

MINISTÉRIO DA SAÚDE

QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES

**DO MANUAL INSTRUTIVO PARA AS
EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA (SAÚDE
DA FAMÍLIA, SAÚDE BUCAL E EQUIPES
PARAMETRIZADAS) E NASF**



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

Brasília - DF

2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE

QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DO MANUAL INSTRUTIVO
PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA (SAÚDE DA FAMÍLIA,
SAÚDE BUCAL E EQUIPES PARAMETRIZADAS) E NASF



Brasília – DF

2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DO MANUAL INSTRUTIVO
PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA (SAÚDE DA FAMÍLIA,
SAÚDE BUCAL E EQUIPES PARAMETRIZADAS) E NASF



Brasília – DF

2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – Versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2,
Lotes 5/6, Bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Supervisão geral:

Eduardo Alves Melo
Hêider Aurélio Pinto

Coordenação Técnica Geral:

Allan Nuno Alves de Sousa
José Eudes Barroso Vieira

Revisão:

Allan Nuno Alves de Sousa
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Dayse Santana da Costa
Edson Hilan Gomes de Lucena
Eduardo Alves Melo
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Hêider Aurélio Pinto
José Eudes Barroso Vieira
Patrícia Constante Jayme
Patrícia Sampaio Chueiri
Pauline Cavalcanti
Renata Pella Teixeira
Sylvio da Costa Júnior
Thais Alessa Leite
Thais Severino da Silva

Elaboração de texto:

Adriana Kitajima
Alexandre Teixeira Trino
Allan Nuno Alves de Sousa
Ana Luisa Souza de Paiva
Antônio Neves Ribas
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Caroline Martins Jose dos Santos
Danillo Fagner Vicente de Assis
Dirceu Ditmar Klitzke
Edson Hilan Gomes de Lucena
Eduardo Alves Melo
Francy Webster Pereira
Hêider Aurélio Pinto
Ivana F. Barreto Rocha Vieira

José Eudes Barroso Vieira
Olivia Lucena de Medeiros
Pauline Cavalcanti
Renata Pella
Sílvia Reis
Sylvio da Costa Junior
Thais Alessa Leite
Thais Coutinho
Virginia Maria Dalfior Fava

Colaboração:

Alyne Araújo de Melo
Ana Carolina Lucena Pires
Ana Lucia Sousa Pinto
Ana Maria Cavalcante de Lima
Angélica Saraiva Sá
Carla Belo de Matos
Carolina Pereira Lobato
Caroline Machado Weber
Cássia Pereira Abella
Charleni Inês Scherer
Daniel Miele Amado
Danillo Fagner Vicente de Assis
Fernanda Ferreira Marcolino
Flávia Henrique
Gilberto David Filho
Graziela Tavares
Heide Gauche
Janaina Calu
Katia Motta Galvão Gomes
Kelly Poliany de Souza Alves
Kimielle Cristina Silva
Larissa Gabrielle Ramos
Lorena Melo
Lucinadja Gomes
Marcelo Pedra
Márcia Helena Leal
Marcilio Regis Melo Silva
Patrícia Tiemi Cawahisa
Priscila Mara Anjos Nunes
Régis Cunha de Oliveira
Renata Clarisse Carlos de Andrade
Rodrigo Cabral da Silva
Sara Araújo da Silva
Sílvia Reis

Normalização:

Marjorie Fernandes Gonçalves
Francisca Martins Pereira – Editora MS/CGDI

Coordenação Editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

103 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web <www.saude.gov.br/bvs>
ISBN 978-85-334-2312-1

1. Atenção Básica. 2. Promoção da Saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Título.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0050

Títulos para indexação:

Em inglês: Qualification of the Indicators of the Instructive Manual for the teams of Primary Care (Family's Health, Oral Health and Parameterized Teams) and Support Nucleus Family Health – Nasf/Brazil

Em espanhol: Calificación de los Indicadores del Manual Instrutivo para los equipos de Atención Primaria (Salud de la Familia, Salud Bucal y Equipos con Parámetros) y Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia – Nasf/Brasi

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PNI – Programa Nacional de Imunização

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PPT – Plano Preventivo Terapêutico

Prograb – Programação em Gestão por Resultados da Atenção Básica

SB – Saúde Bucal

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UF – Unidade da Federação

SUMÁRIO

1 ÁREA – SAÚDE DA MULHER	9
1.1 INDICADOR – Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica	9
1.2 INDICADOR: Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	12
1.3 INDICADOR: Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.....	13
1.4 INDICADOR: Proporção de gestantes com pré-natal no mês	14
1.5 INDICADOR: Proporção de gestantes com vacina em dia.....	15
1.6 INDICADOR: Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais.....	17
1.7 INDICADOR: Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares do ACS	18
2 ÁREA – SAÚDE DA CRIANÇA.....	21
2.1 INDICADOR: Média de atendimentos de puericultura por criança cadastrada	21
2.2 INDICADOR: Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo	22
2.3 INDICADOR: Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia	24
2.4 INDICADOR: Proporção de crianças menores de dois anos pesadas.....	25
2.5 INDICADOR: Média de consultas médicas para menores de um ano.....	27
2.6 INDICADOR: Média de consultas médicas para menores de cinco anos	28
2.7 INDICADOR: Proporção de crianças com baixo peso ao nascer	29
2.8 INDICADOR: Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio pelo ACS.....	31
3 ÁREA – CONTROLE DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	33
3.1 INDICADOR: Proporção de pessoas com diabetes cadastradas.....	33
3.2 INDICADOR: Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas	35
3.3 INDICADOR: Média de atendimentos por pessoa com diabetes.....	39
3.4 INDICADOR – Média de atendimentos por pessoa com hipertensão	41
4 ÁREA – PRODUÇÃO GERAL.....	45
4.1 INDICADOR: Média de consultas médicas por habitante	45
4.2 INDICADOR: Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado	46

4.3 INDICADOR: Proporção de consultas médicas de demanda agendada	48
4.4 INDICADOR: Proporção de consultas médicas de demanda imediata.....	51
4.5 INDICADOR: Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado.....	53
4.6 INDICADOR: Média de atendimentos de enfermeiro	54
4.7 INDICADOR: Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência.....	55
4.8 INDICADOR: Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar	57
4.9 INDICADOR: Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada	58
4.10 INDICADOR: Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família	59
5 ÁREA – VIGILÂNCIA – TUBERCULOSE E HANSENÍASE.....	61
5.1 INDICADOR: Média de atendimentos para pessoas com tuberculose	61
5.2 INDICADOR: Média de atendimentos para pessoas com hanseníase	63
6 ÁREA – SAÚDE MENTAL	67
6.1 INDICADOR: Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas.....	67
6.2 INDICADOR: Proporção de atendimentos de usuário de álcool	68
6.3 INDICADOR: Proporção de atendimentos de usuário de drogas	70
6.4 INDICADOR: Taxa de prevalência de alcoolismo.....	71
7 ÁREA – SAÚDE BUCAL	75
7.1 INDICADOR: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.....	75
7.2 INDICADOR: Cobertura de primeira consulta odontológica programática	76
7.3 INDICADOR: Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante..	78
7.4 INDICADOR: Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	80
7.5 INDICADOR: Média de instalações de próteses dentárias.....	82
7.6 INDICADOR: Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante	83
7.7 INDICADOR: Taxa de incidência de alterações da mucosa oral	85

8 ÁREA – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	87
8.1 INDICADOR: Proporção de usuários atendidos pela equipe do NASF	87
8.2 INDICADOR: Proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto com a eSF	88
8.3 INDICADOR: Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a eSF	89
8.4 INDICADOR: Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados pelo NASF	90
8.5 INDICADOR: Proporção de reuniões para discussão de casos clínicos/PTS.....	91
REFERÊNCIAS	95
ANEXOS	97
Anexo A — Matriz de indicadores PMAQ-AB (monitoramento e avaliação de desempenho)	97
Anexo B — Matriz de indicadores PMAQ – Saúde Bucal (monitoramento e avaliação de desempenho)	102
Anexo C — Matriz de indicadores PMAQ – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (monitoramento e avaliação de desempenho)	103

1 ÁREA – SAÚDE DA MULHER

1.1 INDICADOR – Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica

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

Analisa a captação das gestantes para a realização do pré-natal com a equipe de Atenção Básica da área onde elas residem, permitindo a análise da proporção daquelas que são cadastradas no SIAB ou no e-SUS AB, em função do quantitativo de gestantes estimadas para determinado local e período.

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

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

Este indicador permite subsidiar os processos de planejamento, gestão e monitoramento das ações voltadas à atenção pré-natal, parto, puerpério e atenção à saúde da criança, tanto para as equipes de Atenção Básica, como para a gestão municipal.

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica, em determinado local e período	x 100
Número de gestantes estimadas na área da equipe* no mesmo período	

* Estimadas com base na proporção de gestantes usuárias do SUS para o município.

Gestantes estimadas na área da equipe = proporção de gestantes usuárias do SUS estimadas para o município x população feminina cadastrada na faixa etária de 10 a 49 anos.

Gestantes usuárias do SUS estimadas para o município = total de gestantes estimadas para o município x proporção de população feminina usuária do SUS na faixa de 10 a 49 anos.

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

População feminina usuária do SUS na faixa de 10 a 49 anos = população feminina na faixa etária de 10 a 49 anos - população feminina na faixa etária de 10 a 49 anos beneficiária de assistência ambulatorial de planos privados de saúde.

Exemplo de cálculo para determinado município:

População feminina na faixa etária de 10 a 49 anos do município (IBGE): 31.965

População feminina na faixa etária de 10 a 49 anos beneficiária de assistência ambulatorial de planos privados de saúde do município: 5.677

População feminina usuária do SUS na faixa de 10 a 49 anos do município:
 $31.965 - 5.677 = 26.288$

Proporção da população feminina usuária do SUS no município: $(26.288 \times 100) / 31.965 = 82\%$ ou 0,82

Nascidos vivos do ano anterior para o município (SINASC): 1.202

Total de gestantes estimadas para o município: $1.202 + 10\% = 1.322$

Total de gestantes usuárias do SUS estimadas para o município: $1.322 \times 0,82 = 1.084$

Proporção de gestantes usuárias do SUS sobre o total da população feminina de 10 a 49 anos do município: $(1.084 / 31.965) \times 100 = 3,4\%$ ou 0,034

Considerando os dados de uma equipe para esse município, tem-se:

Nº de mulheres de 10 a 49 anos cadastradas pela equipe: 1.355

Nº de gestantes estimadas na área de equipe: $1.355 \times 0,034 = 46$

Nº de gestantes cadastradas pela equipe: 35

Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica:

$(35 / 46) \times 100 = 76\%$

Quadro 1 – Fontes dos dados para cálculo do indicador de proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de cadastro individual
Denominador*	<p>Para nascidos vivos: SINASC. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def></p> <p>Para população feminina de 10 a 49 anos: IBGE. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popbr.def></p> <p>Para população feminina de 10 a 49 anos beneficiária de assistência ambulatorial de planos privados de saúde: ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF>.</p>	

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

* O Ministério da Saúde utilizará para cálculo do indicador os dados da última competência disponível e completa na base nacional para cada sistema de informação (dados não preliminares).

Periodicidade: mensal.

Limitações: diagnóstico tardio de gravidez.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Realizar busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe, por meio de visitas domiciliares regulares, para cadastramento e início precoce do pré-natal.
- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes, com vista à qualificação dessa ação e à alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Monitor e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Acompanhar as taxas de natalidade na área de abrangência da equipe ou do município para análise de tendências e interpretar os resultados deste indicador.

1.2 INDICADOR: Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada

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

A estimativa da média de atendimentos por gestante cadastrada permite análise da suficiência da oferta de consultas de pré-natal diante da demanda potencial das gestantes cadastradas.

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

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

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o acesso e a qualidade das ações de pré-natal e a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Implantar protocolo para as ações de pré-natal e monitorar a conformidade das práticas das equipes de Atenção Básica em relação aos parâmetros de qualidade estabelecidos, inclusive no que diz respeito à humanização desse tipo de atendimento.
- Disponibilizar insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento de pré-natal, segundo os parâmetros de qualidade vigentes.
- Garantir acesso a referências especializadas para os casos de pré-natal de alto risco.

- Realizar busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe, por meio de visitas domiciliares regulares, para cadastramento e início precoce do pré-natal.
- Acompanhar as taxas de natalidade e a cobertura populacional por planos privados de saúde, na área de abrangência da equipe ou do município, para análise de tendências e melhor interpretação de resultados deste indicador.
- Atualizar sistematicamente o cadastro de usuários, a fim de garantir monitoramento adequado do indicador e favorecer a continuidade do cuidado: ações de busca ativa de gestantes, acompanhamento prioritário das famílias com gestantes nas visitas domiciliares, busca de gestantes faltosas às consultas de pré-natal, visita ao recém-nascido e à puérpera etc.

1.3 INDICADOR: Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

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

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

Periodicidade: mensal.

Limitações: o desconhecimento da data da última menstruação e inconsistências no registro da idade gestacional.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar a captação precoce de gestantes e a alimentação do sistema de informação da atenção básica.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Realizar busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe e atualizar periodicamente no SIAB ou no e-SUS AB os dados referentes ao cadastro de gestantes e ao início do pré-natal.

1.4 INDICADOR: Proporção de gestantes com pré-natal no mês

Conceito: percentual de gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês em relação ao total das que são cadastradas, em determinado local e período.

Gestante com consulta de pré-natal no mês é aquela que no mês de referência teve, pelo menos, um atendimento de pré-natal com médico ou enfermeiro em uma unidade de saúde. Em alguma medida, este indicador permite inferir as condições de acesso ao pré-natal. Este indicador depende da adesão da gestante ao atendimento de pré-natal e do acolhimento e acessibilidade da equipe de Atenção Básica.

O início do pré-natal no primeiro trimestre e a regularidade das consultas são condições essenciais para o alcance de um número satisfatório de atendimentos com qualidade. A atenção pré-natal deve ter uma média de sete atendimentos durante a gestação (pelo menos um no primeiro trimestre, dois no segundo trimestre e três no terceiro trimestre), além da consulta de puerpério.

Este indicador permite avaliar a adesão e regularidade ao acompanhamento de pré-natal.

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês, em determinado local e período	x 100
Total de gestantes cadastradas, no mesmo local e período	

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de atendimento individual
Denominador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de cadastro individual

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Captar precocemente as mulheres com suspeita de gravidez para início oportuno do pré-natal.
- Elaborar estratégias para facilitação do acesso e adesão ao atendimento de pré-natal (humanização do atendimento, flexibilização de horários, lembrete das consultas agendadas, busca ativa de gestantes faltosas às consultas de pré-natal etc.).
- Capacitar os profissionais da atenção básica para alimentação adequada e oportuna do SIAB e do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Capacitar os profissionais por meio da implantação de protocolo de atenção pré-natal e monitorar a conformidade das condutas ao preconizado no protocolo.

1.5 INDICADOR: Proporção de gestantes com vacina em dia

Conceito: percentual de gestantes cadastradas que estão com a vacina toxoide tetânico em dia, no período considerado.

Este indicador mede a cobertura vacinal de toxoide tetânico entre as gestantes cadastradas na área da equipe de Atenção Básica, a partir dos

dados provenientes do acompanhamento das gestantes por meio de visitas domiciliares regulares. É influenciado por fatores socioeconômicos e culturais, assim como pelas condições de acesso da população à Unidade Básica de Saúde. Em geral, os segmentos populacionais com níveis socioeconômicos menos favorecidos apresentam menores coberturas vacinais.

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

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

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

Periodicidade: mensal.

Limitações: interpretação incorreta dos critérios adotados para classificar as gestantes de acordo com a situação vacinal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar a cobertura vacinal de gestantes e a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.

- Realizar busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe e atualizar periodicamente no SIAB ou no e-SUS AB os dados referentes àquelas vacinadas e ao cadastro de gestantes.
- Privilegiar as famílias com gestantes nas visitas domiciliares da equipe.
- Implantar estratégias para melhorar a cobertura vacinal das gestantes: mobilização de todos os profissionais da equipe para verificação da situação vacinal das gestantes em todas as oportunidades; atividades educativas para conscientização das gestantes; iniciativas de facilitação do acesso, como flexibilização dos horários de aplicação das vacinas etc.

1.6 INDICADOR: Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais

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

Este indicador possibilita verificar se as equipes de Atenção Básica estão realizando ações de rastreamento do câncer do colo do útero. Ressalta-se que, além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento naquelas com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras (SASIENI; CASTANON; CUZICK, 2009).

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de exames citopatológicos do colo do útero, em determinado local e período

População feminina cadastrada na faixa etária de 15 anos ou mais,* no mesmo local e período

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

*A faixa etária prioritária para rastreamento do câncer do colo do útero na população feminina continua sendo de 25 a 64 anos.

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar todos os profissionais das equipes quanto à alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica e às diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero: periodicidade, população-alvo e método.

- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.

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

Nota: para a faixa etária de 15 anos ou mais, não há parâmetro consensual para análise deste indicador, pois o parâmetro de 0,3 refere-se exclusivamente à população-alvo do programa (25 a 64 anos), dentro da frequência recomendada (o intervalo deve ser de três anos, após dois exames negativos).

1.7 INDICADOR: Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares do ACS

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares, em determinado local e período	x 100
Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período	

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de visita domiciliar
Denominador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de cadastro individual

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

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

2 ÁREA – SAÚDE DA CRIANÇA

2.1 INDICADOR: Média de atendimentos de puericultura por criança cadastrada

Conceito: número médio de atendimentos de puericultura (acompanhamento de crescimento e desenvolvimento), realizados por médico ou enfermeiro, por criança menor de dois anos cadastrada na equipe de Atenção Básica, em determinado local e período.

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

Este indicador mede a relação entre a produção de atendimentos de puericultura e as crianças menores de dois anos acompanhadas pela equipe de Atenção Básica no domicílio, avaliando a suficiência da oferta desses atendimentos ambulatoriais, caso a produção fosse igualmente distribuída por todas elas.

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de puericultura (médico ou enfermeiro) para menores de dois anos, em determinado local e período

Número de menores de dois anos* acompanhados no mesmo local e período

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

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar tecnicamente a equipe, particularmente os profissionais que fazem o acompanhamento domiciliar, para identificar e captar precocemente as crianças, iniciando de forma oportuna a puericultura na Unidade Básica de Saúde.
- Capacitar médicos e enfermeiros para qualificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, melhorando a confiança técnica dos profissionais e a satisfação dos usuários com essas ações.
- Monitorar este indicador e utilizar os resultados para programar as ações de puericultura e reorganizar os processos de trabalho, com vistas à expansão do acesso das crianças a essas ações de saúde.
- Garantir condições adequadas para a realização dessas ações pelas equipes de Atenção Básica, com suficiência de equipamentos, vacinas, insumos e medicamentos e suplementos essenciais à sua execução de forma resolutiva.

2.2 INDICADOR: Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo

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

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

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

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

Estudo realizado em 2008 sobre aleitamento materno exclusivo em crianças menores de **seis** meses nas capitais brasileiras apontou prevalência de 41%, com variação entre 56% (Belém) e 27% (Cuiabá) (BRASIL, 2009b).

ALERTA: a faixa etária recomendada para o aleitamento materno exclusivo é até seis meses, mas, devido à atual forma de agregação das faixas etárias no SIAB, este indicador será **monitorado** para a faixa de até quatro meses. Depois dos seis meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos, mas é aconselhável que a criança continue sendo amamentada até os dois anos ou mais de idade.

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo,* em determinado local e período	x 100
Número de menores de quatro meses acompanhados no mesmo local e período	

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

* No SIAB, número de crianças com idade até três meses e 29 dias que estão em aleitamento exclusivo, registrado no consolidado SSA2 do SIAB; no e-SUS AB, esse número é calculado a partir da data de nascimento e da informação sobre aleitamento materno, registradas no atendimento individual.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de atendimento individual
Denominador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de atendimento individual

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Analisar as condições de saúde e nutrição dos lactentes e orientar sobre medidas oportunas para que a maioria das crianças seja mantida em aleitamento materno exclusivo até completar seis meses de vida.
- Realizar atividades de grupo de gestantes com enfoque na orientação e preparação para o aleitamento materno.
- Realizar ações educativas para a gestante e sua família, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, orientar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e dar suporte às possíveis dificuldades das mães em aleitamento.

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

2.3 INDICADOR: Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia

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

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

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

Este indicador estima a proporção da população infantil menor de um ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

A meta operacional básica do PNI é vacinar 100% das crianças menores de um ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

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

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014. * Com esquema vacinal em dia.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de atendimento individual
Denominador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de atendimento individual

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Realizar busca ativa das crianças menores de um ano na área de abrangência da equipe e atualizar periodicamente o cadastro no SIAB ou no e-SUS AB, por meio de visitas domiciliares regulares.
- Verificar a situação vacinal na Caderneta de Saúde da Criança em todos os atendimentos, aproveitando oportunidades para atualizar o esquema vacinal e orientar as famílias sobre a sua importância.
- Fazer o monitoramento periódico deste indicador com vistas à programação de ações para melhoria da cobertura vacinal: campanhas, busca ativa, ações educativas, flexibilização de horários de atendimento, mutirões de imunização em áreas de difícil acesso etc.

2.4 INDICADOR: Proporção de crianças menores de dois anos pesadas

Conceito: percentual de crianças menores de dois anos pesadas entre as acompanhadas, em determinado local e período.

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

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

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

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

* Menores de dois anos pesados é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias registrado no consolidado SSA2. No relatório SSA2, é a somatória de crianças até 11 meses e 29 dias pesadas com crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas. No e-SUS AB, esse número é calculado a partir da data de nascimento e da informação sobre aleitamento materno, registradas no atendimento individual.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de atendimento individual
Denominador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de atendimento individual

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Realizar busca ativa de crianças que não frequentam os serviços de saúde.
- Fazer a pesagem da criança em toda oportunidade de atendimento e atualizar o peso na Caderneta de Saúde da Criança.
- Melhorar a qualidade dessas informações no SIAB e no e-SUS AB, vinculando essas ações à vigilância alimentar e nutricional realizada por meio do SISVAN nas comunidades.
- Realizar ações de vigilância alimentar e nutricional, no âmbito da atenção básica, para a população adscrita.
- Monitorar com regularidade este indicador, utilizando seus resultados para a programação de ações e reorganização dos processos de trabalho da equipe com vistas à melhoria da sua cobertura.
- Garantir disponibilidade de equipamentos antropométricos em quantidade e condições de funcionamento adequadas.

2.5 INDICADOR: Média de consultas médicas para menores de um ano

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

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

Este indicador considera, além dos atendimentos médicos programáticos (puericultura), as consultas de urgência e demanda agendada, permitindo análise mais abrangente da acessibilidade da equipe para as doenças prevalentes nessa faixa etária e outras demandas espontâneas. Permite avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação voltados para a assistência médica à saúde da criança.

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de consultas médicas para menores de um ano, em determinado local e período

Número de menores de um ano acompanhados, no mesmo local e período
--

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais da equipe para alimentação adequada do SIAB e do e-SUS AB e fazer o acompanhamento domiciliar das famílias cadastradas.
- Capacitar os médicos para a qualificação dos atendimentos à criança, promovendo maior segurança e resolubilidade do profissional nessas ações e maior confiança e satisfação da população com o trabalho da equipe.
- Reorganizar os processos de trabalho da equipe de Atenção Básica para

melhorar a acessibilidade ao atendimento médico de forma oportuna.

- Aperfeiçoar o acolhimento e classificação de risco para a melhoria do acesso da demanda espontânea (urgências e demanda agendada).
- Fazer o monitoramento periódico deste indicador, utilizando os resultados para a programação de ações e reorganização de processos de trabalho da equipe.
- Garantir a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos para o atendimento de qualidade em saúde da criança.

2.6 INDICADOR: Média de consultas médicas para menores de cinco anos

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

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

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

Com base em parâmetros de programação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e do Prograb – metade dos atendimentos de puericultura e estimativa de doenças prevalentes na infância –, estima-se uma média anual de 1,7 consulta médica por criança menor de cinco anos.

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de consultas médicas para menores de cinco anos, em determinado local e período

Número de menores de cinco anos cadastrados, no mesmo local e período

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais da equipe para alimentação adequada do SIAB e do e-SUS AB e fazer o acompanhamento domiciliar das famílias cadastradas.
- Capacitar os médicos para a qualificação dos atendimentos à criança, promovendo maior segurança e resolubilidade do profissional nessas ações e maior confiança e satisfação da população com o trabalho da equipe.
- Reorganizar os processos de trabalho da equipe de Atenção Básica para melhorar a acessibilidade ao atendimento médico de forma oportuna.
- Aperfeiçoar o acolhimento e classificação de risco para a melhoria do acesso da demanda espontânea (urgências e demanda agendada).
- Fazer o monitoramento periódico deste indicador, utilizando seus resultados para a programação de ações e reorganização de processos de trabalho da equipe.
- Garantir a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos para o atendimento de qualidade em saúde da criança.

2.7 INDICADOR: Proporção de crianças com baixo peso ao nascer

Conceito: percentual de crianças com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, em determinado local e período. Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida, no hospital ou maternidade onde nasceu.

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

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

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

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

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

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

Este indicador pode subsidiar iniciativas de intervenção na qualidade do pré-natal e orientar condutas de risco das gestantes que prejudicam o crescimento intrauterino (tabagismo, alcoolismo e outras). Pode ser utilizado para processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como para proteção e atenção à saúde infantil.

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

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

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Realizar busca ativa das gestantes, puérperas e nascidos vivos na área de abrangência da equipe, fazer o cadastro e acompanhamento mensal deles por meio de visitas domiciliares, com atualização regular do SIAB ou do e-SUS AB.
- Capacitar os profissionais para qualificação das ações de pré-natal, aumentando a segurança dos profissionais e a satisfação das usuárias com o atendimento.
- Discutir em grupos de gestantes sobre temas relevantes para a prevenção de fatores de risco, prematuridade e baixo peso ao nascer (tabagismo, alcoolismo etc.).
- Fazer o monitoramento deste indicador para subsidiar o planejamento e avaliação das ações para a melhoria da qualidade do pré-natal e a atenção à saúde da criança.
- Melhorar o acesso e qualidade do registro de peso ao nascer nas maternidades, casas de parto e hospitais.

2.8 INDICADOR: Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio pelo ACS

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

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

família para a melhoria da qualidade do cuidado à criança, entre outros.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

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

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Melhorar a qualidade dos registros das visitas domiciliares a crianças nas fichas de acompanhamento das famílias.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Capacitar a equipe para qualificar as ações de acompanhamento domiciliar das crianças menores de um ano: identificação precoce de recém-nascidos para a primeira visita domiciliar e cadastramento, atualização periódica do cadastro, priorização desse grupo prioritário nas visitas programadas, orientações para a melhoria da qualidade do cuidado e proteção à saúde da criança etc.



3 ÁREA – CONTROLE DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

3.1 INDICADOR: Proporção de pessoas com diabetes cadastradas

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

Apesar de os protocolos e estudos sobre as ações de controle do diabetes focalizarem a população com 18 anos ou mais, considerando a impossibilidade atual de desagregação das faixas etárias do SIAB, será considerada a faixa etária de 15 anos ou mais.

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

São consideradas diabéticas as pessoas com essa doença referida pela família, mas cujo diagnóstico tenha sido estabelecido por um médico. Essa informação é de registro no momento da visita domiciliar (Ficha B – DIA) e está disponível no Cadastro da Família (Ficha A) do SIAB. Pelo e-SUS AB, esse registro é realizado na ficha de atendimento individual, por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS).

O número de diabéticos estimados é calculado a partir dos resultados do último suplemento sobre acesso e utilização de serviços de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), realizado em 2008, entre os adultos com 15 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de *diabetes mellitus*.

Este indicador estima a captação de pessoas com diabetes na população de 15 anos ou mais cadastrada, isto é, em que medida a equipe de Atenção Básica tem conhecimento dos diabéticos da sua área de adscrição. Portanto, essa informação contribui tanto para a análise das condições de saúde da população, como para a avaliação das ações das equipes para o controle do *diabetes mellitus*.

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

Parâmetros de programação preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) definem que pelo menos 65% dos diabéticos estimados deveria ser acompanhado pelas equipes de Atenção Básica. No entanto, considerando que apenas 50% dos diabéticos possuem o diagnóstico médico, é imprescindível a busca ativa de novos casos.

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

Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 (PNAD/IBGE), em 2008, a prevalência média referida de diabéticos nas pessoas com 15 anos ou mais era de 4,5%, com variação de 2,6% em Roraima a 6% em São Paulo, diferença que pode expressar tanto desigualdades de acesso ao diagnóstico, como variações na exposição a fatores de risco.

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

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

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

* N° estimado de diabéticos na área coberta pela equipe de Atenção Básica = (pessoas cadastradas na área coberta pela equipe x parâmetro de prevalência estadual)/100.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de atendimento individual
Denominador	PNAD 2008 e Ficha A do SIAB	PNAD 2008 e cadastro individual do e-SUS

Periodicidade: mensal.

Limitações: considerando que a confirmação diagnóstica do *diabetes mellitus*

é feita com base laboratorial (glicemia plasmática), a dificuldade de acesso a serviços de apoio diagnóstico pode determinar uma subestimativa da prevalência dessa doença na comunidade.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com diabetes.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Realizar busca ativa de pessoas com diabetes e/ou com fatores de risco para a doença na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos etc.), por meio de campanhas de rastreamento, informação e/ou levantamentos.
- Realizar processos educativos, priorizando a promoção de hábitos de vida saudáveis, o autocuidado e a busca de casos suspeitos de *diabetes mellitus*.

3.2 INDICADOR: Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas

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

Apesar de os protocolos e estudos sobre as ações de controle da hipertensão focalizarem a população com 18 anos ou mais, considerando a impossibilidade atual de desagregação das faixas etárias do SIAB, será considerada a faixa etária de 15 anos ou mais.

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

São consideradas hipertensas as pessoas com essa doença referida pela família, mas cujo diagnóstico tenha sido estabelecido por um médico. Essa informação é de registro no momento da visita domiciliar (Ficha B – HA) e está disponível no Cadastro da Família (Ficha A) do SIAB. Pelo e-SUS AB, esse registro é realizado na ficha de atendimento individual, por meio do sistema de

Coleta de Dados Simplificada (CDS).

O número de hipertensos estimados é calculado a partir dos resultados do último suplemento sobre acesso e utilização de serviços de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), realizado em 2008, nos adultos com 15 anos ou mais que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial.

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

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

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

Conforme os parâmetros da programação preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), pelo menos 80% dos hipertensos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de Atenção Básica.

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

Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), em 2008, a prevalência de hipertensão referida entre pessoas com mais de 15 anos variava entre menos de 12% no Amapá e mais de 22% no Rio de Janeiro, sendo que a média brasileira estaria em 18%.

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

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

Fonte: Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

* N° estimado de hipertensos na área coberta pela equipe de Atenção Básica = (pessoas cadastradas na área coberta pela equipe x parâmetro de prevalência estadual)/100.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório SSA2 do SIAB	Relatório de atendimento individual
Denominador	PNAD 2008 e Ficha A do SIAB	PNAD 2008 e cadastro individual do e-SUS

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com hipertensão.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Realizar busca ativa de pessoas com hipertensão e/ou com fatores de risco para essa doença na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos da doença e de suas complicações etc.), tanto por meio de campanhas, como pelo rastreamento regular da hipertensão. É recomendado o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg.
- Instituir, como rotina de atendimento da equipe de saúde, a avaliação da pressão arterial de todas as pessoas adultas que comparecerem à unidade de saúde para algum atendimento.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à hipertensão e às doenças associadas, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pela hipertensão, como doença renal crônica.

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

Tabela 1 – Prevalências estimadas de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus* na população de 15 anos ou mais, por UF

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

Fonte: (IBGE, 2008).

3.3 INDICADOR: Média de atendimentos por pessoa com diabetes

Conceito: número médio de atendimentos para a população com *diabetes mellitus*, residente em determinado local e período.

O atendimento dos portadores de *diabetes mellitus* nas Unidades Básicas de Saúde é realizado por médicos e enfermeiros das equipes, cujo registro se dá na Ficha D – Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, e é consolidado no relatório PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação, do SIAB. Os dados de cadastro são registrados no momento da visita domiciliar (Ficha B – DIA) e estão disponíveis como diabéticos cadastrados no Relatório SSA2 do SIAB.

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

Segundo os resultados obtidos da base de dados do SIAB, a produção registrada de atendimentos para diabéticos seria suficiente para uma média de 4,5 atendimentos por diabético, variando de três (RS) a seis (CE).

Conforme os parâmetros de programação preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), espera-se que pelo menos 65% dos diabéticos estimados sejam acompanhados pelas equipes de Atenção Básica.

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com diabetes, em determinado local e período

Número de pessoas com diabetes cadastradas no mesmo local e período

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais das equipes para alimentação adequada e oportuna do SIAB ou do e-SUS.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio

institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.

- Capacitar os profissionais das equipes nas ações de controle do diabetes com base em protocolo(s) baseado(s) em evidências (Cadernos de Atenção Básica, nº 14, 16 e 29) e monitorar sua implantação, avaliando a conformidade das condutas às melhores práticas. A melhoria da qualidade dos atendimentos aos diabéticos promove o aumento da confiança da população na equipe, aumento da utilização da UBS e maior adesão aos tratamentos;
- Humanizar o cuidado ao paciente diabético, respeitando sua autonomia e promovendo o autocuidado.
- Adequar os horários e condições de atendimento às necessidades dos usuários, considerando que a população economicamente ativa geralmente tem dificuldade de faltar ao trabalho para acompanhamento de problemas de saúde.
- Melhorar a acessibilidade não só ao atendimento programado, mas também às urgências.
- Disponibilizar os exames complementares definidos nos protocolos de controle do diabetes, assim como os serviços de referência especializada.
- Garantir a oferta regular e suficiente de medicamentos definidos nos protocolos de controle da diabetes.
- Realizar atividades educativas e de promoção à saúde para diabéticos e familiares, com o objetivo de estimular o autocuidado e a adesão ao tratamento e às recomendações em termos de mudança de estilo de vida (alimentação, atividade física, lazer).
- Organizar grupos de ajuda mútua, como grupos de caminhada, troca de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.
- Priorizar as famílias com diabéticos nas visitas domiciliares, sob a responsabilidade das equipes.
- Realizar busca ativa de diabéticos na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.
- Atualizar o cadastramento de todos os usuários, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando a continuidade do cuidado.
- Fazer o agendamento das consultas de controle necessárias e desenvolver estratégias para lembrar os pacientes das consultas (visita do ACS, telefonema, entrega domiciliar de lembrete da consulta).

3.4 INDICADOR – Média de atendimentos por pessoa com hipertensão

Conceito: número médio de atendimentos na população hipertensa, residente em determinado local e período.

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

Os dados de cadastro são registrados no momento da visita domiciliar (Ficha B – HA) e estão disponíveis como hipertensos cadastrados no Relatório SSA2 do SIAB.

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

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de atendimentos médicos e de enfermeiro para hipertensos, em determinado local e período

Número de hipertensos cadastrados no mesmo local e período
--

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais das equipes para alimentação adequada e oportuna do SIAB ou do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Capacitar os profissionais das equipes para as ações de controle da hipertensão com base em protocolo(s) de controle de diabetes baseados em evidências (Cadernos de Atenção Básica, nº 14, 15 e 29) e monitorar a conformidade das condutas da equipe às práticas preconizadas nos protocolos implantados.
- Melhorar a qualidade dos atendimentos aos hipertensos, promovendo aumento da confiança da população na equipe, aumento da utilização da UBS e maior adesão ao tratamento.
- Humanizar o cuidado à pessoa com hipertensão, promovendo a autonomia e o autocuidado.
- Adequar os horários e condições de atendimento às necessidades de saúde da população, considerando que a população economicamente ativa geralmente tem dificuldade de se ausentar do trabalho para acompanhamento de problemas de saúde.
- Melhorar a acessibilidade não só ao atendimento programado, mas também às urgências.
- Disponibilizar os exames complementares definidos nos protocolos de controle da hipertensão, assim como os serviços de referência especializada.
- Garantir a oferta regular e suficiente de medicamentos definidos nos protocolos de controle da hipertensão.
- Priorizar as famílias com hipertensos nas visitas domiciliares, sob a responsabilidade das equipes.
- Realizar busca ativa de hipertensos na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.
- Fazer atividades educativas e de promoção à saúde para hipertensos e familiares, com o objetivo de estimular o autocuidado e a adesão ao tratamento

e às recomendações em termos de mudança de estilo de vida (alimentação, atividade física, lazer).

- Atualizar o cadastramento de todos os usuários, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando a continuidade do cuidado.
- Agendar as consultas de controle necessárias e desenvolver estratégias para lembrar os pacientes das consultas (visita do ACS, telefonema, entrega domiciliar de lembrete da consulta).

4 ÁREA – PRODUÇÃO GERAL

4.1 INDICADOR: Média de consultas médicas por habitante

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

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

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número total de consultas médicas, em determinado local e período

População residente cadastrada no mesmo local e período

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB ou do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.

- Dar apoio institucional para a promoção da integralidade e da longitudinalidade da atenção básica, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda programada, como da espontânea, assim como do vínculo e continuidade do cuidado.

4.2 INDICADOR: Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado

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

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

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

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

O objetivo deste indicador é verificar a participação das consultas médicas programáticas e de cuidado continuado na oferta geral desses procedimentos médicos, analisando sua suficiência em relação ao esperado e sua relação com a demanda espontânea, visando a integralidade do cuidado. Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

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

Informações complementares:

O paciente pode solicitar “espontaneamente” uma consulta para iniciar atendimento programático ou “cuidado continuado”. Essa classificação pode ser realizada no próprio agendamento (inclusão em grupo de acompanhamento continuado) ou no momento da consulta/atendimento, com base na queixa/demanda do paciente (pré-natal, CD, hipertensão, diabetes etc.) e na necessidade de um projeto terapêutico continuado (definição de um plano terapêutico de longo prazo, marcação de retornos, agendamento/convite para atividades em grupos, sinalização ao ACS para atualização do cadastro familiar – se for necessário – e visitas domiciliares mais frequentes etc.).

Outros atendimentos também podem exigir cuidado continuado, a exemplo da doença falciforme e asma, para controle de fatores desencadeantes e prevenção de agudizações e/ou complicações, além da promoção da qualidade de vida desses pacientes. Portanto, a partir de uma demanda espontânea, o paciente pode ser inserido num processo de acompanhamento continuado.

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de consultas médicas básicas para cuidado continuado, em determinado local e período	x 100
Número total de consultas médicas básicas* no mesmo local e período	

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

* N° total de consultas médicas básicas = (consultas médicas para cuidado continuado/programado) + (consultas médicas de demanda agendada) + (consultas médicas de demanda imediata) + (consultas médicas de urgência com observação).

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB ou do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Capacitar os profissionais para busca ativa, acolhimento humanizado, atendimento com base em padrões de boas práticas e promoção do autocuidado.
- Dar apoio institucional para a promoção da integralidade e da longitudinalidade da atenção básica, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda programada como da espontânea, assim como do vínculo e continuidade do cuidado.

4.3 INDICADOR: Proporção de consultas médicas de demanda agendada

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

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

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

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

A integralidade do cuidado define uma organização dos processos de trabalho de modo a atender às diferentes necessidades de saúde da população, não só

para ações preventivas, como também para as queixas sobre doenças manifestas. Segundo Starfield (2002, p. 65), o acesso não pode estar condicionado ao “grau de necessidade” do usuário, “já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento”. Além disso, enquanto principal porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica não pode negar o atendimento à demanda espontânea, pois esse acolhimento é inclusive condição para o vínculo e para a conquista da confiança da população. Uma equipe que apresente uma oferta de consultas de demanda espontânea aquém do mínimo esperado pode estar desenvolvendo um modelo excessivamente centrado nas ações preventivas e programáticas; por outro lado, a equipe que realize quase exclusivamente atendimento à demanda espontânea deve ter baixas coberturas das ações programáticas, o que sugere um modelo de pronto-atendimento centrado na doença e baixa conformidade com alguns atributos da atenção básica, como a longitudinalidade. Nos dois casos, observa-se desequilíbrio na integralidade do cuidado. Os resultados deste indicador devem ser comparados àqueles referentes à demanda imediata/de urgência e aos cuidados continuados/programados.

Resultados insatisfatórios neste indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma autoanálise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população. Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

Informações complementares:

Nos atendimentos realizados pelas equipes de Atenção Básica, há dois tipos de demanda espontânea (pacientes que vão espontaneamente à unidade):

- A demanda que necessita de atendimento imediato, por consistir em uma urgência; e
- A demanda cujo atendimento pode ser agendado sem maiores riscos para o paciente e não evidencia, durante o atendimento/consulta, a necessidade de um cuidado continuado/programático.

Em ambos os casos, o risco (urgência) deve ser avaliado no momento do acolhimento da demanda pela unidade de saúde e o paciente deve ser devidamente esclarecido, mas é o profissional que faz a consulta que classifica o tipo de atendimento, no momento do atendimento.

Exemplos:

- 1) Uma dermatose de fácil tratamento tanto pode ser atendida no mesmo dia, como pode ser agendada para uma data posterior; durante o atendimento, se médico verificar que o problema não demanda cuidado continuado, classificará como demanda agendada.
- 2) Quando um paciente chega à unidade de saúde “passando mal” e tem, no atendimento de urgência, o diagnóstico de crise hipertensiva, esse atendimento classifica-se como demanda imediata. Apenas os próximos atendimentos de seguimento serão registrados como programáticos.

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de consultas médicas básicas de demanda agendada, em determinado local e período	x 100
Número total de consultas médicas básicas* no mesmo local e período	

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

* Número total de consultas médicas básicas = (consultas médicas para cuidado continuado/programado) + (consultas médicas de demanda agendada) + (consultas médicas de demanda imediata) + (consultas médicas de urgência com observação).

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB ou do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Capacitar os profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e promoção do autocuidado.
- Dar apoio institucional para a promoção da integralidade, da longitudinalidade e do caráter de porta de entrada da atenção básica.

4.4 INDICADOR: Proporção de consultas médicas de demanda imediata

Conceito: este indicador reflete a proporção de consultas médicas para o primeiro atendimento imediato ou de urgência em relação ao total de consultas médicas básicas.

Entende-se por demanda imediata/urgência aquela em que o grau de sofrimento físico ou psíquico do usuário, a possibilidade de agravamento do seu quadro ou o risco de vida determinam a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário.

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

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

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

Uma equipe que apresente uma oferta desses procedimentos aquém do

mínimo esperado pode estar desenvolvendo um modelo restritivo à demanda espontânea, talvez pelas condições inadequadas de atendimento às urgências; por outro lado, a equipe que realize um número excessivo de atendimentos imediatos pode estar com baixas coberturas de ações programáticas. Nos dois casos, observa-se desequilíbrio na integralidade do cuidado. Os resultados deste indicador devem ser comparados àqueles referentes à demanda agendada e aos cuidados continuados/programados. Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de cada equipe e da rede básica como um todo.

Resultados insatisfatórios neste indicador devem ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma autoanálise sobre a adequação do modelo ofertado e comprometimento da resolubilidade da atenção básica, do vínculo e confiança da população.

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de consulta médica de demanda imediata, em determinado local e período	x 100
Número total de consultas médicas básicas* no mesmo local e período	

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

* Número total de consultas médicas básicas = (consultas médicas para cuidado continuado/programado) + (consultas médicas de demanda agendada) + (consultas médicas de demanda imediata) + (consultas médicas de urgência com observação).

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB ou do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Dar apoio institucional para a promoção da integralidade e resolubilidade da

atenção básica, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda programada como da espontânea, assim como do vínculo e caráter de porta de entrada da atenção básica ao primeiro atendimento de urgência.

- Capacitar os profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências básicas.

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

4.5 INDICADOR: Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado

Conceito: este indicador reflete o número de encaminhamentos para atendimento especializado em relação ao total de consultas médicas básicas.

Para o cálculo deste indicador, consideram-se os encaminhamentos para atendimentos ou tratamentos em qualquer especialidade como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e todas as especialidades médicas.

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: desempenho.

Método de cálculo:

Número de encaminhamentos para atendimento especializado, em determinado local e período	X100
Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período	

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do SIAB ou do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Implantar os protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, além de monitorar a conformidade das condutas às boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados.
- Melhorar as condições de atendimento nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).

4.6 INDICADOR: Média de atendimentos de enfermeiro

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

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

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

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

O objetivo deste indicador é contribuir para avaliar a adequação da produção de atendimentos de enfermeiro em relação às necessidades da população,

analisando sua suficiência em relação ao esperado. Essas informações devem subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

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

Função do indicador no PMAQ: desempenho.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de enfermeiro, em determinado local e período

Número total de pessoas cadastradas no mesmo local e período
--

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do SIAB ou do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Capacitar os profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo nas unidades básicas.
- Implantar os protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e monitorar a conformidade das condutas com as boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados.

4.7 INDICADOR: Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência

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

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência, em determinado local e período	x 100
Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período	

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do SIAB e do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Dar apoio institucional para melhorar a integralidade e resolubilidade da atenção básica, isto é, para a melhoria do acesso tanto da demanda programada como da espontânea, assim como do vínculo e caráter de porta de entrada da atenção básica ao primeiro atendimento de urgência/emergência básica.
- Capacitar os profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências/emergências básica.
- Melhorar as condições de atendimento às urgências/emergência nas unidades

básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).

4.8 INDICADOR: Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de encaminhamentos para internação hospitalar, em determinado local e período	x 100
Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período	

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Dar apoio institucional para a melhoria da integralidade e resolubilidade da equipe, isto é, para melhorar o acesso tanto da demanda programada como da espontânea, assim como do vínculo e caráter de porta de entrada da atenção básica ao primeiro atendimento.
- Capacitar os profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo nas unidades básicas.
- Melhorar as condições de atendimento nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).

- Implantar protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e monitorar a conformidade das condutas às boas práticas preconizadas nos protocolos implantados.

4.9 INDICADOR: Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada

Conceito: número médio de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) em relação ao número total de famílias cadastradas.

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

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

A frequência com que o serviço de saúde se faz presente na residência das pessoas, embora não parametrizada em termos ideais, está relacionada à incorporação de hábitos saudáveis e indica tendência de mudança de modelo assistencial num enfoque de promoção da saúde. Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

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

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de visitas domiciliares realizadas pelo ACS às famílias cadastradas, em determinado local e período

Número total de famílias acompanhadas no mesmo local e período

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os agentes comunitários de saúde das equipes para melhorar a alimentação do SIAB ou do e-SUS AB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Capacitar os ACS para melhorar a qualidade das visitas: busca ativa, promoção do autocuidado, identificação e encaminhamento de situações de risco etc.

4.10 INDICADOR: Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família

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

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

As condicionalidades de saúde compreendem a vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos de idade e o pré-natal para gestantes. Os percentuais municipais de acompanhamento de famílias inferiores a 20% repercutem no recebimento dos recursos do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) pelo município.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

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

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

Periodicidade: semestral.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Oferecer atenção à saúde com qualidade para as famílias mais vulneráveis: captar famílias em situação de vulnerabilidade social e ampliar o acesso aos serviços; articular com a rede de proteção social do município no sentido de proporcionar atenção integral às famílias; realizar busca ativa das famílias que não frequentam as unidades de saúde; sensibilizar os profissionais de saúde em relação à realização dos direitos à saúde e à alimentação, que estão associados ao Programa Bolsa-Família e ao seu papel como agentes para a garantia desses direitos.
- Fomentara identificação de famílias beneficiárias e a organização do acompanhamento das condicionalidades ao longo de cada vigência nas ações rotineiras das unidades de saúde.
- Programar metas e monitoramento da cobertura de famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família no âmbito da atenção básica para a população adscrita.

5 ÁREA – VIGILÂNCIA – TUBERCULOSE E HANSENÍASE

5.1 INDICADOR: Média de atendimentos para pessoas com tuberculose

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

O atendimento de pessoas com tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde é realizado por médicos e enfermeiros das equipes, cujo registro se dá na Ficha D – Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, e é consolidado no relatório PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Os dados de cadastro das pessoas com tuberculose são registrados no momento da visita domiciliar (Ficha B – TB) e estão disponíveis como pessoas com tuberculose cadastradas no Relatório SSA2 do SIAB.

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de atendimentos médicos e de enfermeiro para pessoas com tuberculose, em determinado local e período

Número de pessoas com tuberculose cadastradas no mesmo local e período
--

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar todos profissionais das equipes para as ações de controle da tuberculose, de acordo com as suas competências específicas, segundo as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)/Ministério da Saúde e do Caderno da Atenção Básica, nº 21 – Vigilância em Saúde, disponível no site do Ministério da Saúde.
- Monitorar a conformidade dos atendimentos para o controle da tuberculose realizados pelas equipes, segundo o Caderno da Atenção Básica, nº 21 – Vigilância em Saúde, disponível no site do Ministério da Saúde.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Garantir os exames complementares definidos nos protocolos de controle da tuberculose, assim como os serviços de referência especializada.
- Garantir acesso regular e suficiente de medicamentos definidos pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)/Ministério da Saúde aos pacientes acompanhados pelas equipes de Atenção Básica.
- Priorizar as famílias com casos de tuberculose nas visitas domiciliares, sob a responsabilidade das equipes, com vistas à adesão ao tratamento, autocuidado e identificação precoce de situações que demandem encaminhamento para atendimento.
- Realizar busca ativa de casos de tuberculose na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.
- Proporcionar atividades educativas e de promoção à saúde para pessoas com tuberculose e familiares, com o objetivo de favorecer o diagnóstico precoce de novos

casos, a adesão ao tratamento, além de evitar preconceitos devidos à desinformação.

- Fazer a atualização periódica do cadastramento familiar, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando a continuidade do cuidado.
- Agendar as consultas de controle necessárias e estabelecer estratégias para promover o comparecimento regular dos pacientes (lembretes antecipados das consultas, flexibilização de horários de atendimento etc.).
- Estabelecer estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento (acompanhamento regular desses pacientes por meio de visitas domiciliares, busca de faltosos aos atendimentos, tratamento diretamente observado – TDO).
- Acompanhar e orientar, até a alta por cura, inclusive os casos de tuberculose investigados e tratados em unidades de referência (por exemplo: TB extrapulmonar, TB com HIV ou TB multirresistente).

5.2 INDICADOR: Média de atendimentos para pessoas com hanseníase

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

O atendimento de pessoas com hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde é realizado por médicos e enfermeiros da equipe de Atenção Básica. O registro dessas ações se dá na Ficha D – Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, e é consolidado no relatório PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os dados de cadastro das pessoas com hanseníase são registrados no momento da visita domiciliar (Ficha B – HAN) e estão disponíveis como pessoas com hanseníase cadastradas no Relatório SSA2 do SIAB.

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

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

Entre os fatores que podem influenciar a utilização das Unidades Básicas de Saúde para o controle da hanseníase, podemos citar: fatores socioeconômicos, condições de acesso (distância da UBS, horário de atendimento), organização do sistema local de saúde, confiança da população na equipe de saúde da unidade básica etc. Em alguns municípios, esses atendimentos não são realizados pelas equipes de Atenção Básica da área onde residem as pessoas com hanseníase, as quais são acompanhadas de forma centralizada por unidades de referências da atenção especializada, o que dificulta o acesso da população ao atendimento e interfere no resultado deste indicador.

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com hanseníase, em determinado local e período	
Número de pessoas com hanseníase cadastradas no mesmo local e período	

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Implantar o protocolo de controle da hanseníase nas equipes, segundo as recomendações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (BRASIL, 2007).
- Monitorar a conformidade dos atendimentos para o controle da hanseníase realizados pelas equipes, segundo as recomendações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase.
- Capacitar todos os profissionais das equipes de Atenção Básica, de acordo com as suas competências específicas, para as ações de controle da hanseníase: prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica, combate ao estigma, efeitos adversos de medicamentos/farmacovigilância e prevenção de incapacidades.

- Planejar ações para o controle da hanseníase na comunidade, com a participação dos agentes comunitários de saúde.
- Garantir os exames complementares definidos nos protocolos de controle da hanseníase, assim como os serviços de referência especializada.
- Garantir o acesso regular e suficiente a medicamentos definidos nos protocolos de controle da hanseníase.
- Priorizar as famílias com casos de hanseníase nas visitas domiciliares, sob a responsabilidade das equipes.
- Realizar busca ativa de casos de hanseníase na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.
- Proporcionar atividades educativas e de promoção à saúde para pessoas com hanseníase e familiares, com o objetivo de estimular o autocuidado e a adesão ao tratamento.
- Atualizar o cadastramento de todos os usuários, visando o acompanhamento domiciliar e a continuidade do cuidado.
- Agendar as consultas de controle necessárias e estratégias para promover o comparecimento regular dos pacientes (lembretes antecipados das consultas, flexibilização de horários de atendimento etc.).
- Montar estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento (acompanhamento regular por meio de visitas domiciliares, busca de faltosos e de pessoas que abandonam o tratamento etc.).
- Acompanhar e orientar, até a alta por cura, inclusive os casos de hanseníase que, por apresentarem outras doenças associadas (aids, tuberculose, nefropatias, hepatopatias e/ou endocrinopatias), intercorrências clínicas ou estados reacionais, tenham sido encaminhados para unidades de referência de maior complexidade.

6 ÁREA – SAÚDE MENTAL

6.1 INDICADOR: Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas

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

Permite conhecer a participação dos atendimentos em saúde mental na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de atendimentos em saúde mental, em determinado local e período	x 100
Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período	

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Relatórios PMA2 e PMA2-Complementar do SIAB.

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais de atenção básica para a melhoria do acesso e qualidade das ações de saúde mental, de forma humanizada e de acordo com as melhores práticas, incluindo não só os usuários de saúde mental, mas também suas famílias e a comunidade do território.
- Discutir com a equipe sobre os resultados deste indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares etc.
- Sensibilizar a equipe para a análise comparada deste indicador com outros que reflitam resultados em saúde mental, por exemplo: internações psiquiátricas, número de casos discutidos no matriciamento (NASF e/ou saúde mental), número de pacientes usuários de benzodiazepínicos, número de pacientes que estão em acompanhamento em serviços especializados de saúde mental etc.
- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.

6.2 INDICADOR: Proporção de atendimentos de usuário de álcool

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

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

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

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de usuário de álcool, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no

campo “visita”, como no campo “tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de álcool”. Desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de usuário de álcool, em determinado local e período	x 100
Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período	

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Relatórios PMA2 e PMA2-Complementar do SIAB.

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Realizar busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados ao álcool.
- Sensibilizar e capacitar toda a equipe para levantar o problema do alcoolismo com as famílias do território, principalmente durante o acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.
- Discutir com a equipe sobre os resultados deste indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares etc.
- Desenvolver trabalho intersetorial no território, para articulação de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento do alcoolismo (ex.: ação social, escola, redes comunitárias, alcoólicos anônimos etc.).

6.3 INDICADOR: Proporção de atendimentos de usuário de drogas

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

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

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

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

Função do indicador: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de usuário de drogas, em determinado local e período	x 100
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período</p> </div>	

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Relatórios PMA2 e PMA2-Complementar do SIAB.

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Realizar busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados às drogas.
- Sensibilizar e capacitar toda a equipe para levantar o problema do uso de drogas com as famílias do território, principalmente durante o acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.
- Discutir com a equipe sobre os resultados deste indicador, com foco no

planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares etc.

- Desenvolver trabalho intersetorial no território, para a articulação de ações promoção da saúde, prevenção e tratamento dos usuários de drogas (ex.: ação social, escola, redes comunitárias, alcoólicos anônimos etc.).

- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB.

- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.

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

6.4 INDICADOR: Taxa de prevalência de alcoolismo

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

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

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007), do total da população com 18 anos ou mais, 9% seriam dependentes de bebidas alcoólicas.

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

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

É importante ressaltar que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode causar dependência e está relacionado a vários agravos (violência, suicídio e acidentes de trânsito) e doenças, como cirrose alcoólica, pancreatite alcoólica,

demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto do miocárdio e certos tipos de câncer (boca, faringe, laringe, esôfago e fígado) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

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

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

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

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Realizar busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados ao álcool.
- Sensibilizar e capacitar toda a equipe para levantar o problema com as famílias do território, principalmente durante o acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.
- Discutir com a equipe sobre os resultados deste indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares etc.
- Desenvolver trabalho intersetorial no território, para articulação de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento do alcoolismo (ex.: ação social, escola, redes comunitárias, Alcoólicos Anônimos etc.).
- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.



7 ÁREA – SAÚDE BUCAL

7.1 INDICADOR: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

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

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

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

Segundo a Portaria nº 95/2006, a frequência (concentração por pessoa) de escovação dental supervisionada direta pode ser semestral, quadrimestral ou trimestral (BRASIL, 2006) e o Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil orienta que não há evidência científica da efetividade dessa ação quando o intervalo é superior a 12 meses, mas “realizá-la numa frequência maior do que quatro vezes por ano não implica ganhos adicionais relevantes no processo educativo, onerando desnecessariamente os recursos alocados à atividade” (BRASIL, 2009b, p. 25).

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada, em determinado local e período*	x 100
População cadastrada no mesmo local e período	

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório PMA2 – complementar	Relatório de atividade coletiva
Denominador	Ficha A do SIAB	Relatório de cadastro individual

Periodicidade: trimestral, semestral ou anual.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais das equipes com vista à qualificação dessa ação e à alimentação correta e oportuna do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Programar ações coletivas voltadas para a prevenção em saúde bucal.
- Garantir disponibilidade suficiente de insumos necessários ao desenvolvimento dessa ação pelas equipes (por exemplo: *kits* de escova e creme dental fluoretado, materiais educativos de escovação dental).
- Realizar articulação intersetorial para a expansão do acesso a essas ações (escolas, centros comunitários, comunidades terapêuticas etc.).

7.2 INDICADOR: Cobertura de primeira consulta odontológica programática

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

Este indicador reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. Por meio dessa consulta odontológica programática, o indivíduo ingressa no programa, a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico realizado com a

finalidade de diagnóstico e elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT). Portanto, as primeiras consultas odontológicas só devem ser registradas quando o PPT for elaborado.

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

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

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

O suplemento sobre acesso e utilização de serviços de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), realizado em 2008, aponta que mais de 40% dos entrevistados teriam ido ao dentista nos últimos 12 meses, variando de 26% (AL) a 48% (PR e SC). No entanto, apenas 35% das pessoas entrevistadas teriam utilizado o SUS no seu último atendimento odontológico, variando de 11% (DF) a 66% (PB).

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

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

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório PMA2 – complementar	Relatório de atendimento odontológico
Denominador	Ficha A do SIAB	Relatório de cadastro individual

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais da atenção básica para melhorar a qualidade dessas ações e a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Planejar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso amplo da demanda programada.
- Programar ações de atendimento, considerando critérios para classificação de risco.
- Garantir disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na atenção básica.

7.3 INDICADOR: Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante

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

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

A atenção odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias, quando indicadas, considerando-se o período da gestação, além de ações de educação e prevenção. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação. Entretanto, para efeito de cálculo deste indicador, será registrada no SIAB apenas a **primeira consulta à gestante** e, se houver necessidade de implementar um PPT, também será feito o registro no campo primeiro atendimento odontológico do SIAB e do SIA. Os atendimentos subsequentes à primeira consulta serão registrados apenas no SIA-SUS e, quando esse

tratamento for **concluído**, será registrado no campo respectivo do SIAB.

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de gestantes atendidas em primeira consulta pelo cirurgião-dentista da equipe de Saúde Bucal, em determinado local e período	x 100
Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período	

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

Periodicidade: mensal.

Limitações:

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

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Integrar os profissionais da saúde bucal e os outros membros da equipe

de Atenção Básica para a programação de ações e encaminhamento das gestantes cadastradas e acompanhadas no pré-natal.

- Capacitar os profissionais de saúde para qualificar as ações de acompanhamento/tratamento odontológico na gestação, tanto no que diz respeito à humanização e qualidade técnica dos atendimentos, quanto nas abordagens educativas para estimular o autocuidado e dirimir medos infundados da população sobre o tratamento odontológico na gestação.
- Garantir a disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização dos planos preventivo-terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na atenção básica.
- Planejar o processo de trabalho e programação das ações da equipe de Saúde Bucal, de forma a garantir acesso amplo ao atendimento da demanda programada de pré-natal, considerando, inclusive, a utilização de critérios para classificação de risco.

7.4 INDICADOR: Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Conceito: relação entre os tratamentos concluídos e as primeiras consultas odontológicas programáticas.

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

- **Resultado menor que 1 (um):** indica que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os iniciados. Porém, quando esse resultado é muito menor do que 1, isso pode apontar dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados.
- **Resultado maior que 1 (um):** indica que os tratamentos estão sendo concluídos sem que novos sejam iniciados. Essa situação aponta para possível falha na capacidade de promover acesso a novos pacientes.

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

Função do indicador no PMAQ: avaliação de desempenho.

Método de cálculo:

Número de tratamentos concluídos (TC) pelo cirurgião-dentista da equipe de Saúde Bucal, em determinado local e período

Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas pelo cirurgião-dentista da equipe de Saúde Bucal no mesmo local e período

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório PMA2 – complementar	Relatório de atendimento odontológico
Denominador	Relatório PMA2 – complementar	Relatório de atendimento odontológico

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais responsáveis pela alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Capacitar/atualizar o cirurgião-dentista da equipe de Atenção Básica para a qualificação dos atendimentos e a melhoria da adesão aos tratamentos.
- Elaborar estratégias para garantir a adesão aos tratamentos programáticos (humanização do atendimento, busca ativa de faltosos, lembrete aos usuários das consultas agendadas etc.).
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Garantir a disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização e conclusão dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na atenção básica.
- Garantir a disponibilidade suficiente de referências especializadas que condicionem a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados.
- Planejar o processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal de forma a garantir acesso e resolubilidade no atendimento à população adscrita.

7.5 INDICADOR: Média de instalações de próteses dentárias

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

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

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

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

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

Função do indicador: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de instalações de próteses dentárias realizadas pela equipe de Saúde Bucal, em determinado local e período

População cadastrada no mesmo local e período x 0,03*

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

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais responsáveis pela alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Incluir a reabilitação protética no escopo de ações da equipe de Saúde Bucal, dentro do seu nível de resolubilidade.
- Incluir a reabilitação protética na programação de capacitações/atualizações da equipe de Saúde Bucal.
- Garantir o credenciamento de um serviço de referência de Laboratório de Próteses Dentárias.
- Planejar o atendimento voltado à busca ativa das pessoas com necessidade de reabilitação protética.
- Garantir a disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização das ações de reabilitação protética sob a responsabilidade da atenção básica.
- Estabelecer um sistema de referência e contrarreferência para o acompanhamento adequado deste indicador, nos municípios em que a reabilitação protética seja referenciada aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou para outros serviços específicos.

7.6 INDICADOR: Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de urgência realizados pelo cirurgião-dentista da equipe de Saúde Bucal, em determinado local e período

População cadastrada no mesmo local e período

Fonte: Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

	SIAB	e-SUS AB
Numerador	Relatório PMA2 - complementar	Relatório de atendimento odontológico
Denominador	Ficha A do SIAB	Relatório de cadastro individual

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais responsáveis pela alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Capacitar/atualizar os profissionais de saúde bucal para o atendimento às urgências odontológicas.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Planejar o processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal, de forma a garantir o atendimento às demandas de urgência odontológica, inclusive com utilização de triagem e classificação de risco.
- Oferecer ações educativas para informar à população que a equipe de Saúde Bucal é o serviço de referência para o primeiro atendimento das urgências odontológicas.
- Realizar o planejamento/programação para atendimento das urgências odontológicas.

- Garantir a disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para os atendimentos às urgências odontológicas.

7.7 INDICADOR: Taxa de incidência de alterações da mucosa oral

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

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

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

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de diagnósticos de alteração da mucosa oral de usuários atendidos pela equipe de Saúde Bucal, em determinado local e período	x 1.000
População cadastrada no mesmo local e período	

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

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar/atualizar os profissionais da atenção básica responsáveis pela alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Capacitar/atualizar os profissionais da atenção básica para melhorar a qualidade e cobertura do exame e diagnóstico precoce de lesões na mucosa oral.

- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.
- Desenvolver intervenções centradas na promoção de hábitos de vida saudável, ações educativas de prevenção e controle dos fatores e condições de risco, detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca.
- Realizar exames periódicos em usuários com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de boca, isto é, aqueles que apresentarem mais de um dos seguintes fatores de risco: sexo masculino, mais de 40 anos, tabagista e/ou etilista, exposição ocupacional à radiação solar sem proteção, portador de deficiência imunológica (congenita e/ou adquirida).
- Integrar aa equipe de Saúde Bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer.
- Oferecer atividades educativas para informar sistematicamente a população sobre o diagnóstico precoce do câncer de boca.

8 ÁREA – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

8.1 INDICADOR: Proporção de usuários atendidos pela equipe do NASF

Conceito: este indicador reflete o percentual de atendimentos realizados pela equipe do NASF em relação à população cadastrada na sua área de abrangência no período de um mês. Fornece estimativa da suficiência da oferta de ações pelo NASF diante da demanda potencial da população cadastrada.

O apoio matricial do NASF, na medida em que este realiza ações conjuntas com as equipes apoiadas, aumenta a capacidade clínica das equipes e a sua resolubilidade. Além disso, a inserção de um NASF em determinado território aumenta a oferta de ações realizadas no âmbito da atenção básica e, dessa forma, amplia-se o acesso da população às ações nesse ponto de atenção.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Nº de usuários atendidos por profissionais do NASF,* em determinado local e período	x 100
Total da população cadastrada pelas e SF apoiadas pelo NASF no mesmo local e período	

Fonte: Numerador: Relatórios de atendimento individual e de atividades coletivas do e-SUS AB. Denominador: Relatório de cadastro individual do e-SUS AB.

* Considerado: soma dos usuários atendidos em consultas individuais, visitas domiciliares ou atividades coletivas realizadas pelos profissionais do NASF, de forma conjunta com os profissionais da equipe de SF ou não.

Periodicidade: mensal.

Limitações: o numerador pode ser superestimado caso um mesmo usuário tenha participado de mais de um atendimento individual ou atividade coletiva em um mesmo período.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais do NASF sobre a utilização das fichas do e-SUS AB para o registro de suas atividades.
- Monitorar e avaliar a qualidade e a consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessorar a gestão.

8.2 INDICADOR: Proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto com a eSF

Conceito: este indicador reflete o percentual de atendimentos individuais compartilhados com a eSF em relação ao total de atendimentos individuais realizados pelo NASF no período de um mês e pretende evidenciar a existência de articulação entre essas equipes.

Entende-se por atendimentos individuais compartilhados aqueles realizados conjuntamente pelo profissional do NASF com ao menos um profissional da equipe de AB apoiada. Para o cálculo deste indicador, não devem ser considerados os atendimentos em domicílio.

O atendimento individual compartilhado é uma intervenção multiprofissional que possibilita troca de saberes, aprendizado e responsabilização mútua, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Nº de atendimentos individuais realizados por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das eSF, em determinado local e período	x 100
Nº total de atendimentos individuais realizados pelo NASF no mesmo local e período	

Fonte: Numerador: Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB. Denominador: Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB.

Periodicidade: mensal.

Limitações: não é possível identificar se os atendimentos compartilhados se dão entre o NASF e os profissionais de nível médio ou superior das equipes. O tempo de implantação do NASF pode influenciar nas possibilidades de integração com as equipes apoiadas.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais do NASF sobre a utilização das fichas do e-SUS AB para o registro de suas atividades.
- Elaborar atividades de educação permanente para os profissionais do NASF e eSF sobre a importância dos atendimentos compartilhados enquanto ferramenta para a ampliação da clínica.
- Realizar reuniões de equipe para discutir quais casos/situações podem ser atendidos de forma conjunta entre o NASF e as eSF apoiadas.

- Oferecer disponibilidade na agenda dos profissionais do NASF para a realização de atendimentos conjuntos na organização de seus processos de trabalho.

8.3 INDICADOR: Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a eSF

Conceito: este indicador reflete o percentual de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais do NASF em conjunto com os profissionais da eSF em relação ao total de visitas domiciliares realizadas pelo NASF no período de um mês e pretende evidenciar a existência de articulação entre essas equipes. Por visitas domiciliares compartilhadas são consideradas aquelas realizadas conjuntamente com o profissional do NASF e ao menos um profissional da equipe AB de apoiada.

A visita domiciliar constitui um campo de prática amplo que oportuniza diversas possibilidades de intervenção. Facilita o acesso aos serviços da atenção básica para usuários restritos ao leito ou ao domicílio, além de ser um momento privilegiado para o conhecimento da realidade onde eles vivem ou o grupo familiar. A realização de atendimentos em domicílio serve ainda como estratégia de educação permanente e manutenção de vínculo com a equipe apoiada.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Nº de visitas domiciliares realizadas por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das eSF, em determinado local e período	x 100
Nº total de atendimentos em domicílio realizados pelo NASF no mesmo local e período	

Fonte: Numerador: Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB. Denominador: Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB.

Periodicidade: mensal.

Limitações: não é possível identificar se os atendimentos compartilhados se dão entre o NASF e os profissionais de nível médio ou superior das equipes. O tempo de implantação do NASF pode influenciar nas possibilidades de integração com as equipes apoiadas.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais do NASF sobre a utilização das fichas do e-SUS AB para o registro de suas atividades.
- Elaborar atividades de educação permanente para os profissionais do NASF

e eSF sobre a importância do atendimento domiciliar enquanto ferramenta para a ampliação da clínica e das possibilidades de acesso dos usuários às ações da atenção básica.

- Realizar reuniões de equipe para decidir quais casos/situações são indicados para atendimento domiciliar, considerando, a partir do vínculo preestabelecido e das necessidades do usuário, quais profissionais deverão realizá-lo.

- Oferecer disponibilidade na agenda dos profissionais do NASF para a realização de atendimentos conjuntos na organização de seus processos de trabalho.

- Ter disponibilidade de veículo para a realização de atendimentos em domicílio, considerando as especificidades territoriais e a existência de barreiras físicas de acesso à atenção básica.

8.4 INDICADOR: Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados pelo NASF

Conceito: este indicador reflete o percentual de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados pelos profissionais do NASF em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família em relação ao total de ações coletivas realizados pelo NASF no período de um mês.

Pretende evidenciar a existência de articulação entre essas equipes. As ações coletivas compartilhadas podem envolver o apoio do NASF para o planejamento, programação e/ou execução conjunta de grupos de educação e saúde e outras ações desenvolvidas na UBS ou em outros espaços comunitários. O apoio pode ocorrer quando demandado pelas equipes de AB, sempre que identificada pelo NASF a necessidade de qualificação de ações já realizadas ou, ainda, a partir da identificação da necessidade de criação de novas ações coletivas.

As ações coletivas e atendimentos em grupo compreendem:

- **Atividades coletivas:** indica ação de saúde realizada na coletividade, como: grupos de educação em saúde, oficinas em espaços do território etc. Esta opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados.
- **Atendimentos em grupo:** indica atendimento em grupo, como: grupos de psicoterapia, consultas coletivas etc. Esta opção exige que os usuários que participaram da atividade sejam identificados (Cartão SUS).
- **Avaliações/procedimentos coletivos:** indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como: avaliação antropométrica, testes de

acuidade visual, aferição de pressão arterial etc. Esta opção exige que os usuários que participaram da atividade sejam identificados (Cartão SUS).

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Nº de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados* por profissionais do NASF em conjunto com profissionais das eSF, em determinado local e período	x 100
Nº total de ações coletivas realizadas* pelo NASF no mesmo local e período	

Fonte: Numerador: Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB. Denominador: Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB.

* Para o cálculo, considerar o somatório de atividades coletivas, atendimentos em grupo e avaliações/procedimentos coletivos.

Periodicidade: mensal.

Limitações: não é possível identificar se os atendimentos compartilhados se dão entre o NASF e os profissionais de nível médio ou superior das equipes. O tempo de implantação do NASF pode influenciar nas possibilidades de integração com as equipes apoiadas.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais do NASF sobre a utilização das fichas do e-SUS AB para o registro de suas atividades.
- Programar ações coletivas que estejam em consonância com as necessidades das equipes apoiadas e dos territórios. Para tanto, é importante planejar essas ações de forma compartilhada e a partir de diagnóstico situacional.
- Organizar e planejar previamente as agendas dos profissionais para assegurar espaços de tempo para a realização das ações coletivas de forma compartilhada.
- Integrar as equipes do NASF às ações do Programa Saúde na Escola, quando houver.

8.5 INDICADOR: Proporção de reuniões para discussão de casos clínicos/PTS

Conceito: este indicador reflete o percentual de reuniões para a discussão de casos clínicos/Projeto Terapêutico Singular (PTS) realizadas entre profissionais do NASF e eSF em relação ao total de reuniões realizadas pelo NASF no período de um mês.

As reuniões compreendem:

- **Reunião da equipe:** opção utilizada para indicar uma reunião da própria equipe (NASF, no caso).
- **Reunião com outras equipes de saúde:** opção utilizada para indicar uma reunião da equipe com outras equipes de saúde (NASF com eSF ou NASF com outras equipes da rede de saúde).
- **Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/controle social:** indica a realização e reunião com agentes externos da comunidade ou outros órgãos de governo.

O PTS, importante ferramenta para a realização do apoio matricial, é um instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. Nele, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização (BRASIL, 2009a). Nesse sentido, as reuniões para discussão de PTS tornam-se fundamentais. São nesses espaços que a equipe poderá construir, de forma compartilhada, os diagnósticos e as terapêuticas, definir responsabilidades, além de monitorar e avaliar os resultados de cada um dos projetos elaborados.

Este indicador busca dar visibilidade às reuniões de matriciamento para a discussão de casos/PTS, dada a sua relevância no cuidado compartilhado e sua forte ligação com processos de educação permanente.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Nº de reuniões realizadas para a discussão de caso clínico entre NASF e eSF apoiadas, em determinado local e período	x 100
Nº total de reuniões realizadas* pelo NASF no mesmo local e período	

Fonte: Numerador: Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB. Denominador: Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB.

* Considerado: reunião da equipe (NASF) + reunião com outras equipes de saúde (NASF com eSF ou com outras equipes da rede de saúde) + reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/controle social, incluindo todas as opções de temas para reunião.

Periodicidade: mensal.

Limitações: não é possível identificar se os atendimentos compartilhados se dão entre o NASF e os profissionais de nível médio ou superior das equipes. O tempo de implantação do NASF pode influenciar nas possibilidades de integração com as equipes apoiadas.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitar os profissionais do NASF sobre a utilização das fichas do e-SUS para o registro de suas atividades.
- Organizar e planejar previamente as agendas dos profissionais para assegurar que as reuniões de matriciamento para discussão de casos clínicos/PTS aconteçam periodicamente.
- Criar instrumentos para acompanhamento dos casos compartilhados (por exemplo, por meio de listas de casos em acompanhamento, planilhas compartilhadas, fichas de PTS etc.) que poderão embasar a reunião para a discussão do caso.
- Utilizar espaços já existentes das equipes de AB, ou criar novos espaços, para realizar reuniões conjuntas entre NASF e eSF apoiadas, conforme a necessidade e viabilidade de cada equipe.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do sistema com coleta de dados simplificada:** CDS. Brasília, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_2_0.pdf>. Acesso em: 8 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, 2009a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF.** Brasília, 2009c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil.** Brasília, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Módulo de Gestão do Programa Bolsa-Família na Saúde:** Datasus. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa2relconsol.asp>>. Acesso em: 8 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde:** roteiros para reflexão e ação. Brasília, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde:** dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.** Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **SIAB:** Sistema de Informação da Atenção Básica. Rio de Janeiro: DATASUS, 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: jun. 2010.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. I **Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Elaboração, redação e organização de Ronaldo Laranjeira et al. Revisão técnica científica de Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à Saúde. Brasília: IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf>. Acesso em: 12 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: OPAS, 2008.

SASIENI, P.; CASTANON, A.; CUZICK, J. Screening and adenocarcinoma of the cervix. **International Journal of Cancer**, Germany, v. 125, n. 3, p. 525-529, fev. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control e Prevention. National Center for Health Statistics. **Health, United States, 2006**: with chartbook on trends in the health of americans. Hyattsville, MD: Department of Health and Human Services, 2006.

ANEXOS

Anexo A – Matriz de indicadores PMAQ-AB (monitoramento e avaliação de desempenho)

1 – SAÚDE DA MULHER DENOMINAÇÃO	TIPO	Variáveis do sistema	
		Numerador	Denominador
1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica	D	SSA2 (gest. cadastradas)	SINASC, IBGE, ANS
1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	D	PMA2 (pré-natal)	SSA2 (gest. cadastradas)
1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	D	SSA2 (gest. com pré-natal iniciado no primeiro trimestre)	SSA2 (gest. cadastradas)
1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal no mês	D	SSA2 (gest. fez consulta de pré-natal no mês)	SSA2 (gest. cadastradas)
1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia	D	SSA2 (gest. com vacina em dia)	SSA2 (gest. cadastradas)
1.6 Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos e mais	D	PMA2 (tipo atend. médico e enfermeiro prevenção do câncer cervicouterino)	Ficha A (feminino > 15 anos)
1.7 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares do ACS	M	SSA2 (gest. acompanhadas)	SSA2 (gest. cadastradas)
2 – SAÚDE DA CRIANÇA DENOMINAÇÃO	TIPO	Variáveis do sistema	
		Numerador	Denominador
2.1 Média de atendimentos de puericultura por criança cadastrada	D	PMA2 (tipo de atendimentos de médico e de enfermeiro – puericultura)	SSA2 (crianças menores de dois anos)
2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo	D	SSA2 (crianças até 3 m e 29 d em aleitamento exclusivo)	SSA2 (crianças até 3 m e 29 d)
2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia	D	SSA2 (crianças com as vacinas em dia)	SSA2 (crianças até 11 m e 29 d)

2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas	D	SSA2 (crianças até 11 m e 29 d pesadas + de 12 m a 23 m e 29 d pesadas)	SSA2 (crianças até 11 m e 29 d + de 12 m a 23 m e 29 d)
2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano	D	PMA2 (cons. médicas residentes na área de abrang. equipe < 1)	SSA2 (crianças até 11 m e 29 d)
2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos	D	PMA2 (cons. médicas residentes na área de abrang. equipe < 1e 1-4)	Ficha A (masculino < 1e 1-4 + feminino < 1e 1-4)
2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer	M	SSA2 (crianças – RN pesadas ao nascer com peso < 2.500g)	SSA2 (crianças – nascidos vivos no mês)
2.8 Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio pelo ACS	M	SSA2 (crianças até 11 m e 29 d)	Ficha A (masculino < 1+ feminino < 1)
3 – HIPERTENSÃO E DIABETES	TIPO	Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO		Numerador	Denominador
3.1 Proporção de pessoas com diabetes cadastradas	D	SSA2 (diabéticos cadastrados)	Ficha A (considerar total de pessoas com 15 anos ou mais cadastradas) e PNAD – 2008
3.2 Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas	D	SSA2 (hipertensos cadastrados)	Ficha A (considerar total de pessoas com 15 anos ou mais cadastradas) e PNAD – 2008
3.3 Média de atendimentos por pessoas com diabetes	D	PMA2 (tipo de atendimentos de médico e de enfermeiro – diabetes)	SSA2 (diabéticos cadastrados)
3.4 Média de atendimentos por pessoas com hipertensão	D	PMA2 (tipo de atendimentos de médico e de enfermeiro – hipertensão arterial)	SSA2 (hipertensos cadastrados)
4 – PRODUÇÃO GERAL	TIPO	Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO		Numerador	Denominador

4.1 Média de consultas médicas por habitante	D	PMA2 (cons. médicas residentes na área de abrang. Equipe – Total)	Ficha A (pop. geral cadastrada)
4.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado	D	PMA2-C (tipos de consulta médica – cuidado continuado)	PMA2-C (tipos de consulta médica – demanda agendada + demanda imediata + cuidado continuado+ urgência com observação)
4.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada	D	PMA2-C (tipos de consulta médica – demanda agendada)	PMA2-C (tipos de consulta médica – demanda agendada + demanda imediata + cuidado continuado+ urgência com observação)
4.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata	D	PMA2-C (tipos de consulta médica – demanda imediata)	PMA2-C (tipos de consulta médica – demanda agendada + demanda imediata + cuidado continuado+ urgência com observação)
4.5 Proporção de encaminhamentos para o atendimento especializado	D	PMA2 (encaminhamentos médicos – atend. especializado)	PMA2 (total geral de consultas = cons. médicas residentes fora da área de abrang. + residentes na área de abrang. equipe)
4.6 Média de atendimentos de enfermeiro	D	PMA2 (procedimentos – atend. individual enfermeiro)	Ficha A (pop. geral cadastrada)
4.7 Proporção de encaminhamentos para o atendimento de urgência e emergência	M	PMA2 (encaminhamentos médicos – urgência/emergência)	PMA2 (total geral de consultas = cons. médicas residentes fora da área de abrang. + residentes na área de abrang. equipe)
4.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar	M	PMA2 (encaminhamentos médicos – internação hospitalar)	PMA2 (total geral de consultas = cons. médicas residentes fora da área de abrang. + residentes na área de abrang. equipe)

4.9 Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada	M	SSA2 (visitas domiciliares – ACS)	SSA2 (total de famílias acompanhadas)
4.10 Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família	M	Módulo de Gestão do Programa Bolsa-Família	Ficha A (a família é beneficiária do Programa Bolsa-Família)
5 – VIGILÂNCIA – TUBERCULOSE E HANSENÍASE	TIPO	Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO		Numerador	Denominador
5.1 Média de atendimentos para pessoas com tuberculose	M	PMA2 (tipo de atendimentos de médico e de enfermeiro – tuberculose)	SSA2 (pessoas com tuberculose cadastradas)
5.2 Média de atendimentos para pessoas com hanseníase	M	PMA2 (tipo de atendimentos de médico e de enfermeiro – hanseníase)	SSA2 (pessoas com hanseníase cadastradas)
6 – SAÚDE MENTAL	TIPO	Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO		Numerador	Denominador
6.1 Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto usuários de álcool e drogas	M	PMA2-C (tipos de atendimento médico e de enfermeiro – saúde mental)	PMA2 (tipo de atendimento de médico e de enfermeiro – puericultura + pré-natal + prevenção do câncer cervicouterino + DST/aids + diabetes + hipertensão arterial + hanseníase + tuberculose) + PMA2-C (tipos de atendimento médico e de enfermeiro – usuário de álcool + usuário de drogas + saúde mental)

<p>6.2 Proporção de atendimentos de usuários de álcool</p> <p>M</p>	<p>PMA2-C (tipos de atendimento médico e de enfermeiro – usuário de álcool)</p>	<p>PMA2 (tipo de atendimento de médico e de enfermeiro – puericultura + pré-natal + prevenção do câncer cervicouterino + DST/aids + diabetes + hipertensão arterial + hanseníase + tuberculose) + PMA2-C (tipos de atendimento médico e de enfermeiro – usuário de álcool + usuário de drogas + saúde mental)</p>
<p>6.3 Proporção de atendimentos de usuário de drogas</p> <p>M</p>	<p>PMA2-C (tipos de atendimento médico e de enfermeiro – usuário de drogas)</p>	<p>PMA2 (tipo de atendimento de médico e de enfermeiro – puericultura + pré-natal + prevenção do câncer cervicouterino + DST/aids + diabetes + hipertensão arterial + hanseníase + tuberculose) + PMA2-C (tipos de atendimento médico e de enfermeiro – usuário de álcool + usuário de drogas + saúde mental)</p>
<p>6.4 Taxa de prevalência de alcoolismo</p> <p>M</p>	<p>Ficha A (alcoolismo na pop. de 15 anos ou mais cadastrada)</p>	<p>Ficha A (pop. 15 anos ou mais cadastrada)</p>

Legenda:

D – Indicadores de avaliação de desempenho

M – Indicadores de monitoramento

Anexo B – Matriz de indicadores PMAQ – Saúde Bucal (monitoramento e avaliação de desempenho)

SAÚDE BUCAL		Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO	TIPO	Numerador	Denominador
1 Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	D	PMA2-C (tipo de atendimentos do cirurgião-dentista – escovação dental supervisionada)	Ficha A (pop. geral cadastrada)
2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática	D	PMA2-C (tipo de atendimentos do cirurgião-dentista – 1ª consulta odontológica programática)	Ficha A (pop. geral cadastrada)
3 Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante	D	PMA2-C (tipo de atendimentos do cirurgião-dentista – atendimento à gestante)	SSA2 (gest. cadastradas)
4 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	D	PMA2-C (tipo de atendimentos do cirurgião-dentista – tratamento concluído)	PMA2-C (tipo de atendimentos do cirurgião-dentista – primeira consulta odontológica programática)
5 Média de instalações de próteses dentárias	M	PMA2-C (tipo de atendimentos do cirurgião-dentista – instalações de próteses dentárias)	Ficha A (pop. geral cadastrada)
6 Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante	M	PMA2-C (tipo de atendimentos do cirurgião-dentista – urgência)	Ficha A (pop. geral cadastrada)
7 Taxa de incidência de alterações da mucosa oral	M	PMA2-C (marcador de saúde bucal – diagnóstico de alteração na mucosa)	Ficha A (pop. geral cadastrada)

Legenda:

D – Indicadores de avaliação de desempenho

M – Indicadores de monitoramento

Anexo C – Matriz de indicadores PMAQ – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (monitoramento e avaliação de desempenho)

NASF DENOMINAÇÃO	TIPO	Variáveis do sistema	
		Numerador	Denominador
1 Proporção de usuários atendidos pela equipe do NASF	M	Relatórios de atendimento individual e de atividade coletiva do e-SUS AB	Relatório de cadastro individual do e-SUS AB
2 Proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto com a eSF	M	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB
3 Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a eSF	M	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB	Relatórios de atendimento individual do e-SUS AB
4 Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados pelo NASF	M	Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB	Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB
5 Proporção de reuniões para discussão de casos clínicos/ PTS	M	Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB	Relatórios de atividade coletiva do e-SUS AB

Legenda:

D – Indicadores de avaliação de desempenho

M – Indicadores de monitoramento

ISBN 987885-334-2308-4



9 788533 423084

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde





SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

