Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde
Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional
Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde
Diretora de Planejamento, Orçamento e Contratualização em Saúde
Gerência de Monitoramento e Avaliação dos Acordos de Gestão
Gerência de Contratualização Regionalizada

CADERNO DE ORIENTAÇÕES Acordo de Gestão Local - AGL Atenção Primária

Caro Gestor,

Apresentamos o Caderno de Orientações do Acordo de Gestão Local (AGL) das Unidades de Saúde da Atenção Primária. Nele você encontrará a matriz de responsabilidade, a matriz de indicadores com as metas definidas para o ano vigente e as fichas de cada indicador.

O caderno busca possibilitar um apoio para cumprimento do Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS) previsto no Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016:

"Art. 5º § 10 Após a formalização do AGR, a Região de Saúde deve assinar Acordo de Gestão Local - AGL com cada Unidade de Saúde com vistas à conformação da Rede de Atenção à Saúde do seu território."

Informamos que o caderno poderá ser atualizado, conforme necessidade, com versões posteriores ao longo do ano.

Assim, disponibilizamos o material tendo em vista a responsabilidade regimental de "acompanhar e analisar os resultados dos Acordos de Gestão para qualificação das ações e serviços da Secretaria; e consolidar as informações e prestar contas das ações, serviços e resultados relacionados aos Acordos de Gestão", conforme previsto no artigo 27 do Regimento Interno - Decreto nº 39.546 de 19 de dezembro de 2018.

Esperamos que o material possa contribuir para o trabalho de todos!

Gerência de Contratualização Regionalizada

Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão

Índice

Matriz de Responsabilidade	4
Orientações para realizar Análise de Resultados	6
Matriz de Indicadores e Metas 2025 AGL Atenção Primária	8
Matriz de Indicadores e Metas do AGL Específica da APS Prisional	9
Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta de Dados	11
Indicadores da Atenção Primária	12
Indicador 1: Percentual de rejeição de registros de vacinas enviados para a Rede Naciona de Dados em Saúde (RNDS).	al 12
Indicador 2: Cobertura das Ações Prioritárias nas Escolas no Âmbito do Programa Saúde	е
na Escola (PSE).	13
	13
Indicador 3: Cobertura de modalidades coletivas de Práticas Integrativas e Complementares (PIS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	14
Indicador 4: Percentual de conclusão de tratamentos odontológicos .	15
Indicador 5: Cobertura de beneficiários acompanhados do Programa Bolsa Família (PBF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).) 16
Indicador 6: Percentual de acompanhamento de pacientes hipertensos.	17
Indicador 7: Percentual de acompanhamento de pacientes diabéticos.	18
Indicador 8: Percentual de Atendimentos em Saúde Mental na APS .	20
Indicador 9: Percentual de atendimentos de demanda espontânea realizados por profissionais de nível superior na Atenção Primária à Saúde (APS).	21
Indicador 10: Percentual de coletas de material para exames laboratoriais realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação ao parâmetro estabelecido.	22
Indicador 11: Média mensal de cidadãos visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).	23
Indicador 12: Percentual de cadastro individual com preenchimento variável da orientaçã sexual.	ăo 24
Indicadores Específicos da Atenção Primária Prisional	25
Indicador 13: Rastreamento de doenças negligenciadas na população privada de liberdad (PPL).	de 25
	25
Indicador 14: Percentual de testagem para HIV e sífilis na PPL.	26
Indicador 15: Percentual de cura dos casos novos de TB pulmonar na PPL com critério laboratorial.	27
Indicador 16: Percentual de registro de estado nutricional da PPL atendida pela UBSP	28

Matriz de Responsabilidade

O Acordo de Gestão Local (AGL) foi conceituado no inciso VI, do parágrafo 2º, do Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016:

VI - Acordo de Gestão Local - AGL: instrumento a ser celebrado entre as Superintendências das Regiões e as Unidades de Saúde do seu território, bem como entre o Diretor Geral da URD e as suas unidades internas.

A coordenação central do processo de implantação e revisão dos Acordos de Gestão é realizada pela Diretoria de Planejamento, Orçamento e Contratualização em Saúde (DIPLAN), e pela sua unidade subordinada, a Gerência de Contratualização Regionalizada (GCR).

A coordenação central do processo de monitoramento e avaliação dos Acordos de Gestão é realizada pela Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde (DIMOAS) e pela sua unidade subordinada, a Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão (GEMAG).

Já a coordenação local do processo de monitoramento e avaliação dos Acordos de Gestão é realizada pelos agentes de planejamento: Chefes das Assessorias de Planejamento em Saúde (ASPLANs), Gerentes de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMAs) e Chefes dos Núcleos de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (NPMAs).

Assim, com o intuito de esclarecer o nível de responsabilidade das partes, apresenta-se a matriz de responsabilidade:

	Quanto à implantação:
	Apoiar na realização dos cursos de capacitação para melhor entendimento da unidade por
	todos envolvidos;
Gerência de	Apoiar na realização da oficina para definição dos indicadores;
Contratualização	Organizar cerimônia de assinatura;
	Elaborar minutas dos acordos e disponibilizar para assinatura;
	Elaborar a matriz de indicadores e metas;
	Elaborar o caderno de orientações anual.
Gerência de	Quanto ao monitoramento:
	Monitorar periodicamente a coleta e registro de dados com as Regiões de Saúde;
de Acordos de Gestão	Apoiar, como intermediador, na realização dos colegiados quadrimestrais para
	apresentação dos resultados pelas Regiões às áreas técnicas;
	Elaborar os boletins quadrimestrais com os destaques;

	Disponibilizar planilha para coleta e registro de dados.
	Quanto à implantação:
	Propor cronograma de atividades, datas de oficinas, entre outros;
	Propor a capacitação com os temas apropriados;
	Organizar os temas e grupos para a oficina de levantamento dos indicadores a serem
	pactuados;
Área Técnica do Nível de	Analisar os indicadores levantados pelas áreas durante a oficina, definindo os indicadores
Atenção	e metas que serão pactuados no acordo.
	Quanto ao monitoramento:
	Participar dos colegiados quadrimestrais da apresentação dos resultados pelas regiões,
	propondo ações e apoiando nas discussões;
	Definir os destaques para elaboração do Boletim.
	Quanto à implantação:
	Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto
	com os gestores e servidores das unidades contratualizadas.
GPMA	Quanto ao monitoramento:
	Coletar os dados periodicamente e manter a planilha atualizada;
	Apoiar as unidades na elaboração dos planos de ação, consolidar e disponibilizar à
	Gerência de Contratualização.
	Apresentar resultados nos colegiados regionais e colegiados quadrimestrais.
	Quanto ao monitoramento:
ASPLAN	Estabelecer fluxo com GPMA para alimentação periódica dos dados;
	e apresentação nos colegiados bimestrais e quadrimestrais.
	Quanto à implantação:
	Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto
Castan da Unidada	com a GPMA.
Gestor da Unidade contratualizada	Quanto ao monitoramento:
	Disponibilizar dados dos indicadores para o GPMA incluir nas ferramentas de
	monitoramento;
	Elaborar planos de ação.

Orientações para realizar Análise de Resultados

A análise do resultado de um gráfico deverá considerar diversos pontos, como <u>análise</u> <u>dos dados</u> e correlação com as ações que estão sendo implementadas para a melhoria do indicador (<u>análise crítica dos resultados</u>).

1. O que é a análise dos dados do indicador:

A análise dos dados se limita a interpretar o que o gráfico está expressando, exemplos:

Comparando os resultados ao longo do ano, houve uma queda de 50% com tendência decrescente, melhorando ainda mais o resultado do indicador. (Polaridade menor melhor)

Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 50% (Polaridade menor melhor)

Resultado positivo, com leve aumento nos últimos meses do ano, com tendência crescente.

Manteve média anual de 60% com desvio padrão de até + 27% e - 13%.

2. O que é a análise crítica dos resultados do indicador:

A análise crítica dos resultados do indicador contempla a análise dos dados e as ações que foram feitas ou que serão feitas, a fim de espelhar que está havendo gestão e olhar para o indicador, veja os exemplos abaixo:

Comparado ao ano anterior, caiu o número de internações, bem como também o número de óbitos. Na desagregação dos resultados dos dois prontos socorros da região, observa-se que ambos os hospitais conseguiram superar a meta pactuada, dado as devidas ressalvas anteriores.

Os Processos de trabalho foram fortalecidos e aperfeiçoados durante todo o ano para uma melhoria na assistência e qualificação da equipe. Dificuldades com equipamentos, estrutura física e RH ainda são fatores limitantes.

Houve melhora significativa dos processos de trabalho e aumento de RH no setor responsável na unidade X, unidade que mais impactava no indicador, sendo possível melhoria dos índices a partir de então até o fim do ano e com perspectivas de estabilidade.

O resultado foi insatisfatório, porém a unidade X encontra-se na tentativa de otimizar o processo de marcação de procedimentos cirúrgicos, a fim de evitar suspensões por tempo de cirurgia anterior maior do que esperado.

A Unidade X apresentou tempo de internação oscilante ao longo do ano, atribui às diversas mudanças no perfil do paciente atendido, ora perfil covid, ora UTI geral.

Para auxiliar na elaboração da análise crítica do indicador, orientamos seguir o script abaixo, elaborado pela Amanda Vieira, Especialista em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde, disponível em:

https://blogdagualidade.com.br/analisar-criticamente-os-resultados-dos-indicadores/

- 3. O script de análise contém 7 passos que orientam a análise dos indicadores. Vamos ver como cada um desses passos funciona:
- a) Relato da tendência do indicador no mês analisado com o mês posterior (Este resultado é bom? É adequado para alcançar a meta?);
- b) Quais ações foram realizadas durante o mês para alcançar o resultado (O que resultou neste número? Houve alguma melhoria e/ou ação preventiva? Foi preciso intervenção de outro processo? Qual intervenção? Qual processo?);
- c) Quais as ações a serem realizadas para melhorar o resultado desejado? (Que ações devemos tomar para chegar ao resultado que queremos no próximo ciclo? Vamos precisar da intervenção de outro processo? Qual intervenção? Qual processo?);
- d) **Fato** Apresentar por escrito o que representa o resultado; analisar se as ações propostas anteriormente tiveram impacto no resultado e evidenciar o objetivo estratégico da organização, relacionado ao resultado;
- e) **Causa** Realizar o levantamento de causas que estão contribuindo para o resultado; quantificá-los sempre que possível; destacar se há algum outro indicador relacionado com o resultado; destacar se o resultado é fruto de interação de processos. Analisar a causa de maior impacto e/ou gravidade (se necessário utilizar as ferramentas da qualidade Diagrama de Ishikawa e 5 porquês, para identificar a causa raiz);
- f) **Oportunidades e/ou Ameaças** Descrever quais as oportunidades e ameaças o resultado do indicador poderá trazer para a organização.
- g) **Ações de Seguimento** A ação planejada deve correlacionar com a causa raiz identificada.

Matriz de Indicadores e Metas 2025 AGL Atenção Primária

	MATRIZ INDICADORES 2025 - AGL APS			
Item	Rede Temática	Indicador	Descrição da Meta (Urbana e Rural)	Descrição da Meta Prisional (Central, Centro-sul, Leste, Sul)
1	Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI RPCD	Percentual de rejeição de registros de vacinas enviados para a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).	Reduzir em 30% o percentual de rejeições de registros de vacinas enviados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) em comparação ao quadrimestre anterior	Reduzir em 30% o percentual de rejeições de registros de vacinas enviados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) em comparação ao quadrimestre anterior.
2	RAPS Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI RAV RCPD RDCNT Promoção da Saúde	Cobertura das ações prioritárias nas escolas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE).	Alcançar a cobertura de 70% das equipes realizando pelo menos uma ação no quadrimestre nas escolas pactuadas na adesão ao PSE no biênio.	Não se aplica.
3	RAPS Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI RAV RCPD RDCNT Promoção da Saúde	Cobertura de modalidades coletivas de Práticas Integrativas e Complementares (PIS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Aumentar no mínimo 10% por quadrimestre o número de equipes que realizam atividades coletivas de Práticas Integrativas e Complementares (PIS), visando atingir pelo menos 30% de equipes que realizam atividades coletivas em PIS até o final do ano de 2025 e pelo menos 60% de cobertura de atividades coletivas de PIS até o final do ano de 2026.	Aumentar no mínimo 10% por quadrimestre o número de equipes que realizam atividades coletivas de Práticas Integrativas e Complementares (PIS), visando atingir pelo menos 30% de equipes que realizam atividades coletivas em PIS até o final do ano de 2025 e pelo menos 60% de cobertura de atividades coletivas de PIS até o final do ano de 2026.
4	RDCNT Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI Promoção da Saúde	Percentual de conclusão de tratamentos odontológicos	Aumentar no mínimo 5% por quadrimestre o percentual de conclusão de tratamentos odontológicos, visando atingir pelo menos 55% de tratamento concluído até o final do ano de 2025 e pelo menos 70% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2026.	Aumentar em no mínimo 5% por quadrimestre o percentual de conclusão de tratamentos odontológicos, visando atingir pelo menos 55% de tratamento concluído até o final do ano de 2025 e pelo menos 70% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2026.
5	Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI Promoção da Saúde	Cobertura de beneficiários acompanhados do Programa Bolsa Família (PBF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	80% dos beneficiários acompanhados no semestre.	Não se aplica.
6	RDCNT Promoção da	Percentual de acompanhamento de pacientes hipertensos.	Aumentar em no mínimo 5% por quadrimestre o percentual de pacientes hipertensos	Aumentar em no mínimo 5% por quadrimestre o percentual de pacientes hipertensos acompanhados,

	Saúde		acompanhados, visando alcançar 65% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2025 e alcançar 80% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2026.	visando alcançar 65% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2025 e alcançar 80% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2026.
7	RDCNT Promoção da Saúde	Percentual de acompanhamento de pacientes diabéticos.	Aumentar em no mínimo 5% por quadrimestre o percentual de pacientes diabéticos acompanhados, visando alcançar 70% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2025 e alcançar 85% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2026.	Aumentar em no mínimo 5% por quadrimestre o percentual de pacientes diabéticos acompanhados, visando alcançar 70% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2025 e alcançar 85% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2026.
8	RAPS Promoção da Saúde	Percentual de Atendimentos em Saúde Mental na APS	Alcançar 6% de atendimentos relacionados à saúde mental no ano 2025 e 8% no ano de 2026.	Não se aplica
9	RUE	Percentual de atendimentos de demanda espontânea realizados por profissionais de nível superior na Atenção Primária à Saúde (APS).	50% em 2025 Maior ou igual a 50% em 2026.	75% em 2025 Menor ou igual a 70% em 2026.
10	Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI RDCNT RUE	Percentual de coletas de material para exames laboratoriais realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação ao parâmetro estabelecido.	Aumentar 5% ao mês o total de coletas de material para exames laboratoriais, visando alcançar 70% do parâmetro até o final do ano de 2025 e alcançar 85% de parâmetro até o final do ano de 2026.	Aumentar 5% ao mês o total de coletas de material para exames laboratoriais, visando alcançar 70% do parâmetro até o final do ano de 2025 e alcançar 85% de parâmetro até o final do ano de 2026.
11	Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI RDCNT RCPD Promoção da Saúde	Média mensal de cidadãos visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Alcançar 70% do parâmetro em 2025 (médias de 525 cidadãos visitados por mês por ACS). Alcançar 80% do parâmetro em 2026 (médias de 600 cidadãos visitados por mês por ACS).	Não se aplica
12	RAPS Promoção da Saúde	Percentual de cadastro individual com preenchimento variável da orientação sexual	O dado é cumulativo do último ano corrido, entretanto o indicador analisará o recorte da informação do último dia do quadrimestre.	25% em 2025. 35% em 2026.

Matriz de Indicadores e Metas do AGL Específica da APS Prisional

	MATRIZ INDICADORES 2025 - AGL APS PRISIONAL		
Item	Rede Temática	Indicador	Descrição da Meta
13	RDCNT	Rastreamento de doenças negligenciadas na população privada de liberdade (PPL).	1 atividade coletiva por semestre
14	Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI	Percentual de PPL testadas para HIV e sífilis.	30% em 2025. 50% em 2026.
15	RDCNT Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI	Percentual de cura dos casos novos de TB pulmonar na PPL com critério laboratorial.	70% em 2025. 85% em 2026.
16	RDCNT	Percentual de registro de estado nutricional da PPL atendida pela UBSP.	38,70% em 2025. 40,20% em 2026.

Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta de Dados

Após a descrição da ficha do indicador será apresentado o POP com o passo a passo para coleta dos dados. A ficha do indicador é construída com base no modelo abaixo:

A ficha do indicador é construída com base no	modelo abaixo:	
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES		
Código	Número do indicador na matriz de metas	
Pactuações	Identificação dos instrumentos de planejamento em que o indicador está pactuado, tanto em nível estratégico quanto em nível regional.	
Indicador	Título do indicador.	
Conceituação	Aquilo que tem importância ou relevo num contexto determinado. Engloba a Definição e Interpretação. Diz respeito ao "o que mede".	
Usos	Principais finalidades de utilização do indicador. Diz respeito ao "para que serve".	
Limitações	Fatores que restringem a interpretação dos indicadores referentes ao conceito e fontes utilizados.	
Fonte	Bases de dados, sistemas informatizados ou instituições/unidades responsáveis pela produção de dados.	
Metodologia de Cálculo	Como calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem.	
Periodicidade de Monitoramento	Frequência de acompanhamento do resultado (parcial ou total) no Sistema de Monitoramento.	
Periodicidade de Avaliação	Frequência de julgamento dos efeitos do resultado.	
Unidade de Medida	Convenção usada para descrever dimensões.	
Parâmetro	Valor de referência nacional e/ou distrital.	
Polaridade	Revela o sentido do indicador.	
Acumulativo Anual	Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores mês a mês) ao longo do ano.	
Acumulativo para Pactuação	Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores ano a ano) ao longo do período de pactuação (4 anos).	
Estratificação	Níveis de desagregação (categorias) definidos de acordo com recorte espacial / serviço / especialidade de referência do indicador.	
Responsável Técnico	Área responsável pelo monitoramento e análise do indicador.	
Coordenador da Pactuação	Área responsável pelo monitoramento e avaliação da pactuação.	
Descrição da Meta	Descrição do objetivo que se deseja alcançar. Deve conter em seu escopo o objeto que se pretende melhorar, a expressão numérica que se deseja alcançar e o prazo para sua conclusão.	

Indicadores da Atenção Primária

Indicador 1: Percentual de rejeição de registros de vacinas enviados para a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

Saude (KNDS).	FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES
Código	001
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de rejeição de registros de vacinas enviados para a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).
Conceituação	Percentual de registros de vacinas aplicadas e registradas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS APS) que foram rejeitados pela Rede Nacional de Dados em Saúde.
Usos	Este indicador mede o percentual de registros de vacinas rejeitados ao serem enviados para a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), servindo como uma ferramenta para avaliar a qualidade, conformidade e integridade dos dados de vacinação registrados no Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Um percentual elevado de rejeição pode indicar falhas no processo de registro, como erros de entrada de dados, incompatibilidade de informações ou inconsistências nos registros, o que pode comprometer a confiabilidade dos dados e impactar negativamente o monitoramento da cobertura vacinal. Ao identificar essas falhas, o indicador contribui para a melhoria contínua dos cadastros dos cidadãos e da qualidade da cobertura vacinal, promovendo que os registros sejam adequadamente validados na RNDS. Dessa forma, fortalece a gestão da informação, assegura a continuidade do cuidado e aprimora a capacidade de monitoramento e planejamento das ações de saúde pública.
Limitações	As rejeições de registros podem ocorrer por diversos motivos técnicos, como erros no preenchimento de campos obrigatórios, incompatibilidade de formatos ou dados incompletos. Esses fatores não refletem necessariamente a qualidade das vacinas aplicadas, mas sim a precisão e conformidade dos registros. O indicador não avalia os impactos diretos dessas rejeições no atendimento ao paciente, limitando a análise a apenas a aceitação dos dados pela RNDS. Além disso, falhas temporárias no login com o sistema GOV.BR ou problemas de integração entre o PEC e-SUS APS podem afetar o processo de envio e resultar em rejeição. Outra limitação importante é que as vacinas administradas fora das unidades de saúde, ou seja, as ações de vacinação extramurais registradas no CDS, não estão integradas ao CADSUS, o que aumenta as chances de erros no cadastro dos cidadãos e, consequentemente, de rejeição dos dados pela RNDS.
Fonte	Numerador: SISAB Denominador: PEC e-SUS APS
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de Registros de Vacinas Rejeitados pela RNDS. DENOMINADOR: Total de vacinas aplicadas e registradas no PEC. MULTIPLICADOR: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual.
Parâmetro	Nenhum registro foi rejeitado pela RNDS.
Polaridade	Menor-melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE.
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DESF/GEQUALI
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	Reduzir em 30% o percentual de rejeições de registros de vacinas enviados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) em comparação ao quadrimestre anterior

Indicador 2: Cobertura das Ações Prioritárias nas Escolas no Âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES		
Código	002	
Pactuações	AGL 2025 - 2026	
Indicador	Cobertura das Ações Prioritárias nas Escolas no Âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE).	
Conceituação	Percentual de equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) que realizaram, no biênio, pelo menos uma ação prioritária em escolas pactuadas, nas áreas de: atividade física e alimentação saudável, prevenção da obesidade, saúde mental, prevenção de violências e acidentes, promoção da cultura da paz e dos direitos humanos, saúde sexual e reprodutiva, e prevenção de IST/HIV	
Usos	Este indicador mede o engajamento das equipes das UBS na execução de ações prioritárias no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE), conforme a pactuação estabelecida para o biênio. Ele auxilia na avaliação da integração entre saúde e educação, bem como no monitoramento da adesão das UBS às metas pactuadas, oferecendo subsídios para intervenções que promovam melhorias no atendimento às demandas de saúde de crianças e adolescentes no ambiente escolar.	
Limitações	Este indicador apenas mensura a execução das ações prioritárias pelas equipes, sem avaliar a qualidade ou o impacto dessas atividades na promoção da saúde nas escolas. Além disso, como o Programa Saúde na Escola (PSE) é baseado em pactuações bienais, pode haver variações nas metas ou atividades de um período para o outro, o que dificulta a comparação entre diferentes biênios. Por fim, a inconsistência na alimentação dos dados nos prontuários eletrônicos pode comprometer a precisão e a acuracidade do indicador, afetando a confiabilidade dos resultados obtidos.	
Fonte	Numerador: PEC e-SUS APS Denominador: CNES	
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de equipes que realizaram ações de atividades coletivas prioritárias nas escolas com pactuação no biênio PSE. DENOMINADOR: Total de equipes da UBS. MULTIPLICADOR: 100	
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.	
Periodicidade de Avaliação	Anual.	
Unidade de Medida	Percentual.	
Parâmetro	Cobertura de 100% das equipes realizando pelo menos uma ação no quadrimestre nas escolas pactuadas na adesão ao PSE no biênio	
Polaridade	Maior-melhor	
Acumulativo Anual	Não	
Acumulativo para Pactuação	Não	
Estratificação	Região de Saúde; Região Administrativa, UBS e INE.	
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DESF/GASF	
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS	
Descrição da Meta	Alcançar a cobertura de 70% das equipes realizando pelo menos uma ação no quadrimestre nas escolas pactuadas na adesão ao PSE no biênio	

Indicador 3: Cobertura de modalidades coletivas de Práticas Integrativas e Complementares (PIS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES		
Código	003	
Pactuações	AGL 2025 - 2026	
Indicador	Cobertura de modalidades coletivas de Práticas Integrativas e Complementares (PIS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	
Conceituação	Percentual de equipes de saúde que ofertam mensalmente modalidades coletivas de PIS nas Unidades Básicas de Saúde, em relação ao total de equipes da UBS.	
Usos	Este indicador visa medir o percentual de equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que oferecem mensalmente modalidades coletivas de Práticas Integrativas e Complementares (PIS), como práticas corporais em medicina tradicional chinesa, terapia comunitária, yoga, oficinas de massagem/auto massagem, arteterapia, meditação e musicoterapia. Através deste indicador, é possível avaliar a implementação e a disseminação de práticas alternativas e complementares no cuidado à saúde, contribuindo para a promoção de um modelo de cuidado integral e humanizado. A inclusão dessas modalidades nas UBS fortalece a oferta de atendimentos mais diversificados e voltados para a promoção de saúde mental e física, proporcionando alternativas terapêuticas à população.	
Limitações	O indicador não avalia a qualidade ou a efetividade das práticas ofertadas, limitando-se a mensurar a cobertura da oferta mensal das modalidades de Práticas Integrativas e Complementares (PIS) pelas equipes das UBS. Além disso, a disponibilidade dessas práticas pode variar conforme a capacitação das equipes, a demanda da população e a infraestrutura das unidades, o que pode impactar a representatividade dos dados. O indicador também não considera a adesão da comunidade às modalidades, ou seja, não mensura se os usuários realmente participam das atividades.	
Fonte	Numerador: PEC e-SUS APS Denominador: CNES	
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de equipes que ofertam mensalmente modalidades coletivas de PIS (Práticas corporais em medicina tradicional chinesa, Terapia comunitária, Yoga, Oficina de Massagem/Auto Massagem, Sessão de arteterapia, Sessão de meditação e Sessão de Musicoterapia). DENOMINADOR: Total de equipes na UBS. MULTIPLICADOR: 100.	
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.	
Periodicidade de Avaliação	Anual.	
Unidade de Medida		
<u>Parâmetro</u>	100% das equipes realizando atividades coletivas de modalidades de PIS.	
Polaridade	Maior-melhor	
Acumulativo Anual	Não	
Acumulativo para Pactuação	Não	
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE.	
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GERPIS.	
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS	
Descrição da Meta	Aumentar no mínimo 10% por quadrimestre o número de equipes que realizam atividades coletivas de Práticas Integrativas e Complementares (PIS), visando atingir pelo menos 30% de equipes que realizam atividades coletivas em PIS até o final do ano de 2025 e pelo menos 60% de cobertura de atividades coletivas de PIS até o final do ano de 2026	

Indicador 4: Percentual de conclusão de tratamentos odontológicos .

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES		
Código	004	
Pactuações	AGL 2025 - 2026	
Indicador	Percentual de conclusão de tratamentos odontológicos	
Conceituação	Este indicador mede a proporção de tratamentos odontológicos concluídos em relação ao total de primeiras consultas odontológicas realizadas em um determinado período.	
Usos	Este indicador permite avaliar a eficiência dos serviços odontológicos oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao medir o percentual de tratamentos odontológicos concluídos em relação ao total de primeiras consultas realizadas. Um alto percentual de conclusão pode indicar que os tratamentos estão sendo efetivamente completados, o que reflete a eficácia do atendimento e o seguimento adequado das condições odontológicas dos usuários. O indicador também pode ajudar a identificar possíveis lacunas ou dificuldades na continuidade dos tratamentos, além de orientar a alocação de recursos e aprimoramento de processos para aumentar a adesão e conclusão dos tratamentos odontológicos.	
Limitações	O indicador não leva em consideração a complexidade dos tratamentos odontológicos nem a duração dos mesmos, o que pode impactar a interpretação do percentual de conclusão, uma vez que tratamentos mais complexos podem demandar um tempo maior para serem finalizados. Além disso, o indicador mede apenas a conclusão dos tratamentos, sem avaliar sua qualidade, o que limita a compreensão do impacto real dos cuidados prestados. Fatores como a adesão do paciente ao tratamento, o tempo necessário para a conclusão de procedimentos específicos e as condições locais de atendimento também podem influenciar os resultados. Outro fator a ser considerado é a possibilidade de registros inadequados ou de baixa qualidade no sistema, o que pode comprometer a acuracidade dos dados. Além disso, a quantidade de atendimentos simultâneos nas UBS e a infraestrutura disponível para a execução dos tratamentos podem afetar a capacidade de concluir os tratamentos odontológicos dentro do prazo estipulado.	
Fonte	PEC e-SUS APS.	
Método de Cálculo	NUMERADOR: Total de tratamentos odontológicos concluídos. DENOMINADOR: Total de primeira consulta odontológica. MULTIPLICADOR: 100.	
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.	
Periodicidade de Avaliação	Anual.	
Unidade de Medida	Percentual.	
Parâmetro	80% dos tratamentos iniciados e concluídos no mesmo quadrimestre.	
Polaridade	Maior-melhor	
Acumulativo Anual	Não	
Acumulativo para Pactuação	Não	
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE.	
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM.	
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS	
Descrição da Meta	Aumentar em no mínimo 5% por quadrimestre o percentual de conclusão de tratamentos odontológicos, visando atingir pelo menos 55% de tratamento concluído até o final do ano de 2025 e pelo menos 70% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2026	

Indicador 5: Cobertura de beneficiários acompanhados do Programa Bolsa Família (PBF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES		
Código	005	
Pactuações	AGL 2025 - 2026	
Indicador	Cobertura de beneficiários acompanhados do Programa Bolsa Família (PBF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	
Conceituação	Este indicador mede o percentual de cidadãos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) que estão sendo acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	
Usos	Permite avaliar a cobertura e a eficácia da atenção básica para essa população em situação de vulnerabilidade social. Acompanhar os beneficiários do PBF é fundamental para garantir que recebam os cuidados de saúde necessários, promovendo equidade no acesso aos serviços de saúde. Além disso, o indicador permite identificar lacunas na cobertura e orientar políticas públicas voltadas à melhoria do acesso à saúde para as famílias em situação de maior vulnerabilidade.	
Limitações	Este indicador não considera a qualidade do acompanhamento realizado, limitando-se a mensurar a quantidade de beneficiários com registros de peso, altura e situação vacinal nas UBS. Além disso, o indicador não leva em conta possíveis problemas de cadastro ou a atualização incompleta dos dados dos beneficiários no sistema. Variáveis como a disponibilidade de serviços de saúde, a adesão das famílias ao acompanhamento e fatores socioeconômicos locais podem afetar os resultados, já que a cobertura pode ser influenciada pela acessibilidade, pela infraestrutura e pelo engajamento das equipes de saúde. Também é importante considerar que o indicador não avalia a efetividade do acompanhamento realizado nas UBS, apenas a cobertura.	
Fonte	Numerador: PEC e-SUS APS Denominador: Programa Bolsa Família	
Método de Cálculo	NUMERADOR: Total de cidadãos beneficiários do PBF acompanhados nas UBS. DENOMINADOR: Total de cidadãos beneficiários do PBF da região MULTIPLICADOR: 100.	
Periodicidade de Monitoramento	Semestral.	
Periodicidade de Avaliação	Anual.	
Unidade de Medida		
Parâmetro	100%	
Polaridade	Maior-melhor.	
Acumulativo Anual	Não	
Acumulativo para Pactuação	Sim	
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE.	
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/ DAEAP/GASPVP	
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS	
Descrição da Meta	80% dos beneficiários acompanhados no semestre	

Indicador 6: Percentual de acompanhamento de pacientes hipertensos.

	FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES
Código	006
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de acompanhamento de pacientes hipertensos.
Conceituação	Este indicador mede a proporção de pacientes hipertensos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que recebem acompanhamento individual durante o ano, com o registro de pelo menos uma consulta nos últimos seis meses realizada por um profissional de nível superior. O acompanhamento é identificado por meio do registro de pelo menos um dos seguintes CIDs: 110 (Hipertensão essencial), 111 (Doença hipertensiva cardíaca), 1110 (Doença hipertensiva cardíaca com insuficiência cardíaca), 1119 (Hipertensão arterial essencial, não especificada), 112 (Doença renal hipertensiva com insuficiência renal), 1129 (Doença renal hipertensiva, não especificada), 113 (Doença hipertensiva com insuficiência renal), 1130 (Doença hipertensiva com insuficiência renal e insuficiência cardíaca), 1131 (Doença hipertensiva com insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva), 1132 (Doença hipertensiva com insuficiência renal e insuficiência cardíaca, não especificada), 1139 (Doença hipertensiva, não especificada), 115 (Hipertensão secundária), 1150 (Hipertensão renovascular), 1151 (Hipertensão por feocromocitoma), 1152 (Hipertensão por síndrome de Cushing), 1158 (Hipertensão devido a outras causas endócrinas), 1159 (Hipertensão devido a outras causas, não especificadas), 1270 (Hipertensão pulmonar), 1272 (Hipertensão pulmonar, não especificada), 010 (Hipertensão induzida pela gestação), 0100 (Hipertensão induzida pela gestação, com proteinúria), 0101 (Hipertensão induzida pela gestação, sem proteinúria), 0102 (Hipertensão induzida pela gestação, com complicações renais), 0103 (Hipertensão induzida pela gestação, com complicações de outros órgãos), 0109 (Hipertensão induzida pela gestação, não especificada), ou pelo menos um dos CIAPs: K86 (hipertensão sem complicação), K87 (hipertensão com complicações), e W81 (toxemia gravídica/DHEG).
Usos	A hipertensão é uma condição crônica que exige monitoramento contínuo para prevenir complicações graves. Esse indicador permite avaliar o grau de acompanhamento e o engajamento das UBS na gestão da saúde dos pacientes hipertensos, promovendo intervenções oportunas e eficazes. Ele também auxilia na identificação de lacunas nos cuidados prestados, sendo fundamental para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a redução de riscos associados à hipertensão.
Limitações	Este indicador não avalia a qualidade do atendimento individual prestado, limitando-se a medir a quantidade de pacientes hipertensos acompanhados. Fatores como a adesão dos pacientes ao tratamento, a eficácia das intervenções realizadas e as condições de infraestrutura das UBS podem influenciar os resultados. Além disso, o indicador não reflete se o atendimento foi contínuo ou pontual, o que pode afetar a interpretação dos dados. O processo de cadastro e atualização dos pacientes hipertensos também pode impactar a acuracidade do indicador, já que registros incompletos ou desatualizados podem distorcer os resultados.
Fonte	PEC e-SUS APS.
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de pessoas com hipertensão com atendimento individual realizado nos últimos seis meses. DENOMINADOR: Total de pessoas com hipertensão cadastrados na UBS. MULTIPLICADOR: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual.
Parâmetro	100% dos pacientes portadores de hipertensão cadastrados, acompanhados pela UBS.
Polaridade	Maior-melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE.
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/ DESF/GEQUALI.
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	Aumentar em no mínimo 5% por quadrimestre o percentual de pacientes hipertensos acompanhados, visando alcançar 65% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2025 e alcançar 80% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2026

Indicador 7: Percentual de acompanhamento de pacientes diabéticos.

	FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES
- · J ·	007
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de acompanhamento de pacientes diabéticos.
Conceituação	Este indicador mede a proporção de pacientes portadores de Diabetes Mellitus cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que recebem acompanhamento individual durante o ano, com o registro de pelo menos uma consulta nos últimos seis meses realizada por um profissional de nível superior. O acompanhamento é identificado por meio do registro de pelo menos um dos seguintes CIDs: E10 (Diabetes mellitus tipo 1, E100 (Diabetes mellitus tipo 1 com complicações), E101 (Diabetes mellitus tipo 1 com neuropatia), E102 (Diabetes mellitus tipo 1 com neuropatia), E103 (Diabetes mellitus tipo 1 com nefropatia), E104 (Diabetes mellitus tipo 1 com outras complicações, E105 (Diabetes mellitus tipo 1 com complicações não especificadas), E106 (Diabetes mellitus tipo 1 com complicações vasculares), E109 (Diabetes mellitus tipo 1 com complicações vasculares), E110 (Diabetes mellitus tipo 2 com neuropatia), E113 (Diabetes mellitus tipo 2 com neuropatia), E114 (Diabetes mellitus tipo 2 com outras complicações não especificadas), E116 (Diabetes mellitus tipo 2 com complicações não especificadas), E116 (Diabetes mellitus tipo 2 com complicações não especificadas), E116 (Diabetes mellitus tipo 2 com complicações vasculares), E119 (Diabetes mellitus tipo 2 com complicações vasculares), E119 (Diabetes mellitus tipo 2 com complicações vasculares), E119 (Diabetes mellitus tipo 2 com meuropatia), E120 (Diabetes mellitus tipo 2 com retropatia), E123 (Diabetes mellitus tipo 2 com meuropatia), E124 (Diabetes mellitus tipo 2 com mistriciencia renal), E125 (Diabetes mellitus com complicações apecificadas), E136 (Diabetes mellitus com complicações especificadas), E136 (Diabetes
Usos	O diabetes é uma condição crônica que demanda monitoramento constante para evitar complicações graves. O indicador permite analisar a efetividade das UBS no acompanhamento desses pacientes, promovendo intervenções oportunas e adequadas. Ao monitorar o acompanhamento individual, o indicador também oferece insights sobre o alcance das estratégias de gestão da saúde e apoio ao autocuidado, além de permitir identificar possíveis lacunas nos serviços prestados.
Limitações	O indicador não avalia a qualidade do atendimento individual prestado aos pacientes diabéticos, limitando-se a medir a quantidade de atendimentos realizados. Fatores como a adesão dos pacientes ao tratamento, a eficácia das intervenções realizadas, e a capacitação das equipes de saúde podem impactar os resultados. Além disso, o indicador não captura a continuidade do acompanhamento, podendo incluir atendimentos pontuais que não refletem um acompanhamento contínuo e eficaz. A atualização dos cadastros dos pacientes diabéticos nas UBS também pode influenciar a acuracidade do indicador, uma vez que informações desatualizadas ou imprecisas nos registros podem afetar a análise.
Fonte	PEC e-SUS APS
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de pessoas com diabetes com atendimento individual realizado nos últimos seis meses. DENOMINADOR: Total de pessoas com diabetes cadastrados na UBS. MULTIPLICADOR: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual.
Parâmetro	100% dos pacientes portadores de diabetes mellitus cadastrados, acompanhados pela UBS.
	The state of the s

Polaridade	Maior-melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, SCNES e INE.
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/ DESF/GEQUALI.
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	Aumentar em no mínimo 5% por quadrimestre o percentual de pacientes diabéticos acompanhados, visando alcançar 70% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2025 e alcançar 85% de cobertura de acompanhamento individual até o final do ano de 2026

Indicador 8: Percentual de Atendimentos em Saúde Mental na APS.

	FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES
Código	008
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de Atendimentos em Saúde Mental na APS.
Conceituação	O indicador mede o percentual de atendimentos realizados na área de saúde mental em relação ao total de atendimentos prestados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dentro da Atenção Primária à Saúde (APS). Ele tem como objetivo avaliar a cobertura e a acessibilidade dos serviços de saúde mental oferecidos pela APS, fornecendo informações sobre a priorização e os recursos alocados para o cuidado de saúde mental dentro das UBS. Para o cálculo do indicador, serão considerados como atendimentos em saúde mental todas as consultas registradas com os seguintes CIDs: F00 a F99 (transtornos mentais e comportamentais, incluindo demências, esquizofrenia, transtornos afetivos, transtornos neuróticos, entre outros), e os CIAPs P02 (transtornos do desenvolvimento psicomotor), P06 (transtornos do comportamento alimentar), P10 (transtornos do humor), P11 (transtornos de ansiedade), P12 (transtornos psicóticos), P13 (transtornos da personalidade), P22 (transtornos do sono), P23 (transtornos do comportamento e do humor na infância e adolescência), P24 (transtornos emocionais e comportamentais, não classificados em outra parte), P29 (outros transtornos emocionais e comportamentais), P70 (transtornos relacionados ao abuso de substâncias), P71 (transtornos mentais orgânicos), P72 (transtornos psicóticos agudos), P73 (trastornos afetivos bipolares), P74 (trastornos esquizofrênicos), P75 (transtornos depressivos), P76 (transtornos ansiosos), P78 (outros transtornos mentais e comportamentais), P79 (transtornos do comportamento relacionados ao uso de substâncias), P80 (transtornos mentais em condições relacionadas ao ambiente de trabalho), P81 (outros transtornos relacionados ao estresse), P85 (transtornos mentais relacionados a fatores socioeconômicos), P98 (transtornos em situações adversas de saúde) e P99 (outros transtornos psicopatológicos). Dessa forma, o indicador busca fornecer uma visão ampla sobre a proporção de atendimentos especializados em saúde mental realizados nas UBS, promovendo um monitoramento da oferta desses serviço
Usos	Este indicador é utilizado para medir a proporção de atendimentos realizados especificamente na área de saúde mental em relação ao total de atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Primária à Saúde (APS). Ele fornece informações sobre a distribuição dos atendimentos de saúde mental dentro do contexto geral de atendimentos, permitindo avaliar o acesso e a priorização dessa área específica dentro da APS. Esse indicador é fundamental para o monitoramento da oferta e da qualidade do cuidado em saúde mental, identificando possíveis lacunas ou áreas de melhoria no atendimento à população que demanda suporte psicológico e psiquiátrico.
Limitações	Este indicador depende da correta classificação dos atendimentos em saúde mental, o que pode ser um desafio em função de variações nos registros e na definição do que constitui um atendimento em saúde mental. Além disso, o indicador não avalia a qualidade dos atendimentos realizados, limitando-se a quantificar o número de atendimentos prestados. Ele também não considera a gravidade ou a complexidade dos casos atendidos, nem os resultados clínicos dos serviços prestados, o que pode mascarar diferenças significativas entre os atendimentos. Outros fatores que podem influenciar o indicador incluem a capacidade de oferta de serviços de saúde mental nas UBS, a disponibilidade de profissionais especializados (como psicólogos e psiquiatras), e a organização interna das unidades de saúde. Ademais, o indicador não mensura a continuidade do acompanhamento dos pacientes, deixando de refletir a frequência e a evolução do tratamento ao longo do tempo.
Fonte	PEC e-SUS APS
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de atendimentos em Saúde Mental na APS. DENOMINADOR: Total de atendimentos realizados na APS. MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de	Quadrimestral
Monitoramento Deriodicidade de	
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	10 - 20% de atendimentos relacionados à saúde mental.
Polaridade	Maior - Melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DESF/GASF
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	Alcançar 6% de atendimentos relacionados à saúde mental no ano 2025 e 8% no ano de 2026

Indicador 9: Percentual de atendimentos de demanda espontânea realizados por profissionais de nível superior na Atenção Primária à Saúde (APS).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	009
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de atendimentos de demanda espontânea realizados por profissionais de nível superior na Atenção Primária à Saúde (APS)
Conceituação	Este indicador mede a quantidade total de atendimentos individuais realizados por profissionais de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ele reflete o envolvimento dos profissionais de saúde com formação superior (como médicos, enfermeiros, dentistas e especialistas) no atendimento direto à população.
Usos	Este indicador mede o percentual de atendimentos de demanda espontânea classificados como urgência em relação ao total de atendimentos individuais realizados por profissionais de nível superior na Atenção Primária à Saúde (APS). Ele é útil para monitorar o perfil de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), permitindo identificar o impacto da demanda espontânea de urgência na rotina das equipes e avaliar a necessidade de reorganização do fluxo assistencial. Além disso, auxilia na identificação de gargalos no acesso e planejamento de ações para fortalecer a APS como ordenadora do cuidado, promovendo maior resolutividade e evitando a sobrecarga de serviços de maior complexidade.
Limitações	O indicador possui algumas limitações relevantes. Primeiramente, sua precisão depende diretamente da correta classificação dos atendimentos no sistema de registro, estando sujeito a sub ou superestimação devido a falhas no preenchimento, erros de categorização ou interpretações inconsistentes dos profissionais. Além disso, o indicador não considera a gravidade ou a resolutividade dos atendimentos realizados, nem diferencia os diversos tipos de urgência, como clínicas, odontológicas ou traumáticas, o que pode restringir sua capacidade de detalhar o perfil da demanda. Outra limitação significativa é a ausência de informações sobre a continuidade do cuidado, uma vez que atendimentos de urgência, por natureza, refletem eventos pontuais e não o acompanhamento longitudinal do paciente na APS. Ademais, fatores contextuais, como escassez de profissionais de nível superior, sobrecarga em determinadas UBS e variações sazonais na demanda, também podem distorcer os resultados e dificultar comparações entre diferentes unidades ou períodos.
Fonte	PEC e-SUS APS.
Método de Cálculo	NUMERADOR: Total de atendimentos individuais finalizado como tipo de atendimento "Urgência" ou "Atendimento no Dia" (demanda espontânea) realizados por profissional de nível superior. DENOMINADOR: Total de atendimentos individuais realizados por profissional de nível superior MULTIPLICADOR:100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	
Parâmetro	Até 50%
Polaridade	Menor -Melhor
Acumulativo Anual Acumulativo para	Não
Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM.
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	50% em 2025 Maior ou igual a 50% em 2026.

Indicador 10: Percentual de coletas de material para exames laboratoriais realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação ao parâmetro estabelecido.

	FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES
Código	0010
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de coletas de material para exames laboratoriais realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação ao parâmetro estabelecido.
Conceituação	O indicador mede o desempenho das UBS na execução de coletas de material biológico para exames laboratoriais em relação ao parâmetro estabelecido como meta. Ele reflete a capacidade operacional das UBS de realizar coletas de forma adequada, considerando as demandas locais e os parâmetros definidos, servindo como um indicador de acesso inicial a diagnósticos laboratoriais na Atenção Primária à Saúde (APS).
Usos	Este indicador é fundamental para monitorar a efetividade das coletas de material biológico realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Ele serve como uma ferramenta estratégica para avaliar o desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no cumprimento de metas estabelecidas para exames laboratoriais. Ao fornecer dados precisos, o indicador apoia gestores e profissionais de saúde na identificação de gargalos operacionais, como insuficiência de insumos, carência de profissionais qualificados ou limitações na infraestrutura, possibilitando a implementação de estratégias de melhoria contínua. Além disso, o indicador contribui para avaliar o acesso da população aos serviços de diagnóstico, assegurando que a APS cumpra seu papel como porta de entrada do cuidado integral. Seu uso é particularmente relevante no planejamento e na alocação eficiente de recursos, bem como na identificação de desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre diferentes regiões ou populações, promovendo uma atenção mais equitativa e eficiente.
Limitações	O indicador apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, sua precisão depende da correta contabilização das coletas realizadas e do adequado registro nos sistemas de informação, estando sujeito a falhas operacionais, como preenchimento incorreto ou incompleto. Além disso, ele não avalia a qualidade das amostras coletadas, a adequação dos exames solicitados às necessidades clínicas ou o impacto dos resultados no cuidado dos pacientes. O indicador também é influenciado por fatores externos, como a disponibilidade de insumos e equipamentos para coleta, infraestrutura das UBS, capacitação dos profissionais responsáveis e rotas de transporte do material da UBS para o laboratório regional. Outra limitação importante é que ele não reflete a continuidade do cuidado ou o acesso ao diagnóstico e tratamento subsequente, restringindo-se à mensuração de uma etapa específica do processo de assistência. Variáveis contextuais, como sazonalidade, perfil epidemiológico local e demandas emergenciais, também podem influenciar os resultados, dificultando análises comparativas ou a identificação de tendências.
Fonte	PEC e-SUS APS
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de coletas de material para exames laboratoriais realizados no mês na UBS. DENOMINADOR: Número de coletas de material para exames laboratoriais definidas como parâmetro de coleta de material biológico em Nota Informativa publicada. MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de	Quadrimestral
Monitoramento	
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Definido na nota informativa divulgada pela GESFAM.
Polaridade	Maior - Melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para	Não
Pactuação	
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	Aumentar 5% ao mês o total de coletas de material para exames laboratoriais, visando alcançar 70% do parâmetro até o final do ano de 2025 e alcançar 85% de parâmetro até o final do ano de 2026

Indicador 11: Média mensal de cidadãos visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	0011
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Média mensal de cidadãos visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
Conceituação	O indicador mede a média mensal de cidadãos visitados por ACS em uma UBS, considerando o número total de visitas domiciliares realizadas em relação ao quantitativo de ACS lotados na unidade e ao período analisado (em meses). Ele busca refletir o alcance e a regularidade das visitas realizadas, fornecendo um parâmetro de produtividade e permitindo a análise da aderência das ações às diretrizes estabelecidas para a Atenção Primária à Saúde (APS).
Usos	Este indicador é utilizado para avaliar a cobertura das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em relação à sua população adscrita. Ele permite monitorar a eficiência do trabalho dos ACS, identificando possíveis desvios ou lacunas no cumprimento das metas de acompanhamento domiciliar. É útil para gestores e equipes de saúde no planejamento das atividades, na distribuição equitativa das demandas e na priorização de ações em áreas ou grupos populacionais com maior vulnerabilidade. Também serve como subsídio para melhorar a alocação de recursos e para acompanhar a evolução do desempenho ao longo do tempo.
Limitações	A precisão do indicador está diretamente vinculada à correta inserção de dados no sistema de registro, podendo ser prejudicada por inconsistências, atrasos ou erros no preenchimento. Ele não reflete a quantidade de residências visitadas no território, mas apenas o número de usuários visitados pelo ACS, o que pode limitar a análise de abrangência territorial. Alterações no número de ACS alocados à UBS durante o período analisado podem distorcer os resultados, dificultando comparações consistentes entre diferentes períodos ou unidades de saúde. Além disso, o indicador não avalia a qualidade das visitas realizadas, nem a resolutividade ou o impacto dessas ações na saúde dos cidadãos acompanhados, restringindo sua capacidade de mensurar a efetividade do acompanhamento domiciliar. Fatores externos, como características geográficas e demográficas, também influenciam os resultados. Áreas com populações mais dispersas ou de difícil acesso podem apresentar médias inferiores, o que não necessariamente reflete menor produtividade, mas sim as condições locais que afetam a dinâmica das visitas. Por fim, situações excepcionais, como epidemias, sazonalidades ou crises no sistema de saúde, podem reduzir a capacidade de realização das visitas, gerando resultados que não correspondem à realidade habitual das atividades dos ACS.
Fonte	PEC e-SUS APS
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de cidadãos visitados pelos ACS no mês. DENOMINADOR: Número de ACS da UBS no mês. (Até o fechamento do quadrimestral)
Periodicidade de	Quadrimaetral
Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de	Anual
Avaliação	
Unidade de Medida	
Parâmetro	750 cidadãos visitados por mês por ACS. Maior - Melhor
Polaridade Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DESF/GEQUALI
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	Alcançar 70% do parâmetro em 2025 (médias de 525 cidadãos visitados por mês por ACS). Alcançar 80% do parâmetro em 2026 (médias de 600 cidadãos visitados por mês por ACS)

Indicador 12: Percentual de cadastro individual com preenchimento variável da orientação sexual.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	011
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de cadastro individual com preenchimento variável da orientação sexual.
Conceituação	A coleta de dados referente à orientação sexual é fundamental para garantir que as políticas públicas de saúde sejam inclusivas e respondam às necessidades da população LGBTQIA+. A opção de declarar essa informação é voluntária, respeitando a privacidade e a autonomia do indivíduo, e seu registro é essencial para a formulação de políticas de equidade, redução de desigualdades e para o planejamento de ações de saúde mais direcionadas e humanizadas.
Usos	Este indicador tem como principal objetivo medir a proporção de cadastros no e-SUS APS nos quais os usuários declararam voluntariamente sua orientação sexual e/ou identidade de gênero. Ele é utilizado para monitoramento da proporção de usuários que se sentem à vontade para declarar essas informações no sistema, apoio ao planejamento de políticas públicas de saúde ao identificar a necessidade de políticas específicas para populações LGBTQIA+ e avaliação da sensibilidade das equipes de saúde ao verificar a abordagem das equipes no acolhimento de usuários em relação a essas questões.
Limitações	O indicador apresenta limitações relacionadas à declaração voluntária, o que pode gerar subnotificação devido à ausência de obrigatoriedade no preenchimento. Além disso, o estigma social e o medo de discriminação podem influenciar a não declaração, mesmo em ambientes acolhedores. Há também o risco de dados incorretos devido à qualificação inadequada do profissional responsável pelo cadastro ou ao entendimento limitado do usuário sobre a questão.
Fonte	PEC e-SUS APS
Método de Cálculo	NUMERADOR: Total de pessoas que desejaram responder "SIM" na orientação sexual registradas no cadastro individual do cidadão. DENOMINADOR: Total de cadastros individuais. MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	70%
Polaridade	Maior-Melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde, Região Administrativa, CNES e INE
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP
Coordenador da Pactuação	ES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	25% em 2025. 35% em 2026.
Observação	O dado é cumulativo do último ano corrido, entretanto o indicador analisará o recorte da informação do último dia do quadrimestre

Indicadores Específicos da Atenção Primária Prisional

Indicador 13: Rastreamento de doenças negligenciadas na população privada de liberdade (PPL).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	013
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Rastreamento de doenças negligenciadas na população privada de liberdade (PPL).
Conceituação	A busca ativa consiste em uma abordagem sistemática e contínua para identificar esses indivíduos, com o objetivo de diagnosticar e tratar as doenças negligenciadas precocemente, interrompendo a cadeia de transmissão das doenças.
Usos	Identificar casos suspeitos de doenças negligenciadas em ambientes prisionais. Avaliar a incidência das doenças na PPL e ajustar estratégias de saúde pública conforme necessário. Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na ocorrência dos casos confirmados, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e estratégias de saúde, além de medidas para maior articulação intersetorial direcionadas ao controle de doenças negligenciadas nos presídios e na PPL.
Limitações	As ações para alcance de resultados dependem da disponibilização/operacionalização de recursos humanos da segurança em cada unidade prisional. O indicador depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de doenças negligenciadas na PPL. A confiabilidade do indicador sofre influência da qualidade e do grau de implementação das ações para investigar, confirmar e notificar os casos. A realização ou não dessas ações resulta em menor ou maior validade e cobertura dos dados.
Fonte	PEC eSUS APS
Método de Cálculo	Total de atividades coletivas de rastreamento de doenças negligenciadas realizadas pela eAPP Ampliada.
Periodicidade de Monitoramento	Semestral.
Periodicidade de Avaliação	Semestral.
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	2 rastreamento de massa no ano
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	UBSP
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GESSP.
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	100% da população avaliada no semestre de acordo com o SIAPEN WEB

Indicador 14: Percentual de testagem para HIV e sífilis na PPL.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	014
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de testagem para HIV e sífilis na PPL.
Conceituação	Proporção de testes de HIV e sífilis na PPL.
Usos	Aumentar a realização de testes de rastreamento nos casos indicados. Os testes de sífilis devem ser realizados semestralmente na população privada de liberdade. Já o teste de HIV deve ser realizado anualmente, mas as pessoas com diagnóstico de tuberculose devem realizar o teste de HIV no momento do diagnóstico, de acordo com PCDT IST. Portanto, espera-se o aumento do rastreamento das ISTs através dos testes rápidos.
Limitações	As ações para alcance de resultados dependem da disponibilização/operacionalização de recursos humanos da segurança em cada unidade prisional. O monitoramento do indicador depende das condições técnico-operacionais do sistema de prontuário eletrônico (eSUS) e do correto preenchimento das informações pelo profissional da saúde, para identificar o total de PPL que tiveram os testes realizados.
Fonte	PEC e-SUS APS: Testes rápidos realizados Denominador: Sistema de Administração Penitenciária Web (SIAPEN WEB)
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de PPL que realizaram os testes de HIV e sífilis nos últimos seis meses. DENOMINADOR: Total de cadastros individuais. MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	%
Parâmetro	70%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	UBSP
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GESSP
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	30% em 2025. 50% em 2026.

Indicador 15: Percentual de cura dos casos novos de TB pulmonar na PPL com critério laboratorial.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	015
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de cura dos casos novos de TB pulmonar na PPL com critério laboratorial.
Conceituação	Proporção de casos de TB pulmonar na PPL com diagnóstico por critério laboratorial que apresentaram cura como desfecho, dentre todos os casos novos de TB pulmonar na PPL, em um determinado espaço geográfico e período.
Usos	Analisar as ações de vigilância epidemiológica no que diz respeito ao acompanhamento das pessoas com TB na PPL com maior potencial de transmissão da doença. Contribuir para a orientação e a priorização das ações de resposta à TB na PPL, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e estratégias de saúde direcionadas ao controle da doença em áreas e populações de risco.
Limitações	Está sujeito a restrição de uso sempre que a variável "situação de encerramento" apresenta elevada proporção de ignorados/em branco ou transferência, o que mostra um desconhecimento do desfecho do tratamento ou um grande volume de transferências sem vinculação no sistema. A confiabilidade do indicador sofre influência da qualidade e do grau de implementação das ações para investigar, confirmar e notificar os casos de TB. A realização ou não dessas ações resulta em menor ou maior validade e cobertura dos dados. Um número pequeno de eventos pode gerar grandes variações no indicador, dificultando comparações entre localidades ou ao longo do tempo. Nessas situações, sugere-se utilizar estratégias de suavização, como a média de vários pontos da série ou a agregação dos dados de várias localidades. Além disso, ainda que o indicador seja utilizado como via de regra, há momentos em que se pode optar pelas medidas absolutas, especialmente quando não há pretensão de comparar localidades, e sim de visualizar tendências ao longo do tempo.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de casos de TB pulmonar na PPL com confirmação laboratorial que apresentaram situação de encerramento como cura no ano. DENOMINADOR: Número total de casos novos de TB pulmonar na PPL com confirmação laboratorial no ano. MULTIPLICADOR:100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	%
Parâmetro	100%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	UBSP
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GESSP
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
Descrição da Meta	70% em 2025. 85% em 2026.

Indicador 16: Percentual de registro de estado nutricional da PPL atendida pela UBSP

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	016
Pactuações	AGL 2025 - 2026
Indicador	Percentual de registro de estado nutricional da PPL atendida pela UBSP.
Conceituação	Percentual de registro de dados antopométricos no PEC eSUS APS, no momento da consulta individual em cada, UBSP.
Usos	Monitorar o estado nutricional da PPL do DF, para avaliar as condições de saúde e propor estratégias que visem reduzir as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, especialmente casos de desnutrição, sobrepeso e obesidade, e assim ajustar estratégias junto à administração penitenciária e empresas que fornecem a alimentação para adequação das dietas. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e estratégias de saúde, além de medidas para maior articulação intersetorial
Limitações	O indicador não refletirá o estado nutricional de toda a PPL do DF, mas apenas das pessoas que serão atendidas na UBSP.
Fonte	eSUS APS
Método de Cálculo	Numerador: quantidade de pessoas com o registro do sigtap de Avaliação antropométrica, Denominador: Quantitativo de PPL cadastrada na eAPP X 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	
Parâmetro	Resultado de 2022 de 13,39%; 2023 foi de 29.77% % Boletim EN disponível no site da SES/DF
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	UBSP
Responsável Técnico.	SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GESSP
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/COAPS
	Meta anual 2025: 38.70%; Meta 2026: 44.20%

Revisão e Atualização do Caderno de Orientações AGL Primária 2025.

Versão	Data	Processo/ ID documento	Alteração
1	6/2025	Alteração na ficha dos indicadores (172988497)	Ficha 006 - Indicador HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica): No campo "Conceituação", o trecho "ou pelo menos um dos CIAPs: K86 (Outras doenças pancreáticas, incluindo hipertensão pancreática), K87 (Outras doenças do fígado, incluindo hipertensão hepática), e W81 (Hipertensão devido a acidente ou trauma)" foi substituído por: "ou pelo menos um dos CIAPs: K86 (Hipertensão sem complicações), K87 (Hipertensão com complicações) e W81 (Toxemia gravídica/DHEG)". Ficha 007 - Indicador DM (Diabetes Mellitus): No campo "Conceituação", o trecho "ou pelo menos um dos CIAPs: T89 (Outros tipos de diabetes mellitus), T90 (Diabetes mellitus não especificado), e W85 (Acidente relacionado à diabetes mellitus)" foi substituído por: "ou pelo menos um dos CIAPs: T89 (Diabetes insulino-dependente), T90 (Diabetes não insulino-dependente) e W85 (Diabetes gestacional)".