

PlanificaSUS

# GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES ETAPA 3

O ACESSO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



VERSÃO PRELIMINAR



PlanificaSUS

## **ETAPA 3**

O acesso à Rede de Atenção à Saúde



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  
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:**

Ana Alice Freire de Sousa  
Larissa Karollyne de Oliveira Santos  
Marcio Anderson Cardozo Paresque

**Colaboração:**

Ana Alice Freire de Sousa  
Ana Karina de Sousa Gadelha  
Elaine Cristina de Melo Faria  
Eliana Tiemi Masuda  
Evelyn Lima de Souza  
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

**Elaboração de texto:**

Eliana Tiemi Masuda  
Evelyn Lima de Souza  
Wagner Fulgêncio Elias

**Projeto gráfico e diagramação:**

Rudolf Serviços Gráficos

**Edição de texto:**

Kátia Amorim

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 3 – O acesso à Rede de Atenção à Saúde / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022.  
21 p.: il.

1. Acesso aos Serviços de 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.

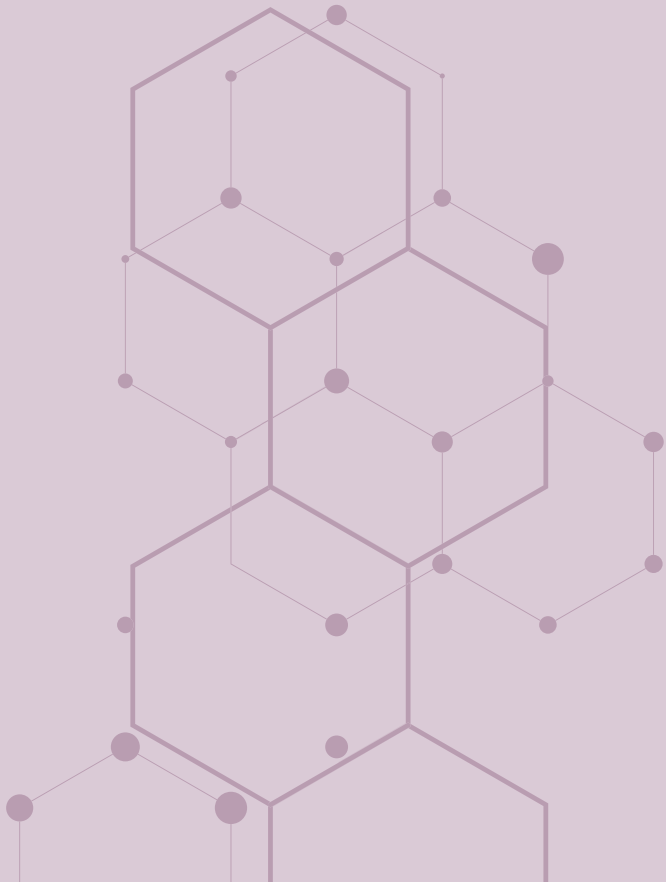
O PlanificaSUS é executado pela SBIBAE, sendo um projeto proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que apresenta, como área técnica responsável, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e, como área de atuação, a de Desenvolvimento de Técnicas e Operação 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 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 3, 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 3 “O acesso à Rede de Atenção à Saúde”.



# SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| ■ APRESENTAÇÃO . . . . .   | 3  |
| ■ APRESENTAÇÃO DO GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES – ETAPA 3 . . . . .   | 6  |
| ■ CAPÍTULO 3: O Acesso à Rede de Atenção à Saúde. . . . .  | 8  |
| ■ INDICADORES DE PACTUAÇÕES INTERFEDERATIVAS . . . . .   | 10 |
| Subpopulação de Mulheres, Gestantes e Crianças . . . . .   | 11 |
| Subpopulação com Condições Crônicas . . . . .  | 14 |
| ■ INDICADORES DE MELHORIA DE PROCESSOS. . . . .  | 17 |
| Na APS: Tempo médio de espera (em dias) para agendamento disponível<br>para consulta programada . . . . .  | 17 |
| Na AAE: Tempo médio de espera (em dias) para o acesso ao primeiro atendimento no<br>ambulatório de atenção especializada para usuários compartilhados corretamente<br>pela equipe de saúde . . . . . | 18 |
| ■ PRÓXIMOS PASSOS . . . . .  | 19 |
| ■ REFERÊNCIAS . . . . .  | 21 |

# APRESENTAÇÃO DO GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES – ETAPA 3

## Vamos recapitular...

Que bom que você está aqui!

Destinamos este Guia de 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. Consequentemente, essas ações subsidiam o planejamento e avaliação dos processos de trabalho da unidade e seus impactos na saúde.

Sempre que vamos dar um novo passo em direção à melhoria de processos de trabalho, é importante identificarmos até onde os passos anteriores nos trouxeram e qual a sua importância nessa jornada.

Nos processos já disparados anteriormente, vocês realizaram diversas ações que resultaram no diagnóstico situacional de sua unidade

de saúde e do seu território de abrangência, tais como: a avaliação da UBS e do ambulatório especializado, em sua estrutura física, ambiência, e carteira de serviços, bem como do mapa de pessoal da equipe de saúde. Também compreenderam os processos que permitem organizar a gestão de base populacional, a partir do cadastro individual e familiar, passando pela estratificação de risco familiar e a identificação de subpopulações com fatores de risco e de subpopulações com condições de saúde simples, complexas ou muito complexas.



*Nossa! Quanta coisa já fizemos! Aqui na unidade, esse processo de diagnóstico tem permitido conhecer melhor a população e alguns pontos fortes e necessidades de melhoria para a equipe e para a UBS. Percebemos, por exemplo, que a ambiência da unidade afeta bastante o fluxo dos usuários, na medida que havia muitos cartazes informativos espalhados pelos corredores e áreas de circulação e isso causava aglomeração de usuários em lugares que não são destinados à espera.*

*Também percebemos, junto aos ACS, como é importante conhecer as famílias pelo estrato de risco. Ao identificarmos e estruturarmos o plano de cuidado para uma família de alto risco, isso nos ajudou a identificar e fazer a busca ativa de dois membros da família que têm vários fatores de risco e não estavam vindo à UBS.*



*Aqui na AAE também tem sido muito interessante, pois estamos compreendendo melhor nosso papel na rede em relação aos demais serviços e aos usuários. Também tem sido importante conhecer a situação das UBS e equipes de APS vinculadas a nós. Isso nos aproxima da APS e mostra o quanto é necessário trabalharmos juntos, pois só assim vamos de fato dar o melhor cuidado à população.*

As ações já realizadas são fundamentais, pois contribuem para a construção da base (lembrem da metáfora da casa?) para a construção social de todos os demais macroprocessos da APS, assim como o fortalecimento dos macroprocessos da AAE. De maneira especial, as ações com foco no conhecimento da população total e das subpopulações prioritárias são fundamentais para darmos o passo atual, com foco no acesso.



Para rever a Construção Social da APS,  
[clique aqui](#) ➡

Como vimos nos materiais anteriores o ciclo PDSA é um método utilizado para testar e implementar mudanças no ambiente de trabalho que produzam melhoria, cujo nome original em inglês (*Plan, Do, Study e Act*), que traduzindo para o português significa (Planejar, Fazer, Estudar e Agir) (IHI, 2017). É importante aplicarmos o S e o A do ciclo do PDSA em relação às ações pactuadas nas etapas anteriores,

identificando em que estágio se encontram e como podem ser continuamente melhoradas na rotina de trabalho.



Lembre-se! Apoiado pelo processo de tutoria, em que são revisitados os processos trabalhados, planejados os próximos passos e pactuadas as metas, 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!

Vamos dar mais um passo e identificar: o que a discussão a respeito do acesso tem a ver com tudo isso?

Quer conhecer melhor o conteúdo  
e as ações trabalhadas na Etapa 3?  
[Acesse aqui](#) ➡ a Biblioteca Virtual do e-Planifica



## CAPÍTULO 3: O Acesso à Rede de Atenção à Saúde

Nesta temática central, você compreendeu o quanto a discussão sobre o acesso pode ser importante para a melhoria dos processos de trabalho em sua unidade e equipe, não é mesmo? Uma vez que compreendemos que o balanceamento entre oferta e demanda começa com a identificação das necessidades de saúde da população e o diagnóstico dos fluxos e das ofertas de serviços no dia a dia da unidade, temos mais elementos para organizarmos uma resposta mais efetiva a essas demandas, organizando fluxos e estruturando microprocessos em ambientes importantes, como a recepção. Como tem sido a jornada de mapeamento do acesso da população aos serviços?



*O mapeamento da demanda começou, na nossa UBS, com um estudo sobre o atendimento semanal e o volume de usuários nos diferentes dias da semana e períodos. Agora, estamos mapeando os processos da recepção e discutindo a possibilidade de melhoria. Nas conversas da equipe de saúde, a organização de um pré-atendimento, para evitar uma fila grande na mesa da recepção, foi vista como uma solução possível. Também foi muito importante quando identificamos que apenas uma microárea foi responsável por quase metade das faltas de usuários no mês passado! Vamos investigar melhor quais são as possíveis barreiras que estão atrapalhando o acesso à nossa equipe. Ainda há muito o que fazer...*



*No nosso caso, aqui na AAE também podemos perceber uma evolução neste processo. Pelo fato de conhecermos melhor o quantitativo de usuários esperados, vindos das UBS, estamos conseguindo mapear a necessidade real de profissionais para o momento atual, considerando a carteira de serviços esperada. Nos próximos dias deve até chegar uma Assistente Social para fazer parte da nossa equipe. Também estamos organizando os critérios e os fluxos de agendamento, para serem discutidos e pactuados com as equipes de APS. Esse é um ponto muito importante na qualificação do acesso à AAE, pois não queremos voltar ao modelo anterior, com a porta aberta e uma fila gigante de usuários na entrada da unidade. Muitos deles sem compartilhamento pelas equipes da APS.*

De fato, ainda há muito para fazer e certamente não queremos voltar ao modelo anterior, mas é importante celebrar as conquistas alcançadas, pois posso garantir que elas têm gerado mais valor para a população e equipes, além de maior satisfação dos usuários e profissionais. Esse é um resultado importante da discussão do acesso.

Um outro aspecto a ser considerado é como o tema do acesso pode favorecer a integração entre APS e AAE, na lógica da estruturação dos microssistemas clínicos. Mendes (2019) define microssistema clínico como um lugar em que um pequeno grupo de pessoas trabalham juntas e de forma regular, encontram pessoas usuárias e famílias que habitam um determinado território e prestam a elas cuidados de saúde. A animação a seguir apresenta o diagrama dos “5Ps” (GODFREY, 2004):

**Vídeo 1:** Animação diagrama microssistema clínico ✖



Se houver problema com o modo de exibição deste vídeo, clique aqui para exibi-lo em um navegador da Web. [Clique aqui](#) ✖



Agora, é importante entendermos como a discussão do acesso se relaciona com o monitoramento dos indicadores pactuados e como ela pode nos ajudar a qualificar ainda mais o conhecimento e atendimento da população.

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

# INDICADORES DE PACTUAÇÕES INTERFEDERATIVAS

E o cadastramento da população, relacionado ao indicador de “**número de usuários cadastrados**”, tem avançado?



*Sim! Temos percebido um avanço no cadastramento da população. Sabemos isso porque recentemente estabelecemos um novo processo de trabalho: o monitoramento semanal da situação cadastral junto a cada ACS. Ele nos ajuda a vermos qual é a nossa situação em relação a esse indicador do Previnhe Brasil. Recentemente, tivemos alguns problemas de digitação no e-SUS, por questões estruturais - temos somente um computador para todos os ACS - mas organizamos uma escala de digitação, enquanto esperamos a nova máquina que está sendo disponibilizada. O volume de cadastramentos no papel ainda é bem maior do que no sistema de informação do Ministério.*



*Para nós da AAE esse é um assunto muito relevante também, pois à medida que avança o conhecimento da população pelas equipes de APS também tende a avançar o nosso painel de população em cuidado compartilhado. Isso acontece porque as pessoas que acessam nosso ambulatório devem estar cadastradas e estratificadas pela APS, o que corresponde à população do nosso território regional.*

É isso mesmo! Pelas discussões apresentadas, percebemos que o primeiro passo para a qualificação do acesso é identificar a população e compreender as necessidades de saúde que se traduzem em demandas concretas aos serviços. Esse processo inicia-se pelo cadastramento com qualidade que permitirá conhecer melhor as diferentes subpopulações e seus fatores de risco.

Um outro aspecto importante pelo qual o cadastramento correto de usuários e famílias impacta o acesso é o fato de que, com a população devidamente cadastrada e vinculada às equipes e microáreas de saúde, o processo do acolhimento na unidade é muito facilitado, evitando filas desnecessárias, causadas pelo desconhecimento em relação à equipe de atendimento.

Para saber mais sobre o Previnhe Brasil, acesse:

[Previnhe 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 Previnhe 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, 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](#) ✨



Quanto à questão da digitação é importante saber que, para o monitoramento do indicador e apuração de seus resultados junto ao Previne Brasil, o que vale é a população corretamente cadastrada no sistema de informação (e-SUS APS ou sistema próprio com integração com o e-SUS APS) e vinculada à sua equipe de referência.

### Subpopulação de Mulheres, Gestantes e Crianças

Quando consideramos a subpopulação de mulheres, gestantes e crianças - e cada uma das subpopulações específicas descritas nos indicadores propostos - é importante destacarmos, do ponto de vista do acesso, que seis indicadores estão diretamente relacionados ao acesso a serviços pela população. São eles:

- **Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS (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 (SISACTO).**
- **Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação (Previne Brasil).**
- **Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV (Previne Brasil).**
- **Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (Previne Brasil).**
- **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).**

Ao mapearmos esses indicadores, pelo ponto de vista do acesso, podemos identificar algumas ações que devem ser desenvolvidas, com o objetivo de fazer o balanceamento entre a oferta dos serviços e a necessidade de saúde, traduzida em demandas da população.



- a) Identificar e dimensionar a subpopulação-alvo.
- b) Mapear os processos necessários para garantir que essa ação ou serviço sejam oferecidos à subpopulação.
- c) Identificar e dimensionar a disponibilidade na agenda da equipe para as ações propostas.
- d) Fazer o balanceamento entre oferta e demanda.

Vamos ver cada uma delas, tomando por exemplo alguns indicadores?

É importante destacar que, ainda que alguns desses indicadores façam referência e mensurem a realização dos procedimentos em relação à população específica, e tenham maior foco no quantitativo de procedimentos realizados; para as equipes e profissionais da APS e da AAE essa relação não deve ser apenas uma relação numérica, mas individualizada. Sendo assim, interessa mais para a APS saber nominalmente, por exemplo, quais são as mulheres na faixa etária de 50-69 anos que realizaram mamografia para rastreamento em um determinado período. Temos que levar em consideração as necessidades de saúde da população para melhor gestão do cuidado.



*Eu entendo o que você está dizendo e posso dar um exemplo na APS: quando nós agendamos a coleta do citopatológico, é muito importante acompanharmos a usuária e lembrarmos a ela do agendamento, caso contrário, aumenta muito a chance de ela faltar, principalmente se estiver trabalhando fora ou tiver filhos pequenos. As preocupações do dia a dia entram na frente da vinda à UBS para a coleta do exame.*

O cadastro e o mapeamento das subpopulações a serem acompanhadas para o monitoramento de cada um dos indicadores propostos foi apresentado e discutido no capítulo 2 disponível na [Biblioteca Virtual do e-Planifica](#).  
Recomendamos a retomada das ações propostas no capítulo anterior para o mapeamento da subpopulação-alvo. Isso pode ser feito no ciclo PDSA, ou seja: retomar as ações planejadas e realizadas (P e D), identificar em que estágio se encontram (S) e a identificação de ações para melhoria ou padronização de processos (A).

Ao identificarmos as subpopulações prioritárias, é importante também que seja verificado:

- Como esses usuários procuram o serviço de saúde e/ou como essas ações são ofertadas à população?
- Que recursos, estrutura e competências são necessários para a oferta dessas ações de saúde?
- Quais fatores são facilitadores ou dificultadores do acesso da população aos serviços de saúde?



*Nós da AAE também compreendemos que para o agendamento de exames de maior complexidade, como o caso da mamografia, a identificação de processos e estrutura é muito importante, pois a disposição dos equipamentos específicos no território deve ser adequada à resposta necessária para a população.*

É isso! Vocês entenderam muito bem! Para cada um desses indicadores a discussão sobre as especificidades da população e a organização dos processos de trabalho vai ajudar a equipe a identificar ações a serem realizadas para a ampliação do acesso e melhoria dos resultados do indicador.

Um outro exemplo possível é o referente ao indicador de **“Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”**. Em muitas regiões do Brasil, principalmente em cidades do interior, ainda há a cultura de que as gestantes não podem fazer acompanhamento e tratamento odontológico, por acreditarem que poderiam perder o bebê. Para as equipes de saúde bucal da APS esse é um fator dificultador do acesso, uma verdadeira barreira cultural. Uma estratégia possível e necessária para superar essa barreira de acesso é a maior aproximação entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família, com a integração de agendas e de discursos junto à população, para que as gestantes conheçam os benefícios, para elas e para os bebês, do acompanhamento em saúde bucal.



O próximo passo é identificar se há espaço disponível para a realização dessas ações na agenda e se ele está dimensionado adequadamente em relação à necessidade da população.



*Essa é fácil! Uma vez tivemos que diminuir o horário de funcionamento da sala de vacinação da UBS por alguns meses, por problemas estruturais. Como resultado, a nossa cobertura foi “lá no chão”. Muitos pais reclamaram que a UBS não estava aberta na hora que eles podiam levar os filhos para vacinar.*

Você entendeu! A disponibilização de espaço na agenda para o acolhimento e o atendimento aos usuários é uma ação de qualificação do acesso pela racionalização da oferta de serviços, ou seja, adequação da oferta conforme

necessidade. Uma vez que a demanda é mapeada e a sua variabilidade é compreendida, a organização da agenda fica mais fácil. A mensuração dos tempos de espera para os diferentes serviços e ações de saúde também dará informações muito relevantes para essa organização.

A organização da agenda dos profissionais, de modo a garantir que as necessidades dos cidadãos usuários estão sendo acolhidas, compreendidas e respondidas de maneira adequada e oportuna é um componente importante do acesso. Vejam no caso abaixo, por exemplo, como a organização da agenda pode ajudar a equipe de saúde da APS a se organizar adequadamente para três indicadores pactuados: **proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV e proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.**

Anna e seu marido Juliano receberam a visita da ACS Maria, para o cadastramento familiar, pois mudaram-se recentemente para a região. Durante a visita foi identificada a suspeita de gravidez, quando Anna relatou atraso menstrual e episódios de indisposição e enjoo.

Maria orientou sobre a importância da confirmação da gravidez e do acompanhamento oportuno do pré-natal, em caso de gravidez confirmada, e agendou para o dia seguinte a ida à UBS para a realização do teste de gravidez, os testes rápidos para sífilis e HIV e uma conversa com a enfermeira Raquel.

O teste confirmou a gravidez e Raquel iniciou o acolhimento da gestante, com as orientações necessárias, a confirmação da ausência de sífilis e HIV, a investigação de fatores de risco e o agendamento da primeira consulta de pré-natal, segundo a conveniência de Anna.

No dia da consulta Juliano também estava presente e tudo correu bem. Ele também foi orientado a iniciar o pré-natal do parceiro. Após a consulta, Anna foi conduzida ao consultório odontológico, onde já estava sendo aguardada para avaliação e depois disso foi acompanhada à sala de procedimentos, para a coleta do material necessário aos exames da primeira consulta.

O cadastro de Anna foi atualizado com as informações necessárias para a abertura do pré-natal no sistema de informação e foi apresentada a proposta de um calendário de acompanhamento do pré-natal, com todas as consultas e exames previstos no protocolo.

Quer saber mais sobre o pré-natal do parceiro?  
Acesse o [Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde](#) ✨

Percebem como a organização de processos e a integração da agenda permitiram que a equipe de saúde, em uma mesma ocasião, oferecesse a Anna uma atenção integral com a consulta de pré-natal, a consulta odontológica e os exames? Esse é um exemplo exitoso de como a discussão sobre o acesso impacta nos indicadores que vocês monitoram!



*Aqui na AAE ficou a dúvida: e o passo final: "Fazer o balanceamento entre oferta e demanda"? Estou entendendo que deve ser o processo natural: uma vez que seja identificado um desequilíbrio que possa ocasionar barreiras de acesso, é importante ajustar ações de oferta e de demanda para buscar o melhor cenário possível. Não é isso?*

É isso aí! A organização da estrutura e dos processos assistenciais, deve estar atrelada ao diagnóstico da necessidade da população, garantindo acesso seguro, humanizado e resolutivo.

Os outros cinco indicadores referentes à subpopulação de mulheres, gestantes e crianças fazem referência não à oferta de serviços de saúde, mas aos resultados desfavoráveis em

saúde, que queremos prevenir sua ocorrência. São eles:

- **Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos (SISPACTO).**
- **Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (SISPACTO).**
- **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).**
- **Número de óbitos infantis (SISPACTO).**

Esses indicadores também podem e devem ser analisados pelo ponto de vista do acesso. Para isso, algumas perguntas podem nos ajudar:



- a) Que processos de trabalho estão associados à prevenção dos agravos descritos nesses indicadores?
- b) Como as equipes de APS e AAE identificam que o acesso da população a esses serviços tem potencial para obter melhores resultados?



*Deixa ver se eu entendi na perspectiva da APS. Às vezes acontece que durante o pré-natal a gestante passa por todas as ações propostas, inclusive os exames de Sífilis, mas o seu parceiro não é testado. Aí acontece de a criança nascer com sífilis congênita e a gente se pergunta: se o pai tivesse sido testado, nós possivelmente teríamos identificado precocemente a doença*

*e prevenido a transmissão da mãe para o filho. A falta de acesso do pai pode impactar nesse indicador, não é isso?*

Você entendeu bem. O acesso ao pré-natal para a gestante e a estruturação das orientações e do acompanhamento ao parceiro são grandes conquistas em um cuidado de qualidade. Segundo Pinto Júnior et al (2020) as infecções congênitas, dentre elas a sífilis, estiveram entre as maiores causas de internações por causas sensíveis neonatais.

Em nosso país, até 26,4% das mulheres não tiveram acesso ou tiveram acesso inadequado ou intermediário ao pré-natal (Nota Técnica "Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério", p.11), logo podemos imaginar que o acompanhamento do parceiro é muito mais frágil. Quantos desfechos negativos podem ser evitados com a estrutura e a adoção dos processos adequados!



*Para nós da AAE está claro: a estratificação de risco de crianças e gestantes e o compartilhamento do cuidado daquelas de alto e muito alto riscos é muito mais do que apenas uma ação de organização de fluxo ou demanda, mas a garantia de acesso e acompanhamento adequados. O acesso e o acompanhamento adequados aos usuários de maior risco certamente irá impactar em redução na mortalidade materna e infantil.*

Com certeza! Lembrem-se da meta pactuada por nós anteriormente: zero morte evitável!

Achei legal você ter relacionado o tema do acesso com a estratificação de risco, pois é importante que a equipe do ambulatório monitore os indicadores da população de alto e muito alto riscos! Note como os processos estão se interligando! Mas não vou adiantar, pois a estratificação de risco será aprofundada no próximo capítulo!

E como vai o acompanhamento das adolescentes?



*Na nossa UBS, fizemos com a escola do bairro uma ação integrada de educação em saúde e convidamos todos os adolescentes cadastrados. Foi muito bom, porque o acesso dos adolescentes à UBS é bastante baixo, em geral. Isso porque eles mesmos não procuram muito a UBS e quando nós tentamos agendar, inventam alguma desculpa, pois sentem que não têm necessidade de cuidados em saúde. Precisamos ser criativos e falar a mesma língua, quando falamos a essa subpopulação de adolescentes! Até na rádio comunitária nós já fomos, para fazer uma mobilização!*

Essa é uma boa forma de considerar o indicador de “**proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos**” sob a ótica do acesso. Lembrem-se de que a barreira de acesso pode ser cultural ou comportamental, tanto por parte dos adolescentes quanto por parte dos profissionais da unidade, já que

podem existir diferenças entre gerações e alguns julgamentos morais. Nesse caso, como vocês fizeram, é importante ir ao encontro da subpopulação, ir até as escolas, à comunidade e elaborar formas criativas e intersetoriais de abordagem.

Quer conhecer o [Programa Saúde na Escola](#) \*? Essa pode ser uma estratégia intersetorial para o cadastramento e vinculação de crianças e adolescentes que frequentam as escolas.

Agora convido vocês a identificarem como o tema do acesso também pode nos ajudar a melhorar os resultados dos indicadores relacionados à hipertensão, diabetes e condições sensíveis ao cuidado na APS. Vamos lá?

### Subpopulação com Condições Crônicas

Do conjunto de indicadores que acompanhamos, alguns fazem referência às subpopulações com algumas condições crônicas específicas, vocês podem me dizer quais são eles?



*Essa é fácil! São três indicadores que nós da AAE acreditamos serem muito importantes e devem ser monitorados sempre:*

- **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).**

*E tem também o indicador do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013/2015 (COAP) de **Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária**, que faz referência a algumas condições crônicas, mas também a condições agudas e relacionadas à gestação.*



*Boa, AAE! E, se vamos usar a mesma lógica que usamos antes, podemos dividi-los em dois blocos:*

*Os dois indicadores do Previne Brasil apresentam foco na oferta de serviços que nos ajudam a acompanhar ações de saúde para a população de usuários com hipertensão (consulta e aferição de pressão arterial) e usuários com diabetes (consulta e solicitação de hemoglobina glicada).*

*Os outros dois indicadores ajudam a medir desfechos desfavoráveis, que queremos evitar, que são as internações por condições sensíveis à APS e a mortalidade prematura por doenças crônicas.*

Parabéns! Identificar as subpopulações e entender a que se referem os indicadores é realmente fundamental para que eles sejam monitorados corretamente. Vocês estão indo muito bem!



Vamos então, analisar, considerando o critério do acesso, os dois indicadores do Previne Brasil. O que acham? Lembrem-se de que para esses indicadores, que se referem a ações de saúde para a população, nós discutimos quatro passos principais:

- Identificar e dimensionar a subpopulação-alvo.
- Mapear os processos necessários para garantir que essa ação ou serviço sejam oferecidos à subpopulação.
- Identificar e dimensionar a disponibilidade na agenda da equipe para as ações propostas.
- Fazer o balanceamento entre oferta e demanda.



*Estamos numa busca contínua pelos usuários com diabetes e hipertensão na área da nossa UBS. A nossa cobertura vem aumentando a cada dia! Ainda não conseguimos encontrar todos os usuários esperados, mas vamos chegar lá!*

Muito bem! Esse é o espírito! É importante frisar que apesar de hipertensão e diabetes serem doenças de alta prevalência junto à população, grande parte dos usuários com essas condições de saúde nem possuem diagnóstico ainda, e dentre os usuários que receberam diagnóstico também há um grupo grande sem tratamento ou com cuidado inadequado. Mendes (2019) nos apresenta os seguintes dados:

*“Nos Estados Unidos, em 2007, havia 23,6 milhões de pessoas portadoras de diabetes, 17,9 milhões com diagnóstico e 5,7 milhões sem diagnóstico, o que corresponde a 32% do total (NATIONAL INSTITUTE OF*

*DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES, 2007).*

(...)

*Uma pesquisa com 16 mil pessoas mostrou que 27% tinham hipertensão, que 15% a 24% tinham a hipertensão controlada, que 27% a 41% não sabiam que tinham hipertensão, que 25% a 32% estavam tratando a hipertensão, mas sem controlá-la, e que 17% a 19% sabiam que eram hipertensos, mas não buscavam tratamento (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).”*

Sendo assim, vocês estão certos! A busca por esses usuários exige um esforço contínuo e persistente. É importante mapear como eles se apresentam à Unidade de Saúde e identificar famílias de risco e usuários com fatores de risco para essas condições.

Que mais podemos dizer sobre o acompanhamento desses indicadores?



*Quando pensamos na oferta dos serviços, é importante discutir no município e na região de saúde se o exame da hemoglobina glicada está disponível para os usuários com Diabetes Mellitus, caso contrário, nós vamos fazer a solicitação, mas o cidadão não vai ter onde fazer o exame, ou vai ter que pagar do próprio bolso!*

Este é um aspecto muito importante a ser considerado, pois a não oferta de um exame ou procedimento pelos serviços de saúde é uma grande barreira de acesso!

Outro aspecto também importante, quando percebemos o acesso pelo lado da oferta, é a qualidade dos serviços oferecidos. As equipes e profissionais devem estar atentos para estudarem e conhecerem os protocolos assistenciais e realizarem de maneira adequada as ações propostas. Por exemplo: para a aferição da pressão arterial é muito importante observar a técnica correta, pois isso levará a uma medida mais exata e como consequência, a uma conduta mais assertiva junto ao usuário.

Recomendo a leitura dos resultados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) 2021 sobre as estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas.



*Na AAE, quando vamos ajustar a agenda para qualificar o acesso, é importante conhecer o diagnóstico de cada UBS e cada equipe, pois essa informação dará o dimensionamento do tempo necessário para atendimento aos usuários de alto e muito alto riscos. Quando conhecemos esse tempo, potencializamos o compartilhamento com a APS, já que essa informação ajuda a organizar os fluxos e qualifica o acesso. O exame de hemoglobina glicada, por exemplo, pode estar disponível para os usuários com diabetes mellitus na região, porém precisa ser realizado em tempo hábil para a consulta no ambulatório. A*

*APS conhecendo o tempo necessário para atendimento no ambulatório irá compartilhar o cuidado de usuários de alto e muito alto riscos com exames realizados em tempo oportuno.*

Fazendo isso vocês estão balanceando oferta e demanda e construindo, em conjunto com a APS, um acesso mais oportuno e satisfatório para os usuários.

Que boa conversa estamos tendo! Muitos elementos para considerarmos.

Agora podemos olhar também para os dois indicadores faltantes e tentar responder à pergunta: Como vocês, profissionais das equipes de APS e AAE, identificam que o acesso da população a esses serviços tem potencial para obter melhores resultados sanitários?



*Tanto as condições sensíveis à APS do COAP, que abrangem as condições crônicas e agudas, quanto as doenças crônicas não transmissíveis previstas no indicador do SISACTO têm seus resultados muito atrelados ao acesso pois, por exemplo:*

- *O acesso a ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e abordagem dos fatores de risco tem a possibilidade de impedir ou adiar o surgimento de algumas condições de saúde.*

- *O diagnóstico ao ser realizado o quanto antes, dará aos profissionais e equipes de saúde melhores alternativas de cuidado para discutirem com os usuários.*
- *O acesso a uma conduta clínica adequada à condição de saúde e ao estrato de risco do usuário, bem como às ações de autocuidado apoiado, podem conduzir a resultados clínicos favoráveis, com o alcance das metas terapêuticas e melhor qualidade de vida.*

Vocês estão indo bem! A expectativa é que essas discussões tenham um efeito mobilizador em sua equipe, para discutirem e pactuarem ações que favoreçam o acesso das pessoas usuárias a serviços de saúde de qualidade cada vez de melhor.

O acompanhamento da série histórica desses indicadores, obtida pelo monitoramento periódico e constante de seus resultados, dará à equipe um indicativo de como as ações realizadas estão contribuindo para a melhoria do acesso da população. Por exemplo: o aumento do número de usuários com hipertensão com consultas e aferição de pressão arterial em dia é um sinal de que a equipe de saúde está qualificando o acesso desses usuários. Da mesma forma, a diminuição do número de internações por condições sensíveis à APS (por exemplo: um usuário que teve um AVC) ao longo do tempo é um sinal positivo para a avaliação do acesso pela equipe.



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.

Infelizmente, estamos chegando ao final deste capítulo. Progredimos muito, discutimos os indicadores e sua relação com o acesso à APS e à AAE! Os processos avaliativos podem começar e você tem a missão de divulgar o que aprendeu, conto com você!

# INDICADORES DE MELHORIA DE PROCESSOS

Pensando nos processos de trabalho de sua equipe de saúde e na qualificação do acesso, 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: Tempo médio de espera (em dias) para agendamento disponível para consulta programada

### O que mede:

Mede o intervalo de tempo entre a apresentação da demanda e a terceira vaga disponível para agendamento de consulta com determinado profissional.

### Cálculo:

Numerador: Soma dos tempos de espera (em dias) para a terceira vaga disponível para consulta programada, na agenda dos profissionais.

Denominador: Número total de usuários que necessitaram de consulta programada e cujo tempo de espera (em dias) foi medido.

Este cálculo resultará na média de dias que os usuários esperam entre o agendamento e a terceira vaga disponível para o profissional da APS.

Fórmula:

$$\left( \frac{\text{Soma dos tempos de espera (em dias) para a terceira vaga disponível para consulta programada, na agenda dos profissionais}}{\text{Número total de usuários que necessitaram de consulta programada e cujo tempo de espera (em dias) foi medido}} \right)$$

Unidade de medida: Média de dias (número absoluto)

Parâmetros: Não existem parâmetros preestabelecidos para a análise comparativa. Algumas experiências consideram oportuno um tempo de espera de até 48 horas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). A equipe

pode considerar também: a própria avaliação, mesmo que subjetiva; a manifestação de satisfação ou insatisfação do usuário; o tempo médio de outras unidades com um perfil semelhante de atendimento.

Periodicidade: Mensal

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

### Observações:

O **terceiro agendamento disponível** é o indicador clássico, utilizado para a verificação de tempos de espera. Ele é usado, ao invés do primeiro ou segundo agendamentos disponíveis, porque reflete com maior sensibilidade a disponibilidade de agendamento que está sujeita a eventos inesperados como cancelamentos de atendimentos (Mendes, 2019; Institute for Healthcare Improvement, 2014).

No momento em que o usuário solicita a marcação, ou que é identificada a necessidade de agendamento pelo profissional de saúde, registra-se o intervalo de tempo em dias, até o terceiro agendamento disponível.

Realizar a medição para solicitação de consulta em diferentes situações não urgentes como: um adulto que deseja fazer uma consulta de controle (checkup); a primeira consulta de pré-natal; um diabético egresso recente de internação.

O registro no e-Planifica é mensal. Recomenda-se que seja avaliada a possibilidade de medir em intervalos menores do que um mês (a cada 15 dias ou a cada semana).

Considerando que os fluxos e tempos de agendamento são diferentes para cada um dos profissionais da equipe, recomendamos que seja considerada a agenda do profissional médico como indicador síntese, que funcione como aproximação do agendamento de todos os profissionais de nível superior da equipe.

### Como analisar:

O Terceiro Agendamento Disponível é um indicador, sobretudo para a organização do agendamento médico, podendo ser aplicado também para

outros profissionais como o enfermeiro, dentista e demais profissionais da unidade. Considera-se a terceira vaga disponível na agenda.

Caso o tempo de agendamento seja considerado longo, a equipe deverá identificar as possíveis razões e barreiras de acesso, bem como discutir e pactuar ações para ajustamento da demanda e da oferta.

É importante, na avaliação da equipe, considerar possíveis eventos que possam ampliar ou diminuir o tempo de espera dos usuários, tais como:

- A desistência de um (ou mais) usuário(s) poderá abrir vagas em um período muito curto, melhorando o resultado do indicador.
- Por outro lado, um afastamento ou licença de profissional poderá ampliar o tempo de espera.

### **Na AAE: Tempo médio de espera (em dias) para o acesso ao primeiro atendimento no ambulatório de atenção especializada para usuários compartilhados corretamente pela equipe de saúde**

#### **O que mede:**

Mede o intervalo de tempo (em dias) entre a solicitação de agendamento feito pela equipe de saúde e a data do primeiro atendimento do usuário pela equipe do ambulatório de atenção especializada.

#### **Cálculo:**

Numerador: Soma dos tempos de espera (em dias) para primeiro atendimento de cada um dos usuários cujo cuidado foi compartilhado com o ambulatório

Denominador: Número total de usuários cujo cuidado foi compartilhado com o ambulatório em que foi medido o tempo de espera (em dias) para o primeiro atendimento.

Este cálculo resultará na média de dias que cada usuário espera entre a solicitação do agendamento e o primeiro atendimento no ambulatório especializado.

Fórmula:

$$\left( \frac{\text{Soma dos tempos de espera (em dias) para primeiro atendimento de cada um dos usuários cujo cuidado foi compartilhado com o ambulatório}}{\text{Número total de usuários cujo cuidado foi compartilhado com o ambulatório em que foi medido o tempo de espera (em dias) para o primeiro atendimento}} \right)$$

Unidade de medida: Média de dias (número absoluto)

Parâmetros: Quanto menor o tempo médio de espera (em dias), melhor.

Periodicidade: Mensal (tempo médio de dias para o primeiro atendimento no ambulatório em determinado mês).

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

#### **Observações:**

O tempo de espera deve ser mensurado a partir da solicitação feita pelo profissional da APS, dessa forma irá contemplar também o tempo dispendido com os trâmites de agendamento no município ou região de saúde.

Os dados para registro no e-Planifica poderão ser retirados da Planilha “Modelo de Agendamento no Ambulatório de Atenção Especializada” disponibilizada na [Biblioteca Virtual do e-Planifica](#) ✨ > PlanificaSUS > Etapas PlanificaSUS > Etapa 3 > Tutoria AAE.

O registro no e-Planifica é mensal e no conjunto de atendimentos da unidade, ou seja, considerando todos os usuários atendidos no mês. Recomenda-se diferenciar o tempo médio de espera por condição crônica, como por exemplo, gestantes devem ser prontamente respondidas, não ultrapassando o tempo médio de espera de 15 dias, enquanto para os demais usuários com condições crônicas, esse tempo não deve ultrapassar 30 dias.

#### **Como analisar:**

Recomenda-se que esse tempo seja monitorado para cada indivíduo cujo cuidado foi compartilhado, e no seu denominador, sejam incluídos apenas os indivíduos em que foi medido o tempo de espera somado no numerador. Isso porque se você mediu o tempo de espera de um número menor de usuários e atribuir no denominador o total de usuários compartilhados, o resultado do tempo médio não representará a realidade e pode estar subestimado ou superestimado.

Não deve existir fila de espera para primeiros atendimentos no ambulatório, seja qual for a Linha de Cuidado, uma vez que a disponibilidade de agenda deve ser coerente com a necessidade de saúde. Isso quer dizer que, no momento da programação e pactuação da agenda, a equipe do ambulatório



deve levar em consideração a necessidade de saúde de todos os usuários acompanhados pelas UBS e equipes a ela vinculadas.

Caso os tempos estabelecidos como parâmetro sejam extrapolados, deve ser feita uma revisão do processo de agendamento, da capacidade operacional e da assertividade dos critérios de compartilhamento do cuidado.



É importante ficar atento ao fato de que o processo de agendamento deverá se aperfeiçoar com o tempo. Assim sendo, até que a equipe do ambulatório descubra a formulação mais efetiva, com os tempos e os horários adequados para cada equipe de saúde da APS, algumas mudanças poderão acontecer. É isso que significa buscar a melhoria contínua dos processos de trabalho!

## PRÓXIMOS PASSOS

O que achou do conteúdo do Guia para Monitoramento de Indicadores da Etapa 3? Quais observações, exemplos ou orientações foram mais importantes para o 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 capítulo 4](#) ✨!

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  | 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       |
| <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 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       |
| <b>Crianças</b>           | 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       |
| <b>Condições crônicas</b> | 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       |

# REFERÊNCIAS

- 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 < 694FwffjIjklWIY14fqII7bvJS08aYwOxsQjYQT.pdf (saude.gov.br) > Acesso em: 22 mar. 2022.
- GODFREY, M.M. **Clinical microsystem action guide**. Hanover: Trustees of Dartmouth College; 2004.
- 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.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. (IHI). **Kit de ferramentas essenciais para melhoria da qualidade**: Planilha PDSA. 2017.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. (IHI). **Third Next Available Appointment**. Disponível em: < <http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/ThirdNextAvailableAppointment.aspx> > Acesso em 05-05-2022.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Transforming health care scheduling and access: getting to now**. Washington: The National Academies Press, 2015. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316132/> > acesso em 05-05-2022
- MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conass, 2019. Disponível em < <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/#:~:text=Entre%20os%20desafios%2C%20est%C3%A3o%20a,entre%20o%20p%C3%ABlico%20e%20o> >. Acesso em: 22 mar. 2022.
- MENDES, E.V. et al. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**, 2ª Edição. Brasília, DF: Conass, 2019. Disponível em < <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/> >. Acesso em: 22 mar. 2022.
- 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: 22 mar. 2022.
- 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 25 (7). julho de 2020.
- 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. Disponível em: < <https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=84e4985ffb734fc7c5a578490c1a442579d70c39> >. Acesso em: 22 mar. 2022.
- PLANIFICASUS. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de Saúde da pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica**. São Paulo, SP: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2020. Disponível em < <https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=a9733538dc5559ee16ac5e651c00d0c7858739ae> > Acesso em: 22 mar. 2022.
- PLANIFICASUS. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Agendamento na Atenção Ambulatorial Especializada**. Disponível em:< [https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria\\_etapa3\\_aae\\_anexo2.pdf](https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa3_aae_anexo2.pdf) > . Acesso em: 19 mar. 2022.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

