de risco familiar, junto a outras informações dos usuários. A estratificação de risco familiar é uma ferramenta potente na organização do serviço, como a programação das visitas domiciliares, a distribuição das equipes de saúde da família e dimensionamento da oferta da carteira de serviços. Ou seja, com a identificação das famílias com alta vulnerabilidade, conseguiremos redistribuir as equipes nas microáreas do território e destinar maior atenção às famílias que precisam ser acompanhadas mais frequentemente e com maior apoio da rede assistencial.

Sabemos que a aferição da pressão e a solicitação do exame de hemoglobina glicada não são procedimentos que aplicamos a todos os usuários que atendemos na unidade, não é mesmo? Graças à identificação das subpopulações de pessoas com Hipertensão e Diabetes, seus profissionais puderam diferenciar o público a ter a pressão aferida e/ou solicitação do exame como parte da rotina dos seus cuidados de usuários com essas doenças.

Vamos lembrar que o cuidado não para por aqui, os níveis pressóricos precisam ser monitorados para adequação do cuidado e alcance da estabilização clínica do usuário com Hipertensão, assim como a meta não é só solicitar a hemoglobina glicada, mas partindo da premissa de que os resultados serão avaliados pelos profissionais de referência do usuário com Diabetes.

Nas próximas etapas vamos falar um pouco sobre esse manejo, não é agora... foco em cadastrar e identificar todos esses usuários e conhecer o seu território de ponta a ponta!

E agora que você já identificou sua subpopulação com doença crônica, você consegue me dizer qual é o outro indicador que pode ser um aliado para avaliar o cuidado a essa subpopulação?



Fonte: Banco de imagens Einstein



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Tem um indicador clássico! O de **“Taxa de mortalidade prematura, das pessoas de 30 a 69 anos, pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis”**, que inclui doenças cardiovasculares (incluindo a Hipertensão), as doenças respiratórias crônicas, cânceres e Diabetes. A gente não espera que nessa faixa etária um usuário venha a óbito por essas doenças, mas a vantagem deste indicador é justamente esta, pois aqui no ambulatório acompanhamos e quando há um aumento da taxa no município, já ficamos atentos e revisamos os nossos processos de trabalho e o contato com outros pontos de atenção para tentar encontrar as falhas no cuidado desses usuários que geraram um desfecho fatal. Geralmente, as causas são evitáveis e nós temos o dever de não deixar isso acontecer! Não falo só pela AAE em sua função assistencial, mas por todo o sistema de saúde, não é APS?*



Fonte: Banco de imagens Einstein

*Isso, quando assumimos a responsabilidade sanitária por um território e sua população adscrita, o cuidado deve ser longitudinal e integral, com o apoio de todos os pontos de atenção quando necessário. Agora na Etapa 2, estamos aprendendo que a estratificação de risco das subpopulações será fundamental para a identificação dos grupos vulneráveis e prioritários, pois nem todo usuário é igual, ainda que tenham a mesma condição crônica, como o Diabetes ou Hipertensão. Esse tipo de situação, a morte por condições evitáveis, demonstra falhas nesse cuidado, e nós da APS temos a missão de coordenar tudo da forma como cada usuário necessita e merece.*

Gente, até me emocionei!

Então, só para resumir e para não confundir, apesar de ser um indicador muito relevante para o monitoramento do cuidado da subpopulação de pessoas com doença crônica, o denominador para a “Taxa de mortalidade prematura, das pessoas de 30 a 69 anos, pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis” é toda a população de usuários do serviço de 30 a 69 anos de idade, seja com a condição ou não, e em seu numerador abordando somente os óbitos decorrentes das doenças cardiovasculares (incluindo a Hipertensão), as doenças respiratórias crônicas, cânceres e o Diabetes de pessoas nesta faixa etária.

Outra informação importante seria a modificação do cálculo a depender da esfera de governo. Para o nível de unidade e para município com menos de 100 mil habitantes, o cálculo é a soma dos óbitos prematuros, das pessoas de 30 a 69 anos cadastradas no serviço, pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas. Já para os municípios com mais de 100 mil habitantes e demais níveis, o cálculo é pela taxa de mortalidade.

Vocês estão começando a trabalhar os conceitos e os indicadores na Etapa 2!



Fonte: Banco de imagens Einstein

*E o outro indicador que discutimos no capítulo 1, **“Proporção de internações por condições sensíveis à APS”**? Qual é a subpopulação?*

Bem lembrado, AAE! Para esse indicador não existe uma subpopulação específica para ele, pois seu denominador é de âmbito hospitalar, são as internações. Ele se caracteriza como um marcador da qualidade do cuidado prestado pela APS - e também fundamental para avaliação da efetividade do compartilhamento do cuidado com a AAE, mas isso é papo para outra Etapa. Quanto menor for a internação de condições de saúde que podem ser resolvidas pela APS, melhor será demonstrado o cuidado da APS com as subpopulações de gestantes, crianças e de condições crônicas, no que diz respeito a doenças relacionadas ao pré-natal, puerpério, doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis.

Para saber sobre quais são as condições sensíveis à APS, [acesse aqui](#) ➔



Fonte: Banco de imagens Einstein

Para fechar com chave de ouro tudo o que conversamos neste capítulo, lembre-se da importância do lançamento dos dados de sua equipe nos sistemas de informação do SUS que você já conhece, como o SISAB! Só assim, será possível acompanhar pelos indicadores o diagnóstico situacional de saúde da população e o desempenho de suas equipes.

Infelizmente, estamos chegando ao final deste conteúdo. Progredimos muito, discutimos os indicadores e sua relação com a gestão de base populacional! Os processos avaliativos podem começar e você tem a missão de divulgar o que aprendeu, conto com você!

## INDICADORES DE MELHORIA DE PROCESSOS

Se você gosta de ver a evolução da sua unidade ao longo das etapas do PlanificaSUS, tenho mais um indicador recomendado para complementar as discussões da sua equipe, agora que na Etapa 2 vocês estão avançando na gestão de base populacional na APS e na AAE.

### Na APS: Cobertura de Usuários Cadastrados em Prontuário Eletrônico

#### O que mede:

Mede o percentual do cadastro de usuários do território de abrangência da unidade básica de saúde digitados em sistemas de prontuário eletrônico. Uma vez mensurada a população estimada e cadastrada a população na APS, é recomendado que todo o cadastro seja digitalizado em prontuário eletrônico.

#### Cálculo:

Numerador: Número de usuários com cadastro digitado em prontuário eletrônico

Denominador: Número de usuários cadastrados pela Unidade Básica de Saúde

Fórmula:

$$\left( \frac{\text{Número de usuários com cadastro digitado em prontuário eletrônico}}{\text{Número de usuários cadastrados pela unidade básica de saúde}} \right) \times 100$$

Unidade de medida: percentual

Parâmetros: quanto maior o percentual (cobertura) de usuário digitado em prontuário eletrônico pela unidade, melhor, até que se chegue a 100% da população em prontuário eletrônico.

Periodicidade: mensal

#### Como analisar:

Por definição do percentual, todos os usuários digitados contidos no numerador também estão contidos no denominador.

Para fins de cálculo do número de usuários cadastrados pelo componente de capitação ponderada do programa Previne Brasil, por exemplo, o usuário deve ter seu cadastro registrado nos módulos CDS ou pelo PEC e-SUS APS ou sistemas com possibilidade de integração, para acompanhamento deste

indicador pelo SISAB e fortalecendo a estratégia de saúde digital brasileira. Este indicador recomendado deriva da cobertura de usuários cadastrados pela unidade, por qualquer meio, incluindo ficha de cadastro individual em papel.

A ausência ou a baixa cobertura de cadastros em prontuário eletrônico pode ser reflexo de dificuldades com a conectividade e acesso a equipamentos de informática em áreas remotas do país, insuficiência ou falta de capacitação de profissionais para a digitação dos cadastros em meio eletrônico.

Pensando na superação das inequidades tecnológicas no âmbito da saúde, o Ministério da Saúde oferece uma série de ações estratégicas, dentre elas o Informatiza APS, uma das ações estratégicas que também compõe o programa Previne Brasil e que dispõe de custeio para informática nas unidades de saúde.

Leia mais em: <https://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps>



Fonte: Banco de imagens Einstein

Vale acrescentar que apesar da sugestão do indicador para o conjunto da unidade básica de saúde, em unidades com a configuração por equipes, como na Estratégia Saúde da Família, é altamente recomendável monitorar e avaliar os seus resultados por equipe e até mesmo por microáreas! Esta análise dirá muito sobre o desempenho das equipes e acesso no território! Basta calcular o numerador e denominador dentro de cada nível de análise de interesse: número de usuários com cadastro digitado em prontuário eletrônico da equipe A, sobre o número de usuários cadastrados pela equipe A, por exemplo.

## Na AAE: Percentual de Unidades Básicas de Saúde Vinculadas ao Ambulatório de Atenção Especializada

### O que mede:

Mede o percentual de unidades de APS do território que estão vinculadas ao ambulatório de Atenção Especializada, considerando que este é um ambulatório regionalizado referência para um número de UBS no seu território sanitário.

### Cálculo:

Numerador: Número de unidades básicas de saúde vinculadas ao ambulatório

Denominador: Número de Unidades Básicas de Saúde que pertencem ao território de abrangência do ambulatório

Fórmula:

$$\left( \frac{\text{Número de unidades básicas de saúde vinculadas ao ambulatório}}{\text{Número de unidades básicas de saúde que pertencem ao território de abrangência do ambulatório}} \right) \times 100$$

Unidade de medida: percentual

Parâmetros: quanto maior o percentual de unidades APS de abrangência vinculadas ao ambulatório regionalizado, melhor. Se possível, é recomendado que 100% das UBS estejam vinculados ao ambulatório em sua abrangência.

Periodicidade: mensal

### Como analisar:

Por definição do percentual, todas as unidades vinculadas contidas no numerador também estão contidas no denominador.

Todo ambulatório deve ter pactuado os fluxos e contrafluxos com a APS em seu território sanitário, que será melhor discutido nas etapas seguintes da PAS. Porém, é na Etapa 2, por meio do conhecimento deste território sanitário, que ambos os pontos de atenção mapeiam a população e a estrutura operacional local e trabalham sinergicamente na construção de um modelo chamado Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Já nesta etapa, o ambulatório deve mapear e cadastrar os serviços para os quais ele é referência no território de abrangência, e assim vincular as unidades de APS e conseqüentemente sua população adscrita.

Situações em que determinada unidade de abrangência não é vinculada ao ambulatório ou uma unidade que não seja de abrangência venha a ser vinculada ao ambulatório, são especificidades que devem ser pactuadas com as instâncias municipais, regionais e/ou estaduais e consideradas no momento de interpretação dos resultados do indicador.

## PRÓXIMOS PASSOS

E aí, gostou do conteúdo do Guia para Monitoramento de Indicadores da Etapa 2? A expectativa é que você possa capilarizar as discussões sobre cadastro, territorialização e gestão de base populacional, utilizando como instrumentos para a avaliação da integração os nossos valiosos indicadores de saúde.

Esteja à vontade para consultar o Guia Introdutório para Monitoramento de Indicadores para lembrar os conceitos-chave do monitoramento e avaliação, e recapitular os materiais das Etapas anteriores. Te vejo no próximo capítulo!

**Guia para Monitoramento de Indicadores - Etapa 2 | PlanificaSUS**

Anexo 1. Indicadores Pactuados

Subpopulação	Nº	Indicadores	Pactuações
<b>Todos os usuários</b>	1	Número de usuários cadastrados.	Previne Brasil
	2	Proporção de internações por condições sensíveis à APS.	COAP
<b>Mulheres</b>	3	Cobertura de exame citopatológico.	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
<b>Gestantes</b>	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 20ª semana de gestação.	Previne Brasil
	8	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	SISPACTO
	9	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	SISPACTO
<b>Crianças</b>	10	Cobertura vacinal de Poliomielite Inativada e de Pentavalente.	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
<b>Condições crônicas</b>	14	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.	Previne Brasil
	15	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	Previne Brasil
	16	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.	SISPACTO

# REFERÊNCIAS

APS. Previne Brasil. **Manual instrutivo do financiamento da atenção primária à saúde**. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento> >. Acesso em: 06 dez. 2021.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude/> >. Acesso em: 06 dez. 2021.

DIGISUS GESTOR. Nota técnica Nº 20/2021-DGIP/SE/MS. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: < <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/694FwffjijlklWlYl4fqll7bvJS08aYwOxsQjYQT.pdf> >. Acesso em: 06. dez.2021.

E-GESTOR AB. **Nota técnica de indicadores**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: < [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204\\_N\\_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores\\_3604088260565235807.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf) >. Acesso em: 06 dez. 2021.

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: 06 dez. 2021.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. **Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura**. Revista Saúde Pública, 36(6):759-72, 2002.

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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008_24_11_2016.html) >. Acesso em: 06 dez. 2021.

PLANIFICASUS. Ministério da Saúde. Disponível em: < <https://planificasus.com.br/notatecnica.php> >. Acesso em: 06 dez. 2021.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

