

PlanificaSUS

# GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES ETAPA 6

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA  
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA



VERSÃO PRELIMINAR



PlanificaSUS

## **ETAPA 6**

Monitoramento e Avaliação na  
Atenção Primária à Saúde e na  
Atenção Ambulatorial Especializada



Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Esplanada dos Ministérios, bloco G  
Ed. Sede MS – 7º andar  
CEP: 70058-900 – Brasília DF  
Fone: (61) 3315-9031  
Site: [aps.saude.gov.br](http://aps.saude.gov.br)

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social  
Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais  
Projetos e Novos Serviços  
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar  
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP  
Fone: (11) 2151-4573  
Site: [www.einstein.br](http://www.einstein.br)

**Coordenação:**

Marcio Anderson Cardozo Paresque

**Colaboração:**

Elaine Cristina de Melo Faria  
Eliana Tiemi Masuda  
Evelyn Lima de Souza  
Francisco Timbó de Paiva Neto  
Ilana Eshriqui Oliveira  
Larissa Karollyne de Oliveira Santos  
Marcio Anderson Cardozo Paresque  
Marco Antônio Bragança de Matos  
Rodrigo Silva Amaral

**Elaboração de texto:**

Elaine Cristina de Melo Faria  
Eliana Tiemi Masuda  
Evelyn Lima de Souza  
Ilana Eshriqui Oliveira

**Projeto gráfico e diagramação:**

Rudolf Serviços Gráficos

**Edição de texto:**

Kátia Amorim

**Crédito de Imagens:**

Banco de imagens Einstein

VERSÃO PRELIMINAR

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS n.º 2/2021 - CGGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381).

Ficha Catalográfica

**Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein**

PLANIFICASUS: GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES ETAPA 6 – Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022.  
28 p.: il.

1. População 2. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde 3. Monitoramento de Resultados 4. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

# APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta quatro pilares principais que orientam o trabalho: Assistência à Saúde, Ensino e Educação, Pesquisa e Inovação e Responsabilidade Social.

O Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein desenvolve há mais de 20 anos várias atividades relacionadas à gestão de serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de projetos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Entre eles, está o projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde, conhecido como PlanificaSUS e executado pela área de Projetos e Novos Serviços da Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais.

O PlanificaSUS tem como objetivo dar continuidade à implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), em regiões de saúde das Unidades Federativas que finalizaram a Fase 1 do PlanificaSUS (triênio 2018-2020) e que aderiram a Fase 2

(triênio 2021-2023), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

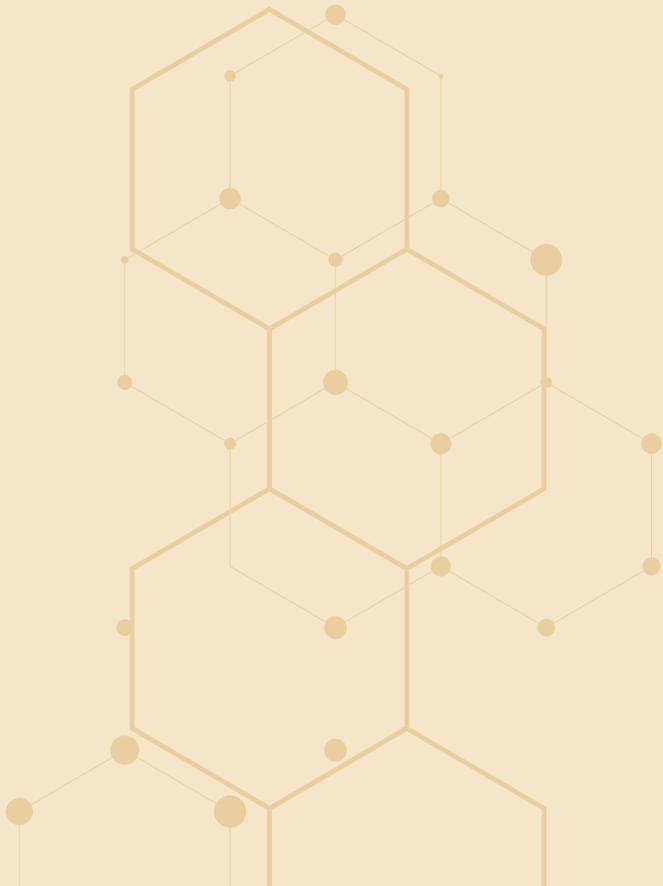
O PlanificaSUS é executado pela SBIBAE, sendo um projeto proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que apresenta, como área técnica responsável, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e, como área de atuação, a de Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde e a Coordenação Geral de Garantia de Atributos de Atenção Primária à Saúde do Departamento de Saúde da Família.

A PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerecncial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Ela permite desenvolver a competência das equipes para a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada Rede de Atenção.

O PlanificaSUS Fase 2 pretende fortalecer macroprocessos organizados na primeira fase, além de implantar novos macroprocessos, que serão trabalhados tanto na APS quanto na AAE. Além disso, serão disparadas atividades de planejamento, monitoramento e dispersão em cada etapa apresentada no decorrer do triênio.

Ao longo do triênio, materiais como este Guia para Monitoramento de Indicadores, Guias dos *Workshops*, Guias da Etapa e Notas Técnicas serão disponibilizados com o objetivo de nortear você, profissional de saúde, na execução dos processos de trabalho disparados pelo PlanificaSUS.

Como Guia para Monitoramento de Indicadores da Etapa 6, tenho o objetivo de instrumentalizar você, que faz parte da Equipe PlanificaSUS, seja nas secretarias estaduais ou municipais ou nos serviços de saúde, a operacionalizar as atividades de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde com base nos macroprocessos trabalhados APS e AAE durante a Etapa 6 “Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada”.



# SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO . . . . .	3
■ APRESENTAÇÃO DO GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES - ETAPA 6. . . . .	6
■ CAPÍTULO 6. . . . .	7
Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. . . . .	7
■ INDICADORES DE PACTUAÇÕES INTERFEDERATIVAS . . . . .	10
Subpopulação de Mulheres, Gestantes e Crianças . . . . .	14
Subpopulação com Condições Crônicas . . . . .	21
■ INDICADORES DE MELHORIA DE PROCESSOS. . . . .	25
Percentual de Erro de Administração de Medicamentos e/ou Vacina . . . . .	25
■ PRÓXIMOS PASSOS . . . . .	26
■ REFERÊNCIAS . . . . .	28

# APRESENTAÇÃO DO GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES - ETAPA 6

O tema central do capítulo 6 é “Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)”, o propósito principal do guia para monitoramento de indicadores. Até o momento, temos feito em todos os capítulos a discussão sobre o monitoramento dos indicadores e sua relação com os processos abordados na Planificação. Neste em especial, juntaremos as peças e traremos os gestores como locutores principais do capítulo em diálogo com os profissionais de saúde, com a finalidade de identificar como esses atores têm promovido a cultura de monitoramento e avaliação dos indicadores e aproximá-los da prática nos serviços.

Destinamos este Guia de Monitoramento de Indicadores a todos os profissionais e gestores de saúde, a fim de promover discussões conjuntas sobre o tema, em uma linguagem facilitada a todos. Os profissionais na compreensão do seu papel para a produção das informações que compõem os indicadores e, conseqüentemente, o planejamento e avaliação dos processos de trabalho da unidade e equipes e seus impactos na saúde. Por sua vez, os gestores como liderança e promotores da cultura de monitoramento e avaliação nos territórios.

Vamos aproveitar esse momento para verificar a evolução dos seus processos e indicadores

e avaliar seu desempenho ao longo da Planificação. A reflexão na avaliação deve levar em consideração os processos de trabalho que abordamos na Planificação e que influenciaram nos indicadores e o contexto em que se encontra a unidade, o município, a região de saúde e o estado.

Nos momentos de oficina de planejamento do gerenciamento da Planificação e na oficina tutorial em serviço, lembre-se de retomar as atividades anteriores, quais indicadores foram monitorados (dentre os pactuados, sugeridos pelo guia ou utilizados pelas equipes) e como se deu a avaliação destes até o momento, de forma a subsidiar a atualização do plano de ação para tais questões. Também na oficina de planejamento do gerenciamento, capilarize as ações necessárias para a operacionalização dos processos da PAS considerando o contexto de cada município, incluindo indicadores específicos e metas pactuadas. De igual forma, o município orientará as ações que cabem às unidades do seu território, alinhado à proposta da oficina tutorial destinada ao monitoramento e avaliação de indicadores.



Lembre-se! O registro do seu planejamento poderá ser realizado na plataforma e-Planifica na área de plano de ação. Lá você poderá organizar e monitorar o andamento das ações em tempo real. Acesse o [e-Planifica](#) ✨!

Ao final das oficinas de monitoramento do gerenciamento e da tutoria, verifique se as questões disparadas no planejamento tiveram encaminhamentos durante os momentos de dispersão, combinado?

Quer consultar os materiais da Etapa 6? [Acesse aqui](#) ✨ a Biblioteca Virtual.

Embora tenhamos dedicado este momento ao monitoramento e à avaliação, essas ações não se limitam aqui, elas devem ser realizadas de forma contínua. Falaremos com detalhes mais adiante. Continue aqui!

# CAPÍTULO 6

## Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada

Chegamos ao capítulo 6 do nosso Guia de Monitoramento de Indicadores! Fico contente que continua conosco nessa jornada! Vamos fazer uma breve retrospectiva do que abordamos nos outros capítulos?



*No introdutório, aprendemos um pouco sobre a definição de indicador e a sua aplicação no planejamento, monitoramento e avaliação. Já no Capítulo 1, fizemos um diagnóstico situacional dos indicadores. Esse diagnóstico teve a intenção de obtermos uma primeira avaliação de como estavam os indicadores até aquele momento para planejamento dos próximos passos para melhoria dos processos e indicadores, especialmente para a abordagem da gestão de base populacional.*



*Nas temáticas centrais discutidas anteriormente, destacamos os processos que influenciam na melhoria da saúde da sua população e conseqüentemente nos indicadores monitorados. Conhecemos nosso território e a população, as unidades do território de abrangência, trabalhamos o acesso, estratificação de risco, gestão do cuidado e compartilhamento do plano de cuidados com a APS. Agora, a expectativa é verificar a evolução dos indicadores após as melhorias dos processos abordados anteriormente e avaliar se precisam de outros ajustes no processo de trabalho e/ou entender outros possíveis problemas, levando em consideração o perfil populacional e demais contextos potencialmente envolvidos.*

É isso mesmo!



Só para acrescentar a fala de vocês, também iremos abordar questões da **segurança do paciente**. Como vocês podem ter percebido, em todos os Guias de Orientação para a Etapa destacamos alguns pontos relacionados à segurança do paciente. Nesse guia não será diferente, também iremos

conversar um pouco sobre a relação da segurança do paciente com alguns indicadores discutidos neste guia. Dessa forma, quando formos discutir mais especificamente os processos da segurança do paciente, que são transversais a todos os macroprocessos da APS e AAE, poderemos monitorar e avaliar os resultados encontrados a partir desta discussão.

Lembre-se de que no Guia Introdutório para Monitoramento de Indicadores foi feita uma introdução sobre os conceitos de “Monitoramento” e “Avaliação”.

Que tal retomá-los antes de aprofundarmos essa discussão?

Para fixar bem os conceitos e aplicá-los a sua prática nos processos da Planificação, estão disponíveis os Guias de *Workshop*, Orientação da Etapa 6 e os materiais de apoio que orientarão os momentos de planejamento, *Workshop*, oficina tutorial e monitoramento. Lá você poderá compreender aspectos como por que monitorar informações em saúde, quais os conceitos de metas e indicadores e discussões relacionadas aos sistemas de informação em saúde.

Todos estes materiais encontram-se na Biblioteca Virtual, [acesse aqui](#).

Para esse capítulo, aproveitamos a oportunidade e convidamos um representante dos gestores (unidade, município, região de saúde, estado e nacional) para fazer parte da discussão do tema. É claro que os gestores já vêm acompanhando os guias e os processos discutidos ao longo da Planificação, e nesse momento vamos discutir os resultados do trabalho desenvolvidos pelos profissionais que atuam diretamente na assistência em saúde. Afinal, gestores que compreendem a importância dos processos avaliativos e os aplicam no dia a dia conseguem apoiar muito melhor as equipes da APS e AAE na organização e sustentabilidade de seus macroprocessos, não é mesmo?

Os momentos de discussão embasados por este capítulo podem ser realizados durante as Oficinas de Planejamento, Oficinas Tutoriais e Oficinas de Monitoramento, conforme atividades no Guia de Orientação para a Etapa 6.



*Nós gestores acompanhamos todos os guias e apoiamos a rede, sim! Temos compreensão de que a liderança deve ser ativa, e não reativa. Conhecemos e nos envolvemos com as equipes, identificamos quais ações da gestão impactam em cada um dos processos e a todo tempo estamos em contato com as unidades, estimulando a integração entre os profissionais das equipes e as lideranças. Um gestor que exercita a boa liderança não se faz presente somente nos momentos em que é solicitado pelos profissionais ou quando grandes problemas surgem, mas trabalha com a finalidade de minimizar imprevistos, então é preciso saber lidar bem com desafios e padronizar processos. Temos que entender os processos para verificar onde precisam ser direcionados os esforços para executar ações de melhorias, atingir as metas pactuadas e então, apoiar seus respectivos responsáveis. Esse espaço também será importante*

*para discutirmos o monitoramento e avaliação para tomada de decisão junto às equipes. É um processo em cascata, dos gestores municipais com as unidades; regional com os municípios; nível central da Secretaria de Estado com as regionais ou municípios e; os gestores federais com os estados.*



Exato! A ideia é que a discussão dos indicadores ocorra de forma conjunta para que todos possam enxergar seu papel dentro desse processo, compreendam onde queremos chegar com as metas pactuadas e suas consequências na saúde da população.

A intenção dos guias é dar os primeiros passos do uso de indicadores no dia a dia do trabalho, permitindo um olhar diferenciado para eles, seu monitoramento e avaliação. Alguns exemplos serão dados com essa intenção de se enxergar no processo, mas não há uma receita pronta para avaliação e tomadas de decisão, pois cada gestor deverá levar em consideração o contexto estrutural, político, financeiro e de saúde de sua localidade, certo? O que queremos dizer é que indicadores ajudam a embasar decisões, no entanto, um mesmo resultado de um mesmo indicador pode levar à uma diferente tomada de decisão dependendo do contexto. Por isso, é importante a tomada de decisão conjunta, com participação e compreensão do processo tanto por parte da equipe assistencial quanto gestora.



*Nós da AAE temos particularmente grande expectativa para colocar em prática as ações da PAS no monitoramento e avaliação dos processos e indicadores. Como sabem, além dos macroprocessos básicos do ambulatório especializado, temos quatro macroprocessos a desempenhar no serviço em consonância com a rede: assistencial, educacional, supervisonal e pesquisa. Até o momento, temos nos empenhado para a gestão da condição de saúde, fundamental para a integração com a APS e que utiliza indicadores de processos e resultados do cuidado de pessoas com condições crônicas, sendo ela diretamente relacionada aos macroprocessos assistencial, educacional e supervisonal, já operacionalizadas no ambulatório. Já o macroprocesso de pesquisa ainda não é exercido no seu formato ideal, distanciando a prática baseada em evidências. Assim, é um desejo nosso fortalecer a pesquisa como aliada aos processos de melhoria do ambulatório e sua relação com a rede, como forma de retorno à gestão, profissionais e comunidade. Tenho certeza de que já podemos produzir evidências com o monitoramento e avaliação que temos feito dos indicadores pactuados e os indicadores de melhoria de processos sugeridos pelo guia.*

Vale ressaltar que vocês podem elaborar, monitorar e avaliar seus próprios indicadores, aqueles mais específicos ou que levam em consideração o perfil epidemiológico da sua população e território de abrangência. No entanto, inicie os processos avaliativos pelos indicadores de âmbito nacional e de pactuações interfederativas, e que aqui vamos discutir a nossa lista de indicadores pactuados sugeridos para este guia.



Vamos lá?!

Para saber mais sobre o Previne Brasil, acesse:

**[Previne Brasil - Novo modelo de financiamento para a APS](#)** 

**[Nota Técnica Nº 3/2022-DESF/SAPS/MS](#)** 

**[Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022](#)** 

Para saber mais sobre o SISPACTO, acesse:

**[Resolução Nº 8, de 24 de novembro de 2016](#)** 

**[Nota Técnica Nº 20/2021-DGIP/SE/MS](#)** 



# INDICADORES DE PACTUAÇÕES INTERFEDERATIVAS

Informo que a lista dos indicadores pactuados se encontra no Anexo 1 deste guia.

Vamos retomar o primeiro diagnóstico situacional? Consideraremos esse primeiro diagnóstico dos indicadores como parâmetro da evolução dos indicadores, o que nos processos avaliativos podemos chamar de linha de base. Desde o diagnóstico, vocês conseguiram monitorar os indicadores? De que maneira?



*Eu, como representante dos gestores, posso dizer que os indicadores foram monitorados, pois consideramos essenciais para garantir uma resposta de qualidade para a nossa população e oportunidade de identificar melhorias dos processos de trabalho, bem como para o planejamento de recursos financeiros e humanos. Além disso, os indicadores do Previne Brasil já foram pactuados com as diferentes esferas de governo e é importante que tenhamos bom desempenho dos municípios no âmbito da APS. E não pense que os indicadores de desempenho impactam somente a APS e o*

*financiamento do município, pois nós reconhecemos que uma APS fortalecida e resolutive é capaz de impactar os processos dos demais pontos de atenção, e isso inclui a AAE, por exemplo, a redução da sobrecarga no ambulatório e compartilhamento qualificado da população que precisa da AAE. Essa visão sobre o todo é uma das fortalezas de uma boa liderança, e por aqui exercemos o monitoramento sistêmico.*

*No entanto, observei que a ferramenta de monitoramento variou entre nós gestores. Além dos sistemas de informação nacionais, alguns fazem em planilha com gráficos, outros usam programas específicos para painéis de visualização de dados e tem também aqueles que monitoram com lápis e papel.*

Acredito que o importante é monitorar. Espera-se incorporar a ação de monitoramento como uma ferramenta norteadora das discussões da gestão. Claro que os sistemas de informações nacionais, ou aquelas ferramentas de análise automatizada a partir da integração com os dados dos sistemas

oficiais são mais robustos e recomendáveis! No Guia Introdutório para o Monitoramento de Indicadores e de Orientação da Etapa 6 foram abordados alguns sistemas oficiais para o registro, monitoramento e avaliação de indicadores. Confira lá!

Além de ter um painel de indicadores, é importante que os gestores estabeleçam uma rotina para o monitoramento de indicadores com suas equipes. Por exemplo, verificar a cada 4 meses, ou se possível mensalmente, como está o caminhar dos indicadores no e-SUS APS por meio do e-Gestor. Além disso, incluir a situação dos indicadores do Previne Brasil na agenda das reuniões com as equipes, avaliando como foi o monitoramento nesse meio tempo para planejar as próximas ações de melhoria para impacto positivo na saúde da sua população.

Chamo a atenção para algumas questões de segurança da informação. Tenha em mente que a utilização de informações produzidas pelas equipes são valiosas e podem ser confidenciais, principalmente dados dos usuários. Necessário redobrar o cuidado no compartilhamento de planilhas e cadernos, a fim de evitar transtornos futuros, não só em relação ao vazamento de informações, mas também em perdas de informações.



Você sabia que existe um incentivo financeiro para utilização de prontuário eletrônico pelo Programa de Apoio à Informatização da APS, conhecido como “Informatiza APS”? Ele faz parte dos componentes de financiamento (incentivo para ações estratégicas) do Previne Brasil. Ao aderir ao Programa, os municípios e o Distrito Federal que possuem equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Atenção Primária (eAP) informatizadas e cadastradas no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) passaram a receber o incentivo mensal, se tiver enviado adequadamente ao Ministério da Saúde os dados do sistema de prontuário eletrônico nos estabelecimentos da APS. O uso de prontuário eletrônico integrado ao sistema do Ministério da Saúde, ou de preferência de Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC da estratégia e-SUS APS poderão auxiliar no acompanhamento do histórico do usuário de forma longitudinal, além de ser mais ágil, seguro e de reduzir a perda de registro.

Para saber mais sobre o Programa de Apoio à Informatização da APS:

[Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019](#) ✨  
[Informatiza APS](#) ✨

Vamos aos indicadores!



Vamos falar sobre o monitoramento do indicador “**Número de usuários cadastrados**” do Previne Brasil. Desde quando fizeram o diagnóstico do percentual da população cadastrada, como caminhou até o momento? Vocês acompanharam a evolução desse indicador? Se não houve aumento do número, o que foi realizado?



*Temos diferentes cenários entre os gestores, em um primeiro cenário conseguimos verificar mensalmente pelo e-SUS APS como estava a situação do cadastro. A partir desse diagnóstico, conversamos com os agentes comunitários de saúde (ACS) e toda equipe, sobre estratégias para poder aumentar a captação da nossa população de*

*abrangência, cadastrar corretamente os usuários em prontuário eletrônico, manter o vínculo e/ou facilitar o acesso às equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária. Aproveitamos nesta conversa para definir conjuntamente a meta de alcançar 80% da população cadastrada nesse ano de acordo com o número de ACS disponíveis na equipe. Ao longo dos meses, contratamos mais ACS e assim alteramos a meta para 100% da nossa população cadastrada. Com a adoção dessa estratégia do aumento do número de ACS, poderemos cadastrar e monitorar a saúde da nossa população de forma satisfatória e sem sobrecarregar a equipe. Seguimos monitorando o indicador de cadastro e verificamos aumento gradual do número de*

*usuários cadastrados, o que sugere que as estratégias adotadas estão fazendo efeito e que estamos próximos à meta! É um resultado positivo para o nosso cenário, nas nossas reuniões mensais reforçamos com as equipes a preocupação em alcançar 100% do potencial de cadastro para garantir o acesso a toda a população da área de abrangência e o financiamento correspondente.*

*Temos outra situação: A partir do diagnóstico e monitoramento, verificamos que o cadastro foi realizado, o número de cadastro aumentava, mas o valor da transferência financeira não se alterava, considerando que temos territórios em que a população está localizada em uma área rural adjacente e é uma população*

de mais idade, componentes considerados nos critérios de ponderação do Previne Brasil. Contávamos com esse incentivo financeiro, pois o acesso a essas famílias é mais difícil, necessitando estratégias diferenciadas para manter o vínculo com elas e acompanhar a saúde dessa população.

Nessa segunda situação, nos reunimos com a equipe e elencamos os possíveis fatores influenciadores. Durante o cadastro, observamos que ele não estava sendo realizado por completo, muitos dos dados que eram considerados nos critérios de ponderação não foram inseridos no sistema, incluindo ausência de registro dos números do Cartão Nacional de Saúde e/ou Cadastro de Pessoa Física dos usuários. Também observamos que tínhamos uma equipe que estava com o INE (Identificador Nacional de Equipe) não homologado no SCNES, o que prejudicou nesse retorno financeiro. Padronizamos o processo de cadastro de usuários em prontuário eletrônico dentro da unidade e regularizamos as equipes no SCNES junto à gestão municipal e aguardamos homologação do Ministério para que as equipes também recebam o incentivo.

Além disto, os gestores municipais e regionais estão realizando capacitações para orientar os profissionais das unidades de saúde quanto à importância deste indicador para o conhecimento da população adscrita, possibilitando a gestão de base populacional e, portanto, o ajuste da oferta de serviços para atender a demanda de forma integral e longitudinal; mas também para ampliar o conhecimento sobre a existência de recursos financeiros que são ponderados em relação às características de vulnerabilidade da população, e, portanto, são providos de acordo com este indicador.

Neste contexto, alguns municípios de grandes áreas urbanas pactuaram em cadastrar pelo menos 90% da população estimada pelo IBGE, enquanto em municípios de áreas rurais adjacentes a pactuação foi de 70%. No monitoramento realizado pela gestão regional, podemos identificar quais os municípios que necessitam de maior apoio para o alcance da meta. Muitas vezes, as questões podem ser resolvidas no nível local, com o estado ou regional apoiando na compreensão do

componente de capitação ponderada. No entanto, em outras situações, a unidade pode necessitar de um apoio maior do município ou estado, por exemplo, auxílio na obtenção de mais recursos humanos para as unidades de saúde, como os ACS, que poderão auxiliar não apenas no alcance da meta desse indicador, mas também exercendo papel essencial para manutenção do vínculo das famílias com as equipes. Podemos falar ainda da obtenção de outros recursos que permitam a informatização das unidades, como já mencionado o Informatiza APS, contribuindo para o fortalecimento da saúde digital, integração dos dados de prontuário eletrônico entre os serviços, e em especial o registro dos indicadores em sistemas oficiais, contribuindo para o seu monitoramento e avaliação.

Sua fala demonstra que a liderança se preocupa com a suficiência de equipes e agentes comunitários para atender ao território e com adequação das metas pactuadas por perfil territorial, compreendendo que cada território caminha de forma diferente e vai alcançar a meta em tempos diferentes. Isso facilita no engajamento das equipes, afinal ninguém quer trabalhar com uma meta que seja difícil de alcançar, não é mesmo?



É importante ressaltar que os gestores municipais fiquem atentos ao INE homologado e ao tipo de equipe homologada no referido INE. No caso em que o cadastro da equipe for enviado em um INE não homologado, o valor não será pago. Dessa maneira, é primordial estar atento às numerações homologadas em cada tipo de equipe:

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relEquipesHomologadas.xhtml> ✖

Além disso, fique atento aos demais fatores de verificação que fazem parte da rotina de validação dos registros no SISAB, como dados do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) do profissional válidos, data correta de realização do cadastro do cidadão e CNS ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) do cidadão válidos.



Antes de discutirmos o próximo indicador, vamos realizar uma breve reflexão sobre esse processo de cadastro e relacioná-lo com a segurança do paciente. Já imaginou quais riscos no processo de cadastro que poderiam gerar incidentes ao usuário?

Vou citar alguns deles:

- Cadastro incorreto
- Cadastro duplicado
- Falta de registro
- Registro ilegível
- Registro fora do padrão

O que estes problemas no cadastro dos usuários podem impactar no cuidado prestado? Em tudo! Todo o processo do cuidado se inicia no cadastro. Estes riscos podem levar a desfechos indesejáveis ao usuário, por exemplo, registrar as informações de diagnóstico de doença crônica no prontuário de um usuário incorreto, não os considerar em uma determinada subpopulação e consequentemente o cuidado ser negligenciado e as informações dos usuários não serem confiáveis para avaliação da saúde da sua população. Já imaginou a confusão?!

Não queremos isso para os nossos usuários, não é mesmo?

Então, reforce a importância do cadastro correto com todos os trabalhadores da unidade.

*a fim de avaliar a APS no país, contribuindo para o planejamento e gestão dos serviços de saúde em todas as esferas: nacional, estadual (regional) e municipal.*

Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 ✨



Vale a pena também ressaltar que a avaliação desse indicador não se restringe ao desempenho da APS, mas também pode sugerir como está o acesso aos serviços na RAS. Pode ser que uma elevada proporção de internações por condições sensíveis a APS sugira que a cobertura das Equipes de Saúde da Família esteja insuficiente e haja escassez de acesso ou de disponibilidade de serviços de saúde na APS, como também pode sugerir lacunas no manejo dos usuários nas unidades de pronto atendimento, como a falta de protocolos e critérios para internação, podendo acarretar aumento de internações desnecessárias. Em outra situação, as elevadas proporções podem refletir a cultura do uso dos serviços de média e alta complexidade pela população, precisando de estratégias educativas para a uso do ponto de APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado. Essas informações são importantes para o planejamento no nível municipal e regional dos serviços ofertados e planejamento da cobertura das equipes de saúde.

Como pode perceber, o indicador pode gerar hipótese de possíveis causas relacionadas e que devem ser analisadas com auxílio de outras informações e contextos políticos e de saúde para a tomada de decisão. O importante é ter

Vamos seguir para o indicador “**Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária**” (ICSAP). Este indicador não faz parte da lista de indicadores pactuados pelo Previner Brasil ou pelo SISPACTO, e sim do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013/2015 (COAP), mas ele é considerado um indicador clássico de avaliação do sistema de saúde e seu monitoramento é essencial.



*Gostamos muito desse indicador para a avaliação da rede de atenção para a gestão. Ele indica como está o fortalecimento da APS, compreendendo de forma indireta a resolutividade de sua atuação, envolvendo também medidas de*

*prevenção, longitudinalidade e integralidade do cuidado, como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Desta forma, entendemos que, o fortalecimento da APS contribuirá para a estabilização dos usuários com condições crônicas, evitando agudizações, internações, agravamentos e morte por estas condições, além de minimizar custos desnecessários de internações para o SUS. Existe uma lista nacional de CID-10 passíveis de resolução pela APS, descritos na Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Esta lista foi elaborada*

uma visão ampla de possíveis fatores que possam influenciar esse indicador para um planejamento mais direcionado.



Sugiro que realize leituras em artigos científicos sobre o tema para ampliar seus conhecimentos. Veja, por exemplo, o seguinte estudo: BOTELHO, J. K.; PORTELA, M. C. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 3. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050915> >. Acesso em: 16 dez 2021.



*Embora pareça que seja um indicador focado na APS, ele também reflete na atuação em conjunto da AAE. É essencial a integração da APS e AAE para a longitudinalidade do cuidado e redução de gastos de internações desnecessárias para o SUS. Na planificação, trabalhamos com o modelo de atenção PASA (Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial), que propõe uma relação horizontal com a AAE, compondo um único microsistema clínico. Esse modelo permite que o usuário de alto risco seja estabilizado clinicamente e acompanhado de forma colaborativa, integral e longitudinal entre os dois pontos de atenção, prevenindo*

*internações desnecessárias e inclusive desfechos fatais, ou seja, atenção ao usuário com melhor utilização dos recursos.*

*Trazendo uma situação muito interessante deste trabalho colaborativo com relação a este indicador, aqui no ambulatório desenvolvemos uma breve pesquisa científica sobre as causas de internação dessas que são passíveis de resolução pelo cuidado da APS. Dessa forma, vimos que, por exemplo, a taxa de internação de usuários com hipertensão e diabetes por complicações dessas condições (renais, circulatórias, neurológicas, dentre outras) apresentava tendência de aumento, mas antes que este cenário pudesse piorar, agimos o mais rápido possível por meio do reforço do apoio matricial da APS com nossos especialistas, como o cardiologista, e sempre trazendo à discussão o monitoramento dos indicadores do Previne nessas duas condições crônicas.*

*Outro exemplo é o das internações por agravos do aparelho respiratório, como asma, bronquite, pneumonia, que resultavam na hospitalização de um número de usuário muito além do esperado nas épocas sazonais dessas doenças. Em parceria com a APS, verificamos a sobrecarga da unidade básica no atendimento dos sinais e sintomas respiratórios nestes períodos críticos*

*e passamos a reforçar o apoio matricial com o pneumologista, antes do período esperado de surto na população, assim como temos juntos apoiado instituições de maior risco, como creches e instituições de longa permanência de pessoas idosas. Estas são experiências exitosas e complementares dos macroprocessos educacional e de pesquisa da AAE!*

Reflexões muito boas! Vamos entrar na discussão das nossas subpopulações prioritárias e retomar o monitoramento e avaliação da subpopulação de mulheres, gestantes e crianças. Reflita os indicadores e situações do seu processo de trabalho enquanto acompanha a nossa conversa com gestores e equipes da APS e AAE.

### **Subpopulação de Mulheres, Gestantes e Crianças**

Em relação à atenção à saúde da mulher, como é que o monitoramento e avaliação têm ocorrido?



*Os gestores, tanto da APS quanto da AAE, estão preocupados em fornecer os insumos e ter consultórios adequados para coleta dos exames citopatológicos e para a realização de mamografia para não impactar no acesso da população de mulheres a estes exames preventivos. Temos acompanhado os indicadores de **“Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS”** do Previne e **“Razão de exames de mamografia de rastreamento***

**realizados em mulheres de 50 a 69 anos” do SISPACTO, de forma a programar esses insumos. Sabemos das limitações do indicador de mamografia e por isso adicionamos mais um indicador na unidade para complementar e qualificar o monitoramento e avaliação do indicador do SISPACTO. Sugerimos então a utilização conjunta com o indicador “Percentual de mulheres de 50 a 69 anos, que realizaram pelo menos um exame de mamografia no intervalo de dois anos”. Neste indicador o numerador refere-se ao número de mulheres na faixa etária que realizaram pelo menos um exame, e o seu denominador ao total de mulheres na faixa etária cadastrada. Enquanto no indicador da razão de exames, a diferença é que no numerador informamos o número de exames, independente se foi realizado na mesma mulher ou em mulheres diferentes. Assim, ao utilizarmos o indicador sugerido de percentual, evitamos repetir a contagem da mesma mulher, possibilitando uma interpretação de cobertura do exame na população e não apenas do quantitativo de exames realizados na população alvo. Esta interpretação e visão crítica sobre o que diferentes indicadores podem sugerir sobre uma mesma temática é algo que não somente nós líderes, mas também todos os profissionais devem exercitar. Esta é**

a diferença do monitoramento que apenas olha o número pelo número, de um monitoramento que está preocupado em identificar como está qualidade do acesso desse exame para o seu público-alvo. Importante ter essa visão crítica para avaliar pertinência e relevância desse indicador e assim, fazer escolhas mais direcionadas de indicadores para o monitoramento.

Por meio do processo de territorialização, pudemos conhecer a nossa subpopulação de mulheres e o número de pessoas em cada faixa etária que é público-alvo desses exames e que são acompanhadas longitudinalmente pela APS. E não pense que não confrontamos estes números com a estimativa IBGE dos territórios, não! Nosso monitoramento entre as secretarias municipais é feito de perto, sempre com a finalidade de refinar nossos indicadores e programar nossas ações para esta subpopulação. Como já foi dito nos guias anteriores, também temos cautela na interpretação destes indicadores, compreendendo além do número de realização de exames, mas procurando detalhar se a oferta à população é equânime, se todas as mulheres dentro das faixas etárias estão recebendo o cuidado necessário.

Alguns dos municípios ainda estão na faixa dos 16% a 28% da cobertura do citopatológico, o que é um

resultado ruim. Percebemos, por exemplo, que parte da população entre 25 e 64 anos, que é uma população economicamente ativa, não estava acessando os serviços de referência nos horários comerciais por trabalharem, estudarem e realizarem suas atividades diárias em outras cidades, então passamos a adequar as unidades destes municípios para atender em horário estendido para ofertar o exame também em períodos alternativos. Para isso, aderimos ao programa “Saúde na Hora” que faz parte dos incentivos para ações estratégicas, outro componente do Previne Brasil. APS, conta um pouco para a gente se a unidade tem observado diferenças na captação dessa subpopulação com este incentivo?



Nossa, posso afirmar que a adesão ao Saúde na Hora fez toda a diferença! As mudanças no resultado do indicador começaram já no período de regularização dos requisitos da APS para a adesão ao incentivo. Adequamos os cadastros das unidades no SCNES, o funcionamento e a composição das equipes, carga horária e a utilização do prontuário eletrônico, processos que fomos trabalhando harmoniosamente com os processos iniciados na Planificação, com a carteira de serviços. Dessa forma, conseguimos realizar a adesão ao

*Saúde na Hora e ampliar nosso horário de atendimento. Então, conhecemos a população e o território no processo seguinte, depois fomos trabalhando o acesso, com a agenda por bloco de horas, e assim por diante fomos superando as lacunas na APS dos municípios com a cobertura do exame citopatológico, as mulheres passaram a frequentar mais as unidades nos horários alternativos.*

Muito bem! No guia a gente acaba discutindo os componentes de capitação ponderada e indicadores de desempenho, mas como vocês bem trouxeram, o programa Previne Brasil traz como terceiro componente de financiamento, o incentivo às ações estratégicas, como o Informatiza APS e o Saúde na Hora, que também impactam positivamente no alcance dos resultados esperados. Facilitar o acesso da população a esses exames com a flexibilização de horários de funcionamento da unidade e da coleta do citopatológico na APS foi uma ótima estratégia!



*Outra ação de gerenciamento que temos feito com os municípios e unidades é a campanha do Outubro Rosa, uma das ações de conscientização e promoção de ações de rastreamento do câncer de mama e câncer de colo de útero. Aliado ao fortalecimento do cadastro e identificação das subpopulações dos territórios, as equipes conseguem monitorar a*

*população com os critérios para os procedimentos de rastreamento, como a mamografia. Mas este é apenas um dos exemplos de abordagem, o que não significa que não promovemos a conscientização sobre essas condições em outros momentos ou deixamos de assistir as demais ações.*

Não devemos esquecer a importância do seguimento das mulheres com exame alterado, esses resultados devem ser verificados periodicamente para a garantia do cuidado oportuno. Os resultados dos indicadores pactuados de realização dos exames devem estar consistentes com a epidemiologia das doenças.



Por exemplo, se estão sendo realizados os exames citopatológico e de mamografia de forma contínua, com resultados satisfatórios dos indicadores pactuados ao longo dos meses, é esperado que a mortalidade desses cânceres na população apresente tendência de diminuição ou estagnação por maiores chances de tratamento em tempo oportuno, e no caso do câncer de colo de útero é esperado esse comportamento inclusive na sua incidência, já que o exame citopatológico permite identificar e eliminar as lesões precursoras do câncer. Caso isso não ocorra, é importante investigar as possíveis causas, por exemplo, se estão sendo ofertados os exames de forma oportuna, se estão sendo realizadas avaliações dos resultados clínicos e acompanhamento dos casos com alteração.

E veja, em um primeiro momento, ao realizar mais os exames preventivos e avaliar oportunamente os resultados clínicos alterados, pode acarretar um aumento significativo na incidência de determinados agravos na população. Isso poderá ocorrer em unidades que anteriormente não adotavam a rotina de ofertar esses exames e passou a aplicar esse processo. Esse aumento na incidência seria decorrente de diagnósticos não oportunos de doenças já instaladas ou em estágio avançado decorrente do represamento de exames em mulheres que não realizaram o exame no passado. Por isso, deve-se ter cautela na análise desses dados, esse aumento pode não refletir a realidade, sendo decorrente do processo de melhoria da vigilância desses dados. Com o tempo, até a padronização desse processo na rotina, a captação de lesões precursoras dos cânceres poderá ser precoce, com diagnóstico oportuno e acompanhamento dos casos com maior efetividade e assim, apresentar tendência da incidência em estagnação ou até mesmo declínio. Esta situação é uma das possibilidades que você poderá se deparar no seu território e não necessariamente justificará o aumento da incidência na sua localidade por si só, tudo bem? Está vendo como a cultura de monitoramento e avaliação pode te proporcionar respostas para diversos cenários? Lembre-se de que cabe ao município e estado auditar essas informações de realização dos exames dos prontuários eletrônicos, pois os dados nos prontuários devem ser verdadeiros.

Avançando para a subpopulação de gestantes, quais ações a gestão tem realizado para o monitoramento e avaliação dos indicadores?





Olha, o monitoramento dos indicadores da gestante tem suas particularidades. No nível local, sabemos que as unidades dispõem de todos os exames e profissionais para o cuidado integral, e de fato realizam o acompanhamento de forma adequada, com a captação precoce dessas mulheres, não somente pelo trabalho ativo dos ACS, mas pela participação no planejamento familiar com a equipe de referência, e cumprindo com o número mínimo de 6 consultas de pré-natal, estratificação de risco e compartilhamento do cuidado com a AAE, se necessário. Tudo isso vem sendo reforçado pela metodologia da Planificação nos municípios e nossos Tutores e Referências Técnicas sabem que a APS tem dado o seu melhor, inclusive recebemos elogios das próprias usuárias.

O indicador de **“Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos”** já apresenta redução no tempo, pois as equipes têm promovido o apoio para o planejamento familiar, fortalecendo o vínculo e o olhar sobre as vulnerabilidades do contexto do território e determinantes sociais que levam à gravidez precoce. Como tantos outros, é um indicador que precisa ser trabalhado não só no âmbito da assistência à saúde, mas de articulação de ações intersetoriais. No entanto, no



nível regional, estadual e federal, os resultados dos indicadores do Previne Brasil, de **“Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação”**, **“Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV”** e **“Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”** não representam totalmente o cenário real, pois ainda nos deparamos com alguns problemas operacionais que contribuem para a perda de prazo e oportunidade de monitoramento dos indicadores e conseqüentemente prejudicam o repasse financeiro, entre eles: falta de registro qualificado no prontuário eletrônico, a mulher não é identificada com o código de gestante, a consulta não é registrada no sistema como pré-natal, o atendimento odontológico não é informado, e/ou as informações são acumuladas para preenchimento posterior. Profissional da APS, como é que vocês monitoram esse indicador e os processos relacionados a ele na sua prática?

As capacitações que recebemos das secretarias são ótimas oportunidades para os processos avaliativos. Aqui na APS, a gente extrai o relatório do SISAB e vai acompanhando gestante por gestante, quem é aquela que não foi devidamente identificada



como gestante no cadastro, quem fez e quem não fez os exames de pré-natal, especialmente o de Sífilis e HIV para o indicador, com qual idade gestacional iniciou as consultas de pré-natal e se passou por no mínimo seis consultas durante toda a gestação, se foi ofertado atendimento odontológico e igualmente importante, se aquela gestante teve seu risco estratificado e se precisará ter seu cuidado compartilhado com o ambulatório especializado. A identificação das subpopulações de risco foi um grande passo para nós. Após estratificar os riscos das gestantes e identificar aquelas com Sífilis e HIV, conseguimos administrar os nossos serviços para identificar quem precisa de um apoio imediato da AAE, priorizando a atenção e assim evitando filas de espera e a demora no tratamento e acompanhamento. AAE, você concorda que o nosso trabalho conjunto tem promovido um cuidado mais integral a essas subpopulações?

Esse processo tem sido exemplar com os serviços de APS do território de abrangência! No entanto, a atenção das gestantes não se restringe à APS, pois a AAE também tem seu papel no cuidado das gestantes de alto risco de forma integrada com a APS. Isso me faz pensar que o nosso

bom desempenho na atenção às gestantes pode refletir nos indicadores do SISPACTO: “**número de óbitos maternos**”, “**número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano**” e “**número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos**”. Aqui no ambulatório, por meio do compartilhamento do cuidado das gestantes que tiveram a necessidade de cuidado especializado identificada pela APS, e, portanto, seguiram em atendimento de forma integrada nos dois pontos de atenção, temos alcançado resultados cada vez menores do indicador de “número de óbitos maternos” no nível municipal, que no conjunto da regional participante da Planificação destaca-se como experiência exitosa. A fim de seguirmos nos aperfeiçoando e estimulando a melhoria dos serviços também em outras regiões, temos inclusive apresentado a nossa experiência em eventos científicos e publicado artigos para consolidar as evidências do nosso SUS para o mundo inteiro! Rumo à meta zero óbito evitável!

Importante considerar a epidemiologia das doenças na avaliação dos indicadores. É necessário aproximar as ações entre vigilância e atenção à saúde, pois são complementares na detecção, prevenção, controle, assistência e tratamento da doença na população.



Apresento um exemplo da ação conjunta entre vigilância e atenção à saúde, a Campanha Nacional de Combate à Sífilis e a publicação da 2ª edição do **Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e/ou Sífilis** ([clique aqui](#) ) do Ministério da Saúde, ambas são ações desencadeadas pela atenção à saúde baseada nas informações da vigilância da doença na população. A campanha tem o intuito de incentivar as atividades para conscientização da população a se prevenir das Infecções Sexualmente Transmissíveis. O guia incentiva a abordagem integrada das intervenções preventivas e terapêuticas para a redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis e assim, viabiliza a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical (TV) do HIV e/ou Sífilis. A certificação é válida para municípios com 100 mil ou mais habitantes em estados que cumpram e mantenham critérios mínimos, bem como alcancem as metas de eliminação por meio dos indicadores estabelecidos. Ao ler o Guia do HIV e Sífilis, você pode perceber que os indicadores são semelhantes aos do Previne Brasil e SISPACTO, mostrando a importância de seu monitoramento e avaliação.



Ainda sobre o indicador de consulta odontológica da gestante, não podemos esquecer que a equipe de Saúde Bucal é uma outra ação estratégica associada ao Previne Brasil que nós gestores temos em vista. Ainda que essas equipes estejam incluídas no componente de capitação ponderada e pagamento por desempenho, existe garantia de alocação do recurso por meio deste componente. Vamos integrar as equipes com a equipe de Saúde Bucal, por exemplo, acompanhando que na medida em que as consultas de pré-natal são agendadas, seja agendada também a consulta odontológica e/ou garantindo que a agenda da equipe de saúde bucal ofereça vagas em quantidade proporcional ao número de gestantes

cadastradas. Assim conseguiremos ofertar esse atendimento não só às gestantes, mas a todos os usuários. Outro indicador relacionado aos indicadores de desempenho da atenção ao pré-natal é o conhecido “**taxa de mortalidade infantil**”. Este indicador monitoramos no nível municipal, regional e estadual. Ele tem refletido as melhorias a nível de serviço, tanto da APS quanto a de sua integração com a AAE. Embora não seja um indicador vinculado ao programa Previne Brasil, é um excelente marcador da organização dos processos e da mobilização de todas as esferas em prevenir o óbito infantil. Já o monitoramos há muitos anos em seu formato mais geral, seja como taxa ou como número

*absoluto para o caso dos municípios de pequeno porte, então temos aprimorado sua avaliação voltando nossa atenção também para os seus componentes, a mortalidade neonatal precoce, a neonatal tardia e a pós-neonatal, como o guia nos lembrou! E olha, nos ajudou muito a identificar que acontecem óbitos evitáveis no período pós-neonatal, decorrente de causas que não necessariamente estão atreladas à qualidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério, mas sim de fatores congênitos e relacionados ao contexto de vulnerabilidade da família, e que por vezes não são modificáveis e passíveis de ações somente pelo setor saúde, mas que dependem de outras estratégias intersetoriais. Nós como gestores da saúde também corremos atrás de fortalecer a saúde populacional com apoio de outros setores e vice-versa, é uma responsabilidade não só nossa, mas de toda a governança.*

Buscamos nas ações da PAS autonomia e protagonismo das esferas de governo. Cabe ao gerenciamento as atividades para a sustentação dos processos em todos os níveis, pois não podemos deixar que a rotatividade de gestores e profissionais prejudiquem a organização dos macroprocessos na APS e AAE.

Falta só mais um indicador pactuado a ser discutido sobre a atenção à subpopulação de crianças... me conta como a Planificação tem influenciado positivamente esse indicador, gestor?



*Só tem vantagem para o indicador de **“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”**! Com a discussão do microprocesso de vacinação foi possível acompanhar no nível central e municipal a evolução das equipes no monitoramento da cobertura vacinal como um todo. Organizamos as salas de vacinação, destinamos equipes fixas responsáveis por esses processos, fizemos oficinas de atualização aos vacinadores para o registro qualificado no e-SUS APS das doses administradas e capacitamos as equipes das unidades para o monitoramento do indicador do Previne Brasil.*

*Com eles trabalhamos nas duas perspectivas, a aplicação de terceiras doses de todas as vacinas sobre a população cadastrada ou estimada de menores de um ano, que é o indicador do Previne, e a cobertura de crianças cadastradas com esquema vacinal atualizado para a idade, de todas as demais vacinas, uma alternativa para avaliar se o acesso à vacinação para esta população está adequado, para além de número de doses aplicadas.*

*Já é possível verificar redução das internações e mortalidade por doenças imunopreveníveis,*

*algumas até inclusas no indicador de internações por condições sensíveis à APS. Sem contar que agora é muito mais previsível a programação para a distribuição das doses de vacina e insumos às salas de vacinação, já que cada unidade conta com seu cartão-espelho e consegue nos reportar periodicamente o número de usuários que serão vacinados para cada vacina naquele período e a previsão das doses extras, em caso de grande fluxo de pessoas entre municípios vizinhos. Nós estamos sempre preparados para o fornecimento das vacinas e a logística de distribuição para evitar faltas nas unidades. Tudo para evitar bolsão de suscetibilidade!*

*Estamos muito orgulhosos com os resultados que as equipes têm alcançado, isso é fruto do trabalho em equipe para fortalecimento dos atributos da APS e da determinação em cuidar da população. Queria ouvir um pouco sobre o que a APS pode nos ensinar sobre o monitoramento vacinal.*



*Aqui na APS, quando a criança passa em consulta de puericultura o profissional também está atento ao próximo período de vacinação, de forma a não perder a oportunidade da administração das doses na idade recomendada. Os profissionais da sala de vacinação realizam monitoramento ativo das crianças*

*em idade para vacinar e os faltosos, e verificando a agenda semanal, se a criança que deve receber a dose será atendida, o contato com o profissional responsável pelo atendimento é realizado de forma a reforçar a orientação para que a criança seja direcionada à sala de vacinação.*

*Durante a visita domiciliar o ACS também tem papel fundamental para o monitoramento da carteirinha de vacinação, convocando as crianças em idade para vacinar e aquelas que por algum motivo estão em atraso de alguma dose. Essas informações são repassadas à equipe responsável pelo cuidado da criança durante as reuniões semanais das equipes. Dentro do indicador de cobertura vacinal, cada equipe fica responsável pelo monitoramento da sua população de abrangência nas microáreas, contabilizando o número de crianças que receberam a vacinação em dia com o calendário preconizado e convocação das crianças faltosas e em idade para vacinar, minimizando riscos de infecção por doenças imunopreveníveis e os atendimentos decorrentes do adoecimento. Por meio dessa contabilização por equipe, a unidade consegue obter o número total de crianças vacinadas pelo número de crianças na faixa etária cadastradas no território.*

*Orientamos aos pais e responsáveis a importância da vacinação e o aprazamento das próximas doses, e articulamos com as*

*creches locais para essa conscientização e monitoramento colaborativo das carteirinhas.*



Interessante sua fala! O gestor deve estar atento à estruturação da sala de vacinação para manter a qualidade da vacina, composição de equipe capacitada e utilização de procedimentos operacionais padrão, processos que devem estar bem estruturados para garantir a segurança dos usuários.

Outra questão que vale a pena ressaltar é o fornecimento das vacinas para evitar faltas nas unidades. É importante que a gestão municipal de APS e a Vigilância em Saúde (Imunização) estejam bem articuladas para garantir do fornecimento regular de imunobiológicos e fluxo de distribuição organizado.

Além do fornecimento de imunobiológicos, há necessidade de capacitação sobre imunobiológicos especiais para as equipes de APS. A ação pode ser realizada em conjunto com a vigilância para momentos educativos em relação aos imunobiológicos especiais e seus fluxos aos CRIE (Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais) para garantir o acesso àqueles grupos específicos.

Olha aí o monitoramento ativo da gestão aliado às ações da PAS nos serviços fazendo a diferença!

Agora te convido a refletir sobre a parte da segurança do paciente a possíveis erros de administração de medicamentos e vacinas. Você identifica algum risco que possa favorecer a ocorrência de incidentes e contribuir para um cuidado não seguro a estes usuários? Vamos listar abaixo alguns riscos que possam contribuir para falhas nestes processos, podendo causar danos aos usuários.

- Dose divergente da prescrita
- Via de administração divergente da prescrita
- Administração de medicamento não prescrito
- Não administração ou omissão de dose (com exceção de recusa ou efeito adverso conhecido)
  - Tempo de infusão divergente do prescrito
  - Administração com diluição errada
- Administração de medicamento/vacina vencidos

Estes são alguns riscos, existem vários outros, fique atento! Esses incidentes podem gerar impacto à saúde do usuário e repercussão na mídia. Deve estar se perguntando agora, e como evitar esse tipo de risco? Vou te apresentar os 9 acertos para administração de medicamentos e/ou vacinas:

- Medicação certa
- Paciente certo
- Dose certa
- Via de administração certa
  - Data ou horário certo
  - Registro certo
  - Ação certa
- Forma farmacêutica certa
- Monitoramento certo

Sugerimos um indicador para monitorar e avaliar ao longo do tempo. Inclua o indicador “incidência de erros de administração de medicamentos e/ou vacinas” no seu monitoramento. Ele encontra-se na seção de “Indicadores de Melhoria de Processos”.

Assim, você terá como monitorar e avaliar esses processos de forma eficaz. Confere lá!



Agora vamos ver como está o andamento dos processos avaliativos na subpopulação de usuários com condições crônicas, com foco na hipertensão e diabetes.

### Subpopulação com Condições Crônicas

Notei aqui que as equipes têm tido dificuldade em alcançar a meta para o indicador de “**Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre**”, com percentuais abaixo de 20%, chegando até 0%, nos quadrimestres. Quais as possíveis razões para este cenário, gestor?



*A aferição de pressão arterial é um procedimento simples, feito como uma atividade rotineira de avaliação dos sinais vitais nas consultas de médico e enfermeiro a toda a população. De fato, vemos resultados nada desejáveis deste indicador nos municípios, mas a causa é muito parecida com o que foi observado para os indicadores das gestantes, falhas na completude dos registros. Por ser um procedimento básico e de rotina para o cuidado da pessoa com hipertensão, as equipes só ainda não se habituaram à rotina do registro em prontuário eletrônico, com a informação do código SIGTAP*

correspondente. Até identificamos alguns municípios com percentuais acima de 50% e que em alguns quadrimestres têm reduzido o indicador, mas não por falta de aferição da pressão, e sim do registro adequado. Nós gestores nos comprometemos com o monitoramento e encaminhamentos necessários para apoiar as equipes e fortalecer este indicador, contribuindo diretamente para saúde da população de pessoas com hipertensão e diabetes, e indiretamente, ao viabilizar o aporte financeiro adequado para as equipes. Inclusive, sabemos que a APS tem cuidado muito bem da população com hipertensão do território, e na verdade das demais condições crônicas também. Percebemos isto quando observamos os resultados do indicador de **“Percentual de atendimentos na APS que geraram encaminhamento para a AAE”**, indicador sugerido nos guias de monitoramento. Ele se manteve em torno de 10% nos serviços. É interessante sabermos se por parte da AAE esse é o cenário que observamos também, pois se o indicador de encaminhamento é positivo na APS, ou seja, estão encaminhando majoritariamente os usuários de alto e muito risco, espera-se que na AAE o percentual



de usuários de alto e muito alto risco atendidos reflita isso, correto profissional da AAE?

E eu posso dizer que a APS não tem deixado de cumprir com o cuidado integral e resolutivo, ainda que seu indicador esteja fragilizado, pois constantemente temos compartilhado a gestão do cuidado dos usuários com hipertensão estratificados como alto e muito alto risco, aqueles que possuem complexidade clínica e dificuldade de estabilização, e que então necessitam do apoio do nosso ambulatório para superá-las. Como o indicador sugerido pelo guia de **“Percentual de usuários de alto e muito alto risco atendidos na AAE”** se mantém em uma constante e hoje praticamente não há filas para atendimento no ambulatório, nós no AAE assumimos que a APS tem desempenhado seu papel resolutivo muito bem, aferindo e acompanhando os níveis pressóricos, promovendo o autocuidado apoiado destes usuários, e evitando episódios de agudização da condição, assim agregando melhorias na qualidade de vida, além de identificar as reais necessidades dos usuários e programar as consultas no ambulatório de acordo com estas.

Neste sentido, nossa atuação integrada com a APS contribui para que por meio dos macroprocessos supervisional e educacional, os casos menos complexos possam ser resolvidos na APS, ainda que a equipe tenha alguma dúvida. Ao trabalharmos de forma conjunta, podemos alinhar conceitos com mais frequência, apoiar a resolução de casos na APS e até mesmo discuti-los.

O registro dos indicadores sugeridos nos guias de monitoramento pode ser realizado na plataforma e-Planifica na área de indicadores na Tutoria PAS. Lá você poderá registrar mensalmente e monitorar a sua evolução. Acesse o [e-Planifica](#) ✨!



e-Planifica

Como temos conversado até aqui, é importante aliarmos as avaliações com a epidemiologia, de modo que podemos utilizá-la como parâmetro e auxílio no planejamento das ações. Neste caso, podemos tomar como referência a prevalência de hipertensão do município/estado para verificarmos como está a captação de usuários com hipertensão da população cadastrada e atendida. Caso a cobertura esteja muito discrepante do esperado, além de intensificar o trabalho dos ACS, pode-se realizar campanhas educativas, ações preventivas e assistenciais relativas à hipertensão, seus sinais e sintomas e às doenças associadas, a fim de conscientizar a população a procurar os serviços de saúde.

Fiquei contente em ver que agregaram os indicadores sugeridos nos guias de monitoramento para a sua rotina de monitoramento e avaliação! E fico feliz em ouvir a positividade na fala da AAE sobre a APS. Isso acontece quando ambos reconhecem o papel um do outro e trabalham harmoniosamente para os objetivos em comum: a saúde dos usuários dos serviços e o fortalecimento do SUS! Isso é Planificação! E a gestão, foco no apoio aos serviços para a sustentação de estrutura e processos que promovam a melhoria dos indicadores.



*Sim, nossa integração está cada vez melhor! Com o indicador “**Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre**” o registro já é mais consistente, e não ficamos somente na solicitação, na APS é preciso acompanhar para garantirmos que o usuário tenha acesso ao exame, realize e retorne para a avaliação do resultado em tempo oportuno. Tendo em vista a prevalência da hipertensão e diabetes na população brasileira, o trabalho das nossas equipes é também identificar pessoas com fatores de risco e agravos frequentemente associados a estas doenças, como a obesidade e histórico familiar, com a finalidade de captar 100% dos usuários com essas condições para o adequado acompanhamento,*

*já que são consideradas doenças silenciosas. Aqui nas unidades já não trabalhamos mais com os dias “temáticos” por condição de saúde, não tem só o dia da gestante, só da pessoa com hipertensão e diabetes... todos podem ser atendidos a qualquer dia da semana e com vaga para a demanda espontânea se necessário, graças ao processo do agendamento por bloco de horas e todo o conhecimento que temos desenvolvido na Planificação.*



*Isso mesmo! Nós gestores nos dispomos a verificar a suficiência dos insumos para a realização do exame de acompanhamento e rastreamento no nível local conforme o número de usuários com a condição, previamente identificados e cadastrados pela a APS. Estamos em constante contato com toda a rede de apoio diagnóstico e terapêutico que compõe a nossa estrutura operacional da RAS no território e verificamos junto aos municípios que não só o indicador da solicitação de hemoglobina glicada, mas também o “percentual de usuários com diabetes dentro dos valores de referência no ano”, aqueles com resultado dentro do padrão de referência, ou seja, controlados, estabilizados, e os achados têm se mostrado satisfatórios.*



Discussão interessante! Acho importante ressaltar que além do cuidado com os usuários com hipertensão e diabetes, a promoção à saúde se faz-necessária a fim de prevenir novos casos. Assim, a atuação das equipes incentivando um estilo de vida mais saudável deve ser feita, envolvendo atividades em grupos para promoção da prática de atividades físicas, de alimentação saudável, programas antitabagismo, entre outros. As estratégias educativas para a população são grandes aliadas na adesão de hábitos e comportamentos saudáveis, contribuindo para prevenção e para o controle de doenças no nível populacional.

Bom saber que vocês incorporaram outro novo indicador no painel de monitoramento local, o indicador: “percentual de usuários com diabetes dentro dos valores de referência no ano”! Lembro a vocês um processo simples e colaborativo do usuário com a sua equipe de referência, o autocuidado apoiado, que vai ajudá-los a acompanhar o seu próprio estado de saúde e contribuir para a estabilidade clínica da condição crônica.

Para a gente finalizar nosso papo sobre monitoramento e avaliação, aproveitando a importante presença dos gestores, gostaria de saber o que vocês têm percebido no monitoramento do indicador “**Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)**”.



*Para nós que estamos avançando na integração da AAE em rede com a APS este indicador não pode faltar no nosso painel de bordo do gerenciamento. É o indicador de resultado da atenção das condições crônicas nesta faixa etária. É interessante ver como ao passo que as ações da PAS para a organização dos serviços e sua integração vão sendo consolidados, nosso indicador de taxa de morte prematura tem alcançado resultados cada vez menores, inclusive o número absoluto de mortes prematuras nos municípios de pequeno porte. Entendemos também que não é só porque enfatizamos o cuidado com as pessoas com hipertensão e diabetes que o cuidado com as demais condições, como o câncer, doenças respiratórias crônicas e outras doenças cardiovasculares, não se beneficiam neste processo.*

*Nas últimas décadas temos acompanhado o salto da prevalência dessas doenças na população e então, nos vimos em uma situação em que ou mudávamos o modelo de atenção ou entrariamos em colapso da saúde pública. Obviamente nossa decisão foi adotar estratégias, metodologias, que nos ajudassem a superar o modelo fragmentado e reativo, permitindo equilibrar a estrutura de demanda e oferta pelos serviços de saúde. Neste cenário, a metodologia da PAS foi uma das nossas soluções! E agora com o programa Previne Brasil nos sentimos ainda mais estimulados a avaliar como a mudança dos processos de trabalho pela PAS têm impactado na qualidade da assistência prestada.*



Nossa, muita coisa até aqui, né? Te pergunto, com relação a todos estes indicadores listados conforme as subpopulações identificadas acima, você identifica algum risco que possa favorecer a ocorrência de incidentes e contribuir para um cuidado não seguro a estes usuários?

Se sua resposta foi não, fique calmo, que estou aqui para te ajudar... Abaixo listo alguns riscos que possam contribuir para falhas nestes processos, podendo causar danos aos usuários. Veja só:

- Não identificar as subpopulações-alvo por fator de risco ou condição de saúde (usuário com hipertensão não foi identificado durante o cadastro, podendo apresentar-se já com piora no quadro clínico).
  - Não estratificar usuário com alto ou muito alto risco (piora clínica ou atraso no compartilhamento do cuidado com a AAE).
- Não registrar no prontuário o estrato de risco às condições crônicas (falha na comunicação para acompanhamento deste usuário).
  - Falha no compartilhamento do cuidado entre APS e AAE (falha na comunicação entre APS e AAE, atraso no compartilhamento do cuidado para a AAE).

Deve estar se perguntando, e como evitar estes riscos?

Dá uma olhadinha na lista que preparei para você, logo abaixo:

- Realizar cadastro corretamente, com a identificação das subpopulações-alvo e registrar toda informação em prontuário para acesso a todos os profissionais.
- Aplicar o MACC para estratificação de risco correta da subpopulação-alvo identificada e registrar informação corretamente em prontuário.
  - Definir o meio de comunicação para compartilhamento do cuidado validado pelo município e utilizá-lo.

Legal, né?! Então, aproveite este guia, que foi elaborado com muito carinho e que está recheado de informações importantes, para avaliar os processos aí na sua unidade da APS, unidade da AAE, município, região e unidade federativa.

E não se esqueça... a cada capítulo eu venho te trazendo ótimas dicas, hein!



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

Progredimos muito, discutimos os indicadores e sua relação com o monitoramento e avaliação dos processos de trabalho na APS e AAE! A presença dos gestores nesta conversa foi crucial! Os processos avaliativos podem começar e você tem a missão de divulgar o que aprendeu, conto com você!

## INDICADORES DE MELHORIA DE PROCESSOS

Se você, gestor ou profissional, gosta de ver a evolução da(s) sua(s) unidade(s) ao longo da Planificação, tenho mais um indicador recomendado para complementar as discussões dos serviços e secretarias. Sugerimos um indicador básico relacionado à segurança do paciente. O indicador abaixo se aplica tanto para APS quanto para AAE, com registro sob responsabilidade dos profissionais da unidade, e planejamento, monitoramento e avaliação dos profissionais e gestores.

### Percentual de Erro de Administração de Medicamentos e/ou Vacina

#### O que mede:

O indicador visa monitorar erros de medicação e/ou vacinação em usuários dos serviços da APS e AAE. O conceito de erro nestes casos contempla os seguintes aspectos: dose divergente da prescrita; via de administração divergente da prescrita; administração de medicamento não prescrito; não administração ou omissão de dose (com exceção de recusa do usuário ou efeito adverso conhecido que impeça a administração da dose); tempo de infusão do medicamento no usuário divergente do prescrito; administração com diluição errada; administração de medicamento/vacina vencidos.

#### Cálculo:

Numerador: Número de erros relacionados à administração de medicamentos e/ou vacinas

Denominador: Número de procedimentos de administração de medicamentos e/ou vacinas

Fórmula:

$$\left( \frac{\text{Número de erros relacionados à administração de medicamentos e/ou vacinas}}{\text{Número de procedimentos de administração de medicamentos e/ou vacinas}} \right) \times 100$$

Unidade de medida: Percentual

Parâmetros: Quanto menor o número de erros de administração de medicamentos e vacinas, melhor

Periodicidade: Mensal

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

### Como analisar:

É importante mensurar os erros diariamente e somá-los ao final do mês para garantir que o indicador mostre a realidade da sua unidade com relação ao processo medicamentoso e/ou de vacinação. Dessa forma, ao monitorar diariamente esse número, reduz-se as chances de subestimar o quantitativo de procedimentos realizados com erro no mês e ainda auxilia os profissionais para as tratativas imediatas pertinentes ao erro cometido, pois a administração incorreta pode levar a casos fatais.

Caso você identifique piora no indicador, ou seja, mais erros do que é comum no serviço, pode ser que as ações recomendadas para prevenção da ocorrência dessas falhas não foram realizadas corretamente e então, verifique as causas que levaram a ocorrência delas, por exemplo, sobrecarga dos profissionais, troca de atribuições entre profissionais, medicamento/vacina disposto no local incorreto, dentre outros, e defina um plano de ação para melhoria do processo e, consequentemente, melhorias no indicador.

## PRÓXIMOS PASSOS

E aí, gostou do conteúdo do Guia para Monitoramento de Indicadores da Etapa 6? A expectativa é que você possa capilarizar as discussões sobre o monitoramento e avaliação dos serviços utilizando como instrumentos os indicadores de saúde.

Nos próximos capítulos abordaremos os indicadores novamente, trazendo o processo desenvolvido na metodologia da Planificação. Além disso, serão sugeridos alguns indicadores de melhoria de processo em cada um dos capítulos, que não estão disponíveis nos sistemas oficiais. Esses indicadores irão complementar os indicadores pactuados com base nos processos trabalhados na PAS.

Esteja à vontade para consultar o Guia Introdutório para Monitoramento de Indicadores para relembrar os conceitos-chave do monitoramento e avaliação. Te vejo no próximo capítulo!

**Guia para Monitoramento de Indicadores - Etapa 6 | PlanificaSUS**

Anexo 1. Indicadores Pactuados

Subpopulação	Nº	Indicadores	Pactuações
<b>Todos os usuários</b>	1	Número de usuários cadastrados.	Previne Brasil
	2	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária.	COAP
<b>Mulheres</b>	3	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.	Previne Brasil
	4	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	SISPACTO
<b>Gestantes</b>	5	Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV.	Previne Brasil
	6	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	Previne Brasil
	7	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.	Previne Brasil
	8	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	SISPACTO
	9	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	SISPACTO
<b>Crianças</b>	10	Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b e Poliomielite Inativada.	Previne Brasil
	11	Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	SISPACTO
	12	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	SISPACTO
	13	Taxa de mortalidade infantil.	SISPACTO
<b>Condições crônicas</b>	14	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	Previne Brasil
	15	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	Previne Brasil
	16	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.	SISPACTO

## REFERÊNCIAS

- BOTELHO, J. K.; PORTELA, M. C. **Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. 3. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050915> >. Acesso em: 16 dez. 2021.
- PLANIFICASUS. E-Planifica. Disponível em: < [planificasus.com.br](http://planificasus.com.br) >. Acesso em: 22 fev.2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Previne Brasil – Novo modelo de financiamento para a APS**. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento> >. Acesso em: 02 dez. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. Disponível em: < [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204\\_N\\_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores\\_3604088260565235807.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf) >. Acesso em: 02 dez. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS Nº 2.254, de 3 de setembro de 2021**. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326> >. Acesso em: 02 dez. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução Nº 8, de 24 de novembro de 2016**. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008\\_24\\_11\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008_24_11_2016.html) >. Acesso em: 02 dez. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica Nº 20/2021-DGIP/SE/MS**. Disponível em: < <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/694Fwffj1jlkIWYI4fqll7bvJS08aYwOxsQjYQT.pdf> >. Acesso em: 02 dez. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019**. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196> >. Acesso em: 16 dez. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informatiza APS**. Disponível em: < <http://sisaps.saude.gov.br/informatizaaps/> >. Acesso em: 16 dez. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html) >. Acesso em: 15 dez. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV e/ou Sífilis**. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/guia-para-certificacao-da-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-eou-sifilis-2021> >. Acesso em: 20 dez. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica Nº 3/2022**. Disponível em: < <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT-Alteracao-Indicadores-de-Desempenho-Previne-Brasil-1.pdf> >. Acesso em: 22 fev. 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 102, de 20 de janeiro de 2022**. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336> >. Acesso em: 22 fev.2022.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

