

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Art. 21.º As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 22.º As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 23.º Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- Houver solicitação expressa de uma das apresentações.

Art. 24.º As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

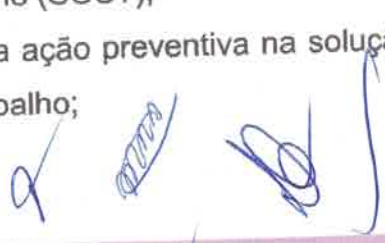
Art. 25.º Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 25.º - Compete a CIPA:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST);
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;



726

- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.
- Participar, com a SOST, das discussões promovidas pelas unidades para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer a SOST, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com a SOST, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho –SIPAT;

- Participar, anualmente, em conjunto com a SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho –SIPAT;
- Participar, anualmente, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 26.º Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 27.º - Cabe aos empregados:

- Participar da eleição de seus representantes;
- Colaborar com a gestão da CIPA;
- Indicar à CIPA, ao SOST e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 14.º O regimento entrará em vigor após eleição da Comissão e validação na primeira reunião.



728

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES:

Uma reunião ordinária por mês e tantas extraordinárias quanto forem necessárias.

Cronograma	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reunião	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Exemplo de calendário de programação anual:

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES			
MÊS	DIA	DIA DA SEMANA	HORÁRIO
Janeiro	27	Sexta-feira	14h00
Fevereiro	24	Sexta-feira	14h00
Março	24	Sexta-feira	14h00
Abril	28	Sexta-feira	14h00
Maiο	26	Sexta-feira	14h00
Junho	23	Sexta-feira	14h00
Julho	28	Sexta-feira	14h00
Agosto	25	Sexta-feira	14h00
Setembro	22	Sexta-feira	14h00
Outubro	27	Sexta-feira	14h00
Novembro	24	Sexta-feira	14h00
Dezembro	15	Sexta-feira	14h00

2.1.5. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Os estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica e que contar com o número superior a 30 (trinta) médicos em seu Corpo Clínico, independentemente de seu vínculo empregatício, deverá apresentar à comissão de revisão de prontuários médicos, nos termos da Resolução CFM nº. 1.638/2002.

A Comissão de Revisão de Prontuários faz parte de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, bem como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário completo e exato com dados que não apresentem erros e inconsistências, devidamente ordenados, contribui não só para assegurar a correta assistência ao paciente, mas também para a obtenção de recursos financeiros mediante procedimentos comprovados, além de ser um documento jurídico importante para a instituição, paciente e cliente (ROBERTS et al, 1987).

O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados. Documento único devidamente identificado que concentra todas as informações relativas à saúde de cada paciente. É nele que constam as alterações e a demonstração da evolução desse paciente durante todo o período de atendimento ou internação.

O prontuário do paciente – ficha clínica ou boletim de emergência é o documento legal em que os profissionais devem registrar todas as anotações referentes à história médico-social, a sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento, além de servir como rica fonte de pesquisa científica e de indicadores institucionais.

Logo, é de vital importância garantir a qualidade deste documento, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

A comissão está apta a revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

- A comissão de prontuários terá composição mínima de um profissional médico, um profissional de enfermagem e um profissional do SAME. Em caso de substituição dos membros, os nomes substitutos deverão ser encaminhados para Coordenação Médica. A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário e se reunirá uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

Com base na Portaria N° 279, de 08 de outubro de 2010 são atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários:

I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

c) Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;

d) Preenchimento completo do sumário de alta; e

e) Ordenação do prontuário.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Assessorar a Coordenação Hospitalar do INC em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

VII - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (Membros e Finalidade)

Finalidade

Têm por finalidade orientar os médicos que militam na assistência, estabelecendo linhas de relacionamento ético, técnico e administrativo para o desempenho de suas atividades no Hospital, com base nas determinações de resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM: 1481/97) e nas normas da Instituição.

Membros

Um representante da CCIH

Um representante da Clínica Médica

Um representante da Cirúrgica Médica

Um representante da Coord. Enfermagem

Um representante da UTI

Um representante da Direção

2.1.5.1. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

FINALIDADE:

Atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

COMPOSIÇÃO:

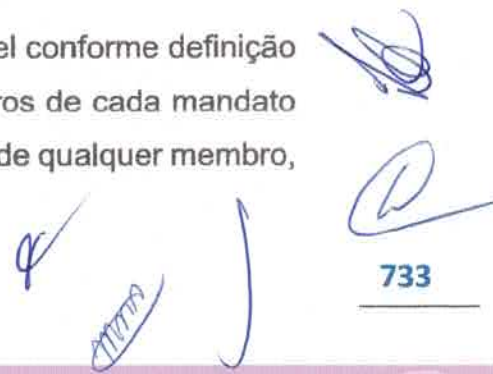
O serviço de saúde indicará como membro para a Comissão de Revisão de Prontuário:

- 01(um) Profissional Médico Titular;
- 01(um) Profissional Médico Suplente;
- 01(um) Profissional Enfermeiro Titular;
- 01(um) Profissional Enfermeiro Suplente;
- 01(um) Auxiliar Técnico Administrativo – ATA Titular;

Os membros nomeados acima serão os representantes locais da Comissão de Revisão de Prontuários.

MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da liderança da Organização Social. A relação dos membros de cada mandato deverá ser reportada à sede IRB, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.



SEDE:

O local para as auditorias e reuniões das comissões, a ser disponibilizada por cada serviço, deverá contar com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em livro ATA resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelos Responsáveis Técnicos do serviço.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato:

- Identificar, entre os profissionais do corpo clínico, indivíduos com perfil adequado para a Instituição.
- Nomear oficialmente os membros da Comissão
- Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
- Mapear fontes de informação para realização das atividades.

734

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
- Elaboração de relatório mensal.
- Apresentação, semestralmente, dos resultados dos trabalhos.

ROTINA:

As auditorias deverão ser realizadas pela comissão local em formulário específico do Microsoft Forms (links abaixo) mensalmente, até o dia 10 de cada mês.

No total, 30 prontuários de atendimentos gerais e 05 prontuários de puérperas serão a meta mensal.

Dos 30 prontuários, os atendimentos a serem auditados devem ser escolhidos aleatoriamente nos mapas de produção diário dos últimos 3 meses, sendo 15 de atendimentos médicos e 15 de atendimentos de enfermeiro(a)s.

Dentre os prontuários escolhidos para auditoria dos atendimentos médicos, auditar o registro de enfermagem (enfermeiros e técnicos) dos últimos 06 meses, caso exista e dentre os atendimentos de enfermagem, auditar o registro médico e de técnicos de enfermagem realizado nos últimos 06 meses, caso exista.

Os registros auditados serão identificados através de carimbo específico, conforme abaixo e assinados pelos auditores (médico e enfermeiro).

ITENS A SEREM AUDITADOS:

ATENDIMENTOS GERAIS:

- NÚMERO DA FICHA DE ATENDIMENTO: registrar a identificação;
- DATA DE ATENDIMENTO AVALIADO: registrar a data de atendimento avaliado (auditoria), dia, mês e ano;
- INICIAIS DO PACIENTE: registrar as iniciais do paciente que foi realizado a auditoria;

- d) DATA DE NASCIMENTO: registrar a data de nascimento do paciente dia, mês e ano;
- e) FICHA DE PRODUÇÃO/PRONTUÁRIO: avaliar se a ficha de produção está em conformidade com o registro do prontuário auditado.
- f) ESTADO DE CONSERVAÇÃO (PF): avaliar se o prontuário está rasgado, amassado e/ou riscado;
- g) REGISTRO EM ORDEM CRONOLÓGICA DE DATA (PI): avaliar se os registros estão em ordem cronológica e fixados nesta ordem com grampo ou bailarina (clips não garantem à ordem cronológica do prontuário).

REGISTRO MÉDICO:

- a) DATA: avaliar se possui registro da data no atendimento avaliado com dia, mês e ano;
- b) LETRA LEGÍVEL (se prontuário físico): devemos considerar letra legível as anotações em que conseguirmos entender o contexto e contiver pelo menos pelo menos 80% da anotação escrita de forma clara;
- c) ANAMNESE: verificar se o profissional descreve o motivo da consulta;
- d) EXAME FÍSICO: verificar se possui ao menos avaliações de inspeção (exemplo: avaliação do estado geral, avaliação do estado de hidratação, avaliação do nível de consciência) e avaliações dos sinais vitais (aferição de PA), ausculta cardíaca e pulmonar direcionado a queixa;
- e) HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E/OU CID: avaliar se possui hipótese diagnóstica ou CID referente ao atendimento prestado (pode ser um OU outro);
- f) CONDUTA: avaliar se possui informação de conduta do profissional (medicação prescrita, solicitação de exames, encaminhamentos e orientações). NÃO devemos avaliar se está condizente com o quadro apresentado, devemos avaliar somente se possui a informação;
- g) CARIMBO E ASSINATURA: avaliar se possui carimbo e assinatura do profissional.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

REGISTRO DE ENFERMAGEM:

- a) DATA: avaliar se possui registro da data no atendimento avaliado com dia, mês e ano;
- b) HORÁRIO: avaliar se possui registro do horário do atendimento;
- c) LETRA LEGÍVEL (se prontuário físico): devemos considerar letra legível as anotações em que conseguirmos entender o contexto e contiver pelo menos pelo menos 80% da anotação escrita de forma clara;
- d) ANAMNESE: verificar se o profissional descreve o motivo da consulta;
- e) EXAME FÍSICO: verificar se possui ao menos avaliações de inspeção (exemplo: avaliação do estado geral, avaliação do estado de hidratação, avaliação do nível de consciência) e avaliações dos sinais vitais (aferição de PA), ausculta cardíaca e pulmonar direcionado a queixa;
- f) DIAGNÓSTICO (DE): avaliar se possui diagnóstico de enfermagem referente ao atendimento prestado;
- g) CONDUTA: avaliar se possui informação de conduta do profissional (medicação prescrita pelo médico, solicitação de exames, encaminhamentos e orientações). NÃO devemos avaliar se está condizente com o quadro apresentado, devemos avaliar somente se possui a informação;
- h) CARIMBO E ASSINATURA: avaliar se possui carimbo e assinatura do profissional.

REGISTRO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- a) DATA: avaliar se possui registro da data no atendimento avaliado com dia, hora, mês e ano;
- b) HORÁRIO: avaliar se possui registro do horário do atendimento;
- c) LETRA LEGÍVEL (se prontuário físico): devemos considerar letra legível, as anotações em que conseguirmos entender o contexto e contiver pelo menos pelo menos 80% da anotação escrita de forma clara;
- d) ANOTAÇÃO: verificar se o profissional descreve todo procedimento realizado;

e) **CARIMBO E ASSINATURA:** avaliar se possui carimbo e assinatura do profissional.

Ao final das auditorias um feedback deverá ser formalizado por escrito ao gestor do serviço, em formulários específicos (anexos 1 e 2) e arquivados em pasta específica física e digital (link abaixo) da CRP. O arquivamento em acervo digital deverá seguir o seguinte modelo de título: Ano_mês (ex.: 2022_setembro).

ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

b) Obrigatoriedade de letra legível, quando prontuário físico, do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

I – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade deles.

II - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

São atribuições e competências dos membros da CRP:

Compete ao Gestor do serviço:

I. Nomear e constituir a Comissão através de ato próprio;

II. Fazer respeitar o Regulamento interno da CRP/Auditoria Interna;

- III. Indicar o coordenador e membros da Comissão;
- IV. Manter a composição dos membros, devidamente atualizados;
- V. Garantir a participação do coordenador da Comissão, nos órgãos colegiados deliberativos;
- VI. Nomear e convocar os integrantes que irão representar a equipe na composição da Comissão de Revisão de Prontuário/Auditoria Interna;
- VII. Garantir o cumprimento das recomendações legais e normativas, no que tange à Resolução CFM nº 1.638/2002.

Compete ao Coordenador da Comissão de Revisão de Prontuários/Auditoria Interna:

- I. Convocar e presidir as reuniões mensais da Comissão de Revisão de prontuários/Auditoria Interna;
- II. Coordenar as reuniões da Comissão;
- III. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- IV. Representar a Comissão perante a sede IRB;
- V. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- VI. Tomar parte nas discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades;



739

- VIII. Cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para a melhoria contínua da qualidade dos registros;
- IX. Promover e garantir o pleno funcionamento da comissão local;
- X. Elaborar e apresentar relatórios mensais/periódicos das atividades, apresentar resultados obtidos e discuti-los;
- XI. Estabelecer, monitorar e gerenciar os indicadores, os resultados das auditorias e promover plano de ação para as inconformidades encontradas;
- XII. Monitorar adesão aos protocolos/ações de melhoria contínua.

Compete aos demais membros da Comissão de Revisão de Prontuário/Auditoria Interna:

- I. Participar das reuniões mensais da Comissão;
- II. Validar as ATAs das reuniões;
- III. Comparecer às sessões ordinárias e extraordinárias;
- IV. Assessorar tecnicamente o Coordenador;
- V. Manter atualizadas as informações relativas à Comissão e demais informações de interesse;
- VI. Divulgar documentos técnicos e deliberações relacionadas à área de competência da Comissão e considerado de interesse;
- VII. Colaborar com a comissão nas atividades definidas de acordo com planejamento estabelecido;

VIII. Verificar a qualidade dos registros e anotações dos profissionais nos Prontuários e contribuir para a melhoria contínua;

IX. Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

X. Analisar os impressos e propor modificações quando necessário;

XI. Desdobrar as ações definidas pela Comissão;

XII. Realizar discussões pertinentes em reuniões;

XIII. Manter sigilo sobre assuntos pertinentes;

XIV. Fazer cumprir o regulamento interno.

Compete ao Membro representante apoio administrativo:

I. Redigir ata de reunião de forma clara;

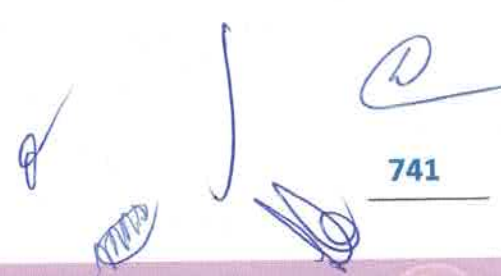
II. Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

III. Manter os arquivos, que se fizerem necessários, em ordem.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o Coordenador Médico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.



741

ANEXO:

ANEXO 1: RELATÓRIO DE AUDITORIA DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – ORIENTAÇÃO AO PROFISSIONAL

DATA: ___/___/___		NÚMERO DE PRONTUÁRIOS AUDITADOS: _____	
RELATÓRIO DE AUDITORIA DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
REQUISITO	CONFORMIDADE		ORIENTAÇÃO AO PROFISSIONAL
CONSERVAÇÃO	() SIM	() NÃO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	() SIM	() NÃO	
CRONOLOGIA	() SIM	() NÃO	
QUALIDADE DA ANOTAÇÃO	() SIM	() NÃO	
IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	() SIM	() NÃO	
OBSERVAÇÕES:			
ASSINATURA DOS AUDITORES			

REUNIÕES MENSAIS:

01 Reunião mensal que terá a data marcada sempre na reunião do mês anterior.

Cronograma	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reunião	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Exemplo de calendário de programação anual:

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
MÊS	DIA	DIA DA SEMANA	HORÁRIO
Janeiro	27	Sexta-feira	16h00
Fevereiro	24	Sexta-feira	16h00
Março	24	Sexta-feira	16h00
Abril	28	Sexta-feira	16h00
Maio	26	Sexta-feira	16h00
Junho	23	Sexta-feira	16h00
Julho	28	Sexta-feira	16h00
Agosto	25	Sexta-feira	16h00
Setembro	22	Sexta-feira	16h00
Outubro	27	Sexta-feira	16h00
Novembro	24	Sexta-feira	16h00
Dezembro	15	Sexta-feira	16h00

2.2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DO USUÁRIO

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

Todo usuário que receber assistência nos serviços de saúde terão anotações referentes ao evento registradas em documento oficial da instituição e conterá elementos para a identificação do paciente e das ações adotadas em relação ao que foi demandado. Este documento constitui o prontuário do paciente.

As informações contidas nos prontuários pertencem ao usuário ou o responsável legal e respeitam preceitos éticos e legais, ficando sob a guarda institucional nas UBS, não podendo ser retirados sem autorização expressa do Gestor Local.

Pontos a serem destacados:

- É obrigatório o sigilo da informação do prontuário sendo esta regra aplicada tanto do ponto de vista ético como legal;
- É vedado ao profissional de saúde deixar de elaborar prontuário clínico para cada paciente;
- É vedado facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso;
- É obrigatório o registro no prontuário do fornecimento de laudos, atestados e declarações pelo profissional emissor.

O conjunto de regras se replica por força legal ética e cível a todos os profissionais da unidade de saúde em qualquer nível hierárquico e

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

assistencial no sistema de saúde compreendendo, portanto que, tanto os materiais produzidos acerca do paciente na assistência direta, como aqueles oriundos de outras instituições do sistema, deverão obedecer princípios de legitimidade, transparência e sigilo assegurados em Lei.

Acerca das competências da recepção/administrativo em relação ao prontuário/arquivo:

A transferência de prontuários entre as unidades de saúde dentro ou fora do município será realizada via malote. O prontuário original fica arquivado na unidade e uma cópia (na íntegra, com todas as páginas conferidas) é encaminhada para a nova unidade de referência do usuário;

É função do profissional administrativo o cuidado com a entrega e o arquivamento do prontuário, rastreando internamente o mesmo e garantindo a guarda para o arquivo quando o mesmo não estiver sendo utilizado pelos profissionais.

Acerca das competências das equipes assistenciais em relação ao prontuário/arquivo:

- As consultas de todos os profissionais da unidade de saúde devem ser registradas com letra legível e seguindo a normatização estabelecida pelos respectivos Conselhos Regionais;
- Todos os atendimentos e procedimentos (prescrições, solicitações e resultados de exames, curativos, visitas domiciliares) realizados devem ser devidamente registrados em prontuário ou anexados ao mesmo quando as anotações forem feitas em outros impressos, devendo igualmente ser datados, assinados, carimbados com a especificação do nº do conselho de classe.
- Os resultados de exames devem ter seus valores e informações anotados no prontuário e serem entregues ao usuário;

- Manter nos prontuários familiares, das famílias cadastradas na ESF ou PACS, em todas as Unidades de Saúde, as fichas de evolução clínica, gráficos, e demais fichas padronizadas no município.

2.2.1. SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME)

É cada vez mais expressiva a importância que a informação vem assumindo na sociedade moderna, a tal ponto que já se tornou lugar comum dizer que vivemos na “era da informação”. A cada dia, são introduzidas inovações tecnológicas e metodológicas que percutem diretamente no conteúdo, no formato e na divulgação da informação produzida nos mais diversos campos do conhecimento humano.

Na área da saúde, é cada vez mais intenso o debate quanto ao papel da informação para o planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes ao setor. No Brasil, o processo de implantação do Sistema Único de saúde (SUS), iniciado em 1988, tem posto o tema em evidência, uma vez que os princípios e a legislação que norteiam o sistema enfatizam a importância das informação e indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais.

A produção de informações em saúde deve estar orientada de forma a permitir uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Parte-se do entendimento de que o estado de saúde de uma coletividade é a expressão de uma vasta gama de características e fatores próprios de seu meio econômico, social e ambiental. Isto significa que a informação em saúde deve abranger não apenas os dados produzidos pelo próprio setor, mas também aqueles produzidos por outras esferas de atuação.

Conceitos Básicos

O processo de produção de informação é composto por um conjunto de elementos relacionados entre si, dentre os quais figura como componente básico o **dado**. Dado é qualquer elemento quantitativo ou qualitativo, em forma bruta, que por si só não conduz à compreensão de determinado fato ou situação. Para alcançar a informação é necessário primeiro processar os dados.

Assim, a **informação** é o dado útil, ou seja, é o produto da análise dos dados obtidos, devidamente registrados, classificados, organizados, relacionados e interpretados dentro de um contexto para transmitir conhecimento, conduzindo à melhor compreensão de fatos e situação.

O **conhecimento** é construído a partir da acumulação de informações, consolidando-se através de permanente atualização, que confronta antigas e novas informações.

Para produzir, consolidar e facilitar a análise da informação utiliza-se o **sistema de informação**, entendido como um sistema de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos.

A **informação em saúde** é aquela produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Envolve tanto aquelas relativas ao processo saúde/doença, quanto as de caráter administrativo, todas essenciais para a tomada de decisão.

O **sistema de informação em saúde**, é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população. O objetivo dos Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve ser o de informar ao público, a seus

representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviços sobre a natureza e amplitude dos problemas de saúde, sobre o impacto de uma ampla gama de influências na saúde individual e coletiva, bem como apoiar os processos de tomada de decisão e de gestão para a resolução desses problemas.

Estatística para Toledo (1985) a estatística indica qualquer coleção consistente de dados numéricos, reunidos com a finalidade de fornecer informações acerca de uma atividade.

A estatística, segundo Murray (1993), está interessada nos métodos científicos para coleta, organização, resumo, apresentação e análise de dados, bem como na obtenção de conclusões válidas e na tomada de decisões razoável baseada em tais análises.

A palavra estatística, encontrada no dicionário do Aurélio da Língua Portuguesa, vem do latim *status*, que significa estado. Antigamente, a estatística envolvia complicações de dados e gráficos que descreviam vários aspectos qualitativos e quantitativos que eram de interesse do Estado, como nascimentos, mortes, rendas, reservas de alimento, disponibilidade de armamentos, homens nos exércitos e outros.

A estatística dentro das organizações está presente tanto na análise quantitativa quanto na organização dos dados, no sentido de detectar falhas ou problemas advindos do não conhecimento do dimensionamento das diversas áreas de atuação dos setores.

Os **indicadores** são ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional, ou seja, são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas.



748

Vale destacar, que as metas são pontos ou posições a serem atingidos no futuro. Elas se constituem em propulsoras do processo de gestão empresarial. Uma meta, segundo Couto e Pedrosa (2003), possui três componentes: objetivo, valor e prazo. Exemplo: reduzir o número de ocorrências em 50% até o final do ano. A fórmula de obtenção do indicador indica como o valor numérico (índice) é obtido.

2.2.2. REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME)

FINALIDADES:

ART. 1º - O Setor de SAME tem por finalidade:

Coletar, apurar e analisar os dados estatísticos da movimentação de pacientes, exames e tratamentos executados na UNIDADE DE SAÚDE.

Facilitar e contribuir para a pesquisa médica e para realização de trabalhos científicos;

Zelar pela observância do sigilo médico e pela manutenção de padrões éticos hospitalares;

Manter estritas relações interdepartamentais com os demais Serviços, visando beneficiar o paciente e as Unidades;

Proporcionar meios à Administração, através – dados estatísticos e relatórios gerenciais, para que ela possa traçar uma adequada e conveniente política administrativa.

Colaborar na humanização do atendimento;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;



749

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

DA POSIÇÃO:

Art.2º - A Unidade de Arquivo Médico e Estatística (SAME), está subordinado diretamente a Coordenação Administrativa.

DA COMPETÊNCIA:

Art. 3º. A Unidade de SAME compete:

Fazer levantamento de dados necessários à avaliação dos serviços prestados mensalmente e quando solicitados pela Coordenação Administrativa.

Fazer Levantamento de Estatísticas Gerais

Fornecer Relatórios Mensais;

Manter atualizado os indicadores das unidades;

Organizar, movimentar, arquivar, guardar e preservar o prontuário médico

DO PESSOAL:

Art.4º - O pessoal da Unidade de SAME, distribui-se pelos seguintes cargos e funções:

01 Encarregado

02 Assistente Administrativo

Art.5º - Ao Encarregado Compete:

Dirigir o serviço, coordenar suas atividades e executando todos os ato necessários à eficiência e boa ordem dos serviços a ele subordinados, bem como, a disciplina do pessoal lotado no serviço;

Distribuir serviços e orientar sua execução;

Estudar e observar o funcionamento das diversas rotinas, propondo a Coordenação as medidas necessárias à simplificação e melhoria de serviços;

Participar nas reuniões da Comissão de Prontuários Médicos;

Incentivar o pessoal sob a sua direção visando a melhoria de seu nível de conhecimentos;

Colaborar no programa de desenvolvimento e atualização dos conhecimentos profissionais, mantendo-se atualizado com o progresso da técnica.

Cumprir outras atribuições que lhe sejam dadas pela Coordenação;

Participar dos programas de treinamento e atualização dos conhecimentos, bem como, a formação de pessoal.

Analisar e interpretar os dados estatísticos elaborados pelo setor.

Art. 6º. Aos assistentes administrativos compete:

O levantamento dos dados estatísticos fornecido por todos os setores produtivos;

A orientação e verificação das tarefas de coletas e apuração de dados;

A orientação na confecção de gráficos representativos e comparativos do movimento dos pacientes;

Atender telefonemas;

Entregar papéis, fichas, prontuários e outros documentos referentes aos pacientes e ao serviço das Unidades observando rigoroso sigilo da correspondência entregue;

Atender aos prazos estipulados pela Coordenação, para entrega dos relatórios e indicadores;

DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS:

Art.7º. – A todo do pessoal lotado na unidade de SAME compete:

Manter sigilo absoluto sobre qualquer informação dos prontuários dos pacientes, a não ser com o conhecimento pleno e autorização do Diretor Clínico,

ou, tratando-se de aspectos legais relacionados à autoridades judiciais com respectivo mandato judicial;

Cumprir o regulamento, regimento, rotina, instruções e ordens de serviços;

Apresentar-se ao trabalho corretamente e limpo.

DAS CONSIDERAÇÕES GERAIS:

Art.8º. – A unidade de SAME funcionará:

De segunda à sexta-feira, das 8:00 às 11:00 e das 12:00 às 17:00

2.2.3. O PRONTUÁRIO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família – PSF como estratégia de reorganização da prática, substituindo a forma convencional de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde.

No PSF, a atenção está voltada para a família em seu ambiente físico, social e cultural, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família – ESF uma visão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

A Unidade Básica de Saúde – UBS é ponto de atenção estratégico, sendo a ESF responsável pelo primeiro contato dos indivíduos e das famílias; deve se consolidar como a porta de entrada, viabilizando o acesso ao sistema de serviços de saúde.

A UBS/ESF trabalha com território de abrangência definido, com população adscrita, pois tem como propósito a identificação e a resolução dos problemas, além de firmar o vínculo com as famílias.

752

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

O trabalho é realizado por equipe multidisciplinar (composto por, no mínimo, um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde – ACS).

Para que a ESF possa reorganizar a sua prática assistencial e estabelecer um novo processo de trabalho, faz-se necessário o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde. Dentre as novas tecnologias, encontra-se o Prontuário de Saúde da Família.

Embora a legislação vigente estabeleça a obrigatoriedade do Prontuário pelos serviços de saúde, é fato o desconhecimento dos profissionais e gestores quanto à relevância, à utilidade e à aplicabilidade desse instrumento.

Nos serviços que dispõem de Prontuário, via de regra, sua organização é centrada na lógica do atendimento individual, e, quando organizado pela família, o que se observa são acúmulos de fichas individuais num único envelope familiar.

Ao desenvolver o Prontuário de Saúde da Família, procurou-se trabalhar com o postulado da coerência, transformando o prontuário individual em um prontuário adequado às necessidades do PSF.

O Prontuário de Saúde da Família está formatado para o trabalho em equipe, tendo como foco a família e os indivíduos que dela fazem parte, residentes no território de responsabilidade da ESF.

As funções do prontuário

- De comunicação: entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o sistema de saúde e o usuário.
- De educação: registro e histórico científico.
- Gerencial: registros administrativos, financeiros e documento legal.

753

As utilidades do prontuário

PARA O USUÁRIO

- Possibilita um atendimento mais seguro e mais eficiente, principalmente quando houver necessidade de transferência de setores, de especialidades ou nos casos de re-internação, uma vez que permite o resgate do histórico dos atendimentos anteriores.
- As anotações existentes podem dispensar ou simplificar interrogatórios e exames complementares, reduzindo o custo do atendimento e o tempo de permanência no serviço de saúde.
- Representa, para o usuário, o grande instrumento de defesa, em caso de possíveis prejuízos e de reivindicação de direitos perante o profissional, o serviço de saúde e os poderes públicos.

PARA A EQUIPE DE SAÚDE

- A equipe de saúde é o conjunto de todos os profissionais que interagem e mantêm contato com o usuário.
- O prontuário é o instrumento de intercomunicação, devendo contribuir para a integração da equipe de saúde, possibilitando a coordenação do cuidado.
- No ensino e na pesquisa, possibilita o conhecimento dos casos, dos antecedentes, dos contatos e das patologias/condições ou agravos.
- Facilita o estudo de diagnóstico e a avaliação da terapêutica.
- É campo para pesquisa e fonte para os mais diversos dados estatísticos de incidências e prevalências, de morbidade e mortalidade.
- Torna possível a verificação e a comparação das diferentes condutas terapêuticas e estabelece uma análise comparativa da eficiência.

PARA OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO

- Facilita a intercomunicação entre os serviços de saúde, possibilitando a continuidade do cuidado para com o usuário.
- É a base de informações para a interconsulta e referenciamento.
- Reduz o uso indevido dos equipamentos e dos serviços, evitando a repetição desnecessária de exames e de procedimentos.
- O prontuário é o documento de maior valor para sua defesa contra possíveis acusações.
- Permite a qualquer tempo um conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado.
- Demonstra o padrão de atendimento prestado.

A estrutura do Prontuário de Saúde da Família

A COMPOSIÇÃO

O Prontuário de Saúde da Família é composto pelos seguintes módulos:

O cadastro familiar:

- A identificação familiar;
- A composição familiar.

O histórico familiar – genograma.

O acompanhamento familiar.

Os ciclos de vida:

- Da criança (0 a 9 anos);
- Do adolescente (10 a 19 anos);
- Do adulto (20 a 59 anos);



755

- Da gestante e puérpera;
- Do idoso (acima de 60 anos).

A saúde bucal.

Instrumentos para avaliação e monitoramento.

A CONFIABILIDADE DO REGISTRO

É importante o preenchimento adequado dos dados do Prontuário de Saúde da Família pelos profissionais da ESF.

São informações mínimas para subsidiar a melhoria da qualidade no atendimento, contribuindo para a realização de diagnóstico precoce, evitando assim complicações e/ou internações hospitalares desnecessárias.

Vale lembrar que o Prontuário é um instrumento de comunicação que possibilita a continuidade do cuidado pela ESF

A utilização do prontuário na unidade básica de saúde

O prontuário deve conter todas as informações necessárias para o diagnóstico e o acompanhamento do usuário, em qualquer condição ou patologia:

- Identificação;
- Condições de nascimento;
- Alimentação;
- Atividades cotidianas;
- Antecedentes morbidos;

- Registro clínico: anamnese, exame físico, impressão diagnóstica, conduta e encaminhamentos;
- Tabelas e gráficos;
- Informações para o usuário;
- Evolução clínica.

O prontuário deverá ser manuseado com os seguintes critérios:

- O agente comunitário de saúde terá acesso para leitura e preenchimento da ficha de cadastro e das fichas do SIAB;
- Os demais profissionais da ESF, assim como o gerente da unidade, terão acesso para a leitura de todos os módulos. Porém o preenchimento dos mesmos deverá obedecer às instruções dadas em cada campo;
- Os campos não poderão ser alterados ou rasurados após seu preenchimento.
- Caso haja mudança de dados, exceto para complementação do cadastro, deverá ser preenchida outra ficha de cadastro e anexada ao prontuário.

O preenchimento nunca deverá distrair o profissional na atenção ao usuário.

Em situações de urgência/emergência, todos os dados deverão ser lançados no prontuário somente após a estabilização do usuário.

As informações devem ser precisas, facilitando a tomada de decisões.

Cada atendimento deverá ser datado e conter a assinatura e o número do conselho de classe do profissional responsável.

As informações de educação em saúde e de acompanhamento do usuário à sua própria condição ou patologias deverão ser transcritas para os instrumentos adequados, como a Caderneta da Criança ou o Cartão da Gestante.



757

Quando houver necessidade de encaminhamento do usuário para um serviço de referência ou para internação, as informações deverão ser transcritas para o formulário próprio. Da mesma maneira, no retorno do usuário, os exames, os tratamentos e as condutas prescritos deverão ser transcritos no prontuário e o formulário de contra-referência arquivado em anexo.

As informações contidas no prontuário são a base para a análise de situação de saúde da população adscrita, programação das ações, controle e avaliação, além de serem a fonte para alimentação de todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde.

O manuseio e o arquivamento:

- O responsável pelo arquivamento deve ter capacitação específica.
- O arquivo deve ser organizado pela equipe e gerência da unidade. Um critério de organização poderá ser a divisão por micro-área e, em cada divisão, por ordem numérica. Outros critérios como ordem alfabética ou numérica geral também poderão ser utilizados.
- Os prontuários poderão ser sinalizados com cores ou outras marcações para a identificação de famílias de risco ou usuários com condições ou patologias mais graves.
- Deverá ser estabelecido um sistema de controle de entrada e de saída, manual ou informatizado, para fácil localização dos prontuários.
- Os fluxos dos prontuários na unidade devem ser bem definidos e toda a equipe de profissionais deve ser orientada sobre isto.
- Para o manuseio do prontuário, as mãos devem estar sempre limpas e livres de sujeiras e de gorduras.

Quanto ao local do arquivamento:

- deve ser seguro e de acesso restrito;
- o teto, paredes e pisos devem ser íntegros e de fácil limpeza;
- deve ser bem ventilado;

- evitar condições adversas como umidade, traças e outras;
- deve ter condições de segurança contra incêndio.

Quanto à modalidade do arquivamento:

- os prontuários poderão ser arquivados em envelopes, pastas suspensas ou outras formas;
- o arquivo poderá ser em prateleiras abertas, arquivo fechado ou outro tipo.

Quanto à temporalidade do arquivamento, os prontuários deverão ser divididos segundo a freqüência de utilização:

- Arquivo principal: para os prontuários com utilização atual, ou seja, até 5 anos após o último atendimento;
- Arquivo temporário: para os prontuários após 5 anos do último atendimento. Poderá ser localizado em sala de menor acesso da UBS.
- Arquivo permanente: para os prontuários após 20 anos do último atendimento. Poderá ser localizado em sala de menor acesso da UBS, juntamente com o arquivo temporário. A preservação desses prontuários é importante para o uso legal ou para fins de pesquisa ou arquivamento histórico ou social.

Pelo menos uma vez por ano, o arquivo principal deve ser reorganizado, identificando os prontuários com mais de 5 anos após o último atendimento que devem ser transferidos para o arquivo temporário. A mesma revisão deve ser feita do arquivo temporário, identificando aqueles que devem passar para o arquivo permanente.

Quando um usuário retornar à UBS, após 5 anos do seu último atendimento, o seu prontuário deve ser identificado no arquivo temporário ou permanente, atualizado e re-arquivado no arquivo principal.

Em caso de mudança da família para área de abrangência de outra unidade de saúde, o prontuário poderá ser transferido, sendo preenchido um Termo de Movimentação do Prontuário

2.3. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE PRODUTIVIDADE E DE QUALIDADE, DENTRE OUTROS

2.3.1. Proposta de Implantação dos Indicadores de Desempenho e Qualidade na Prestação dos Serviços de Saúde na Unidade

Os indicadores de saúde são medidas que devem conter subsídios relevantes sobre propriedades e dimensões de saúde, bem como do desempenho dos sistemas de saúde. Esses indicadores quando apresentados de forma conjugada devem refletir a condição de saúde de uma determinada população.

Os indicadores são fontes de informações bastante utilizadas para a avaliação dos serviços de saúde, dessa forma a qualidade desses indicadores é primordial, o que depende essencialmente dos componentes utilizados na formulação dos mesmos, tais como as informações utilizadas, a coleta e a transcrição dos dados, o registro desses dados, entre outros

Os processos serão mensurados através de indicadores de qualidade. Os indicadores têm como objetivo a identificação dos pontos fortes e as oportunidades de melhoria do hospital. Através destes indicadores, ocorrerá a detecção da eficácia dos serviços e assistência prestada aos usuários.

O acompanhamento dos indicadores deverá ser mensal, onde diminuirá possíveis não conformidades acumulativas no decorrer do ano, como segue alguns exemplos:

a. Atendimento ao Usuário

Percentagem de pacientes atendidos por médico

Objetivo: Identificar necessidade e prioridade do paciente

Fórmula: número de atendimentos médicos/número total de pacientes acolhidos.

Meta: $\geq 95\%$

760

b. Índice de Absenteísmo por Categoria Profissional

Objetivo: Medir a disponibilidade da força de trabalho e dar um indicativo do nível de satisfação dos funcionários, através da análise das faltas ao trabalho.

Fórmula: Horas líquidas faltantes/Horas líquidas disponível X 100

Meta: 3%

c. Ouvidoria para usuários e profissionais

Objetivo: Transparência nas relações com os usuários, profissionais e gestores, acolhendo reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões referentes aos serviços e atendimento prestados.

Poderá ser feita através de telefone, caixa de sugestões/críticas ou por e-mail sempre em local visível. Os relatórios gerados a partir dessa análise deverão conter o percentual de elogios/críticas e as medidas tomadas pela unidade para sanar possíveis deficiências inclusive com retorno ao usuário quando o mesmo deixar uma forma de contato.

d. Relatório assistencial e financeiro mensal dentro dos padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Objetivo: definir o perfil de atendimento da unidade.

Meta: 100%

Os processos serão mensurados através de indicadores de qualidade.

Os indicadores têm como objetivo da identificação dos pontos fortes e as oportunidades de melhoria do hospital. Através destes indicadores, ocorrerá a detecção da eficácia dos serviços e assistência prestada aos usuários.

O acompanhamento dos indicadores deverá ser mensal, onde diminuirá possíveis não conformidades acumulativas no decorrer do ano. A Proposta pode ser verificada também do.

Para tanto, no que diz respeito aos Indicadores de Desempenho, que são ferramentas desenvolvidas com a finalidade de monitorar e avaliar os serviços de saúde realizados pelas Unidades, com objetivo de garantir o aprimoramento



761

constante e eficaz, das ações de vigilância em saúde, a **ROSA BRANCA** estará elaborando e mantendo atualizadas em tempo real as matrizes hoje estabelecidas pela **SMS** de Senador Pompeu, tais como:

- ✓ Taxa de satisfação dos usuários;
- ✓ Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados;
- ✓ Taxa de revisão de prontuários;
- ✓ Tempo médio de espera dos usuários;
- ✓ Taxa de profissionais cadastrados no CNES;
- ✓ Além disso, criará outras fórmulas de avaliação dos seus serviços prestados à comunidade, não somente os de saúde como objeto principal, mas também, outros serviços que serão propostos onde buscará a aproximação constante da população local em prol do desenvolvimento das **UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**.

2.3.2. PROGRAMA DE QUALIDADE DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS PERTINENTES AO ACOLHIMENTO COM AMBIÊNCIA – (PQAA).

Plano de Organização

A **ROSA BRANCA** considera em seu plano, a importância da Ambiência na Saúde, prevê no período da implantação e durante todo o Contrato de Gestão a implementação do tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Tendo em vista que nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura entre outros. Incluindo a importância da ambiência como componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores.

Devem-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

Objetivos e Alcances:

No atendimento de urgência e emergência é possível ser criado ambientes que proporcionem bem estar e qualidade no atendimento do usuário e acompanhante, dessa forma, a **ROSA BRANCA** sugere a construção de ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis. Neste sentido focam-se os seguintes aspectos:

- ✓ Considerando as cores do ambiente, as quais podem ser um recurso útil uma vez que a reação que o usuário e acompanhante tem a elas é profunda e intuitiva. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso;
- ✓ Tratamento das áreas externas – este se faz necessário já que, além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de 'estar' de pacientes ou de seus acompanhantes.
- ✓ Privacidade e individualidade – a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado.
- ✓ Confortabilidade implica na possibilidade do acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências. Pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar o vínculo pessoal para junto do processo de produção de saúde, construindo um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde.



Metodologia:

- Considerando o conceito de AMBIÊNCIA, a **ROSA BRANCA** seguirá, primordialmente, os três eixos relativos ao assunto:
 - O espaço que visa à confortoabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
 - O espaço que possibilita a produção de subjetividades, interface dos profissionais, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
 - O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática. Incluindo que, na confortoabilidade, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde.

Nesse sentido, é importante que, ao criar essas ambiências, se conheçam e, respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está se atuando. É necessário dar atenção à ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis.

Período de Implantação:

O Programa entrará em funcionamento até três meses após o início da implantação dos serviços assistenciais das **UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE** e será mantida uma manutenção durante o Contrato de Gestão.

2.3.3. GESTÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E METAS.

Os indicadores têm como objetivo da identificação dos pontos fortes e as oportunidades de melhoria da unidade de saúde. Através destes indicadores, ocorrerá a detecção da eficácia dos serviços e assistência prestada aos usuários.

O acompanhamento dos indicadores deverá ser mensal, onde diminuirá possíveis não conformidades acumulativas no decorrer período contratual.

Para tanto, no que diz respeito aos Indicadores de Desempenho, que são ferramentas desenvolvidas com a finalidade de monitorar e avaliar os serviços de saúde realizados pela unidade, com objetivo de garantir o aprimoramento constante e eficaz, das ações de vigilância em saúde, a **ROSA BRANCA** estará elaborando e mantendo atualizadas em tempo real as matrizes hoje estabelecidas pela **SMS** de Senador Pompeu.

SISTEMATICA DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO:

Finalidade:

A sistemática de acompanhamento, avaliação e aplicação de ações corretivas de desempenho da qualidade, tem por objeto a definição de mecanismos e critérios para acompanhar e avaliar, mediante critérios objetivos, o desempenho resultantes as ações prévias definidas e colocadas em prática pela **ROSA BRANCA** em meio as necessidades assistenciais da unidade no seu momento inicial de funcionamento, ou seja, sempre no sentido de **ação gerando reação, podendo gerar correção, buscando-se a plena satisfação, ou mesmo pelo processo do PDCA.** A partir da mensuração do grau de atingimento das metas de desempenho originárias do seu planejamento estratégico e pactuadas no Contrato de Gestão é que serão devidamente reanalisadas e adotadas as ações necessárias.

O PDCA interno, método amplamente difundido aplicado para o controle eficaz e confiável das atividades de uma organização, principalmente àquelas

relacionadas às melhorias, possibilitando a padronização nas informações do controle de qualidade e a menor probabilidade de erros nas análises ao tornar as informações mais entendíveis. O PDCA constitui-se das seguintes etapas:

“PLAN” – O primeiro passo para a aplicação do PDCA é o estabelecimento de um plano, ou um planejamento que deverá ser estabelecido com base nas diretrizes ou políticas da empresa e onde devem ser consideradas três fases importantes: a primeira fase é o estabelecimento dos objetivos, a segunda, é o estabelecimento do caminho para que o objetivo seja atingido e, a terceira é a definição do método que deve ser utilizado para consegui-los. A boa elaboração do plano evita falhas e perdas de tempo desnecessárias nas próximas fases do ciclo;

“DO” – O segundo passo do PDCA é a execução do plano que consiste no treinamento dos envolvidos no método a ser empregado, a execução propriamente dita e a coleta de dados para posterior análise. É importante que o plano seja rigorosamente seguido;

“CHECK” – O terceiro passo do PDCA é a análise ou verificação dos resultados alcançados e dados coletados. Ela pode ocorrer concomitantemente com a realização do plano quando se verifica se o trabalho está sendo feito da forma devida, ou após a execução quando são feitas análises estatísticas dos dados e verificação dos itens de controle. Nesta fase podem ser detectados erros ou falhas;

“ACT” ou **“ACTION”** – a última fase do PDCA é a realização das ações corretivas, ou seja, a correção das falhas encontradas no passo anterior. Após realizada a investigação das causas das falhas ou desvios no processo, deve-se repetir, ou aplicar o ciclo PDCA para corrigir as falhas (através do mesmo modelo, planejar as ações, fazer, checar e corrigir) de forma a melhorar cada vez mais o sistema e o método de trabalho.

E para que todas as atividades sejam realmente realizadas a contento tanto pela administração da **ROSA BRANCA** quanto pela gestão da SMS, é primordial a criação de uma equipe de trabalho ou Comissão de Avaliação.



Comissão de Avaliação – “Auditoria Interna da Qualidade”

Com caráter técnico, assistencial e administrativo, a **ROSA BRANCA** criará uma comissão específica de avaliação, uma espécie de “**auditoria interna da qualidade**”, que terá por função proceder à análise dos relatórios de execução gerados em atendimento ao Contrato de Gestão, bem como dos demais relatórios gerenciais de gestão interna que reportem os resultados institucionais à SMS, com a finalidade de perfazer a avaliação final do seu desempenho. Para cumprir a função que lhe cabe, a Comissão de Avaliação observará os conceitos, critérios e a metodologia constantes desta Sistemática.

Da Competência:

Compete à Comissão de Avaliação:

Concluir pela aprovação total, parcial, ou pela rejeição dos resultados e metas alcançados pela ROSA BRANCA em compartilhamento com a SMS;

MMS

[Signature]

767

Emitir, mensalmente, recomendações sobre o resultado do acompanhamento e da avaliação a Diretoria da ROSA BRANCA;

Analisar as justificativas relativas à não consecução de resultados;

Propor ações corretivas;

Sugerir propostas de alteração e revisão das metas;

encaminhar à ROSA BRANCA concomitantemente a SMS os relatórios analisados;

A Comissão de avaliação poderá convocar profissionais assistenciais ou administrativos, a fim de subsidiar, em caráter consultivo, as suas decisões, e ações de correções no fluxo de qualidade.

Da Composição:

A Comissão de Avaliação será constituída por ato do Ministro da Saúde, tendo a seguinte composição:

01 (um) representante da área Assistencial da ROSA BRANCA – Enfermagem;

01 (um) representante da área Assistencial da ROSA BRANCA – Médico;

01 (um) representante da área Assistencial ROSA BRANCA – Técnico;

01 (um) representante da área Administrativa ROSA BRANCA – Matriz;

A Comissão de Avaliação será presidida pelo representante da área Administrativa ROSA BRANCA - Matriz.

Dos Critérios da Avaliação

As regras e procedimentos para o funcionamento interno da Comissão bem como as atribuições de seu presidente e membros deverão ser consignadas em Ata de reunião dentro do prazo dos 90 dias da FASE DE IMPLANTAÇÃO.

A avaliação do desempenho da ROSA BRANCA se alicerça no atingimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão, tendo por base indicadores de eficácia e eficiência, conforme definidos.

O resultado da avaliação a que se refere o caput será dado pelo percentual do grau de atingimento das metas.

Do Funcionamento da Avaliação:

O acompanhamento e a avaliação do Contrato de Gestão da ROSA BRANCA dar-se-ão por meio da consecução das ações a seguir discriminadas nesta sistemática e de forma mensal:

Relação e conciliação dos repasses financeiros feitos pela SMS de Senador Pompeu, com indicação da fonte dos recursos;

Relatório consolidado da produção contratada x produção realizada;

Relatório consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores);

Apresentação de outras informações institucionais e assistenciais solicitadas pela SMS dentro do prazo de exigência;

Apresentação de relatórios com informações detalhadas, além dos relatórios trimestrais previstos, de acordo com a regulamentação do Município e na periodicidade estabelecido, especialmente sobre:

Listagem com identificação dos atendimentos realizados, devidamente segmentados pela sua natureza;

- I. Estatísticas de óbitos;
- II. Interação com a rede pública de atenção à saúde e com os complexos reguladores, no que tange aos problemas envolvendo remoção e transferência de usuários;
- III. Relação de profissionais da unidade de pronto atendimento no geral;

Apresentação mensal das prestações de contas assistenciais e financeiras, bem como todas as informações complementares acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados;

elaboração de relatório semestral de execução do Contrato de Gestão;

Das Reuniões

A Comissão de Avaliação realizará reuniões periódicas a cada quinzena, ou a cada mês a partir do recebimento dos relatórios gerados pela administração interna da unidade, ou sempre que convocado por seu presidente ou por solicitação da maioria simples de seus membros.

A reunião periódica no decorrer das atividades objetivará o acompanhamento da execução dos itens previstos em Contrato de Gestão e avaliará em caráter parcial seus resultados do plano mensal de metas para mês.

A análise dos resultados elaborada pela Comissão de Avaliação será reportada por meio de relatório, contemplando os seguintes aspectos:

1. avaliação quantitativa e qualitativa do grau de atingimento das metas;
2. recomendações e sugestões quanto à gestão assistencial da unidade;
3. recomendações para adoção de diretrizes voltadas ao fiel cumprimento do programa de trabalho ou Plano Operativo descrito inicialmente na proposta da ROSA BRANCA;
4. avaliação final do desempenho da ROSA BRANCA, observado o disposto no Plano de Metas.

O relatório da avaliação final do desempenho da ROSA BRANCA será encaminhado à Diretoria da ROSA BRANCA na Matriz, que o divulgará, em conjunto com outros relatórios de execução do Contrato de Gestão, por meios físicos e eletrônicos, até 15 do mês subsequente.

Das Consequências da Avaliação:

Uma vez identificados os pontos de melhoria, definidos as ações para a alteração ou revisão do apontamento, caberá a SMS, baseado nas recomendações emanadas da Comissão de Avaliação, em conjunto com a ROSA BRANCA, proceder à autorização da reforma, bem como das obrigações das partes, das medidas de autonomia de gestão e dos recursos orçamentários e financeiros cabíveis para a sua viabilização, caso necessários. O resultado da avaliação será uma evidência do desempenho da ROSA BRANCA, devendo servir de base para:

- a. avaliação do nível de cumprimento de sua missão;
- b. aperfeiçoamento e inovação contínua de indicadores de desempenho e de impacto da ação da ROSA BRANCA na proteção à saúde;
- c. reconhecimento e aprovação do cumprimento do contrato de gestão para efeitos legais;

d. aplicação das penalidades previstas nas cláusulas do Contrato de Gestão.

Das Disposições Finais:

Para efeito do Contrato de Gestão, os resultados têm como foco os seguintes aspectos organizacionais:

- a. Eficácia referente ao grau de satisfação dos clientes da ROSA BRANCA, ou o nível de cumprimento de um objetivo, estando correlacionada com a quantidade e qualidade dos produtos e serviços relativos aos macroprocessos;
- b. Eficiência grau de utilização dos recursos necessários à produção de produtos e serviços e cujo valor econômico se incorpora à mesma, estando correlacionada com a produtividade na execução dos macroprocessos.

Para efeito do Contrato de Gestão, constituem-se parâmetros para aferição dos resultados:

1. Indicadores: unidades de medida quantitativa e qualitativa do desempenho da organização;
2. Metas: conjunto de desdobramentos de um objetivo em realizações quantitativas e qualitativas de acordo com indicadores preestabelecidos.

O relatório de execução do Contrato de Gestão, elaborado pela ROSA BRANCA, será composto pelos seguintes itens:

1. apresentação geral;
2. demonstrativo de desempenho do Contrato de Gestão contendo comparação objetiva entre o que foi previsto e o que foi realizado no período;
3. outros relatórios, quando julgados importantes pela ROSA BRANCA;
4. justificativas, com memória de cálculo quando couber;
5. proposições com fundamentações.

Os membros da Comissão de Avaliação não serão remunerados complementarmente no desempenho das atividades previstas nesta sistemática.

771

Contudo, ficará a cargo da Administração da ROSA BRANCA algum tipo de dispositivo administrativo compensatório em prol dos trabalhos.

A avaliação do Contrato de Gestão da ANVS será feita considerando-se o mesmo peso para todos os macroprocessos e o mesmo peso para todas as metas constantes destes.

Os casos omissos e as eventuais dúvidas surgidas na aplicação desta Sistemática serão dirimidos pela Comissão de Avaliação.

Cronograma de ações

A ROSA BRANCA pretende criar um conjunto de premissas e diretrizes que deverão ser aprovadas pela SMS após 60 dias da FASE DE IMPLANTAÇÃO, conforme exposto **item 11 do cronograma geral de ações e atividades proposto pela ROSA BRANCA.**

Cronograma das Ações

CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO / PDCA											
Item	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	EXECUÇÃO									
		Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Criação da Política Interna para Acompanhamento do Programa PDCA										
2	Criação e Treinamento da Equipe de Gestão do Programa										
3	Implantação de Fluxos, Rotinas e Protocolos a Serem Cumpridos										
4	Implantação do Núcleo de Avaliação Geral										
5	Implantação da Comissão de Avaliação de Auditoria Interna										
6	Implantação do Sistema Interno de Controles										
7	Implantação do Sistema de Gestão Por Resultados										
8	Aplicação das Metodologias e Ações Corretivas										
9	Readequações Necessárias nos Plano										
10	Avaliação Geral do Programa Aplicado										

2.3.4. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A Avaliação em Saúde produz informações quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de tecnologias, programas saúde. E, assim, pode subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas de saúde e ao estabelecimento de políticas concernentes ao setor.

A Avaliação em Saúde pressupõe:

- a seleção de problemas relevantes, e sensíveis, a medidas de ação viáveis nos níveis técnico, político e econômico;
- a medição de atributos pertinentes a tecnologias, programas ou serviços de saúde, que se constituem em alternativas para a solução, ou a minimização, de problemas, em uma população;
- o julgamento e a comparação do comportamento desses atributos, como critérios de apreciação da adequação, dos benefícios, dos efeitos adversos e dos custos associados às alternativas, levando-se em conta a população de referência e o conhecimento, ou o arsenal tecnológico existente/disponível; e
- a alimentação dos processos de análise e de formulação de condutas, ou recomendações, para ação gerencial ou governamental.

2.3.5. CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DA GARANTIA DE QUALIDADE E DA MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

O controle de qualidade em saúde tem: como objetivo verificar a aderência dos indicadores de qualidade aos padrões definidos e corrigir desvios. Utiliza-se-o para manter, ou mudar, uma situação diagnosticada pelo processo de avaliação (Inojosa, 1996). Neste sentido, o controle de qualidade decorre da avaliação, e busca implementar medidas de melhoria da qualidade de práticas e serviços de saúde, ou de prevenção de problemas potenciais.

O controle em qualidade em saúde deve centrar-se nas relações entre processo e resultados da prestação de cuidados de saúde, mas não deve ignorar aspectos relevantes da estrutura existente. E pode constituir-se sob a perspectiva da garantia de qualidade, ou da melhoria contínua de qualidade (MCQ).

A abordagem da garantia de qualidade se concentra em elementos relevantes de cada um dos processos que se deseja monitorar em uma organização de atenção à saúde, satisfazendo-se com a observância dos padrões definidos para os indicadores considerados. Se, por um lado, pode fazer com que metas de qualidade sejam distantes, em contextos onde a qualidade dos cuidados de saúde é precária, por outro, é conservadora para contextos onde o nível de qualidade desejado é atingido.

Azevedo (1993) usa como exemplo do enfoque de garantia de qualidade o controle de infecção cirúrgica em um hospital brasileiro, com base no indicador "taxa de infecções em cirurgias limpas". Assumindo uma taxa de 3% como aceitável, na observância desse padrão, a gerência de qualidade do hospital dar-se-ia por satisfeita, passaria a preocupar-se em manter esse nível, e iria dedicar-se a um ponto do processo que ainda carecesse de aprimoramento.

A perspectiva da MCQ, por sua vez, envolve toda a estrutura de uma organização de saúde, e considera flexíveis o nível de qualidade a se atingir e os próprios indicadores de qualidade. A idéia de aprimoramento contínuo não impõe limites à qualidade a ser atingida. Além disso, na medida que níveis melhores de qualidade são atingidos, indicadores mais sensíveis às novas melhorias podem tornar-se necessários. A MCQ é um esforço contínuo de prover cuidados que atendam, ou excedam, as expectativas da clientela (Shortell et al, 1995a).

Cinco princípios norteiam a MCQ:

- 1) O foco nos processos e sistemas organizacionais, e não nos indivíduos, como causas de deficiência na qualidade;
- 2) O uso de uma abordagem de solução de problemas baseada em análise estatística;
- 3) A composição de grupos de trabalho envolvendo profissionais com atribuições diversas;

4) O fortalecimento de funcionários da organização no sentido de identificar problemas e oportunidades para a melhoria dos cuidados e de tomar as decisões necessárias; e

5) A ênfase na clientela e nos profissionais da organização (Shortell et al, 1995b).

Ainda que o princípio da garantia de qualidade oriente as práticas de auditoria, certificação/acreditação da qualidade, e mesmo da própria Vigilância em Saúde, existem desafios no sentido de uma maior incorporação, por provedores de cuidados de saúde, da lógica da MCQ. A complexidade desta última abordagem, entretanto, pode apontar a necessidade de métodos de controle capazes de captar o conjunto de processos de produção de cuidados de saúde, em uma organização, através de alguns elementos, ou de processos específicos. Azevedo (1993) refere-se a esses elementos ou processos específicos como situações traçadoras, situações que podem corresponder a diagnósticos, intercorrências ou procedimentos.

De modo geral, o controle de qualidade envolve a seleção aleatória de produtos, casos ou situações observados no sistema de produção de cuidados de saúde. E, assim, permite a identificação e a análise de problemas que acometem todo o sistema, a um custo factível.

2.3.6. PROCESSO PARA AVALIAR A QUALIDADE DOS DADOS E INDICADORES DE SAÚDE

A avaliação dos indicadores de saúde deve envolver, se possível, os responsáveis pela elaboração, análise e interpretação dos dados e informações.

As iniciativas de capacitação em andamento sobre coleta, gerenciamento, avaliação e análise de dados são muito importantes para melhorar a capacidade nacional e local da região de saúde.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

A qualidade dos indicadores depende da qualidade dos dados e de suas fontes. Deve-se incentivar todos os profissionais envolvidos, inclusive os que geram os dados e os administradores dos sistemas de informação, tanto usuários como avaliadores, a conhecer os pontos fortes e fragilidades do sistema.

Um sistema de informação em saúde eficiente gera produtos que têm valor cada vez maior para gerar melhorias na atenção de saúde.

A necessidade de dispor de informação em saúde de qualidade de forma contínua é um forte motivo para fortalecer e usar sistemas nacionais de informação em saúde e fazer recomendações sobre as limitações inerentes destes sistemas de informação.

Ficha de qualificação do indicador*

Título do indicador	Inserir o título do indicador.
Definição do indicador	Descrever como é definido o indicador e seus principais parâmetros.
Propósito do indicador	Indicar por que é importante usar o indicador proposto e seus parâmetros.
Interpretação	Descrever o contexto conforme necessário e o significado do indicador e o que está sendo medido.
Usos	Descrever os principais usos em saúde pública.
Método de cálculo	Descrever como é calculado o indicador, inclusive o numerador, denominador e respectiva fórmula.
Tipo de indicador	Informar se é um número absoluto, proporção, taxa etc.
Unidade de medida	Informar a unidade de medida usada no indicador.
Frequência de mensuração	Informar a frequência de coleta e informe dos dados do indicador.
Área de referência	Indicar o país ou espaço geográfico relacionado ao indicador.
Período de tempo de referência	Indicar o período ou ponto no tempo considerado para o indicador.
Nível de desagregação	Informar os níveis de desagregação que possivelmente possam contribuir com a interpretação dos dados e que estão realmente disponíveis. Categorias de análise: sexo, faixa etária, grupo étnico e área geográfica (estado, província, zona rural/urbana).
Fonte de dados	Identificar a unidade geradora dos dados do indicador e a principal fonte de dados.
Limitações	Indicar as dificuldades ou restrições para mensuração, uso e interpretação do indicador.
Instituição responsável	Citar o nome da entidade ou unidade responsável por elaborar, notificar e monitorar o indicador.
Notas técnicas	Incluir todos os aspectos importantes relacionados à elaboração do indicador que podem interferir no seu uso e interpretação.

* Adaptado da ficha técnica utilizada para os indicadores da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde e Perfil de País da OPAS. Unidade de Informação e Análise em Saúde (OPAS/CHA/HA), Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e RIPSÁ.

2.3.7. MONITORAMENTO DE INDICADORES – PREVINE BRASIL

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável por fornecer cuidados primários à população brasileira, por meio de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos e doenças, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). São mais de 40 mil unidades de saúde nas quais atuam aproximadamente 700 mil profissionais, em todos os municípios do País.

Para garantir a oferta dessas ações e serviços, essenciais para um impacto efetivo na situação de saúde da população, o Ministério da Saúde (MS) tem o compromisso de destinar, mensalmente, recursos federais para compor o financiamento tripartite da APS, de maneira regular e automática, prevendo, entre outras formas, a transferência entre o Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para custeio e investimento das ações e serviços (BRASIL, 2017a).

Diante da relevância de superar desafios organizacionais e garantir recursos para a APS, considerando o cenário atual de distribuição de recursos para a saúde pública no País, aponta-se para a necessidade de definir um método de financiamento que busque consolidar esse nível de atenção como um potente ordenador do sistema de saúde, concretizando os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS.

Com essa perspectiva, durante o ano de 2019 pactuou-se, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a elaboração de um modelo de financiamento de custeio para a APS, que culminou na publicação da Portaria GM/MS nº 2.979, na qual ficou instituído o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019a). O foco desse programa é estruturar o modelo de financiamento da APS para induzir ao acesso aos serviços, a cobertura efetiva de APS e o aumento da qualidade da assistência, com foco no resultado dos indicadores de saúde e no atendimento às necessidades de saúde das pessoas.

No âmbito da gestão municipal, esse modelo de financiamento oportunizou a flexibilidade na gestão dos recursos da APS, possibilitando adequar a capacidade instalada e a abrangência das ofertas dos serviços da APS às necessidades de saúde da população, a partir da atuação de equipes multiprofissionais.

Além disso, as práticas de cuidado precisam ser orientadas por um modelo de atenção centrado na pessoa, com base nos atributos essenciais (atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados da APS (orientação familiar e comunitária e a competência cultural). O novo financiamento da APS foi formulado baseado na compreensão de que o modelo de financiamento influencia o modelo de atenção executado.

O Programa Previne Brasil preceitua, primordialmente, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS, previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Busca estruturar um modelo de financiamento focado no atendimento (acesso) das pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde, com mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e profissionais quanto à melhor alocação e utilização dos recursos públicos, de forma racional, eficiente e respeitando os critérios previstos no Artigo 35 da Lei 8.080/1990.

Pagamento por Desempenho

O pagamento por desempenho é um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios. Nesse componente, a definição do valor a ser transferido depende dos resultados alcançados no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP).

Os atributos da APS são fortalecidos pelo Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, o que induz o aprimoramento dos processos de

trabalho e a qualificação dos resultados em saúde, além de otimizar aspectos como periodicidade e método da avaliação. Exemplo disso é que, por meio do monitoramento desses indicadores, podem ser avaliados os acessos, a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados pelas eSF/eAP, fornecendo subsídios para medidas de aprimoramento das ações e dando mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade.

Indicadores Previne Brasil para o ano de 2022:



1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação. Acesse íntegra na nota técnica nº 1.



2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. Acesse íntegra na nota técnica nº 2.



3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. Acesse íntegra na nota técnica nº 3.



4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS. Acesse íntegra na nota técnica nº 4.



5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada. Acesse íntegra na nota técnica nº 5.



6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Acesse íntegra na nota técnica nº 6.

780



7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. Acesse íntegra na nota técnica nº 7.

INDICADOR 1

Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação

A assistência pré-natal oportuna, com a identificação e a intervenção precoce das situações de risco, bem como de uma referência hospitalar acessível e acolhedora, além da qualificação da assistência ao parto, são determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

O pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida. No Brasil, a partir desse momento, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas, no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas é indicado uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode ocorrer até 42 semanas.

A Atenção Primária a Saúde (APS) é o ponto de atenção estratégico para acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez.

781

A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde.

O risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia pode ser calculado no primeiro trimestre, e já existe evidência robusta que o uso de baixas doses de aspirina em mulheres de alto risco para pré-eclâmpsia precoce (que causa maior morbimortalidade materna e neonatal) reduz a incidência desta doença. Contudo, a prevenção da pré-eclâmpsia parece só ter efeito se iniciada antes da 16ª semana de gestação. Sendo assim, o início tardio do pré-natal (após 16 semanas) não permite a introdução eficaz desta medida.

APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O indicador "Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação" tem por objetivo mensurar o acesso das gestantes ao pré-natal na APS com início precoce e atendimentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar precocemente as gestantes residentes na sua área de abrangência para realização do acompanhamento pré-natal, visando apoiar a diminuição da mortalidade materna e neonatal.

O indicador é constituído por variáveis relacionadas ao processo de cuidado da gestante na APS, tendo como marcadores, o início precoce e a realização da consulta do pré-natal, estratégias essenciais para prevenção de mortalidade materna e neonatal. Desta forma, reafirma-se que, além do acesso precoce, é importante que a gestante receba atendimento individual com equipe médica ou de enfermagem, seguindo o Caderno de Atenção Básica 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco.

São contabilizadas no numerador, mulheres com gestações finalizadas no período com pelo menos 6 consultas onde o problema condição avaliada no atendimento foi o pré-natal, por meio do campo Problema/Condição avaliada no atendimento marcando obrigatoriamente o campo Pré-natal ou os CIAP2/CID10 (Conforme ficha de qualificação do Indicador), sendo que a primeira consulta realizada deve possuir uma diferença de no máximo 12 semanas da data da Data da Última Menstruação (DUM). Para o cálculo do indicador, no que se refere ao denominador são contabilizadas as mulheres identificadas como gestantes a partir do atendimento individual de pré-natal, realizado por médico ou enfermeiro, cujo o pré-natal foi finalizado no quadrimestre de avaliação.

No item Cálculo do Indicador são descritos, em maior detalhe, os critérios que compõem essas variáveis:

PARÂMETRO

As evidências científicas apontam para a necessidade de acompanhamento das gestantes com o primeiro atendimento até 12^a semana de gestação e no mínimo 06 atendimentos para garantir que a mulher e o bebê tenham uma gestação e um parto saudáveis. Visto isso, e com a compreensão de que o parâmetro se refere ao recomendado, considerando que todas as gestantes devem passar por consultas de pré-natal sendo o início do atendimento ainda no primeiro trimestre de gestação, o parâmetro para esse indicador é de 100%.

META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previne Brasil, e as limitações atuais identificadas para que todos os municípios alcancem o parâmetro de 100% na população coberta pela APS, a meta pactuada para este indicador é de 45%.

CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação é calculado da seguinte forma:

Numerador: Número de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;

Denominador SISAB: Número de gestantes com pré-natal na APS;

Denominador estimado: Potencial de cadastro/ População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado.

$$\frac{\text{Nº de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação}}{\left(\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{População IBGE}}{\text{nº nascidos vivos SINASC}} \right)^3} \times 100$$

Considerando que a atenção e a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil é uma das prioridades do Ministério da Saúde, no contexto da Rede Cegonha, os serviços de saúde devem estar atentos a necessidade de produzir respostas adequadas e oportunas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde ofertadas a essa população. Nesse sentido recomenda-se:

- ✓ Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da gestante, sócio demográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O cadastramento propicia que, no cálculo do indicador, seja utilizado o valor do denominador, ou seja, as gestantes identificadas pela equipe;
- ✓ Realizar o acompanhamento nominal das gestante adscritas à equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;
- ✓ Orientar a gestante sobre a importância da realização do pré-natal na Unidade Básica de Saúde;

- ✓ Realizar o monitoramento regular das gestantes e para isso, faz-se necessário reduzir eventuais regras de acesso ao procedimento que possam desestimular a pessoa a utilizar o serviço;
- ✓ Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando o acesso no melhor horário para a gestante sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- ✓ Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Tanto o profissional médico como o enfermeiro podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de competências de atuação e as observações quanto aos protocolos de atendimento);
- ✓ Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
- ✓ Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- ✓ Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro no sistema de PEC, CDS ou Sistema Próprio, tanto no que se refere as variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES	
TÍTULO	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizada pelo ministério (pelo menos 6 consultas), sendo que a primeira consulta deve ter sido realizada até a 12ª semana gestacional, em relação ao total de gestantes estimadas, ou informadas, do município. O objetivo desse indicador é mensurar a proporção de gestantes que realizaram o número de consultas preconizadas com o início oportuno em relação a quantidade de gestantes estimados, ou informadas, que o município acompanha.
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; Incentivar a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	Q2 2021 – 33,19 %
PARÂMETRO	100%
META	45%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1}^{\circ} \text{ até a 12}^{\circ} \text{ semana de gestação}}{\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{n}^{\circ} \text{ nascidos vivos SINASC} \right)} \times 100$ <p>*O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>REGRAS DE EXTRAÇÃO:</p> <p>Denominador: <u>n° de gestantes identificadas no SISAB</u></p> <p>Gestantes identificadas, vinculadas e finalizadas no quadrimestre</p> <p>1. Gestantes identificadas no sistema: CNS ou CPF válido Campo "Sexo feminino" preenchido DUM ou RÚ (semanas) preenchido (considerado o dado da primeira consulta/atendimento individual de pré-natal enviada ao SISAB). Condição avaliada pré-natal ou CID/DIAP correspondente</p> <p>Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235).</p> <p>2. Gestantes finalizadas no sistema:</p> <p>A finalização da gestação é realizada na base federal (SINASC) e se dá a partir do cálculo da DPP + 14 dias; A DPP é calculada a partir da DUM ou RÚ (em semanas) preenchida no primeiro atendimento de pré-natal (menor data entre os atendimentos de pré-natal no intervalo entre DUM e DPP). Para finalizar a gestação no sistema, considera-se o total de 294 dias de gestação, o que corresponde a 42 semanas. A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação. Obs. Se a gestante (entre DUM e DPP) apresentar algum CID/DIAP de aborto, este é desconsiderado do quantitativo de gestantes, ou seja, do denominador informado.</p> <p>Denominador estimado: Para a mensuração da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando-se o SINASC, sendo corrigido pelo quantitativo potencial de cadastro por município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador (percentual de cadastro municipal menor que 85%). Para os municípios com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro municipal poderá ser aplicado para o cálculo do denominador estimado: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).</p>

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

	<p><u>Códigos CID/CIAP para gestação:</u> OD10: 011, 0120, 0121, 0122, 013, 0140, 0141, 0149, 0150, 0151, 0159, 016, 0200, 0208, 0209, 0210, 0211, 0212, 0218, 0219, 0220, 0221, 0222, 0223, 0224, 0225, 0228, 0229, 0230, 0231, 0232, 0233, 0234, 0235, 0239, 0299, 0300, 0301, 0302, 0308, 0309, 0311, 0312, 0318, 0320, 0321, 0322, 0323, 0324, 0325, 0326, 0328, 0329, 0330, 0331, 0332, 0333, 0334, 0335, 0336, 0337, 0338, 0752, 0753, 0990, 0991, 0992, 0993, 0994, 0240, 0241, 0242, 0243, 0244, 0249, 025, 0260, 0261, 0263, 0264, 0265, 0268, 0269, 0280, 0281, 0282, 0283, 0284, 0285, 0288, 0289, 0290, 0291, 0292, 0293, 0294, 0295, 0296, 0298, 0008, 0339, 0340, 0341, 0342, 0343, 0344, 0345, 0346, 0347, 0348, 0349, 0350, 0351, 0352, 0353, 0354, 0355, 0356, 0357, 0358, 0359, 0360, 0361, 0362, 0363, 0365, 0366, 0367, 0368, 0369, 040, 0410, 0411, 0418, 0419, 0430, 0431, 0438, 0439, 0440, 0441, 0460, 0468, 0469, 0470, 0471, 0479, 048, 0995, 0996, 0997, 2640, 000, 010, 012, 014, 015, 020, 021, 022, 023, 024, 026, 028, 029, 030, 031, 032, 033, 034, 035, 036, 041, 043, 044, 046, 047, 098, 234, 235, 236, 2321, 233, 2340, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2357, 2358, 2359.</p> <p>CIAP2: W03, W05, W29, W71, W78, W79, W80, W81, W84 e W85</p> <p><u>Códigos CID/CIAP para identificação de aborto:</u> CIAP: W82, W83. CID: 002, 003, 005, 006, 004, Z30.3</p> <p><u>Numerador:</u> Gestantes identificadas no denominador que tenham registro de no mínimo 6 consultas de pré-natal realizado por médico ou enfermeiro no período entre o início e fim da gestação (DUM até DPP + 14 dias), sendo o primeiro atendimento de pré-natal ocorrido até a 12ª semana de gestação.</p> <p>*Consultas de pré-natal: Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro devidamente registrado no modelo de informação de atendimento individual.</p> <p>Família CB0 considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235).</p> <p><u>Equipes e estabelecimentos considerados:</u> Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70, exceto equipe ribeirinha) e eAP (76).</p> <p>Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipes da APS: 01 – Posto de saúde; 02 – Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40- Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 – Centro de apoio à saúde da família; 74 – Polo de academia da Saúde.</p> <p>Se o indivíduo vinculado à eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.</p>
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ser atendidas por cada equipe e município dado os resultados do SINASC. Na extração dos dados, não é possível identificar gestações que finalizaram em parto prematuro entre as gestantes identificadas, influenciando no denominador do indicador. As gestantes que tiveram parto prematuro não são retiradas do cálculo do indicador.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas/informadas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas/informadas no SISAB. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

INDICADOR 2

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial da gestante, e, portanto, um ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado durante e após a gravidez.

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. O início precoce do pré-natal (até a 12ª semana de gestação) é essencial para a adequada assistência, com um mínimo de 6 consulta e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal¹

As infecções sexualmente transmissíveis, também conhecidas como ISTs, podem surgir antes ou durante a gravidez e prejudicar a saúde da mãe e do bebê, trazendo complicações como parto prematuro, aborto, baixo peso ao nascer e atraso no desenvolvimento.

As IST representam um problema de saúde pública em todo o mundo, na medida em que estão entre as infecções transmissíveis mais comuns e atingem potencialmente a saúde e a vida de milhões de pessoas. Um impacto direto ocorre especialmente sobre a saúde reprodutiva e infantil, ocasionando consequências como infertilidade e complicações na gestação e no parto, morte fetal e diversos agravos à saúde da criança. Além disso, um dos impactos indiretos da infecção por uma IST é o aumento do risco de transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV). A estratégia 2016-2021 do setor global de saúde para as IST foi apresentada na Assembleia Mundial de Saúde, em 2016. Tal estratégia contempla a ampliação de ações e serviços baseados em evidências para reduzir o impacto das IST como problema de saúde pública até 2030, com metas de redução global de casos de sífilis e gonorreia,

eliminação da sífilis congênita e ampliação da cobertura de imunização contra o papilomavírus humano (HPV).

APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O indicador “Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV” mede parte do processo de cuidado ao pré-natal realizado na APS e tem por objetivo verificar, na assistência ao pré-natal, a realização dos exames para detecção da Sífilis e do HIV, sendo essa uma importante medida para o controle, tratamento e prevenção dos agravos associados, consideradas, portanto, como requisitos para a qualidade do pré-natal realizado na APS.

Destaca-se que os exames de sífilis e de HIV estão incluídos entre os exames de rotina do pré-natal durante as consultas/ atendimentos com médico ou enfermeiro na APS e podem ser realizados por meio teste rápido e sorologia.

Para o seu cálculo são consideradas no numerador as gestantes com pré-natal na APS e com no mínimo 01 (um) exame de sífilis e 01 (um) exame de HIV realizados também na APS durante o período do pré-natal, ressalta-se que será contabilizado para o indicador tanto a avaliação das sorologias como também a realização dos testes rápidos. Já no denominador são contabilizadas as mulheres identificadas como gestantes a partir do atendimento individual de pré-natal realizado por médico ou enfermeiro, cujo o pré-natal foi finalizado no quadrimestre de avaliação.

No item Cálculo do Indicador são descritos, em maior detalhe, os critérios que compõem essas variáveis.

PARÂMETRO

Os estudos científicos apontam que a medida mais efetiva para a prevenção de HIV e Sífilis no recém-nascido é o diagnóstico e tratamento da gestante em tempo oportuno e de sua parceria sexual.

A identificação precoce de todas as gestantes e o pronto início do acompanhamento pré-natal, preferencialmente no 1º trimestre da gravidez, tem o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade na atenção destas mulheres e recém-nascidos, resultando em uma redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita.

A recomendação Ministério da Saúde é garantir o acesso no início do pré-natal com testes para HIV e Sífilis na APS, sendo preconizado a realização de 2 testes rápidos para sífilis e 2 para HIV, devendo ser solicitados na 1ª consulta e no 3º trimestre da gestação. Compreendendo-se que o parâmetro se refere ao valor ideal, e considerando que todas as gestantes devem ter a testagem para HIV e Sífilis realizada, pelo menos duas vezes, o parâmetro para esse indicador é de 100%

META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previne Brasil, e as limitações atuais identificadas para que todos os municípios alcancem o parâmetro de 100% da população coberta pela APS, a meta pactuada para este indicador é de 60%.

CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador "Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV" mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal na APS é calculado da seguinte forma:

790

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Numerador: número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis na APS;

Denominador: Número de gestantes com pré-natal na APS;

Denominador estimado: Potencial de cadastro municipal/ População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado.

$$\frac{\text{Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis na APS}}{\left(\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)} \times 100$$

Considerando o papel da APS no cuidado das gestantes nesse sentido recomenda-se:

- ✓ Realizar o acompanhamento nominal das pessoas vinculadas a equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;
- ✓ Orientar as usuárias sobre a importância da realização do pré-natal na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Realizar o monitoramento regular das gestantes e para isso, faz-se necessário reduzir eventuais
- ✓ regras de acesso ao procedimento que possam desestimular a pessoa a utilizar o serviço;
- ✓ Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando o acesso no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- ✓ Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Tanto o profissional médico como o enfermeiro podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de competências de atuação e as observações quanto aos protocolos de atendimento);

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- ✓ Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
- ✓ Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- ✓ Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da usuária, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O cadastramento propicia que, no cálculo do indicador, seja utilizado o valor do denominador, ou seja, as gestantes identificadas pela equipe.
- ✓ Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro no sistema de prontuário eletrônico PEC, CDS ou Sistema Próprio, tanto no que se refere as variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

TÍTULO	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada ou teste rápido. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam esse exame, em relação a quantidade estimada de gestantes, ou informadas, que o município possui.
USO (Para que fim?)	Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação de patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2021 Q2: 51%
PARÂMETRO	100%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e sífilis na APS}}{\left(\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População 1461E}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)} \times 100$ <p>* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>EXTRAÇÃO DOS DADOS</p> <p>Denominador: O denominador número de gestantes com pré-natal na APS é composto por mulheres que realizaram consulta/atenção individual de gestantes identificadas, vinculadas e finalizadas no quadrimestre</p> <p>1. Gestantes identificadas no sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> CNS ou CPF válido Campo "Sexo Feminino" preenchido DUM ou IG (semanas) preenchido (considerado o dado da primeira consulta/atenção individual de pré-natal enviada ao SISAB) Condição-avaliada pré-natal ou CIO /CIAP correspondente. Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231), enfermeiro (2235). <p>2. Gestantes finalizadas no sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> A finalização da gestação é realizada na base federal (SISAB) e se dá a partir do cálculo da DPP + 14 dias; A DPP é calculada a partir da DUM ou IG (em semanas) preenchida no primeiro atendimento de pré-natal (menor data entre os atendimentos de gestação, o que corresponde a 42 semanas). A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação. Obs. Se a gestante (entre DUM e DPP) apresentar algum CID/CIAP de aborto, esta é desconsiderada do quantitativo de gestantes, ou seja, do den <p>Códigos CID/CIAP para gestação: CID10: O11, O120, O171, O122, O13, O140, O541, O140, O150, O151, O150, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O352, O353, O369, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O298, O298, O308, O339, O340, O341, O342, O343, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O448, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O483, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z39, Z36, Z321, Z33, Z340, Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359.</p>

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

	<p> CIAP2: W03, W05, W29, W73, W78, W79, W80, W81, W84 e W85 Códigos CIO/CIAP para identificação de aborto CIAP2: W82, W81 CID10: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3 Numerador: O numerador número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e SÍfilis (gestas) identificadas no denominador que tenham registro de 1) exame avaliado de Sorologia de SÍfilis (VDRL), ou realizado o procedimento de teste rápido por médico, enfermeiro no período entre o início e fim da gestação (DUM até DPP + 14 dias). *Avaliação dos exames de SÍfilis e HIV: Atendimento realizado por médica (CBO 2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (CBO2235). *Teste rápido dos exames de SÍfilis e HIV: procedimento por realizado por médico (CBO 2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (CBO 2235); técnicos de enfer </p> <p> SIGTAP/Descrição de Teste Rápido de SÍfilis e HIV: 02.14.01.004-0 - Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parteiro 02.14.01.005-8 - Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV 02.14.01.007-4 - Teste rápido para sífilis 02.14.01.008-2 - Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parteiro </p> <p> SIGTAP/Descrição de Sorologias Avaliadas: 02.02.03.111-0 - Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis 02.02.03.111-0 - Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis em gestantes 02.02.03.020-0 Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) </p> <p> Observação: A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação e a DPP é calculada a partir de DUM ou IG (em semanas) preenchida no primeiro atendimento individual de pré-natal. Para finalizar a gestação no sistema, e </p> <p> Denominador estimado: O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro eletrônico de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo. Considerar o menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 (SINASC) </p> <p> Potencial de cadastro municipal: Fonte: SISAB (Painel de Cadastro) </p> <p> Critérios de exclusão: *Pessoas com registro de campo "status do cidadão do cadastro" por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual. Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas/válidas. Mulheres gestantes com registro de aborto no período entre a DUM e a DPP + 14 dias: CIAP : W82, W81. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3 </p> <p> Equipes e estabelecimentos considerados: Indicador calculado a partir de dados das pessoas cadastradas em INE de equipes eSF (70 exceto equipe ribeirinha) ou eAP (76). Se o indivíduo vinculado a eSF(exceto ribeirinha) e eAP for atendido em outras equipes (INE) ou estabelecimentos de APS (devidamente cadastradas no SC </p>
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brazil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a q SINASC.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gest O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o recurso não está sendo
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

INDICADOR 3

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde

A assistência ao pré-natal integral busca assegurar o desenvolvimento da gestação e manter a saúde materno infantil, considerando os aspectos de promoção e prevenção em saúde, rastreamento e diagnóstico de doenças. Sabe-se que, implementado oportunamente com práticas baseadas em evidências apropriadas, o pré-natal pode salvar vidas.

Em consonância com os objetivos constantes na Portaria N° 1.459 de 24 de junho de 2011 – Rede Cegonha – que reforçam a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, o acompanhamento e monitoramento dos indicadores relacionados à gestante devem ter gestão compartilhada almejando a garantia de acesso oportuno e adequado da gestante ao pré-natal e ao atendimento odontológico, como etapa de rotina das consultas de pré-natal. Adicionalmente, preconiza-se a detecção e o manejo precoce de agravos ou comorbidades pré-existentes com vistas à diminuição da mortalidade materno-infantil.

Os impactos que as mudanças fisiológicas causam na saúde bucal de gestantes são bem documentados na literatura, destacando-se o aumento dos níveis de inflamação periodontais (tecidos de suporte do dente) em decorrência de níveis hormonais elevados. Mudanças comportamentais da gestante relacionadas a maior frequência de consumo de açúcares e má higienização também aumentam a chance de a mulher ter a doença cárie. Adicionalmente, há probabilidade de a mãe passar o cuidado em saúde bucal negligenciado ao bebê, o que repercute no alto índice de crianças brasileiras com cárie não-tratada na primeira infância no Brasil, impactando na qualidade de vida de mães, crianças e famílias, onerando assim o Sistema Único de Saúde (SUS).

795

Os agravos bucais podem ter diferentes graus de atividade e severidade e, em casos mais severos, pode haver comprometimento da saúde sistêmica. Embora haja multicausalidade envolvida nos desfechos adversos da gestação, estudos têm apontado que doenças periodontais podem aumentar a chance de prematuridade/nascimento de baixo peso, em virtude da disseminação bacteriana ou de citocinas dos processos inflamatórios intraorais à barreira transplacentária. Recomenda-se, deste modo, o rastreamento das doenças periodontais em gestantes por meio da realização do periograma na consulta pré-natal odontológica, visando à identificação de um fator de risco para desfechos gestacionais adversos. A gestante deverá ser alertada, o registro na caderneta da gestante deve ser feito e a equipe deverá ser comunicada para que a usuária seja acompanhada.

Com relação à Cárie Dentária, que é a Doença Crônica Não-Transmissível mais prevalente do mundo, a gestante poderá ter diferentes graus de atividade e severidade do quadro. Devido ao caráter dinâmico da doença, a avaliação de risco ao seu desenvolvimento, torna-se etapa fundamental para verificar a probabilidade do aparecimento de novas lesões em um determinado período e o risco de progressão das lesões já existentes para estágios mais severos.

Deve-se averiguar as vulnerabilidades atinentes tanto à gestante quanto a sua família, com relação dieta alimentar, identificando risco potencial de consumo de açúcares e ultra processados, bem como acesso adequado a fluoretos. A cárie em dentição decídua também tem importância para a saúde pública e orientações em saúde bucal fornecidas às mães podem melhorar os padrões da condição odontológica em crianças, com relação à importância da higienização, efeitos nocivos do açúcar, efeitos deletérios do uso de chupeta e mamadeira, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável.

APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O indicador "Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado" tem por objetivo verificar se a gestante que é assistida no pré-natal tem realizado atendimento odontológico na perspectiva do cuidado integral e compartilhado de assistência a esse público, sendo um importante requisito para a qualidade do pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde (APS). Neste sentido, o indicador tem como perspectiva o estímulo ao acesso da gestante à atenção em saúde bucal no contexto da APS enquanto etapa de rotina do pré-natal. O indicador mede o processo de cuidado à gestante, através da realização de consulta com o cirurgião-dentista no período do pré-natal.

Para o seu cálculo são consideradas no numerador as gestantes com pré-natal e com no mínimo um atendimento odontológico individual realizados na APS durante o período do pré-natal. Cabe ressaltar que é preconizado o atendimento odontológico individual, para diagnóstico e identificação de possíveis agravos bucais que possam ter relação com desfechos desfavoráveis na saúde materno-infantil. Já no denominador são contabilizadas as mulheres identificadas como gestantes a partir do atendimento individual de pré-natal, realizado por médico ou enfermeiro, cujo o pré-natal foi finalizado no quadrimestre de avaliação. No item Cálculo do Indicador são descritos, em maior detalhe, os critérios que compõem essas variáveis.

PARÂMETRO

Amparado nas Diretrizes para prática clínica odontológica na APS (2021) que preconizam o mínimo de 01 (uma) consulta odontológica para gestantes durante o pré-natal, considerando, portanto, que a avaliação odontológica da gestante é uma etapa obrigatória do pré-natal. Somado à compreensão de que o parâmetro representa o valor de referência nacional que indica a performance ideal que se espera alcançar, para este indicador o parâmetro é de 100%.

META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previne Brasil, e considerando as limitações atuais identificadas para que todos os municípios alcancem o parâmetro de 100% da população coberta pela APS, a meta pactuada para este indicador é de 60%.

CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado é calculado da seguinte forma:

Numerador: número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS;

Denominador SISAB: Número de gestantes com pré-natal na APS;

Denominador estimado: Potencial de cadastro/População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado.

$$\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}}{\left(\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{na APS}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)} \times 100$$

Considerando que a atenção e a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil é uma das prioridades do Ministério da Saúde, no contexto da Rede Cegonha, os serviços de saúde devem estar atentos a necessidade de produzir respostas adequadas e oportunas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde ofertadas a essa população. Nesse sentido recomenda-se:

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- ✓ Aumentar o credenciamento de eSB na Saúde da Família ou eSB com carga horária diferenciada para ampliar o acesso da gestante ao atendimento odontológico na APS. Esse o modelo é o preconizado pelo Ministério da Saúde para a criação de vínculo, longitudinalidade do cuidado e atendimento compartilhado;
- ✓ Captar precocemente as gestantes do território;
- ✓ Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da usuária, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O cadastramento propicia que, no cálculo do indicador, seja utilizado o valor do denominador, ou seja, as gestantes identificadas pela equipe.
- ✓ Realizar o acompanhamento nominal das gestantes vinculadas à equipe, verificando se estão sendo acompanhadas nas 06 (seis) consultas de pré-natal e referenciadas ao atendimento odontológico individual;
- ✓ Orientar a usuária sobre a importância das consultas de pré-natal e o atendimento odontológico durante a gestação, esclarecendo dúvidas das gestantes e seus familiares quanto a crenças sobre atendimento odontológico. Especialmente, orientar que o atendimento odontológico é seguro em todas as fases gestacionais;
- ✓ Induzir a integração da eSF para o atendimento de pré-natal de forma qualificada, com a referência da gestante ao atendimento odontológico de forma oportuna;
- ✓ Realizar quando possível, acesso avançado, ou seja, a gestante que tiver uma consulta de pré-natal programada, já ser direcionada ao atendimento odontológico e, quando não for possível, ter o agendamento da 1ª consulta odontológica programática;
- ✓ Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando a consulta odontológica no horário mais conveniente à usuária;
- ✓ Realizar o periograma como instrumento diagnóstico para detecção de um possível fator de risco para desfecho adverso na gestação e comunicar médico/enfermeiro sobre a presença deste agravo, quando presente;

- ✓ Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde;
- ✓ Implementar as recomendações constantes nas Diretrizes para prática clínica odontológica na APS: tratamento em gestantes(2021); Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- ✓ Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro no sistema de prontuário eletrônico PEC, CDS ou Sistema Próprio, tanto no que se refere as variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.
- ✓ Registrar na Caderneta da Gestante as informações atinentes à saúde bucal para que agravos bucais sejam monitorados por toda a equipe.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

TÍTULO	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico individual na APS entre a Data da Última Menstruação (DUM) e a Data Prevista de Parto (DPP) + 14 dias. A DUM é marcada pelo médico/enfermeiro da APS nas consultas/atendimentos individuais de pré-natal. Compreende o registro de consulta/atendimento odontológico individual realizado pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, visando identificar agravos bucais que têm potencial relação com desfechos adversos na gestação. O indicador fomenta o atendimento odontológico à gestante, enquanto fator protetivo e etapa de rotina do pré-natal e o objetivo é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento odontológico individual, em relação à quantidade de gestantes constantemente cadastradas, identificadas e atendidas pelos médicos/enfermeiros na APS (potencial de cadastro municipal maior que 85%) OU em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando-se o SINASC, sendo corrigido pelo potencial de cadastro municipal, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador (percentual de cadastro menor que 85%). Recomendações com base em evidências científicas mais atuais e disponíveis mostram que deve ocorrer, pelo menos, uma consulta odontológica preferencialmente no 2º trimestre da gestação e consultas odontológicas emergenciais a qualquer tempo. Os tratamentos odontológicos não devem ser limitados à tipo ou período gestacional, ficando a critério do cirurgião-dentista a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício, respeitando a individualidade e a opção da gestante, mas sempre evidenciando a quanto a segurança dos tratamentos odontológicos. Recomenda-se também a realização do programa, visando o diagnóstico de doença periodontal para identificação de um potencial fator de risco para desfecho gestacional adverso.
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal; Incentivar a integração dos profissionais das equipes da APS do município; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pré-natal integral na APS; Demonstrar a capacidade que a EAP/EAP em conjunto com o cirurgião-dentista da APS tem de coordenar o cuidado da gestante para que ela tenha um acompanhamento de pré-natal efetivo.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	Q2.21
PARÂMETRO	100%
META	60%
FORMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}}{\left(\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)} \times 100$ <p>* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>REGRAS DE EXTRAÇÃO:</p> <p>Denominador: nº de gestantes identificadas no SISAB; Gestantes identificadas, vinculadas e finalizadas no quadrimestre</p> <ol style="list-style-type: none"> Gestantes identificadas no sistema: ENS ou CPT válido Campo "Sexo Feminino" preenchido DUM ou IG (semanas) preenchido (considerado o dado da primeira consulta de pré-natal enviada ao SISAB). Condição-avaliada pré-natal ou CID /CIAP correspondente. Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2231, 2252, 2253, 2281); enfermeiro (2235). Gestantes finalizadas no sistema: <ul style="list-style-type: none"> A finalização da gestação é realizada na base federal (SISAB) e se dá a partir do cálculo da DPP + 14 dias; A DPP é calculada a partir da DUM ou IG (em semanas) preenchida no primeiro atendimento de pré-natal (menor data entre os atendimentos de pré-natal no intervalo entre DUM e DPP). Para finalizar a gestação no sistema, considera-se o total de 294 dias de gestação, o que corresponde a 42 semanas; A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação. Obs: Se a gestante (entre DUM e DPP) apresentar algum CID/CIAP de aborto, esta é desconsiderada do quantitativo de gestantes.

801



INDICADOR 4

Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde.

O câncer do colo do útero, também conhecido como câncer cervical, é um dos tumores mais frequentes entre as mulheres. Está intimamente associado à infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano - HPV (chamados de tipos oncogênicos), podendo infectar pele e mucosas e é transmitido por meio da relação sexual. Apesar de importante fator causal, a infecção pelo HPV não é suficiente para o desenvolvimento do câncer, sendo necessária a infecção persistente e a influência de fatores como imunidade, genética, entre outros.

Uma das principais estratégias de prevenção e controle do Câncer de Colo de Útero é a detecção precoce e o rastreamento por meio do exame citopatológico, o qual permite a identificação de lesões precursoras e lesões malignas em estádios iniciais, possibilitando a instituição de um tratamento mais efetivo.

APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

A "Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS" é um indicador que mede a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram ao menos 1 coleta de exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município.

A recomendação é a realização do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram ou têm atividade sexual, a cada 3 anos, após 2 exames anuais negativos. Para mulheres com mais de 64 anos que nunca se submeteram ao exame, recomenda-se realizar dois exames com intervalo de 1 a três anos, no caso de resultado negativo, elas podem ser liberadas de novos

803

exames visto que não há evidências sobre a efetividade do rastreamento após os 65 anos.

É recomendado pela OMS e pelas diretrizes nacionais que o rastreamento seja realizado em intervalo de três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano, com o objetivo de reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. A justificativa se dá pela ausência de evidências de efetividade significativa do rastreamento anual. A doença possui evolução lenta e esse intervalo é preconizado de maneira a garantir a identificação da lesão precursora e início do tratamento.

Destaca-se que o indicador inclui apenas as mulheres na faixa etária recomendada para a realização do exame citopatológico. As mulheres acima de 64 anos no quadrimestre avaliado que tiveram a coleta do exame ainda na faixa etária recomendada ou mulheres com 25 anos que realizaram a coleta antes dessa idade não serão incluídas no cálculo do indicador. Além disso, o indicador limita-se somente às mulheres que realizaram coletas na Atenção Primária à Saúde, sendo essa uma limitação, visto que não alcança todas as mulheres da população brasileira. Porém, justifica-se pelo fato do indicador medir o desempenho das equipes e serviços de saúde da APS.

O indicador será calculado diretamente por meio dos dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A fórmula foi elaborada considerando a possibilidade de verificação de dados individualizados do SISAB e não apenas os quantitativos consolidados. A periodicidade de mensuração do indicador é quadrimestral, com nível de agregação municipal.

PARÂMETRO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência de câncer do colo do útero quando a cobertura de rastreamento da população é de pelo menos 80%, com a garantia do diagnóstico e do tratamento adequados dos casos detectados.

804

Dessa forma, para o monitoramento, fica definido como parâmetro 80% da proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS nos últimos 3 anos, como forma de garantir detecção e tratamento oportunos, reduzindo a incidência da doença e mortalidade na população-alvo.

META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previne Brasil, e as limitações atuais identificadas para que todos os municípios alcancem o parâmetro de 80% na população coberta pela APS, a meta atualmente pactuada para este indicador é de 40%.

CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS é calculado da seguinte maneira:

Numerador: Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta do exame citopatológico na APS nos últimos 36 meses;

Denominador: Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS do município no período analisado;

Denominador estimado: Potencial de cadastro municipal X % mulheres com 25 a 64 anos por estudo de estimativa populacional 2020 - IBGE.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta de exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{\left(\text{Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS} \right) \text{ OU } \left(\text{Potencial de cadastro} \times \% \text{ mulheres com 25 a 64 anos por estudo de estimativa populacional} \right)} \times 100$$

RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

Considerando o papel da APS na prevenção do câncer do colo do útero, os serviços de saúde devem estar atentos à necessidade de produzir respostas adequadas e oportunas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde ofertadas. Nesse sentido recomenda-se:

- ✓ Manter o cadastro individual atualizado: os dados de identificação do cidadão, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O aumento do cadastro propicia que seja utilizado o valor informado no SISAB no denominador.
- ✓ Realizar o acompanhamento nominal das mulheres na faixa etária adscritas à equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;
- ✓ Orientar a usuária na faixa etária específica sobre a importância da realização da coleta do exame citopatológico na Unidade Básica de Saúde a cada 3 anos, mesmo que o resultado anterior do seu exame tenha sido normal;
- ✓ Ter método de controle do seguimento das mulheres com exame alterado (sistema eletrônico ou registro de papel, ambos verificados periodicamente);
- ✓ Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando a realização da coleta de citopatológico no melhor horário para a cidadã sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- ✓ Construção de protocolos locais que organizem a atenção à mulher;
- ✓ Ofertar esse exame a todas as mulheres na idade preconizada que frequentam a unidade, independentemente do motivo;
- ✓ Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- ✓ Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro das informações de saúde, tanto no que se refere as variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

TÍTULO	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram coleta de material do colo do útero para exame citopatológico no intervalo de 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária do município.
USO (Para que fim?)	Avaliar o quantitativo de mulheres que realizaram o exame preventivo para câncer do colo do útero na APS, dentro da faixa etária elegível e período recomendados. Expressa a realização de um exame a cada três anos, segundo as Diretrizes Nacionais. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero. Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB); Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo - 2000-2020 (Datavus)
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2021.
PARÂMETRO	≥80%
META	40%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta de exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{\left(\text{Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS} \right) \text{ ou } \left(\text{Potencial de cadastro} \times \% \text{ mulheres com 25 a 64 anos por estado de estimativa populacional} \right)} \times 100$ <p>* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.</p>

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

MÉTODO DE CÁLCULO	<p>REGRAS DE EXTRAÇÃO:</p> <p>Denominador Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS. Pessoas identificadas com o CNS ou CPF e sexo Feminino nos modelos de informação utilizados para considerar uma pessoa cadastrada e vinculada a uma equipe da APS. Conforme a nota técnica de cadastros, serão considerados como usuários cadastrados aqueles que foram vinculados a uma equipe de APS através de um cadastro individual completo (FCI), cadastro simplificado por meio do módulo "Cidadão" do PEC e usuários identificados a partir das Fichas de Atendimento Individual (FAI), Ficha de Visita Domiciliar (FVD) ou Ficha de Procedimento (FP). As mulheres identificadas deverão estar entre a faixa etária de 25 e 64 anos no quadrimestre analisado. A idade é calculada na base de dados federal a partir do registro da data de nascimento do cadastro em relação ao quadrimestre analisado. O método considera a idade da pessoa no último dia do último mês do quadrimestre, tendo em vista o período de referência dos dados analisados.</p> <p>Denominador estimado: Potencial de cadastro municipal multiplicado pela proporção de mulheres com 25 a 64 anos por estudo de estimativa populacional 2020 – IBGE (Página DATASUS)</p> <p>Numerador: Pessoas identificadas no denominador que tenham o registro de no mínimo 1 *procedimento de coleta citopatológica realizado por médico ou enfermeiro na APS, nos últimos 36 meses, a contar do último mês do quadrimestre analisado.</p> <p>Numerador: *Coleta citopatológica: procedimento realizado por médico ou enfermeiro. SIGTAP correspondente: 02.01.02.003-3 – Coleta de Material p/ exame citopatológico do colo uterino. Este procedimento deverá ter ocorrido no prazo de 36 meses anteriores a contar do último mês do quadrimestre avaliado. *Família CB0 considerada para coleta citopatológica: médico (2251, 2252, 2253, 2211); enfermeiro (2235).</p> <p>Crterios de exclusão: *Pessoas com registro do campo "saída do cidadão do cadastro" por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual; Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas/válidas.</p> <p>Equipes e estabelecimentos considerados: Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70 exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador: quando não há indicação de INE de equipes da APS: 01 – Posto de saúde; 02 – Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40- Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 – Centro de apoio à saúde da família; 74 – Polo de academia da Saúde. Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.</p>
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Quanto maior, melhor.
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 3 anos.
LIMITAÇÕES	Pelo indicador incluir apenas as mulheres na faixa etária recomendada para a realização da coleta do exame citopatológico, as mulheres acima de 64 anos no quadrimestre avaliado, que tiveram a avaliação do exame ainda na faixa etária recomendada ou mulheres com 25 anos que realizarem a coleta antes dessa idade, não serão incluídas no cálculo do indicador. Os registros de "avaliação" do resultado de exame citopatológico não são considerados para fins de cálculo deste indicador.
OBSERVAÇÕES	Para o denominador serão considerados todos os cadastros e atendimentos a partir de 2013. Para o uso do cadastro individual será considerado a informação mais atual enviada ao SSIAB. Serão consideradas as regras de vinculação do indivíduo a determinada equipe de saúde conforme a <u>Nota Técnica Explicativa de Cadastros</u> .
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and marks]

INDICADOR 5

Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada.

O processo de vacinação no território nacional é operacionalizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), estruturado em 18 de setembro de 1973, com o propósito de reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, aplicando estratégias para o fortalecimento de ações de vigilância, promoção, proteção e prevenção em saúde.

A prática de vacinação possibilita a erradicação de doenças imunopreveníveis e é uma das intervenções em saúde mais custo-efetivas e seguras, apresentando-se como componente estratégico dos programas de saúde.

Considerando que as crianças são mais vulneráveis a agravos que podem resultar em complicações graves e óbito, e que a vacinação com o esquema vacinal básico reduz a morbimortalidade infantil, a Atenção Primária à Saúde (APS) têm como prioridade a prevenção da morbidade infantil por meio da imunização com o cumprimento do calendário vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). A vacinação também contribui de maneira importante para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que dentre seus objetivos busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

É preconizado a ampliação da cobertura vacinal, e este objetivo compõe a programação do Plano Nacional de Saúde 2020-2023, na forma de buscar a redução ou controle a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle, pelo alcance de 50% de municípios com cobertura vacinal adequada (95%) para 5 vacinas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade, dentre elas a Pentavalente e Poliomielite.

APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O indicador “Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada” tem como objetivo, mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreveníveis citadas, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação de penta e pólio no primeiro ano de vida.

O indicador é constituído por variáveis relacionadas ao processo de cuidado da criança na APS, tendo como marcadores, a realização do esquema vacinal com a administração das doses de vacina contra Pólio e Penta que são recomendadas pelo PNI, com o objetivo de proporcionar imunidade as crianças e combater a mortalidade infantil.

A verificação dessas duas vacinas também pode ser uma estratégia indireta para verificar a capacidade de absorção da APS considerando as crianças em seu primeiro ano de vida, para além de estimular a prevenção e combate aos agravos imunopreveníveis. Desta forma, reafirma-se que, além da administração do imunizante, a criança mantenha a caderneta de vacinação atualizada com os outros imunobiológicos preconizados.

Vale destacar a importância da abordagem integral realizada pela equipe da APS nas consultas de puericultura realizadas pelo médico e enfermeiro, a fim de promover crescimento e desenvolvimento saudável com acompanhamento periódico e sistêmico das crianças. Se espera que além da administração das vacinas seja fornecido cuidado integral com ações de orientação ao aleitamento materno, acompanhamento familiar, identificação precoce dos agravos, dentre outras.

Para o cálculo do indicador, no que se refere ao denominador considere-se o número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado.

São contabilizadas no numerador o número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3º doses aplicadas de Poliomielite e Pentavalente. No item Método de Cálculo, da ficha de qualificação, são descritos em maiores detalhes os critérios que compõem essas variáveis

PARÂMETRO

As evidências científicas e o Programa Nacional de Imunizações preconizam que as metas de cobertura vacinal de Penta e Pólio no país alcance pelo menos 95%. Assim, entendendo que o parâmetro se refere ao valor ideal para garantir imunidade na população, para esse indicador será considerado como parâmetro 95%. Reforçamos a recomendação que todas as crianças, sem contra indicações, recebam as doses dos imunizantes aos 2, 4 e 6 meses de idade.

META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previnir Brasil, a importância de se completar o esquema vacinal de Penta e Pólio dentro do primeiro ano de vida e a possibilidade de reintrodução de doenças já erradicadas no território brasileiro, será estabelecida que todos os municípios alcancem a meta de 95% das crianças que compõe o denominador.

CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada é calculado da seguinte forma:

Numerador: Número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e Pentavalente; ou (caso excepcional descrito na ficha de qualificação).

811

Denominador SISAB: Número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado.

Denominador estimado: Potencial de cadastro municipal/ População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado (SINASC 2017 a 2019).

$$\frac{\text{Número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e Pentavalente}}{\left(\frac{\text{Nº de crianças com 12 meses completos no SISAB}}{\text{no quadrimestre avaliado}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº de nascidos vivos no SINASC} \right) \times$$

RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

Considerando o papel da APS no processo de vacinação e cuidado à criança, os serviços de saúde devem estar atentos a necessidade de produzir respostas adequadas e oportunas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde ofertadas à população. Nesse sentido recomenda-se:

- ✓ Realizar captação das crianças logo após o nascimento, de preferência no momento do teste do pezinho e/ou consulta puerperal, marcando a primeira consulta de puericultura para a primeira semana de vida;
- ✓ Garantir que as vacinas que compõe o calendário vacinal sejam ofertadas cotidianamente nas unidades básicas de saúde e não restritas a ações focalizadas;
- ✓ Orientar nas consultas de pré-natal e de puericultura sobre a importância da administração das vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- ✓ Manter contato com creches para verificação do calendário vacinal, acompanhamento conjunto e diálogo colaborativo entre as partes;
- ✓ Realizar o acompanhamento nominal das pessoas e famílias adscritas à equipe;
- ✓ Construção de protocolos locais que organizem a atenção o rastreamento e busca ativa de crianças com esquema vacinal incompleto e realizar

- acompanhamento dos faltosos (atraso no calendário vacinal) individualmente;
- ✓ Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação à imunização;
 - ✓ Realizar ações educativas direcionadas a comunidade para sensibilização da importância de manter o esquema vacinal completo nas crianças nesta faixa etária;
 - ✓ Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro das informações de saúde;
 - ✓ Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação do cidadão, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O aumento do cadastro propicia que seja utilizado o valor informado no SISAB no denominador para o cálculo do indicador;
 - ✓ Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
 - ✓ Estabelecer uma rotina de atualização e acompanhamento de cadernetas de vacinação da criança, tanto na aplicação do calendário vacinal, quanto de registros anteriores de vacinação no prontuário do cidadão.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

TÍTULO	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b e Poliomielite Inativada.
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Este indicador mede o cumprimento do esquema básico de vacinação de Pólio e Penta em crianças com 12 meses com crianças que o município possui cadastradas e vinculadas às equipes de APS.
USO (Para que fim?)	Mensurar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Penta e Pólio no primeiro ano de vida a fim de verificar o nível contra as doenças imuno preveníveis; Monitorar as diretrizes para a cobertura vacinal de Penta e Pólio no primeiro ano de vida das crianças atendidas nos serviços; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização no âmbito dos serviços de Atenção Primária; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	88,13% (ICI 2021 dados extraídos em 08/12/2021 – corresponde as equipes homologadas eSF e eAP no quadrimestre)
PARÂMETRO	95%
META	95%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e}}{\left(\frac{\text{Nº de crianças com 12 meses completos no SISAB}}{\text{no quadrimestre avaliado}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº de nascidos vivos no SINASC} \right)}$ <p>*O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.</p>

MÉTODO DE CÁLCULO	<p>REGRAS DE EXTRAÇÃO:</p> <p>Denominador: Número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses no quadrimestre avaliado. Para compor o denominador as crianças devem ter 12 meses de vida completos no quadrimestre avaliado. Serão considerados meses de vida entre o primeiro e último dia do quadrimestre avaliado. A idade é calculada na base de dados federal a partir informado no cadastro, que deverá ser igual a data de nascimento registrada no CADSUS.</p> <p>Denominador estimado: Potencial de cadastro municipal** dividido pela população IBGE multiplicado pelo menor número de nascidos vivos entre o a 2019 apresentados no SINASC (Disponível no endereço eletrônico do TABNET/DATASUS).</p> <p>**Potencial de Cadastro Municipal: Fonte SISAB (Painel de Cadastros).</p> <p>Serão consideradas as crianças identificadas pelo CNS ou CPF, cadastradas e vinculadas a uma eSF ou eAP no SISAB, com Relatório de Cadastros.</p> <p>Numerador: Número de crianças que completaram 12 meses, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de Poliomielite e Pentav. Para compor o numerador serão consideradas crianças que completaram 12 meses no quadrimestre avaliado e que a partir 3ª doses das vacinas de Poliomielite e Pentavalente.</p> <p>Regra de extração: 3ª doses das vacinas [VIP e Pentavalente Celular] ou 3ª dose da Hexavalente ou 3ª dose de [Penta Acelular e Hepatite B], ou Registro Anterior de Vacinação no prontuário eletrônico do cidadão correspondendo à atualização da caderneta de vacinação.</p> <p>Casos excepcionais: (ausência da 3ª dose de Pentavalente ou Hexavalente ou [Pentavalente Acelular + hepatite B]) Ressaltamos que o preconizado é que seja realizado o esquema completo com as 3 doses da Pentavalente. Porém, em c indicador serão considerados esquemas vacinais (descritos abaixo) onde as doses das vacinas administradas entre 2 e 12. Segue regra de extração, no caso dos cenários excepcionais:</p> <p>Primeiro cenário 2ª dose de Pentavalente + 1 (um) dos esquemas abaixo: a) 1 dose DTP + 1 dose hepatite B + 1 dose <i>haemophilus b</i>; ou b) 1 dose Tetravalente + 1 dose hepatite B; ou c) 1 dose Hexavalente.</p> <p>Segundo cenário 1ª dose de Penta + 1 (um) dos esquemas abaixo: a) 2 doses DTP + 2 doses hepatite B + 2 doses <i>haemophilus b</i>; ou b) 2 doses Tetravalente + 2 doses de hepatite B; ou c) 1 dose de tetra + 1 dose de DTP + 2 doses de hepatite B + 1 dose <i>haemophilus b</i>; ou d) 2 doses da Hexavalente.</p>
--------------------------	--

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

	<p><i>Terceiro cenário</i></p> <p>Nenhuma dose de Penta + 1 (um) dos esquemas abaixo:</p> <p>a) 3ª dose da Tetravalente + 3ª dose da hepatite B; ou</p> <p>b) 3ª dose da DTP + 3ª dose da hepatite B + 3ª dose da <i>haemophilus b</i>.</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <p>Pessoas com registro do campo "saída do cidadão do cadastro" por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual.</p> <p>Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas/ válidas.</p> <p>Equipes e estabelecimentos considerados:</p> <p>Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70, exceto equipe ribeirinha) e eAP (76);</p> <p>Categorias profissionais(CBOs) aptas: médicos (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiros (2235); técnicos e auxiliares de enfermagem (2231, 2232, 2233);</p> <p>Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipe: Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40- Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71- Centro de Atenção de Saúde;</p> <p>Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.</p> <p>Códigos das vacinas, conforme dados da Integração e-SUS APS:</p> <p>09 hepatite B;</p> <p>17 <i>haemophilus</i> tipo b (Hib);</p> <p>22 poliomielite inativada (VIP);</p> <p>29 pentavalente acelular (DTPa / Hib / Pólio inativa);</p> <p>39 tetravalente (DTP + Hib);</p> <p>42 Pentavalente celular (DTP/HB/Hib); 43 hexavalente (DTPa+ HB+ Hib +VIP); 46 tríplice bacteriana (DTP).</p>
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, Unidades da Federação, macrorregiões, municípios, estabelecimento, equipes de saúde.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do quadrimestre avaliado
LIMITAÇÕES	O indicador mede as doses administradas em serviços de APS, não refletindo a totalidade da população vacinada. Considera-se para esse indicador apenas indivíduos vinculados em eSF ou eAP, o que não reflete a totalidade das equipes e estabelecimentos.
OBSERVAÇÕES	Serão consideradas as regras de vinculação do indivíduo a determinada equipe de saúde conforme a <u>Nota Técnica Explicativa</u> se a administração da vacina não ocorreu na equipe de referência (ou UBS).
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021.

815

INDICADOR 6

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a hipertensão arterial atinge 23,9% dos indivíduos entrevistados, sendo maior entre as mulheres (26,4%) do que entre os homens (21,1%). A frequência tende a ser maior com o aumento da idade, com 56,6% entre pessoas com 65 a 74 anos e 62,1% entre as pessoas com 75 anos ou mais¹.

Além de ser uma condição comumente assintomática, a hipertensão arterial^[1] evolui com alterações importantes em órgãos-alvo, como cérebro, coração e vasos. Somado a isso, o aumento da pressão arterial é o principal fator modificável que apresenta associação independente, linear e continua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura, ocasionando grande impacto nos custos de saúde e socioeconômicos do país².

Considera-se hipertensão arterial todas as condições que englobam a hipertensão essencial, comumente denominada de hipertensão arterial sistêmica, como também doença renal hipertensiva, cardíaca hipertensiva, hipertensão secundária, hipertensão pré-existente à gravidez e distúrbio hipertensivos. Todas essas comorbidades são condições crônicas dos níveis pressóricos que se engloba no termo hipertensão arterial.

O acompanhamento efetivo pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) dos casos leves/moderados, que correspondem a grande parcela dos casos, são fundamentais para garantir o tratamento adequado e controle da condição, visto que o controle dos valores pressóricos, especialmente a pressão arterial sistólica, é o principal fator de risco para morbimortalidade, no entanto, a taxa de controle ainda é muito baixa

APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O indicador "Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre" tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com hipertensão arterial e o serviço de saúde para atendimento e realização do procedimento de aferição da PA, que permite avaliar se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade.

O indicador é constituído por variáveis relacionadas ao processo de cuidado da pessoa com hipertensão na APS, tendo como marcadores, a realização da consulta e do procedimento de aferição da pressão arterial, estratégias essenciais para prevenção de morbimortalidade em pessoas com essa condição. Desta forma, reafirma-se que, além do monitoramento da PA, é importante que o indivíduo com hipertensão receba atendimento individual com equipe médica ou de enfermagem, alinhando a avaliação da pressão arterial à realização da consulta de seguimento, essencial para a identificação precoce de complicações por meio de avaliação clínica e exame físico direcionado. Vale destacar a importância da abordagem integral realizada pela equipe da APS, em que se espera, além do monitoramento da PA, a realização de um atendimento que inclua história clínica, exame físico, avaliação de exames complementares, estratificação do risco cardiovascular e definição/ajuste do plano terapêutico, considerando o tratamento não medicamentoso e medicamentoso, conforme cada caso, e abrangendo os determinantes sociais do processo saúde-doença, com olhar para os fatores de risco associados à hipertensão.

Para o cálculo do indicador, no que se refere ao denominador, são consideradas pessoas com hipertensão as que autorreferem ter hipertensão no momento do cadastro individual completo ou acompanhadas por essa condição em atendimento individual (consultas) por médico ou enfermeiro. Destaca-se que o autorrelato apresenta boa acurácia e é comumente utilizado como potencial de identificação de pessoas com essa comorbidade^{9,10}. É importante destacar que o autorrelato de uma pessoa já se caracteriza como um fator importante e que merece acompanhamento para avaliação dos fatores que a fizeram relatar a

condição. Ressalta-se, ainda, que a utilização de informações oriundas do cadastro individual e dos atendimentos realizados promovem maior aproximação à realidade dos municípios, visto que o denominador informado é constituído por todas as pessoas com hipertensão cadastradas na APS.

São contabilizadas no numerador as pessoas com hipertensão, com consulta e avaliação da pressão arterial nos 6 meses, critérios que, além de alinhados às recomendações de cuidado em saúde, permitem a visualização das ações realizadas em menor tempo²⁻⁸. Tais características conferem maior validade e sensibilidade ao indicador. No item Cálculo do Indicador são descritos, em maior detalhe, os critérios que compõem essas variáveis.

PARÂMETRO

As evidências científicas apontam para a necessidade de acompanhamento no mínimo semestral das pessoas com hipertensão e com baixo risco cardiovascular, trimestral das pessoas com hipertensão e moderado risco cardiovascular e bimestral das pessoas com alto risco cardiovascular. Visto isso, e com a compreensão de que o parâmetro se refere ao valor ideal, considerando que todas as pessoas com diagnóstico de hipertensão devem ter uma consulta e aferição de PA realizada, pelo menos, semestralmente, o parâmetro para esse indicador é de 100%.

META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previne Brasil, e as limitações atuais identificadas para que todos os municípios alcancem o parâmetro de 100% na população coberta pela APS, a meta pactuada para este indicador é de 50%.

818

CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre é calculado da seguinte forma:

Numerador: Número de pessoas com hipertensão arterial, com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses;

Denominador SISAB: Número de pessoas com hipertensão arterial no SISAB;

Denominador estimado: Potencial de cadastro X % pessoas com hipertensão arterial PNS 2019;

$$\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses}}{\left(\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial no SISAB}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro} \times \% \text{ Pessoas com hipertensão arterial na PNS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right)^*} \times 100$$

RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

Considerando o papel da APS no cuidado a pessoa com hipertensão arterial, os serviços de saúde devem estar atentos a necessidade de produzir respostas adequadas e oportunas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde ofertadas a essa população. Nesse sentido recomenda-se:

- ✓ Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação do cidadão, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O aumento do cadastro propicia que seja utilizado o valor informado no SISAB no denominador (Pessoas com hipertensão arterial no SISAB) para o cálculo do indicador;
- ✓ Realizar o acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão arterial adscritas à equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;

819

- ✓ Orientar o cidadão com hipertensão sobre a importância da realização das consultas de acompanhamento e a verificação da PA na Unidade Básica de Saúde, mesmo que sua pressão arterial não esteja descompensada;
- ✓ Realizar o monitoramento regular de pressão arterial conforme estratificação do risco cardiovascular com a finalidade de que pessoas com hipertensão arterial tenham o hábito de monitorar a sua PA. Para isso, faz-se necessário reduzir eventuais regras de acesso ao procedimento que possam desestimular a pessoa a utilizar o serviço;
- ✓ Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando a consulta e aferição de PA no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- ✓ Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Tanto o profissional médico como o enfermeiro podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de competências de atuação e as observações quanto aos protocolos de atendimento);
- ✓ Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
- ✓ Construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica; Estruturação da linha de cuidado das pessoas com doenças crônicas;
- ✓ Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- ✓ Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro das informações de saúde, tanto no que se refere as variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR	
TÍTULO	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial que são consultadas e tenham a pressão arterial aferida pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) no semestre, em relação ao número total de pessoas com hipertensão arterial no município.
USO (Para que fim?)	Identificar as pessoas com hipertensão arterial e avaliar seu acompanhamento pela APS por meio de consultas e aferição da pressão arterial a cada semestre, de acordo com o registro no sistema de informação em saúde; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com hipertensão na APS; incentivar o acompanhamento, o controle e a redução de morbimortalidade relacionadas a hipertensão; subsidiar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação da hipertensão, contribuindo para o controle das doenças crônicas.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	11,0% (Q1 2021 dados extraídos em 26.08.21 – corresponde as equipes homologadas eSF e eAP no quadrimestre)
PARÂMETRO	100%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses}}{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial no SISAB}} \text{ ou } \frac{\text{Potencial de cadastro} \times \text{Pessoas com hipertensão arterial na PMS}}{\text{Potencial de cadastro}}$ <p>*O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.</p>

METODO DE CÁLCULO	REGRAS DE EXTRAÇÃO:
	<p>Denominador Pessoas com hipertensão no SISAB:</p> <p>Pessoas identificadas com o CID/CPF que no Cadastro individual possuem a marcação: "Tem hipertensão arterial?" = SIM OU que no Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro tenham a marcação hipertensão ou códigos correspondentes (CID I10, I11, I13, I14, I15, I16, I17, I18, I19, I20, I21, I22, I23, I24, I25, I26, I27, I28, I29, I30, I31, I32, I33, I34, I35, I36, I37, I38, I39, I40, I41, I42, I43, I44, I45, I46, I47, I48, I49, I50, I51, I52, I53, I54, I55, I56, I57, I58, I59, I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, I68, I69, I70, I71, I72, I73, I74, I75, I76, I77, I78, I79, I80, I81, I82, I83, I84, I85, I86, I87, I88, I89, I90, I91, I92, I93, I94, I95, I96, I97, I98, I99, O10, O11, O12, O13, O14, O15, O16, O17, O18, O19, O20, O21, O22, O23, O24, O25, O26, O27, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O37, O38, O39, O40, O41, O42, O43, O44, O45, O46, O47, O48, O49, O50, O51, O52, O53, O54, O55, O56, O57, O58, O59, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O72, O73, O74, O75, O76, O77, O78, O79, O80, O81, O82, O83, O84, O85, O86, O87, O88, O89, O90, O91, O92, O93, O94, O95, O96, O97, O98, O99, Q01, Q02, Q03, Q04, Q05, Q06, Q07, Q08, Q09, Q10, Q11, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q19, Q20, Q21, Q22, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28, Q29, Q30, Q31, Q32, Q33, Q34, Q35, Q36, Q37, Q38, Q39, Q40, Q41, Q42, Q43, Q44, Q45, Q46, Q47, Q48, Q49, Q50, Q51, Q52, Q53, Q54, Q55, Q56, Q57, Q58, Q59, Q60, Q61, Q62, Q63, Q64, Q65, Q66, Q67, Q68, Q69, Q70, Q71, Q72, Q73, Q74, Q75, Q76, Q77, Q78, Q79, Q80, Q81, Q82, Q83, Q84, Q85, Q86, Q87, Q88, Q89, Q90, Q91, Q92, Q93, Q94, Q95, Q96, Q97, Q98, Q99, R01, R02, R03, R04, R05, R06, R07, R08, R09, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R21, R22, R23, R24, R25, R26, R27, R28, R29, R30, R31, R32, R33, R34, R35, R36, R37, R38, R39, R40, R41, R42, R43, R44, R45, R46, R47, R48, R49, R50, R51, R52, R53, R54, R55, R56, R57, R58, R59, R60, R61, R62, R63, R64, R65, R66, R67, R68, R69, R70, R71, R72, R73, R74, R75, R76, R77, R78, R79, R80, R81, R82, R83, R84, R85, R86, R87, R88, R89, R90, R91, R92, R93, R94, R95, R96, R97, R98, R99, S01, S02, S03, S04, S05, S06, S07, S08, S09, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25, S26, S27, S28, S29, S30, S31, S32, S33, S34, S35, S36, S37, S38, S39, S40, S41, S42, S43, S44, S45, S46, S47, S48, S49, S50, S51, S52, S53, S54, S55, S56, S57, S58, S59, S60, S61, S62, S63, S64, S65, S66, S67, S68, S69, S70, S71, S72, S73, S74, S75, S76, S77, S78, S79, S80, S81, S82, S83, S84, S85, S86, S87, S88, S89, S90, S91, S92, S93, S94, S95, S96, S97, S98, S99, T01, T02, T03, T04, T05, T06, T07, T08, T09, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T19, T20, T21, T22, T23, T24, T25, T26, T27, T28, T29, T30, T31, T32, T33, T34, T35, T36, T37, T38, T39, T40, T41, T42, T43, T44, T45, T46, T47, T48, T49, T50, T51, T52, T53, T54, T55, T56, T57, T58, T59, T60, T61, T62, T63, T64, T65, T66, T67, T68, T69, T70, T71, T72, T73, T74, T75, T76, T77, T78, T79, T80, T81, T82, T83, T84, T85, T86, T87, T88, T89, T90, T91, T92, T93, T94, T95, T96, T97, T98, T99, U01, U02, U03, U04, U05, U06, U07, U08, U09, U10, U11, U12, U13, U14, U15, U16, U17, U18, U19, U20, U21, U22, U23, U24, U25, U26, U27, U28, U29, U30, U31, U32, U33, U34, U35, U36, U37, U38, U39, U40, U41, U42, U43, U44, U45, U46, U47, U48, U49, U50, U51, U52, U53, U54, U55, U56, U57, U58, U59, U60, U61, U62, U63, U64, U65, U66, U67, U68, U69, U70, U71, U72, U73, U74, U75, U76, U77, U78, U79, U80, U81, U82, U83, U84, U85, U86, U87, U88, U89, U90, U91, U92, U93, U94, U95, U96, U97, U98, U99, V01, V02, V03, V04, V05, V06, V07, V08, V09, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, V34, V35, V36, V37, V38, V39, V40, V41, V42, V43, V44, V45, V46, V47, V48, V49, V50, V51, V52, V53, V54, V55, V56, V57, V58, V59, V60, V61, V62, V63, V64, V65, V66, V67, V68, V69, V70, V71, V72, V73, V74, V75, V76, V77, V78, V79, V80, V81, V82, V83, V84, V85, V86, V87, V88, V89, V90, V91, V92, V93, V94, V95, V96, V97, V98, V99, W01, W02, W03, W04, W05, W06, W07, W08, W09, W10, W11, W12, W13, W14, W15, W16, W17, W18, W19, W20, W21, W22, W23, W24, W25, W26, W27, W28, W29, W30, W31, W32, W33, W34, W35, W36, W37, W38, W39, W40, W41, W42, W43, W44, W45, W46, W47, W48, W49, W50, W51, W52, W53, W54, W55, W56, W57, W58, W59, W60, W61, W62, W63, W64, W65, W66, W67, W68, W69, W70, W71, W72, W73, W74, W75, W76, W77, W78, W79, W80, W81, W82, W83, W84, W85, W86, W87, W88, W89, W90, W91, W92, W93, W94, W95, W96, W97, W98, W99, X01, X02, X03, X04, X05, X06, X07, X08, X09, X10, X11, X12, X13, X14, X15, X16, X17, X18, X19, X20, X21, X22, X23, X24, X25, X26, X27, X28, X29, X30, X31, X32, X33, X34, X35, X36, X37, X38, X39, X40, X41, X42, X43, X44, X45, X46, X47, X48, X49, X50, X51, X52, X53, X54, X55, X56, X57, X58, X59, X60, X61, X62, X63, X64, X65, X66, X67, X68, X69, X70, X71, X72, X73, X74, X75, X76, X77, X78, X79, X80, X81, X82, X83, X84, X85, X86, X87, X88, X89, X90, X91, X92, X93, X94, X95, X96, X97, X98, X99, Y01, Y02, Y03, Y04, Y05, Y06, Y07, Y08, Y09, Y10, Y11, Y12, Y13, Y14, Y15, Y16, Y17, Y18, Y19, Y20, Y21, Y22, Y23, Y24, Y25, Y26, Y27, Y28, Y29, Y30, Y31, Y32, Y33, Y34, Y35, Y36, Y37, Y38, Y39, Y40, Y41, Y42, Y43, Y44, Y45, Y46, Y47, Y48, Y49, Y50, Y51, Y52, Y53, Y54, Y55, Y56, Y57, Y58, Y59, Y60, Y61, Y62, Y63, Y64, Y65, Y66, Y67, Y68, Y69, Y70, Y71, Y72, Y73, Y74, Y75, Y76, Y77, Y78, Y79, Y80, Y81, Y82, Y83, Y84, Y85, Y86, Y87, Y88, Y89, Y90, Y91, Y92, Y93, Y94, Y95, Y96, Y97, Y98, Y99, Z01, Z02, Z03, Z04, Z05, Z06, Z07, Z08, Z09, Z10, Z11, Z12, Z13, Z14, Z15, Z16, Z17, Z18, Z19, Z20, Z21, Z22, Z23, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29, Z30, Z31, Z32, Z33, Z34, Z35, Z36, Z37, Z38, Z39, Z40, Z41, Z42, Z43, Z44, Z45, Z46, Z47, Z48, Z49, Z50, Z51, Z52, Z53, Z54, Z55, Z56, Z57, Z58, Z59, Z60, Z61, Z62, Z63, Z64, Z65, Z66, Z67, Z68, Z69, Z70, Z71, Z72, Z73, Z74, Z75, Z76, Z77, Z78, Z79, Z80, Z81, Z82, Z83, Z84, Z85, Z86, Z87, Z88, Z89, Z90, Z91, Z92, Z93, Z94, Z95, Z96, Z97, Z98, Z99).</p> <p>Cadastro individual: É considerado o cadastro mais recente, ou seja, é utilizado o último cadastro ou atualização enviados até o último mês do quadrimestre vigente que conste a marcação: "Tem hipertensão arterial?" = SIM.</p> <p>Atendimento individual: Atendimento realizado por médico ou enfermeiro, com a condição avaliada hipertensão arterial devidamente marcada (ou códigos CID ou CIAP descritos no denominador), independente do ano do atendimento. Para isso será realizada busca do dado em toda a base de dados do SISAB (2013 até o quadrimestre vigente).</p> <p>Família CBO considerados: médicos (2251, 2252, 2253, 2231), enfermeiros (2235).</p> <p>Numerador:</p> <p>Pessoas identificadas no denominador SISAB que tenham o registro de no mínimo 1 Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro para condição hipertensão arterial nos últimos 6 meses + 1 Aferição de pressão arterial realizada por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem nos últimos 6 meses.</p> <p>*Atendimento individual: Atendimento realizado por médico ou enfermeiro, com a condição avaliada "Hipertensão arterial" devidamente marcada na ficha CDS ou com sinalização dos códigos correspondentes (CID-10: I10, I11, I13, I14, I15, I16, I17, I18, I19, I20, I21, I22, I23, I24, I25, I26, I27, I28, I29, I30, I31, I32, I33, I34, I35, I36, I37, I38, I39, I40, I41, I42, I43, I44, I45, I46, I47, I48, I49, I50, I51, I52, I53, I54, I55, I56, I57, I58, I59, I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, I68, I69, I70, I71, I72, I73, I74, I75, I76, I77, I78, I79, I80, I81, I82, I83, I84, I85, I86, I87, I88, I89, I90, I91, I92, I93, I94, I95, I96, I97, I98, I99, O10, O11, O12, O13, O14, O15, O16, O17, O18, O19, O20, O21, O22, O23, O24, O25, O26, O27, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O37, O38, O39, O40, O41, O42, O43, O44, O45, O46, O47, O48, O49, O50, O51, O52, O53, O54, O55, O56, O57, O58, O59, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O72, O73, O74, O75, O76, O77, O78, O79, O80, O81, O82, O83, O84, O85, O86, O87, O88, O89, O90, O91, O92, O93, O94, O95, O96, O97, O98, O99, Q01, Q02, Q03, Q04, Q05, Q06, Q07, Q08, Q09, Q10, Q11, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q19, Q20, Q21, Q22, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28, Q29, Q30, Q31, Q32, Q33, Q34, Q35, Q36, Q37, Q38, Q39, Q40, Q41, Q42, Q43, Q44, Q45, Q46, Q47, Q48, Q49, Q50, Q51, Q52, Q53, Q54, Q55, Q56, Q57, Q58, Q59, Q60, Q61, Q62, Q63, Q64, Q65, Q66, Q67, Q68, Q69, Q70, Q71, Q72, Q73, Q74, Q75, Q76, Q77, Q78, Q79, Q80, Q81, Q82, Q83, Q84, Q85, Q86, Q87, Q88, Q89, Q90, Q91, Q92, Q93, Q94, Q95, Q96, Q97, Q98, Q99, R01, R02, R03, R04, R05, R06, R07, R08, R09, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R21, R22, R23, R24, R25, R26, R27, R28, R29, R30, R31, R32, R33, R34, R35, R36, R37, R38, R39, R40, R41, R42, R43, R44, R45, R46, R47, R48, R49, R50, R51, R52, R53, R54, R55, R56, R57, R58, R59, R60, R61, R62, R63, R64, R65, R66, R67, R68, R69, R70, R71, R72, R73, R74, R75, R76, R77, R78, R79, R80, R81, R82, R83, R84, R85, R86, R87, R88, R89, R90, R91, R92, R93, R94, R95, R96, R97, R98, R99, S01, S02, S03, S04, S05, S06, S07, S08, S09, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25, S26, S27, S28, S29, S30, S31, S32, S33, S34, S35, S36, S37, S38, S39, S40, S41, S42, S43, S44, S45, S46, S47, S48, S49, S50, S51, S52, S53, S54, S55, S56, S57, S58, S59, S60, S61, S62, S63, S64, S65, S66, S67, S68, S69, S70, S71, S72, S73, S74, S75, S76, S77, S78, S79, S80, S81, S82, S83, S84, S85, S86, S87, S88, S89, S90, S91, S92, S93, S94, S95, S96, S97, S98, S99, T01, T02, T03, T04, T05, T06, T07, T08, T09, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T19, T20, T21, T22, T23, T24, T25, T26, T27, T28, T29, T30, T31, T32, T33, T34, T35, T36, T37, T38, T39, T40, T41, T42, T43, T44, T45, T46, T47, T48, T49, T50, T51, T52, T53, T54, T55, T56, T57, T58, T59, T60, T61, T62, T63, T64, T65, T66, T67, T68, T69, T70, T71, T72, T73, T74, T75, T76, T77, T78, T79, T80, T81, T82, T83, T84, T85, T86, T87, T88, T89, T90, T91, T92, T93, T94, T95, T96, T97, T98, T99, U01, U02, U03, U04, U05, U06, U07, U08, U09, U10, U11, U12, U13, U14, U15, U16, U17, U18, U19, U20, U21, U22, U23, U24, U25, U26, U27, U28, U29, U30, U31, U32, U33, U34, U35, U36, U37, U38, U39, U40, U41, U42, U43, U44, U45, U46, U47, U48, U49, U50, U51, U52, U53, U54, U55, U56, U57, U58, U59, U60, U61, U62, U63, U64, U65, U66, U67, U68, U69, U70, U71, U72, U73, U74, U75, U76, U77, U78, U79, U80, U81, U82, U83, U84, U85, U86, U87, U88, U89, U90, U91, U92, U93, U94, U95, U96, U97, U98, U99, V01, V02, V03, V04, V05, V06, V07, V08, V09, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, V34, V35, V36, V37, V38, V39, V40, V41, V42, V43, V44, V45, V46, V47, V48, V49, V50, V51, V52, V53, V54, V55, V56, V57, V58, V59, V60, V61, V62, V63, V64, V65, V66, V67, V68, V69, V70, V71, V72, V73, V74, V75, V76, V77, V78, V79, V80, V81, V82, V83, V84, V85, V86, V87, V88, V89, V90, V91, V92, V93, V94, V95, V96, V97, V98, V99, W01, W02, W03, W04, W05, W06, W07, W08, W09, W10, W11, W12, W13, W14, W15, W16, W17, W18, W19, W20, W21, W22, W23, W24, W25, W26, W27, W28, W29, W30, W31, W32, W33, W34, W35, W36, W37, W38, W39, W40, W41, W42, W43, W44, W45, W46, W47, W48, W49, W50, W51, W52, W53, W54, W55, W56, W57, W58, W59, W60, W61, W62, W63, W64, W65, W66, W67, W68, W69, W70, W71, W72, W73, W74, W75, W76, W77, W78, W79, W80, W81, W82, W83, W84, W85, W86, W87, W88, W89, W90, W91, W92, W93, W94, W95, W96, W97, W98, W99, X01, X02, X03, X04, X05, X06, X07, X08, X09, X10, X11, X12, X13, X14, X15, X16, X17, X18, X19, X20, X21, X22, X23, X24, X25, X26, X27, X28, X29, X30, X31, X32, X33, X34, X35, X36, X37, X38, X39, X40, X41, X42, X43, X44, X45, X46, X47, X48, X49, X50, X51, X52, X53, X54, X55, X56, X57, X58, X59, X60, X61, X62, X63, X64, X65, X66, X67, X68, X69, X70, X71, X72, X73, X74, X75, X76, X77, X78, X79, X80, X81, X82, X83, X84, X85, X86, X87, X88, X89, X90, X91, X92, X93, X94, X95, X96, X97, X98, X99, Y01, Y02, Y03, Y04, Y05, Y06, Y07, Y08, Y09, Y10, Y11, Y12, Y13, Y14, Y15, Y16, Y17, Y18, Y19, Y20, Y21, Y22, Y23, Y24, Y25, Y26, Y27, Y28, Y29, Y30, Y31, Y32, Y33, Y34, Y35, Y36, Y37, Y38, Y39, Y40, Y41, Y42, Y43, Y44, Y45, Y46, Y47, Y48, Y49, Y50, Y51, Y52, Y53, Y54, Y55, Y56, Y57, Y58, Y59, Y60, Y61, Y62, Y63, Y64, Y65, Y66, Y67, Y68, Y69, Y70, Y71, Y72, Y73, Y74, Y75, Y76, Y77, Y78, Y79, Y80, Y81, Y82, Y83, Y84, Y85, Y86, Y87, Y88, Y89, Y90, Y91, Y92, Y93, Y94, Y95, Y96, Y97, Y98, Y99, Z01, Z02, Z03, Z04, Z05, Z06, Z07, Z08, Z09, Z10, Z11, Z12, Z13, Z14, Z15, Z16, Z17, Z18, Z19, Z20, Z21, Z22, Z23, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29, Z30, Z31, Z32, Z33, Z34, Z35, Z36, Z37, Z38, Z39, Z40, Z41, Z42, Z43, Z44, Z45, Z46, Z47, Z48, Z49, Z50, Z51, Z52, Z53, Z54, Z55, Z56, Z57, Z58, Z59, Z60, Z61, Z62, Z63, Z64, Z65, Z66, Z67, Z68, Z69, Z70, Z71, Z72, Z73, Z74, Z75, Z76, Z77, Z78, Z79, Z80, Z81, Z82, Z83, Z84, Z85, Z86, Z87, Z88, Z89, Z90, Z91, Z92, Z93, Z94, Z95, Z96, Z97, Z98, Z99).</p> <p>*Família CBO considerada para o atendimento individual: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235).</p> <p>*Aferição de pressão arterial: Procedimento realizado por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, devidamente registrado com o código SIGTAP: 03.01.10.003-9 (aferição de pressão arterial). Este procedimento deverá ter ocorrido no prazo de 6 meses anteriores a contar do último mês do quadrimestre.</p> <p>*Família CBO considerada para aferição da PA: médicos (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiros (2235); técnicos e auxiliares de enfermagem (3222).</p> <p>Denominador estimado:</p>

821

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

SEI/MS - 0025109683 - Nota Técnica	
	<p>Potencial do cadastro municipal multiplicado pela <i>Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial apresentadas na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019</i> (Disponível no e-Gestor: Relatório Indicadores de Desempenho). Não sendo aplicado filtro por idade.</p> <p>Para as capitais e regiões metropolitanas, os valores utilizados são os encontrados na PNS, para os demais municípios, onde não há dados da pesquisa, serão utilizados os valores encontrados para as respectivas Unidades Federativas.</p> <p>Potencial de cadastro: Fonte SISAB (<u>Panel de Cadastro</u>): PNS 2019; IBGE.</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com registro do campo "saída do cadastro do cadastro" por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual; • Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas/validas. <p>Equipes e estabelecimentos considerados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70 exceto equipe ribeirinha) e eAP (75); • Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de (NE de equipes da APS: 01 - Posto de saúde; 02 - Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40- Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 - Centro de apoio à saúde da família; 74 - Polo de academia da saúde. • Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro dos 6 meses
LIMITAÇÕES	<p>O indicador mensura o número de pessoas que tiveram consulta e atenção de pressão arterial no semestre, o mínimo indicado para pessoas com hipertensão, não mensurando os níveis pressóricos e de controle da condição.</p> <p>Imprecisões de registro de atendimento por condição avaliada em hipertensão arterial;</p> <p>Em casos de Toxemia da gravidez indicamos que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O12, O13, O14, O16) e o CIAP2 (WR1) no CD5 ou no PEC eSUS- APS, pois a sinalização do campo rápido "Hipertensão Arterial" identifica a condição crônica do agravo por tempo indeterminado.</p>
OBSERVAÇÕES	<p>Para o denominador serão considerados todos os cadastros e atendimentos a partir de 2013. Para o uso do cadastro individual será considerado a informação mais atual enviada ao SISAB.</p> <p>Serão consideradas as regras de vinculação do indivíduo a determinada equipe de saúde conforme a <u>Nota Técnica Específica de Cadastro</u>, independentemente se a identificação da hipertensão arterial ocorreu na equipe de referência.</p>
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

INDICADOR 7

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, o diabetes (DM) atinge 7,7% dos indivíduos entrevistados, sendo maior entre as mulheres (8,4%) do que entre os homens (6,9%). A frequência tende a ser maior com o aumento da idade, com 19,9% entre pessoas com 60 a 74 anos e 21,1% entre as pessoas com 75 anos ou mais.

Além de ser uma condição de início insidioso dos sintomas e progressão, estudos demonstram a baixa adesão terapêutica, altíssimo percentual de indivíduos ainda não diagnosticados e, conseqüentemente, condição descontrolada na maior parte do país, o que aumenta consideravelmente a probabilidade de desenvolver desfechos desfavoráveis dessa comorbidade, que é considerada uma das principais responsáveis por mortalidade prematura e pelos gastos públicos em saúde.

Uma das medidas mais efetivas para redução da morbimortalidade em pessoas com diabetes, consiste na redução e controle dos níveis glicêmicos e a Atenção Primária à Saúde (APS) é um ponto de atenção à saúde eficaz e oportuno para realização dessas medidas. Entretanto, a proporção de diagnóstico encontra-se distante do esperado e o acompanhamento das pessoas com essa comorbidade apresenta cenário preocupante.

Sabendo-se que o nível glicêmico das pessoas com diabetes é a chave para o diagnóstico, controle e acompanhamento, além de se tratar de um importante parâmetro preditor de complicações, a hemoglobina glicada oferece importantes vantagens pois reflete os níveis glicêmicos de 3 meses passados, sofrendo menor variabilidade decorrente do dia a dia. Assim, a utilização desse método torna-se oportuna e necessária.

APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O indicador “Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre” tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com diabetes e o serviço de saúde para atendimento e solicitação do exame de hemoglobina glicada, com vistas à avaliação dos níveis glicêmicos e determinação se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade.

Destaca-se que, além da solicitação do exame de hemoglobina glicada semestralmente (pelo menos uma solicitação a cada semestre), esse indicador avalia também o acompanhamento semestral (pelo menos uma consulta a cada semestre) da pessoa com diabetes por meio do atendimento individual com equipe médica e de enfermagem na APS. Assim, a solicitação do exame para avaliação dos níveis glicêmicos deve ser acompanhada da realização da consulta de seguimento, essencial para a identificação precoce de complicações por meio de avaliação clínica, exame físico e definição do risco cardiovascular, estratégias fundamentais para a prevenção de morbimortalidade em pessoas com essa diabetes. Neste sentido, vale destacar a importância da abordagem integral realizada pela equipe da APS, em que se espera, além do monitoramento dos níveis glicêmicos, a realização de um atendimento que inclua história clínica, exame físico, avaliação de exames complementares, estratificação do risco cardiovascular, definição/ajuste do plano terapêutico e avaliação da necessidade de encaminhamento/consulta compartilhada com outros profissionais da equipe multidisciplinar (por exemplo, nutricionistas, profissionais da educação física, entre outros).

Para o indicador, são consideradas pessoas com DM aquelas que autorreferem diagnóstico de diabetes no momento do cadastro individual completo, entendendo que o autorrelato é comumente utilizado como parâmetro de identificação de pessoas com essa comorbidade. É importante destacar que o autorrelato de uma pessoa já se caracteriza como um fator importante e que merece acompanhamento para avaliação dos fatores que a fizeram relatar a

condição. Ademais, as pessoas acompanhadas por essa condição em atendimento individual (consultas) também são contabilizadas.

Ressalta-se que a utilização de informações oriundas do cadastro individual e dos atendimentos realizados promovem maior aproximação à realidade dos municípios, visto que o denominador informado é constituído de todas as pessoas com DM que são cadastradas na Atenção Primária à Saúde. Também, a avaliação semestral que compõe o numerador, além de estar alinhada às recomendações de cuidado em saúde, permite a visualização das ações realizadas em menor tempo. Tais características conferem maior validade e sensibilidade ao indicador.

PARÂMETRO

A necessidade de avaliação clínica, no mínimo, semestralmente para pessoas com diabetes dentro da meta glicêmica e a cada três meses, se acima da meta pactuada, são recomendações bastante consolidadas. Com a compreensão de que o parâmetro se refere ao valor ideal e que todas as pessoas com diagnóstico de DM devem ter, no mínimo, uma consulta e solicitação do exame de hemoglobina glicada realizados semestralmente na APS, o parâmetro para esse indicador é de 100%.

META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Previner Brasil, mas também considerando as limitações para alcance do parâmetro de 100%, a meta estabelecida para este indicador é de 50%.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the number 825.