

Plano Municipal De Saúde **2022-2025**



CAMPO DO TENENTE, ESTADO DO PARANÁ
2022

Secretaria Municipal de Saúde
Gabinete da Secretária

GESTÃO

Weverton Willian Vizentin
Prefeito

João Paulo Negrelli
Vice-Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Solange Azzolini Costabile
Secretária

Aline Lisboa
Coordenação

Kelver Luiz Krigoski
Coordenação

Mariana Alice Cavichiolo
Coordenação

Eluisa Marchese
Coordenação

Gilson Antonio Arruda
Coordenação

Campo do Tenente – PR, 28 de março de 2022.

Gabinete da Secretária:
Rua Maria Clara Brandão Tesserolli, nº 60, Centro,
Campo do Tenente – PR, CEP: 83.870-000
e-mail: saúde@campodotenente.pr.gov.br
(41) 3628-1930



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO	5
1.1 INDICADORES DE DESEMPENHO.....	12
1.2 MORBIDADE HOSPITALAR POR CAPÍTULO CID-10	15
2 ESTRUTURAS DE SAÚDE MUNICIPAL	15
2.1 HISTÓRICO DE PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	16
2.2 ESTRUTURA TÉCNICA E ADMINISTRATIVA	20
2.2.1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	20
2.2.2 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO MUNICIPAIS	21
2.2.3 ORGANOGRAMA.....	25
3 REDE ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL	25
3.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	25
3.2 VIGILÂNCIAS EM SAÚDE.....	26
3.3 SAÚDE BUCAL	33
3.4 ASSISTÊNCIA SOCIAL	34
3.5 ASSISTÊNCIA FONOAUDIOLÓGICA	36
3.6 ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA	37
3.7 ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA	39
4 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	41
4.1 SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	41
4.2 CENTROS DE REFERÊNCIA.....	41
5 LOCAIS INDISPONÍVEIS.....	42
6 CONTROLE SOCIAL	42
6.1 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	42
7 RELAÇÃO DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025.....	43
8 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DE 2022	68



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

9 TERMO DE HOMOLOGAÇÃO.....	71
10 ANEXOS.....	72
10.1 – PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2022	72
10.2 – RELATÓRIO FINAL DA XIII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO DO TENENTE – PR	72
10.3 – ATA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APRECIÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025 E DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2022	72
10.4 – RESOLUÇÃO 002/2022 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	72
10.5 – REMUME	72
10.6 – LEGISLAÇÃO.....	72



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

História

Conta a história que seus habitantes primitivos eram os Caingangues e os Botocudos. Lá pelos idos de 1543, já se conhecia seu território, pois a existência da capitania de Itamaracá incluía o território que compõe o município de Campo do Tenente.

A origem do povoado remonta ao ciclo do tropeirismo quando se transportava gado dos pampas gaúchos à capitania de São Paulo pelo “Caminho Sorocaba – Viamão”.

Em 1916, investiu-se na colonização da região de Rio Negro com a vinda de açorianos e, em 1929, chegaram à região os imigrantes alemães.

Dois fatores contribuíram para o progresso do lugar: a inauguração da estrada de ferro em 1894 e a chegada da energia elétrica, de forma gratuita, no ano de 1907.

A origem do nome vem de um acampamento militar da época da Guerra dos Farrapos, comandado por um tenente, ficando desde então conhecido como Campo do Tenente.

Formação Administrativa

Em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937, figura no município de Rio Negro o distrito de Campo do Tenente.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1960.

Elevado à categoria de município com a denominação de Campo do Tenente, pela Lei Estadual n.º 4.338, de 25-01-1961, desmembrado de Rio Negro. Sede no antigo distrito de Campo do Tenente. Constituído do distrito sede. Instalado em 29-10-1961.

Em divisão territorial datada de 31-XII-1963, o município é constituído do distrito sede.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2017.

Fonte: Campo do Tenente (PR). Prefeitura. Disponível em:

<http://campodotenente.pr.gov.br/portal/historia/>. Acesso em: jun. 2017.

LOCALIZAÇÃO



FONTE: IPARDES

LIMITES DO MUNICÍPIO



FONTE: IPARDES

NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010).

Área da unidade territorial [2021] 304,488 km²

Esgotamento sanitário adequado [2010] 59,4 %

Arborização de vias públicas [2010] 16,7 %

Urbanização de vias públicas [2010] 25,4 %

Bioma [2019] Mata Atlântica

Região de Influência [2018] Arranjo Populacional de Mafra/SC - Rio Negro/PR - Centro Subregional B (3B)



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Região intermediária [2021] Curitiba

Região imediata [2021] Curitiba

Mesorregião [2021] Metropolitana de Curitiba

Microrregião [2021] Rio Negro

INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - 2021

HISTÓRICO	INFORMAÇÃO
Origem do município - Desmembramento	Rio Negro
Data de instalação do município (1)	29/10/1961
Data de comemoração do município	29 de outubro

FONTE: Prefeitura

(1) Data em que o município foi instalado, independe da data de criação do mesmo, que é através de decreto, lei ou decreto-lei.

ÁREA TERRITORIAL E DISTÂNCIA À CAPITAL - 2021

TERRITÓRIO	INFORMAÇÃO	UNIDADE
Área territorial	304,635	km ²
Distância da sede municipal à capital	95,70	km

FONTE: IAT (Área), SEIL (Distância)

DIVISÃO ADMINISTRATIVA - 2021

DIVISÃO ADMINISTRATIVA	INFORMAÇÃO
Número de distritos administrativos	1
Nome dos distritos administrativos	Campo do Tenente

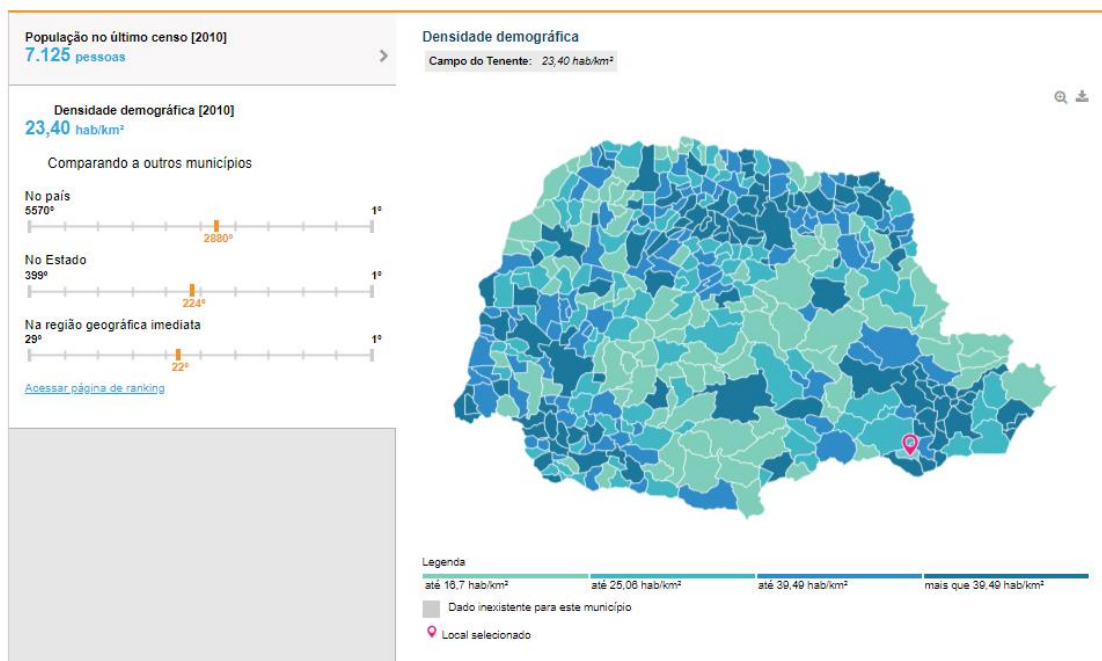
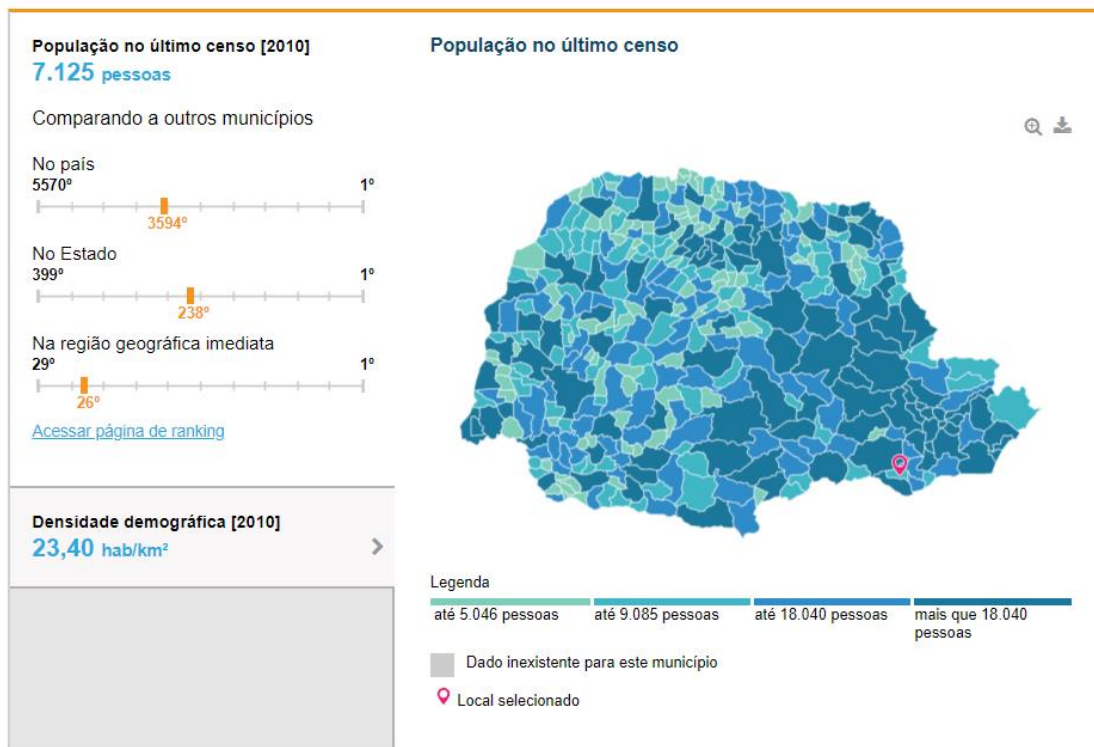
DIVISÃO ADMINISTRATIVA	INFORMAÇÃO
Comarca a que pertence	Rio Negro

FONTE: IBGE (Distritos), TJPR (Comarca)



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

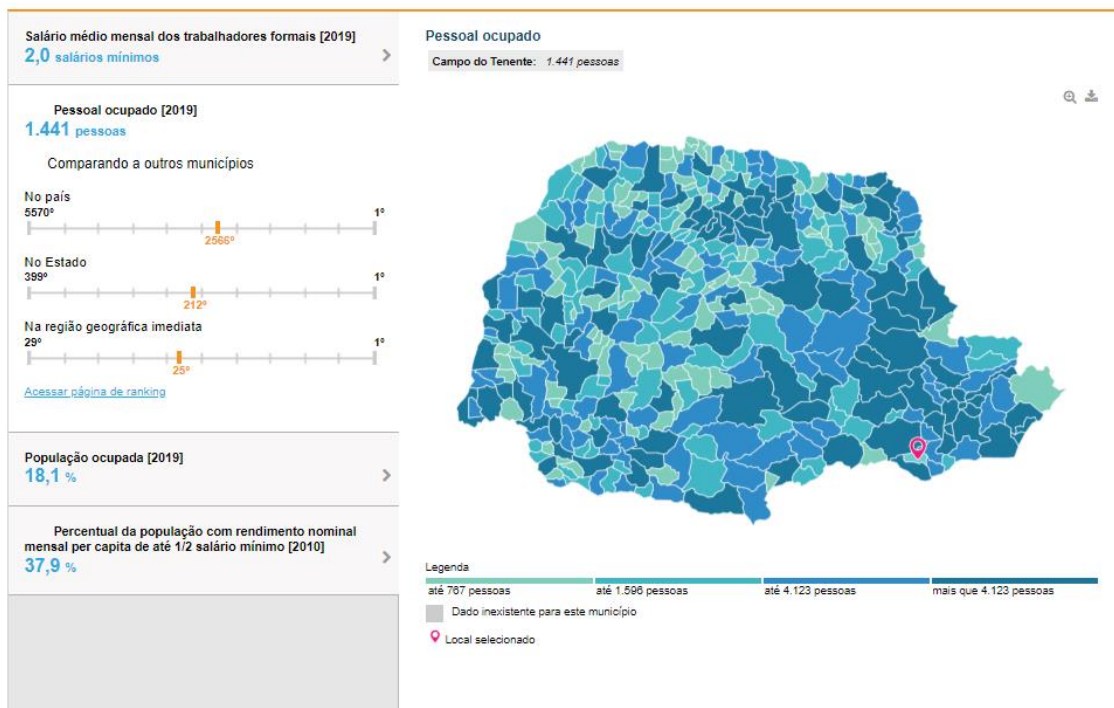
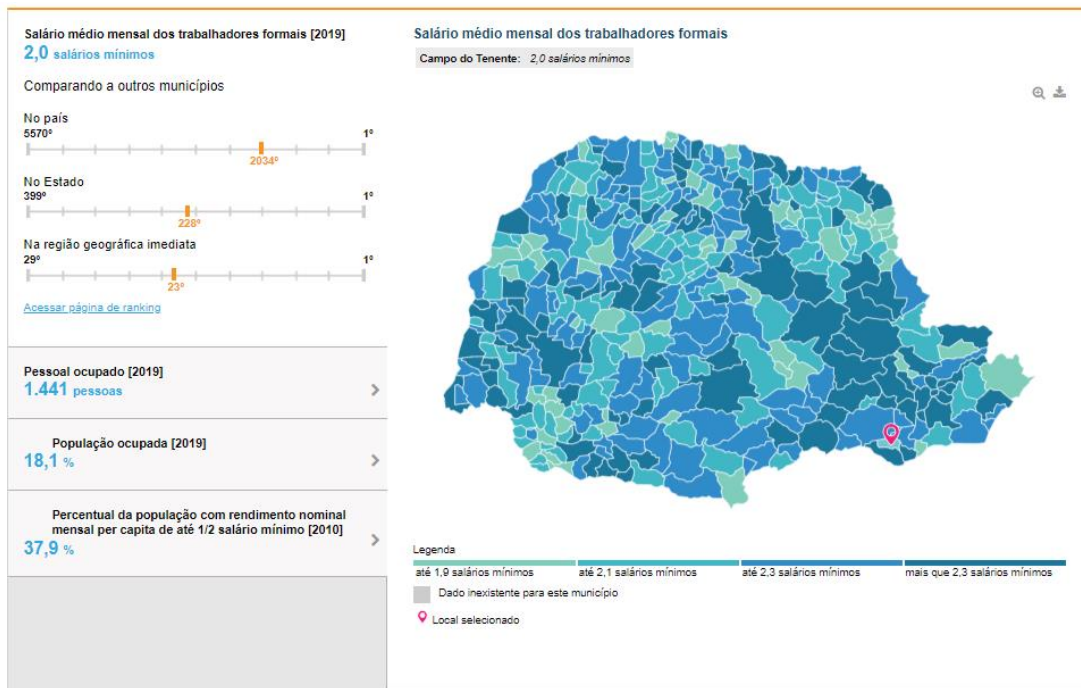
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE





PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

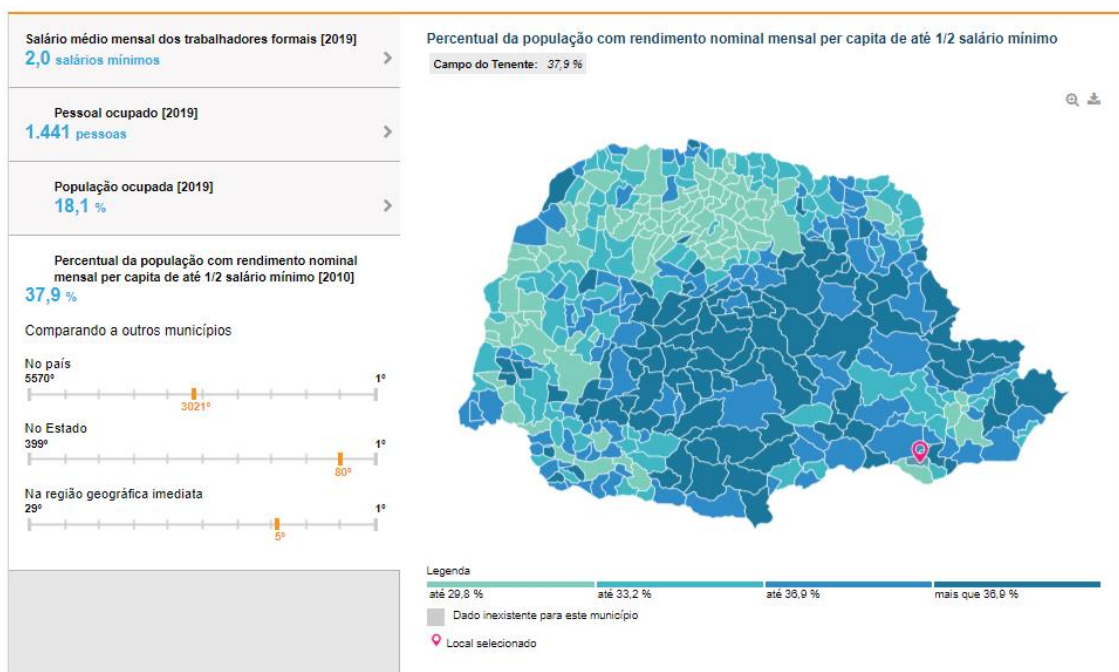
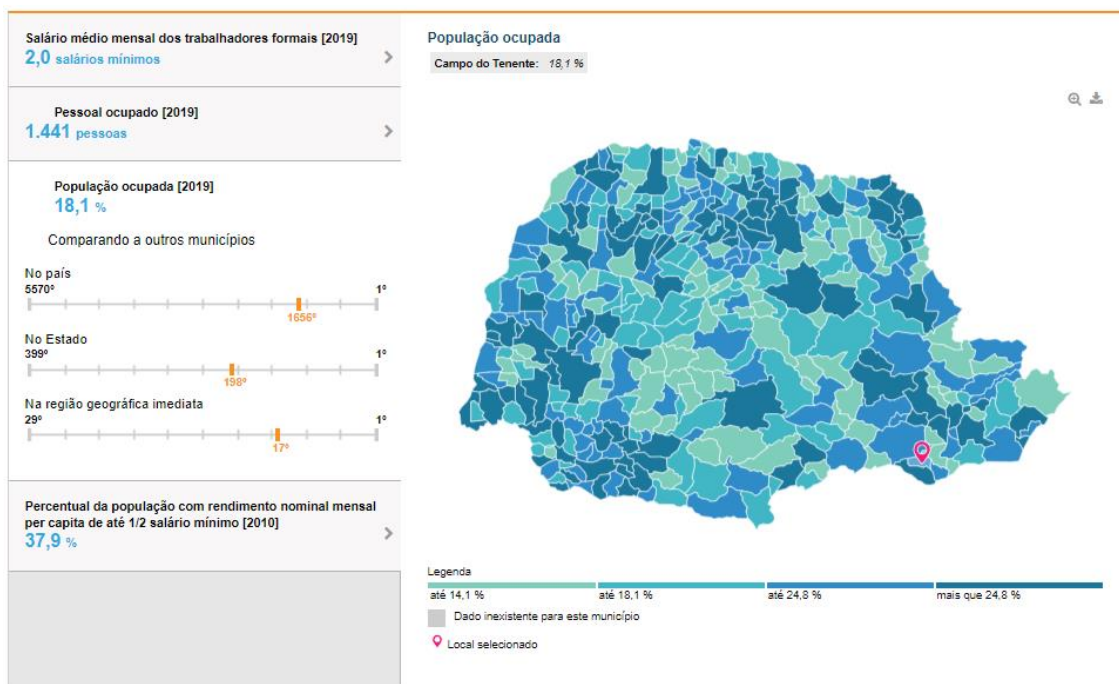
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE





PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

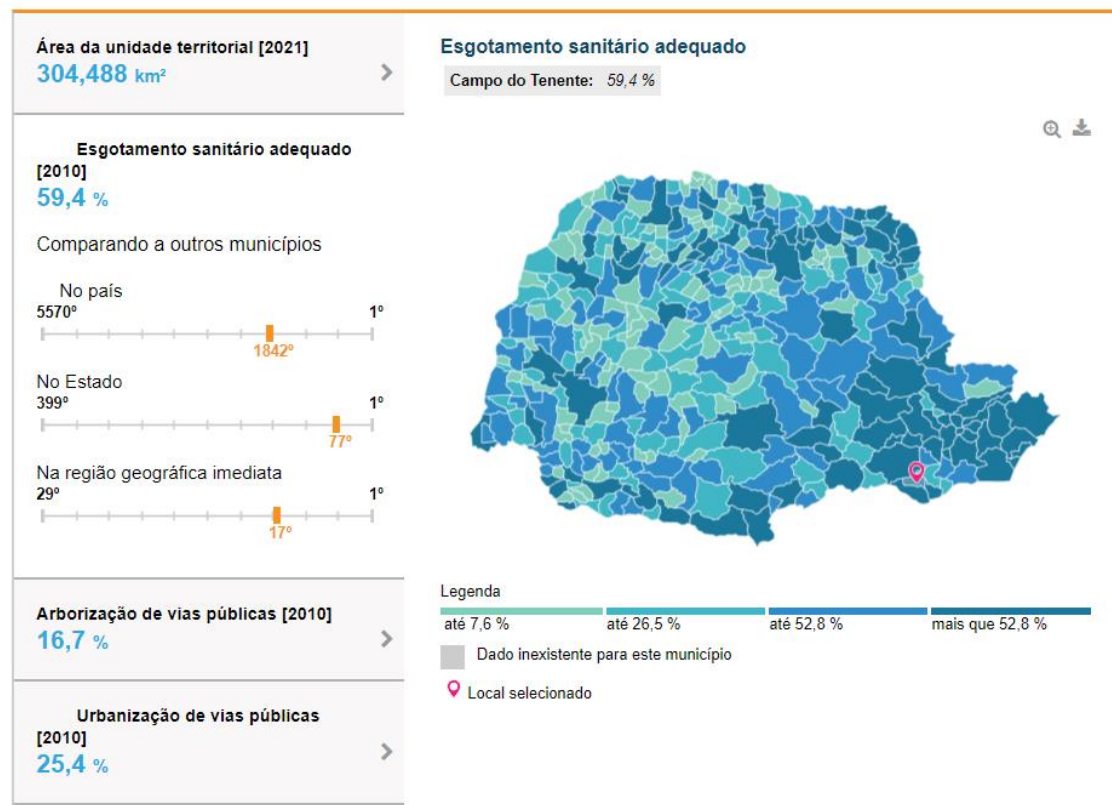
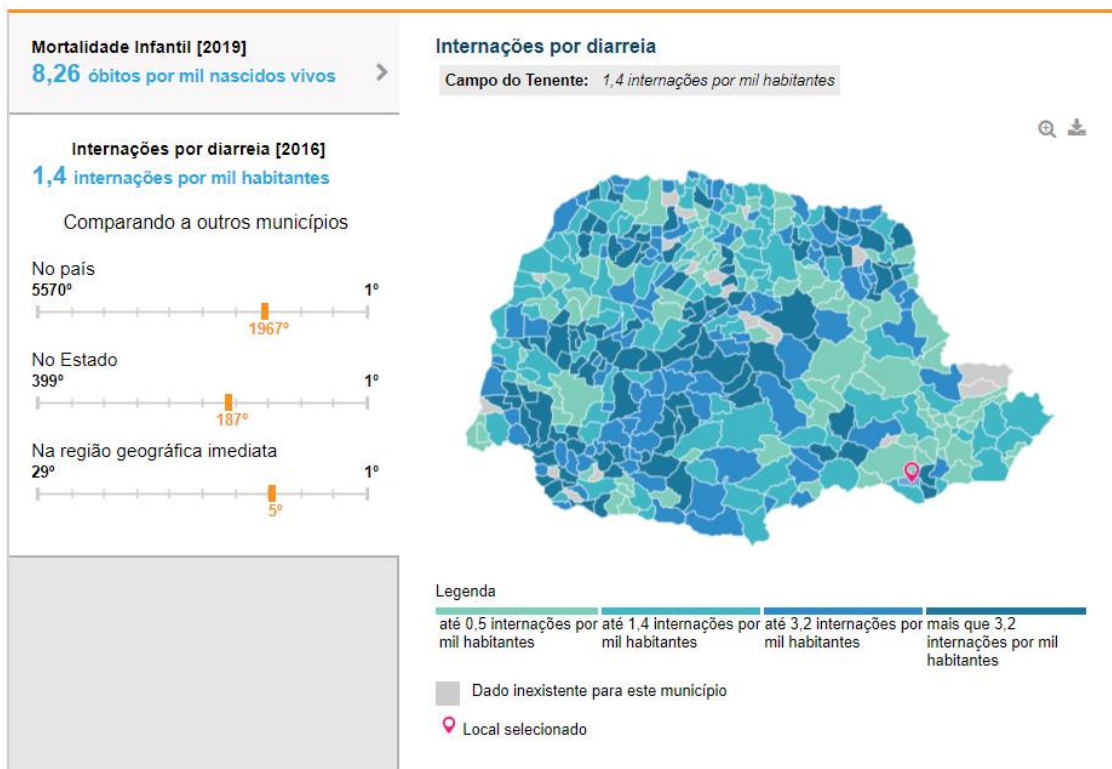
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE





PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

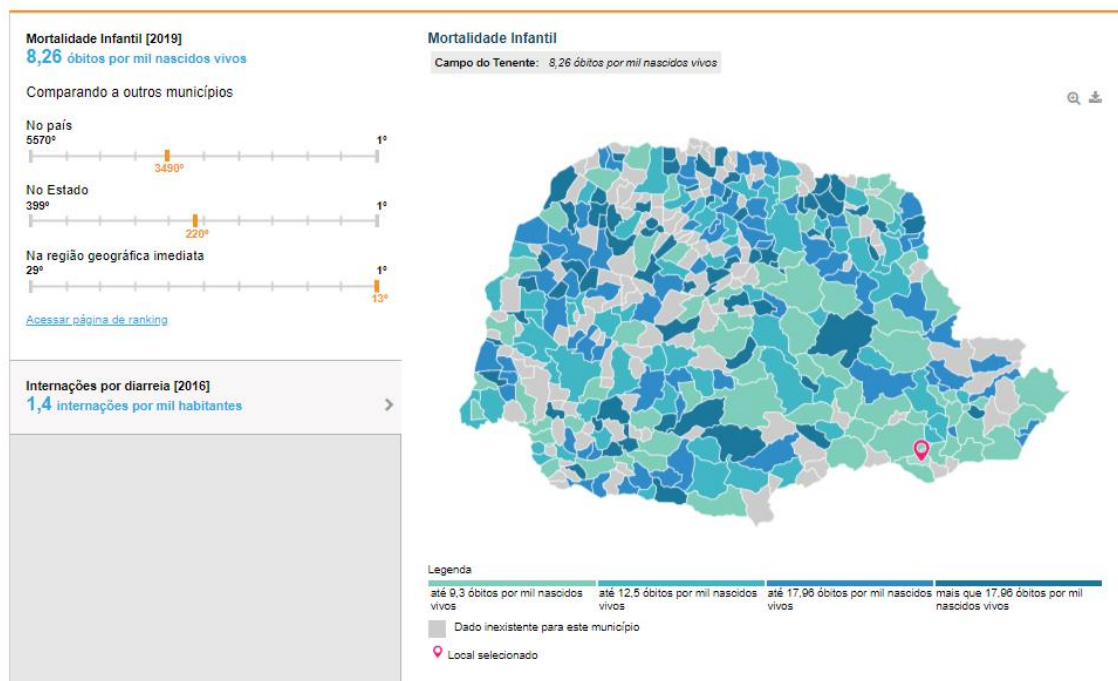
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE





PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/campo-do-tenente/panorama>) Consulta: 25/03/2022)

1.1 INDICADORES DE DESEMPENHO

Pactuação de Indicadores, com base no novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme definida em Portaria do Ministério da Saúde, em anexo a este Plano Municipal de Saúde.

Legislação do Programa Previne Brasil:

- MANUAL INSTRUTIVO DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- Institui

PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 - Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

- Altera



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA Nº 3.883 DE 27 DE DEZEMBRO DE 2019 - Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da equipe de Atenção Primária - eAP conforme Programa Previne Brasil.

- Define

PORTARIA Nº 169, DE 31 DE JANEIRO DE 2020 - Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil.

- Dispõe

PORTARIA Nº 102, DE 20 DE JANEIRO DE 2022 – Dispõe sobre os indicadores de pagamento por desempenho, no do Programa Previne Brasil.

PORTARIA Nº 173, DE 31 DE JANEIRO DE 2020 - Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil.

PORTARIA Nº 172, DE 31 DE JANEIRO DE 2020 - Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE.

PORTARIA Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019 - Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

- Estabelece

PORTARIA Nº 1.740, DE 10 DE JULHO DE 2020 - Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

- Prorroga

PORTARIA Nº 29, DE 16 DE ABRIL DE 2020 - Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19).

- Nota técnica

NOTA TÉCNICA Nº 11/2022-SAPS/MS - Indicadores de Pagamento por desempenho do Programa PREVINE Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

NOTA TECNICA Nº 7/2022-SAPS/MS – Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

NOTA TECNICA Nº 6/2022-SAPS/MS – Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

NOTA TÉCNICA Nº 5/2022-SAPS/MS – Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacina na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae b e Poliomielite Inativada.

NOTA TÉCNICA Nº 4/2022-SAPS/MS – Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária em Saúde.

NOTA TÉCNICA Nº 3/2022-SAPS/MS – Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária em Saúde.

NOTA TÉCNICA Nº 2/2022-SAPS/MS – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

NOTA TÉCNICA Nº 1/2022-SAPS/MS – Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.

NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS - Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020)

NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1.2 MORBIDADE HOSPITALAR POR CAPÍTULO CID-10

Capítulo CID-10	2021/Jan	2021/Fev	2021/Mar	2021/Abr	2021/Mai	2021/Jun	2021/Jul	2021/Ago	2021/Set	2021/Out	2021/Nov	2021/Dez	Total
TOTAL	30	34	39	61	48	41	36	39	25	44	45	19	461
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	1	4	22	16	15	6	-	-	1	-	-	69
II. Neoplasias (tumores)	4	3	1	1	1	3	1	5	4	5	5	1	34
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	1	2	6
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	1	5	1	2	-	-	-	1	1	1	12
VI. Doenças do sistema nervoso	1	-	1	-	1	1	-	2	1	-	1	1	9
VII. Doenças do olho e anexos	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	6	4	4	5	4	6	7	2	8	5	2	55
X. Doenças do aparelho respiratório	1	-	2	3	3	2	2	1	-	3	-	-	17
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	1	6	6	2	4	2	6	4	6	6	-	47
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	1	-	-	-	1	1	2	-	1	2	8
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	3	1	-	1	2	2	1	-	-	10
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	2	1	1	-	3	1	2	3	-	3	-	17
XV. Gravidez parto e puerpério	9	11	9	6	8	4	5	8	5	10	11	5	91
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	3	2	2	4	-	1	-	-	2	3	2	20
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	2	1	6
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2	4	7	6	6	3	5	5	1	2	6	2	49
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	4

Fonte: Tabnet Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (2022)

2 ESTRUTURAS DE SAÚDE MUNICIPAL

Em 02/2022 o município contava com 3 (três) equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, completas com 3 (três) equipes de Saúde Bucal

A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica (AB) em 12/2020 era de 7.971 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 7.971 pessoas.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Mês, ano, município e região de saúde	População coberta - AB
dez/2020	100,00%
Campo do Tenente - PR	População coberta - ESF
(2ª RS Metropolitana)	100,00%

2.1 HISTÓRICO DE PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Os números apresentados nas tabelas abaixo são relativo às produções da atenção básica no ano de 2021, constando na tabela a descrição da atividade e o quantitativo do primeiro, segundo e terceiro quadrimestre de 2021, respectivamente:

Atenção Básica				
Nº de Visitas	21770	17910	10746	Número
Consultas médicas AB e ESF	6705	5927	8806	Número
Consultas - Encaminhamentos Especializadas	757	414	552	Número
Observação - Pacientes em Observação	643	799	409	Número
Procedimentos - Curativos AB e ESF	246	144	207	Número
Procedimentos - Retirada de Pontos AB e ESF	69	40	64	Número
Procedimentos - Suturas	12	0	39	Número
Procedimentos - Adm de Injetáveis AB e ESF	3180	1337	2015	Número
Procedimentos - Inalações AB E ESF	14	1	84	Número
Exames - Laboratoriais	5987	9803	11627	Número
Exames - Alto Custo	428	189	189	Número
Exames - Eletrocardiogramas	62	175	316	Número
Exames - Raio x	418	403	837	Número



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Linha de Cuidado Materno Infantil				
Gestantes - Número de Gestantes acompanhadas	91	97	93	Número
Gestantes - Menores de 19 anos	10	11	13	Número
Consultas Obstétricas	344	371	69	Número
Exames Preventivo Cancer	28	37	141	Número
Exames Mamografias	26	16	75	Número
Partos - Normal	15	8	19	Número
Partos - Cesáreos	25	15	16	Número
Nascidos Vivos	40	23	35	Número
Nascidos - Peso menor de 2,5 kg	3	3	2	Número
Óbitos - Menores de 01 ano	0	0	1	Número
Óbitos - Materno idade fértil	0	0	0	Número
Óbitos - Causas sensíveis a AB	19	2	0	Número
Óbitos - Causas Sensíveis AB	28	37	0	Número
Dispensação - Medicamentos Uso Contínuo	2200	6560	5840	Número

Atendimento Odontológico				
Procedimentos Odontológicos	1658	794	3907	Número
Aplicação Flúor	2	0	49	Número
Ação Coletiva Esc dental Supervisionada	0	0	0	Número
Exodontia	112	54	200	Número

Assistência Farmacêutica				
Dispensação - Farmácia Especial	1036	1512	1480	Número
Dispensação - Saúde Mental	1204	1700	1800	Número
Dispensação - Contraceptivos	1040	1240	1260	Número
Dispensação - Estratégicos Cesaf	12	12	12	Número
Dispensação - Suplementação Ferro	236	0	238	Número
Dispensação - Pacientes em Observação	1253	2665	818	Número
Portadores de Feridas Crônicas	52	76	84	Número
Programa - Ostomizados	12	12	20	Número
Programa - Insulinodependentes	448	500	500	Número



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assistência Especializada na Atenção Básica				
Consultas Psicológicas	158	368	421	Número
Consultas Psiquiátricas	26	26	12	Número
Consultas Assistente Social	175	325	0	Número
Consultas Fonoaudiológicas	2	64	92	Número
Consultas Fisioterapeutas	9	449	250	Número

Transporte Sanitário e Eletivo				
Transferências Hospitalares	104	86	57	Número
Transferências Maternidade	27	21	43	Número
Transporte Sanitário - Onibus	1292	1292	1433	Número
Transporte Sanitário - Amb/Vans e Veículos	912	830	2063	Número

Vigilâncias em Saúde em Saúde				
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100%	100%	100%	Percentual
Ações da Vigilância de Endemias - Dengue, Zika Virus e chicungunha	393	448	594	Número
Notificacao 11 agravos rel à saúde do trabalhador e preencher o campo ocupação	0%	0%	3000%	Percentual
Insp San em Serviços de Alimentacao	15	18	15	Número
Insp San em Serviços de Saude	6	4	44	Número
Insp San em Cad de Estabelecimentos	40	26	61	Número
Insp San em Atividade Educativa	14	13	13	Número
Denuncias - Atendimentos	27	30	14	Número
Instauração de Proc Adm Sanitario	0	0	0	Número
Acoes e Campanhas Saude Trabalhador	4	14	12	Número
Notificação compulsória imediata (DNCl) encerrados em até 60 dias após notificação	99%	100%	100%	Percentual



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Vigilâncias em Saúde em Saúde (Continuação)				
Investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	100%	100%	100%	Percentual
Casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	0	0	Número
Casos novos de aids em menores de 5 anos	0	0	0	Número
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	100%	100%	100%	Percentual
Pentavalente 3ª	48	36	13	Número
Pneumocócica 10 2ª	55	34	11	Número
Poliomielite 3ª	49	39	13	Número
Tríplice viral 1ª	46	41	28	Número
Vacinas Gripe	245	1854	2187	Número
Febre Amarela	130	72	24	Número
Notificações de Doenças relativas ao Trabalho - Câncer, Dermatoses ocupacionais, Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares (LER/DORT), Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR, Pneumoconioses ,Transtornos mentais	100%	100%	100%	Percentual
Preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100%	100%	100%	Percentual
Ações de Erradicação do Trabalho Infantil, Prevenção de Acidentes no trabalho	4	14	27	Número
Participação Cursos e Capacitações	15	1	3	Número
Orientações e Inspeções Ambiente de Trabalho - com ênfase Construção Civil	4	7	3	Número
Orientações e Inspeções Ambiente de Trabalho Rural - com ênfase uso de Agrotóxicos	5	9	2	Número
Investigação todas as ocorrências de acidentes graves ou fatais de trabalho em 03 dias úteis	300%	200%	100%	Percentual



2.2 ESTRUTURA TÉCNICA E ADMINISTRATIVA

2.2.1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade gerencial administrativa que dispõe de serviços de saúde, composto pela ESF (Estratégia da Saúde da Família), Vigilâncias em Saúde, Central de Medicamentos, Regulação de Serviços de Saúde, Serviço de PA 24 horas, Serviços Especializados de Apoio e Coordenação Administrativa e Financeira.

Cabe ao Secretário orientar, coordenar e supervisionar as atividades dos órgãos de sua Secretaria e das entidades da administração indireta a ela vinculadas; referendar ato e decreto do prefeito; expedir instruções para a execução de lei, decreto e regulamento; apresentar ao prefeito relatório anual de sua gestão; comparecer à Câmara, nos casos e para os fins previstos em Lei ; praticar os atos pertinentes às atribuições que lhe forem outorgadas ou delegadas pelo prefeito.

Atribuições do Setor:

Elaboração anual do Plano de Ações e Metas da Secretaria Municipal de Saúde com previsão orçamentária e financeira, com a participação dos coordenadores de cada setor;

Gerenciamento e acompanhamento dos recursos financeiros e orçamentários do Fundo Municipal de Saúde; recursos específicos repassados, fundo a fundo, destinados aos Programas e pactuações firmadas com a SESA - Secretaria Estadual de Saúde e com o Ministério da Saúde;

Planejar as ações O processo de planejamento envolve estudo da realidade local, adequação desta realidade às diretrizes contidas na literatura e no estabelecimento de um programa de metas.

Estabelecer diretrizes e ações programadas.

Gabinete do Secretário:

Responsável: Solange Azzolini Costabile – Telefone: (41) 3628-1930

Email: saude@campodotenente.pr.gov.br Endereço: Rua Maria Clara Brandão Tesserolli, 60, Centro, Campo do Tenente – PR



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FROTA MUNICIPAL DA SECRETARIA DE SAÚDE							
VEÍCULOS ATIVOS	UBS DIVINO ESPÍRITO SANTO	UBS WALDOMIRO MACHADO DE SOUZA	UBS ELOI PASCHOAL BODANESI	UNIDADE 24 h SÃO LUIZ	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	TOTAL
Moto					1		1
Ambulância				5			5
Veículo 5 lugares	1	1	1	1	1	1	6
Veículo 7 lugares				2			2
Van 16 lugares				1			1
Ônibus				1			1

2.2.2 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO MUNICIPAIS

Coordenadora Geral – Aline Lisboa

- Unidade Básica de Saúde Waldomiro Machado de Souza**

Horário de Atendimento 08:00 às 17:00 (segunda a sexta-feira)

Enf. Resp Sabrina Cordeiro

Equipe composta por:

01 Médico clínico geral

01 Enfermeiro

02 Técnicos de enfermagem

04 Agentes Comunitários de Saúde

01 Dentista

01 THD - Técnico de Higiene Dental

01 ACD - Auxiliar de Consultório Dental

01 Técnico ESUS

01 Recepção

01 Fisioterapia

01 Assistência Social

01 Serviços Gerais



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- **Unidade Básica de Saúde Divino Espírito Santo**

Horário de Atendimento 07:30 às 17:00 (segunda a sexta-feira)

Enf. Resp Sirlene da Aparecida Chein

Equipe composta por:

01 Médico Clínico Geral

01 Enfermeiro

02 Técnicos de enfermagem

04 Agentes Comunitários de Saúde

01 Dentista

01 THD - Técnico de Higiene Dental

01 ACD - Auxiliar de Consultório Dental

01 Técnico ESUS

01 Serviços Gerais

01 Recepção

01 Farmacêutico

01 Psicologia

01 Fonoaudiologia

01 Auxiliar de Farmácia

- **Unidade Básica de Saúde Eloi Paschoal Bodanesi**

Integram esta unidade: Posto de Atendimento Francisca Veiga; Posto de Atendimento Deamiro Alves Ribeiro; Posto Avançado Serrinha; Posto Avançado Pau de Casca; Posto Avançado Santana

Horário de Atendimento 08:00 às 12:00 – 13:00 às 17:00 (segunda a sexta-feira)



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Enf. Resp Ana Taiza Ribeiro

Equipe composta por:

01 Médico clínico geral

01 Enfermeiro

01 Técnicos de enfermagem

05 Agentes Comunitários de Saúde

01 Dentista

01 ACD - Auxiliar de Consultório Dental

01 Técnico ESUS

01 Recepção

- **Unidade Básica de Saúde 24h São Luiz**

Horário de atendimento: 24 horas

Enf. Resp. Caroline Stelmach/Elismara Prates Schoroeder/Tatiana Euko
Quege/Veridiane Eloisa Magneski

Equipe composta por:

07 Médicos Clínico Geral – 24 horas

07 Enfermagem – 24 horas

15 Técnico de Enfermagem – 24 horas

02 Assistente Administrativo

01 Farmacêutico

01 Radiologista

01 Lavanderia



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

01 cozinheira

04 Serviços gerais

05 Recepção

01 Gerente/Administrativo

- **Transporte Sanitário e Central de Regulação e Marcação**

01 Chefia

02 Técnicos Administrativos

08 Motoristas

- **Vigilâncias em Saúde**

Enf. Resp Eluisa Marchesi

01 Técnico Segurança do Trabalho

01 Técnico de Enfermagem

02 Agentes de Saúde

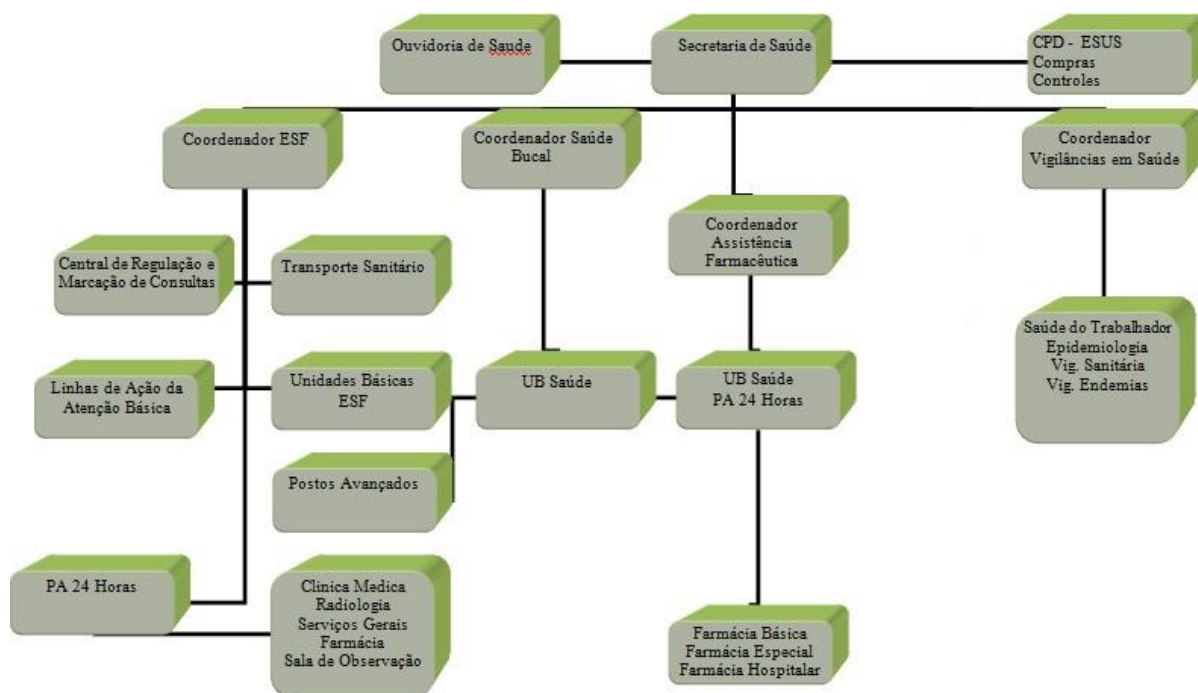
- **Materiais e Suprimentos**

01 Técnico administrativo

- **CPD – Centro de Processamento Dados ESUS**

02 Técnicos administrativos

2.2.3 ORGANOGRAMA



3 REDE ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL

3.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Farmácia Básica, componentes especializados e estratégicos – os medicamentos da farmácia básica estão divididos nos dispensários das UBS Divino Espírito Santo; UBS Eloi Pascoal Bodanesi e pontos de apoio na Unidade do Rio Vermelho e Buriti. Na farmácia central estão contemplados todos os medicamentos da rede básica e dos Componentes da AF para melhor organização e efetividade dos serviços da Atenção Farmacêutica.

Objetivo Geral – Promover ações de saúde através de Serviços de Assistência Farmacêutica, visando alcançar melhores resultados no uso racional de medicamentos, adesão terapêutica e melhoria na qualidade de vida da população

Objetivos específicos – Aplicação integral do Ciclo de Assistência Farmacêutica – seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação – Disponibilizando o acesso à população ao medicamento, bem como sua utilização racional, em todas as unidades de atendimento, bem como, a manutenção do Programa Farmácia Especial.



- Manter a revisão anual da REMUME – Relação Municipal de Medicamentos através da Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Aperfeiçoamento de todas as etapas internas do ciclo da Assistência Farmacêutica, estabelecendo estratégias que visam agilizar as ações de programação, de aquisição, de distribuição, de controle e de remanejamento/reposição de estoque e de armazenamento de medicamentos tanto na Central de Abastecimento Farmacêutico como em todas as Unidades de Saúde do Município. Reorganização para prestação da atenção farmacêutica para totalidade dos pacientes do CEAF Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dos pacientes CESAF Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e para pacientes insulinizados.
- Promoção do Uso Racional de Medicamentos junto ao usuário, de modo individual e coletivo. Todos os profissionais envolvidos com a prescrição, com a dispensação, atenção farmacêutica, ou aplicação do medicamento devem ser envolvidos em processos de capacitação sobre o uso racional de medicamentos, de modo a garantir que os riscos sobre o uso indevido proposital ou ocasional, a dosagem inadequada, o tratamento interrompido, a automedicação, a multimedicação, entre outros fatores possam ser caracterizados como elementos de alerta no processo de vigilância em saúde.

A REMUME – Relação Municipal de Medicamentos é atualizada anualmente, conforme preconizado, porém, pode sofrer alterações conforme a realidade de saúde municipal.

3.2 VIGILÂNCIAS EM SAÚDE

3.2.1 Vigilância Epidemiológica Municipal

- Digitar no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e investigar os agravos de notificação compulsória, observando o prazo de encerramento conforme normas vigentes.
- Realizar coleta de amostra biológica para todo caso suspeito de doença exantemática (Sarampo/Rubéola) conforme protocolo específico.
- Investigar todo caso suspeito de doença exantemática (Sarampo/Rubéola) conforme protocolo específico.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Registrar as notificações, acompanhar e investigar todo caso suspeito de coqueluche conforme normas vigentes (Ministério da Saúde, SESA,
- Cobertura vacinal para todos os grupos etários contemplados no calendário de vacinação nacional e de Campanhas
- Monitorar os serviços de saúde que realizam vacinas (sala de vacina) quanto às boas práticas de vacinação
- Verificar mensalmente no SIPNI/API a digitação de todas as doses de imunobiológicos aplicadas
- Realizar mensalmente no SIPNI/API a movimentação de todas as doses de imunobiológicos aplicadas
- Registrar as notificações, acompanhar e investigar qualquer evento adverso categorizado como moderados, graves e/ou inusitados decorrente da vacinação
- Realizar a vigilância de contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano vigente. (Indicador do COAP)
- Acompanhar o tratamento de todo caso novo de Hanseníase de acordo com as normas vigentes.
- Acompanhar os Sintomáticos Respiratórios (SR) objetivando a detecção de casos novos de tuberculose
- Realizar a investigação de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
- Garantir a realização de exames anti-HIV para todos os novos casos de tuberculose.
- Acompanhar o tratamento de todos os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
- Diminuir a taxa de abandono de tratamento de tuberculose
- Orientar a realização de cultura para BAAR para todos os casos de tuberculose, conforme normas vigentes.
- Possibilitar a participação de profissionais nos cursos de educação permanente



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

em ações de vigilância epidemiológica.

- Orientar a realização de teste de sífilis em todas as gestantes conforme o protocolo Mãe Paranaense.

- Orientar e acompanhar o tratamento adequado para gestante/parceiro diagnosticados com Sífilis.

- Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.

- Aumentar o diagnóstico precoce das hepatites virais Tipo B e Tipo C.

- Investigar óbito fetal

- Investigar óbito infantil

- Investigar óbito materno

- Investigar e registrar no módulo SIM Web os óbitos de mulher em idade fértil (MIF)

- Reduzir a taxa de mortalidade prematura

- Aumentar a realização de testes rápido ou convencionais por diagnóstico de HIV/AIDS, sífilis e Hepatites Virais

- Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.

- Registro de óbitos no SIM – Sistema de Informação de Mortalidade Federal

- Alimentar o SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos Federal

- Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.

- Orientar, acompanhar e monitorar o tratamento dos casos de HIV/AIDS para prevenir os agravos e mortalidade por coinfeção.

- Orientar as Unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.

- Orientar a vacinação para hepatite B, todo Recém-nascido (RN) dentro das primeiras 12 horas após o nascimento.

- Detectar precocemente os casos novos de Hanseníase, de acordo com a norma



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

vigente.

- Orientar a realização de coleta de amostras biológicas para todo caso suspeito de meningite, meningoencefalite e doença meningocócica.
- Desenvolver ações de Vigilância Epidemiológica em unidades de pronto atendimento municipal.
- Promover educação permanente em ações de vigilância epidemiológica para equipes de atenção primária, pronto atendimento e vigilância em saúde
- Encaminhamento das amostras dos casos de meningite bacterianas ao Laboratório de Referência Estadual- Lacem, para ensaios não disponibilizados em todos os níveis.
- Ações de bloqueio nos casos de Doenças Meningocócicas por Haemophilus influenza B, para erradicar o estado de portador.
- Disponibilização de diagnostico laboratorial pelo LACEN para infecções por agente virais.
- Sensibilização das equipes de ESF com estratégias buscando a eliminação do tétano neonatal e o controle de tétano acidental, tendo parceria com a 2ª regional de saúde quando houver casos.
- Realizar ações do Programa Leite das Crianças
- Notificar, investigar, coletar amostra de swab de oro e nasofaringe combinado e sangue, se necessário, de todo caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados (leito regular e/ou UTI), óbitos e pessoas com DRA com história de contato com suínos e/ou aves.
- Notificar, investigar e coletar amostra de swab de oro e nasofaringe combinado e sangue, se necessário, para todo surto de Doença Respiratória Aguda
- Notificar, investigar e coletar amostra clínica e bromatológica para surto de doenças de transmissão hídrica e alimentar e ou de diarreia de acordo com protocolo Estado /Ministério da Saúde
- Registrar semanalmente as notificações de todos os casos de doença diarreica aguda (MDDA) no SIVEP MDDA, atendidos nas Unidades de Saúde e Hospitais



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Notificar em 24h (por telefone) e realizar investigação oportuna dos casos suspeitos de febre amarela em humanos ou em primatas não humanos (macacos)

Vigilância Sanitária Municipal

- Elaborar e executar Plano de Ação de Vigilância Sanitária
- Cadastrar os estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária
- Realizar Inspeção Sanitária nos estabelecimentos do grupo 1
- Realizar ações de cumprimento de legislação antitobaco
- Realizar a investigação e notificação dos surtos relacionados a consumo de alimentos, em conjunto com a vigilância epidemiológica
- Realizar o registro dos procedimentos de vigilância sanitária no Sistema de Informação Ambulatorial – SIASUS, conforme legislação vigente
- Realizar ações de informação, educação e comunicação em Vigilância Sanitária
- Atender e acolher notificações, denúncias e reclamações relacionadas ao risco em Vigilância Sanitária
- Realizar coleta de amostras para monitoramento da qualidade de produtos de interesse à saúde (alimentos, medicamentos, cosméticos, perfumes, produtos de higiene pessoal, saneantes, produtos para a saúde)
- Executar medidas administrativo - sanitárias
- Instaurar processos administrativos sanitários
- Qualificar servidores da vigilância sanitária
- Cadastro e monitoramento no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC
- Notificar em 24 h ao CIEVS Paraná surtos, casos ou óbitos suspeitos de doenças emergentes e reemergentes e/ou eventos inusitados e investigar e coletar amostras biológicas e/ou outras, conforme Portaria 104 ou outra que a substitua
- Participar nas ações de Enfrentamento a Desastres naturais e /ou provocados e nos Eventos de Massa, de forma intra e intersetorial, em conjunto com os órgãos competentes



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.2.2 Vigilância Em Saúde Do Trabalhador Municipal

- Elaborar o Diagnóstico de Situação da Saúde do Trabalhador do município
- Registrar todas as notificações dos 11 agravos relacionados à saúde do trabalhador no SINAN
- Conferir e acompanhar o preenchimento do campo “ocupação” nas notificações dos 11 agravos relacionados à saúde do trabalho;
- Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves e fatais em 3 dias úteis;
- Acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador adolescente para garantir o afastamento de toda a criança menor de 14 anos da situação de trabalho (trabalho ilegal) e de todo adolescente que trabalhe em situação de Trabalho Infantil Perigoso (TIP).
- Propiciar condições necessárias para a capacitação da equipe em saúde do trabalhador
- Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho:
 - a) Dos estabelecimentos assumidos pela vigilância sanitária municipal;
 - b) Desenvolver ações de saúde do trabalhador em atividades estratégicas;
 - c) Da construção civil conforme elenco do PROVIGIA;
 - d) Das atividades rurais conforme elenco do PROVIGIA.

3.2.3 Vigilância Em Saúde Ambiental Municipal

- Realizar a vigilância e controle da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) a partir da detecção precoce dos casos suspeitos.
- Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue.
- Realizar no mínimo 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
- Realizar supervisão de campo das atividades de controle vetorial da dengue.
- Realizar investigação entomológica das unidades domiciliares infestadas por triatomíneos
- Encerrar os casos de Leishmaniose Tegumentar (LTA) por critério Laboratorial



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Integrar ACE na Atenção Primária
- Realizar Levantamento de Índice de Infestação
- Realizar campanha de vacinação antirrábica animal
- Realizar o monitoramento do vírus rábico em cães.
- Monitorar a circulação do vírus da raiva na população de morcegos e outras espécies de mamíferos enviando amostra do animal, com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.
- Realizar ações de vigilância epidemiológica e ambiental das zoonoses, de acidentes por animais peçonhentos e intoxicações exógenas.
- Realizar monitoramento de animais peçonhentos de importância médica.
- Realizar ações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA, com atividades de amostragem e envio para o laboratório de referência e análise de campo para os parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;
- Alimentar os dados referentes ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano no SISAGUA
- Realizar ações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a áreas Contaminadas – VIGISOLO, com atividades de cadastramento de áreas, alimentado as informações no SISOLO
- Realizar o atendimento a demanda e a reclamações relacionadas a fatores ambientais, que podem colocar em risco a saúde.
- Realizar a investigação e a notificação das emergências ambientais
- Realizar atendimento a situação de risco decorrente de desastres naturais e relacionados a produtos perigosos
- Coleta e envio de amostras para dosagem de Acetilcolinesterase
- Envio de amostras para Isolamento de Dengue
- Realizar inspeção de locais, instalações e ambientes determinantes e condicionantes de riscos à saúde relacionada a fatores ambientais.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.3 SAÚDE BUCAL

As comunidades em que a Odontologia atua em Campo do Tenente – PR apresentam uma grande demanda em saúde, sendo que as escolas e CMEIs representam os principais meios de ofertar acesso às intervenções de saúde bucal.

JUSTIFICATIVA

Tal intervenção se faz necessária em escolas urbanas e rurais, considerando que durante visitas de rotina e análises informais durante as interações com os alunos indicam indícios de problemas bucais que evidenciam a ineficácia e ineficiência de escovação dental.

Além disso, a alimentação e perfil dietético dos alunos sugerem necessidade de implantação de aconselhamento alimentar, fato que interfere na saúde bucal e deste modo, deve ser enfatizado nas atividades educativas.

Objetivo Geral

- Educar as crianças, familiares, profissionais da saúde e da educação sobre a importância de uma boca saudável.

Objetivos Específicos

- Atuar educativamente nas comunidades promovendo ações de educação preventiva e curativa;
- Informar cidadãos tenenteano sobre a importância da saúde bucal, visando a melhoria na qualidade de vida de crianças e familiares;
- Recomendar processos de prevenção e promoção em saúde bucal em escolas municipais e CMEIs.

PÚBLICO ALVO

- Escolares municipais e estaduais (0-16 anos)

METODOLOGIA

O estímulo e as melhorias nas práticas de higiene bucal serão estimulados através de palestras e ações de saúde bucal nas escolas municipais da zona urbana e rural, para que haja construção do conhecimento direcionado para a prevenção a cáries e outras doenças bucais.

Neste caso as ações serão desenvolvidas por:



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Palestras Educativas e Preventivas;
- Intensificação de atividades de escovação supervisionada;
- Aplicação tópica de flúor
- Práticas curativas;
- Criar e suprir escolas com material didático de apoio;
- Distribuir kit de higiene bucal para alunos

Sendo assim, por meio de distribuição de cartilhas de saúde bucal nas escolas enseja-se que alunos e famílias conscientizem-se da importância de hábitos saudáveis que são favoráveis para a saúde, para que então desde pequenos as crianças adotem hábitos e estejam conscientes da saúde bucal.

METAS

- Implantar o Projeto CMEIS e escolas, com atividades de promoção, prevenção e controle das doenças bucais numa perspectiva integral;
 - Incorporação do autocuidado no cotidiano escolar;
 - Diminuir o índice de cárie dentária e outras doenças bucais;
 - Incentivar a prevenção prevendo satisfação pessoal e economia de tempo e dinheiro;
 - Sensibilizar para mudança de hábitos saudáveis.

3.4 ASSISTÊNCIA SOCIAL

A atuação do Assistente Social na Atenção Básica se dá pelo conjunto de ações em saúde que incide nos sujeitos individuais e coletivos, com vistas à produção e proteção da saúde, prevenção de agravos, realização de diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde;

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social;



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fundamentos

- Porta de entrada, possibilitando o acesso contínuo a serviços de qualidade e resolutivos; território adscrito, possibilitando o planejamento e a programação;
- Efetivação da integralidade, articulando demanda espontânea, ações de programação, ações de promoção, prevenção, vigilância à saúde e tratamento;
- Trabalho interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado em rede;
- Relação de vínculo entre a população e a equipe (longitudinalidade do cuidado);
- Avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados;
- Participação e controle social.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS e da Atenção Básica; Atenção centrada na família em seu contexto;

Oferta de serviços às necessidades sociais e de saúde da população;

Apoio Matricial arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação dos processos de trabalho decorrente da especialização crescente das áreas do cuidado.

Estímulo a uma relação mais direta das equipes de ESF com a equipe de apoio;

Contribuir para o aumento da capacidade de intervenção e de resolutividade das equipes da ESF;

Corresponsabilização no sentido de construir ações em rede, com acompanhamento, superando o mero encaminhamento;

Favorecimento da construção de novas metodologias de ação, em resposta a diferentes demandas;

Elaboração e acompanhamento conjunto dos Projetos Terapêuticos; Incentivo à capacitação in loco;

Realizar ações comuns nos territórios, atendimento e responsabilidade compartilhada, intervenções em conjunto.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Encaminhamentos para intervenções específicas (compartilhamento);

Troca de conhecimentos entre apoiador e equipe de referência. Ex: reuniões de equipe, discussão de situações específicas, apoio em situações de conflito...

Incentivar/acompanhar/articular as ações de mobilização da comunidade e de controle social nos diversos espaços;

Mobilizar recursos da rede para facilitar o acesso dos usuários aos serviços e direitos;

Participar/promover atividades sócio-educativas com o intuito de socializar informações e problematizar as condições de saúde e seu acesso;

Atender situações individuais complexas que exijam uma intervenção profissional específica.

De matriciamento:

Contribuir com as equipes na identificação das condições sociais, econômicas, familiares, culturais e sanitárias da população dos territórios de abrangência, subsidiando o planejamento local;

No processo de identificação das demandas e das interfaces possíveis para construir as respostas na lógica da integralidade;

No planejamento participativo;

Na construção de propostas de intervenção em rede no atendimento das demandas cuja complexidade exijam intersetorialidade;

Participando na formulação de propostas de formação permanente das equipes;

Na agilização do sistema de referência e contra - referência, estabelecendo articulações e protocolos com os demais níveis de atenção;

3.5 ASSISTÊNCIA FONOAUDIOLÓGICA

Objetivo Geral

- Participar dos grupos de gestantes para orientar sobre amamentação e hábitos orais inadequados do bebê;



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Participar dos grupos de envelhecimento ativo com o objetivo de orientar ações que favoreçam a comunicação oral e habilidades cognitivas, auditivas e vocais;
- Participar de grupos e/ou desenvolver ações que favoreçam o desenvolvimento infantil, no que diz respeito às suas áreas de atuação;
- Orientar agentes comunitários de saúde, para coletar dados referentes à comunicação dos usuários e detecção de sinais indicadores de alterações da comunicação humana;
- Desenvolver atividades de promoção à saúde e da comunicação, por meio da abordagem de temas como saúde materno infantil, desenvolvimento infantil, saúde auditiva, saúde mental, saúde vocal e saúde do idoso
- Realizar visitas domiciliares, para elencar fatores ambientais e familiares que possam gerar alterações na comunicação humana;
- Realizar atividades em instituições educacionais,
- Participar das entidades representativas da população (conselho gestor, popular);
- Realizar com a equipe campanhas de aleitamento materno, saúde auditiva, saúde vocal, envelhecimento ativo e comunicação humana etc.

Público Alvo

- Atendimento domiciliares em pacientes impossibilitados;
- Atendimento pediátrico a pacientes com afecções neurológicas;
- Grupo de Gestantes - pré-natal e puerpério;
- Terceira idade, obesos, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e indivíduos com hanseníase;
- Ações interdisciplinares e intersetoriais, visando assistência e inclusão aos portadores de deficiência;

3.6 ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

• Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos;

◦ Atendimento individual e em grupo; Discussão do cuidado com o usuário humanização da atenção (psicóloga atuante na gestão);

◦ Triagem; Acolhimento;

◦ Grupos psicoterápicos; Grupos de espera; Visita domiciliar

◦ Palestras; Relatórios; Palestras educativas nas escolas;

◦ Grupo de orientação familiar, voltado para os pais;

◦ Grupo Qualidade de Vida;

◦ Grupo de adolescentes, adultos e terceira idade;

◦ Grupo de informação (em nível de patologia – agravo psíquico);

◦ Visita psicossocial;

◦ Apoio matricial;

◦ Palestra nas comunidades

◦ Acolhimento em saúde mental (psicologia);

◦ Grupos de Prevenção e Promoção a Saúde

◦ Grupo de Mulheres e Grupo de Saúde Mental

◦ Objetivos Específicos

◦ Coordenação dos grupos de tabagismo,

◦ Organizações para os trabalhos em grupo (gestante, adolescentes etc.)

◦ Grupos multiprofissionais como oficinas de sexualidades nas escolas,

◦ oficinas de saúde com os idosos, com hipertensos e diabéticos,

◦ Atendimento de grupos de crianças e adolescentes com dificuldades



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

relacionadas ao âmbito escolar

- Grupo de Reabilitação – crônicos sequelados usuários do serviço de Fisioterapia.
- Grupos informativos e palestras
- Palestras para gestante, obeso e câncer de mama;
- Palestra para o programa empresa saudável
- Palestras sobre tabagismo, ou outro assunto que esteja em ênfase
- Palestras interativas em escola estadual sobre sexo, drogas e mercado de trabalho.
- Palestras em escolas sobre dependência química, doenças sexualmente transmissíveis, etc.
- Palestras sobre depressão, alcoolismo para a população em geral
- Atuação no contexto da Estratégia de Saúde da Família
- Atendimento clínico de psicoterapia e acompanhamento psicológico de pessoas encaminhadas por demais profissionais da saúde, educação, assistência social e requisições judiciais, além daquelas pessoas que procuram espontaneamente pelo serviço de Psicologia.
- Atendimento individual crianças, adolescentes e adultos
- Encaminhamento de pacientes a serviços especializados
- Educação em saúde com equipes de funcionários, palestras informativas, trabalho em rede com instituições como creches e atendimento individual, infantil, adulto e adolescente.
- Palestras de promoção de saúde; treinamentos e capacitações; seleção de profissionais de saúde.

3.7 ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA

Objetivo Geral



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

As propostas de atuação da fisioterapia, na atenção primária, apresentam-se com os objetivos de desenvolver ações voltadas à manutenção da saúde ou, então, em última instância, à prevenção de sequelas e não apenas à reabilitação.

É dentro desta nova perspectiva de atuação profissional que se insere o fisioterapeuta preventivo, agindo em programas de promoção de saúde e proteção específica.

O fisioterapeuta, na saúde pública, tem participação e ação no planejamento de todos os níveis de atenção à saúde, participando, portanto, na saúde básica (promoção e educação); em serviços ambulatoriais e hospitalares e em serviços de referência em reabilitação.

Objetivos Específicos:

- Atendimento as necessidades de adaptação e recuperação cinético funcionais alteradas.
- Educação em saúde, atendimento individual, em grupos, visitas domiciliares, visando diminuir os danos e agravos com um atendimento integral.
- A execução de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida independente do nível de atenção;
- Realizar atendimentos domiciliares em pacientes impossibilitados;
- Prestar atendimento pediátrico a pacientes com afecções neurológicas;
- Orientar a família ou responsáveis para que o procedimento seja completo e eficaz;
- Desenvolver atividades físicas e culturais para a terceira idade, obesos, hipertensos, diabéticos;
- Atender de forma integral às famílias por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, visando assistência e inclusão aos portadores de deficiência
- Construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais;
- Prescrição de condutas fisioterapêuticas e acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e das condições para a alta do serviço de saúde.
- No que se refere à atenção básica em saúde, acrescenta que pode participar das equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, implementação, controle e execução



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

de programas e projetos de ações em atenção básica de saúde; promoção e participação de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas em saúde;

- Participação do planejamento e execução de treinamento e reciclagem de recursos humanos em saúde;
- Participação de órgão colegiado de controle em saúde.

Público Alvo:

- Atendimento as necessidades de adaptação e recuperação cinético funcionais alteradas
- Atendimentos domiciliares em pacientes impossibilitados;
- Atendimento pediátrico a pacientes com afecções neurológicas;
- Terceira idade, obesos, hipertensos, diabéticos;
- Ações interdisciplinares e intersetoriais, visando assistência e inclusão aos portadores de deficiência.

4 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Atendimento realizado pela Central de Regulação do Estado, sendo os casos que não há a disponibilização de leitos, os pacientes são encaminhados a outras instituições de saúde que o município mantém contato.

4.1 SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Em Implantação com a Microrregião Sul formada pelos municípios Fazenda Rio Grande (Sede Alfa), Mandirituba (Básica), Quitandinha (Básica) e Rio Negro (Básica).

4.2 CENTROS DE REFERÊNCIA



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Os centros de referência para consultas eletivas e de urgência e emergência sofrem variação conforme disponibilidade da Secretaria de Estado da Saúde.

5 LOCAIS INDISPONÍVEIS

5.1 Laboratório Municipal – Não Atende

5.2 Serviços De Diagnose – Não Atende

5.3 UPA - Atendimento de Urgência e Emergência – Não Atende

5.4 CAPS - Saúde Mental – Não Atende

5.5 Hospitais – Não Atende

5.6 Academias De Saúde – Não atende

5.7 NASF – Não atende

6 CONTROLE SOCIAL

6.1 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nomeado conforme Decreto Municipal nº 042/2021, vigente até a presente data:

I – SEGUIMENTO DOS USUÁRIOS:

Associação dos moradores da localidade de Serrinha

Titular: ORLANDO WEBER

Suplente: RENATO KUSMA

Associação dos moradores da Localidade de Santana

Titular: LISANDRO ALVES

Suplente: ANGELITA DA SILVA BARBOSA

Associação dos moradores da localidade de Buriti

Titular: KATIA DE ALMEIDA GOMES

Suplente: DALIRIA CARVALHO DE ALMEIDA

Associação dos moradores da localidade de Lageado

Titular: MARCOS TIENGO COSTA

Suplente: ANITA DE JESUS TIBURSKI BONAMIGO

Associação Comunitária Cultural e Artística Campo do Tenente

Titular: LORENA REGINA BUSSMANN

Suplente: ANTONIO DONATO ANTUNES BERNARDES



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Pastoral da Criança

Titular: EMA PEREIRA

Suplente: LOURDES APARECIDA DE ÁVILA ARRUDA

II – SEGUIMENTO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE:

Titular: VANESSA ANDREA RIZZI DE OLIVEIRA

Suplente: MARIANE DE SOUZA

Titular: MARIA ROSANA ZICH

Suplente: DIVANIR APARECIDA DOS SANTOS

Titular: JHENY MAGALHAES

Suplente: ABEGAIL FRANCISCO BORGES

III- SEGUIMENTO GESTOR

Titular: CAROLINE STELMACH DORIA

Suplente: GILSON ANTONIO ARRUDA

Titular: MARIANA ALICE CAVICHIOLO

Suplente: ELUISA MARCHESE

Titular: CRISTIANE PEDROSO PEPPE

Suplente: SIRLENE DA APARECIDA CHEIM

Mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde:

Presidente: ORLANDO WEBER

Vice Presidente- CRISTIANE PEDROSO PEPPE

1ªsecretaria- JHENY MAGALHAES

2ªsecrearia- LORENA REGINA BUSSMANN

7 RELAÇÃO DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

As diretrizes, objetivos e metas foram elaboradas com base no último Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e os indicadores foram elaborados levando em consideração o histórico de produções e resultados alcançados no ano de 2021 em consonância com os indicadores do Programa Previne Brasil.

DIRETRIZ Nº 1 - Atenção Básica em Saúde



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJETIVO Nº 1.1 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidade de saúde, mediante aprimoramento da atenção primária, definido-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
1.1.1	Visitas Domiciliares - Agentes Comunitários de Saúde	Número de visitas domiciliares realizadas por agente comunitário de saúde.	132.000	Número	33.000	33.000	33.000	33.000
1.1.2	Cobertura populacional das Visitas Domiciliares de ACS	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.3	Visitas Domiciliares - Médicos/Enfermeiros/Profissionais de Nível Superior	Número de visitas domiciliares de profissionais médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior.	3.600	Número	900	900	900	900
1.1.4	Consultas médicas - Atenção Básica e Estratégia Saúde de Família	Número de consultas médicas realizadas	102.000	Número	25.500	25.500	25.500	25.500
1.1.5	Encaminhamentos para Consultas Especializadas	Encaminhamentos para Consultas Especializadas	9.180	Número	2.295	2.295	2.295	2.295
1.1.6	Consultas / Encaminhamentos para Consultas Especializadas	Percentual de encaminhamentos para consultas especializadas em comparação ao número de consultas da atenção básica e da estratégia saúde da família.	9,00	Percentual	9,00	9,00	9,00	9,00
1.1.7	Consultas Ginecológicas	Número de Consultas Ginecológicas	880	Número	160	240	240	240



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1.1.8	Consultas de Puericultura	Numero de Consultas de Puericultura	368	Número	92	92	92	92
1.1.9	Consultas de Enfermagem	Número de Consultas de Enfermagem	10.200	Número	2.550	2.550	2.550	2.550
1.1.10	Consultas em fila de espera	Número de consultas em lista de espera para agendamento	4.800	Número	1.200	1.200	1.200	1.200
1.1.11	Exames em fila de espera	Número de exames em lista de espera para agendamento	1.200	Número	300	300	300	300
1.1.12	Pacientes em observação	Número de Pacientes em Observação	7.200	Número	1.800	1.800	1.800	1.800
1.1.13	Procedimentos - Curativos (AB e ESF)	Número de Procedimentos	2.400	Número	600	600	600	600
1.1.14	Procedimentos - Retirada de Pontos (AB e ESF)	Número de Procedimentos	960	Número	240	240	240	240
1.1.15	Procedimentos - Suturas (AB e ESF)	Número de Procedimentos	600	Número	150	150	150	150
1.1.16	Procedimentos - Administração de Injetáveis (AB e ESF)	Número de Procedimentos	24.000	Número	6.000	6.000	6.000	6.000
1.1.17	Procedimentos - Inalações (AB e ESF)	Número de Procedimentos	600	Número	150	150	150	150
1.1.18	Exames Laboratoriais	Número de Procedimentos	108.000	Número	27.000	27.000	27.000	27.000
1.1.19	Exames de Alto Custo	Número de Procedimentos	624	Número	156	156	156	156



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1.1.20	Exames Eletrocardiograma	Número de Procedimentos	2.000	Número	500	500	500	500
1.1.21	Exames Radiográficos - Raio-x	Número de Procedimentos	6.400	Número	1.600	1.600	1.600	1.600
1.1.22	Acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Auxílio Brasil (antigo Programa Bolsa Família)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

OBJETIVO Nº 1.2 - Oferecer transporte sanitário aos usuários municipais atendimento resolutivo e de qualidade em todos os níveis de atendimento à saúde desde a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), nas Unidades Básicas de Saúde (âmbito municipal - baixa complexidade), nos Centros de Especialidades (nível secundário - média complexidade) até a Rede Hospitalar (nível terciário - alta complexidade).

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
1.2.1	Transferências Hospitalares e Ambulatoriais	Número de transferências hospitalares decorrentes de atendimentos de urgência e emergência e outros atendimentos que necessitam de transporte com acompanhamento de profissional de saúde para realização de procedimentos, internações e altas para fora do município. Não considerando o	600	Número	150	150	150	150



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

		transporte sanitário eletivo.						
1.2	Transferências	Número de transferências para hospitais/maternidades decorrentes de atendimentos de urgência e emergência e outros atendimentos que necessitam de transporte com acompanhamento de profissional de saúde para realização de procedimentos, internações e altas para fora do município. Atendimentos exclusivo para gestantes. Não considerando o transporte sanitário eletivo.	360	Número	90	90	90	90
1.2.2	Maternidade							
1.2.3	Transporte Sanitário Eletivo	Número de transporte sanitário eletivo para realização de procedimentos, consultas, exames, internações e altas fora do município.	35.520	Número	8.880	8.880	8.880	8.880

OBJETIVO Nº 1.3 - Manutenção dos serviços especializados oferecidos dentro da Atenção Básica em Saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
1.3.1	Consultas em Psicologia	Número de consultas/procedimentos	3.760	Número	940	940	940	940
1.3.2	Consultas em Psiquiatria	Número de consultas/procedimentos	286	Número	52	78	78	78
1.3.3	Consultas em Fonoaudiologia	Número de	4.032	Número	1.0	1.0	1.0	1.00



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

.3	a	consultas/procedimentos		o	08	08	08	8
1.3	Consulta em	Número de	2.000	Númer	50	50	50	500
.4	Assistência Social em Saúde	consultas/procedimentos		o	0	0	0	
1.3	Consultas em	Número de	3.000	Númer	75	75	75	750
.5	Fisioterapia	consultas/procedimentos		o	0	0	0	
1.3	Consultas em	Número de	2.640	Númer	48	72	72	720
.6	Ginecologia e Obstetrícia	consultas/procedimentos		o	0	0	0	

DIRETRIZ Nº 2 - Atenção à Saúde do Homem, da Mulher, da Gestante e da Criança.

OBJETIVO Nº 2.1 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, em atendimentos às necessidades de saúde, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica, promovendo a atenção integral à saúde da mulher e da criança, garantindo o acesso da população do sexo feminino à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil - conjunto de ações, envolvendo a captação precoce das gestantes, acompanhamento de pré-natal, realização de exames, classificação de risco gestacional e infantil, acesso a ambulatório especializado para gestantes e crianças, garantia de parto por sistema de vinculação hospitalar conforme classificação de risco, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Incluem-se ainda nesta diretriz a atenção e promoção da saúde do adolescente e do homem.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidad e de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
2.1.1	Gestantes acompanhadas	Número de gestantes acompanhadas na Rede	1.120	Número	280	280	280	280



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	as	Municipal de Saúde.						
2.1.2	Gestantes menores de 19 anos	Número de gestantes acompanhadas com idade inferior à 19 anos.	134	Número	35	33	33	33
2.1.3	Proporção de gestantes menores de 19 anos em relação ao número de gestantes acompanhadas.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	12,23	Proporção	12,23	12,23	12,23	12,23
2.1.4	Consultas Obstétricas	Número de consultas obstétricas realizadas na Rede Municipal de Saúde	1.760	Número	320	480	480	480
2.1.5	Número de consultas por gestante	Índice de consultas obstétricas realizadas em relação às gestantes acompanhadas, na Rede Municipal de Saúde.	2,00	Índice	2,00	2,00	2,00	2,00
2.1.6	Exames para detecção de sífilis e HIV em gestantes	Percentual de gestantes acompanhadas com pelo menos 1 realização de exame para detecção de sífilis e de HIV durante o período gestacional.	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.7	Exame citopatológico do colo do útero	Número de exames citopatológico do colo do útero coletados na Rede Municipal de Saúde	800	Número	200	200	200	200
2.1.8	Razão de exames citopatológicos do colo do útero	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado	0,50	Razão	0,50	0,50	0,50	0,50



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	realizados em mulheres de 25 a 64 anos	local e a população da mesma faixa etária						
2.1.9	Exames de mamografia	Número de exames de mamografia realizados pela população residente.	440	Número	110	110	110	110
2.1.10	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos	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.	0,30	Razão	0,30	0,30	0,30	0,30
2.1.11	Partos Normais	Número de partos normais das gestantes residentes.	224	Número	56	56	56	56
2.1.12	Partos Cesáreos	Número de partos cesáreos de gestantes residentes.	144	Número	36	36	36	36
2.1.13	Proporção de partos cesáreos em relação aos normais	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	40,00	Percentual	40,00	40,00	40,00	40,00
2.1.14	Nascidos vivos	Nascidos vivos	368	Número	92	92	92	92
2.1.15	Nascidos com peso inferior à 2,5kg de peso	Número de nascidos com peso inferior à 2,5kg de peso	28	Número	7	7	7	7
2.1.	Óbitos de	Taxa de mortalidade	0	Número	0	0	0	0



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

16	menores de 1 ano	infantil						
2.1.17	Óbitos maternos em idade fértil	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	Número	0	0	0	0
2.1.18	Mortalidade prematura por DCNT	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	52	Número	13	13	13	13
2.1.19	Óbitos causas sensíveis - Capítulo CID-10	Número de óbitos por causa sensíveis - Capítulo CID-10	240	Número	60	60	60	60
2.1.20	Pacientes Hipertensos	Número de pacientes hipertensos residentes no município	800	Número	200	200	200	200
2.1.21	Proporção de hipertensos com consulta e pressão arterial aferida no semestre	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.22	Pacientes diabéticos	Número de pacientes diabéticos residentes	400	Número	100	100	100	100
2.1.23	Proporção de pacientes diabéticos, com consulta	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	solicitada no semestre.							
---	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIRETRIZ Nº 3 - Atenção a Saúde Bucal.

OBJETIVO Nº 3.1 - Garantia de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, com ênfase nas atividades de prevenção.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade e de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
3.1.1	Cobertura populacional da saúde bucal	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.2	Procedimentos odontológicos	Número de procedimentos odontológicos realizados	25.200	Número	6.300	6.300	6.300	6.300
3.1.3	Aplicação de flúor	Número de procedimentos de aplicação de flúor	9.440	Número	2.360	2.360	2.360	2.360
3.1.4	Exodontia	Número de procedimentos de exodontia realizados	1.440	Número	360	360	360	360
3.1.5	Proporção de procedimentos	Proporção de procedimentos odontológicos em comparação ao número	10,00	Proporção	10,00	10,00	10,00	10,00



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

odontológicos em comparação ao número de exodontias realizados	de exodontias realizados							
--	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

OBJETIVO Nº 3.2 - Priorizar o atendimento à gestantes e crianças.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
3.2.1	Gestantes com atendimento odontológico no período gestacional	Percentual de gestantes com no mínimo um atendimento no período gestacional	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.2.2	Atividade coletiva do Programa Saúde na Escola	Número de crianças e adolescentes atendidos em atividade coletiva do Programa Saúde na Escola	7.200	Número	1.800	1.800	1.800	1.800

DIRETRIZ Nº 4 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

OBJETIVO Nº 4.1 - Atendimento móvel de urgência (SAMU-192) de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade e de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
4.1.1	Implantação do SAMU, integrando a Rede SAMU da Região Micro-Sul	Implantação do SAMU, integrando a Rede SAMU da Região Micro-Sul	1	Número	0	1	0	0
4.1.2	Atendimentos SAMU	Número de acionamentos do SAMU	80	Número	20	20	20	20

DIRETRIZ Nº 5 - Vigilâncias em Saúde

OBJETIVO Nº 5.1 - Redução dos riscos e agravos a saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade e de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
5.1.1	Proporção de análise de amostras de água para consumo humano	Proporção de análise de amostras de água para consumo humano quanto à coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	85,00	Percentual	85,00	85,00	85,00	85,00
5.1.2	Ações da Vigilância de Endemias para combate, controle e prevenção -	Número de visitas de Agente Comunitário de Endemias	5.600	Número	1.400	1.400	1.400	1.400



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	Dengue, Zika, Chicungunha e outros							
5.1.3	Notificação 11 agravos relacionados à saúde do trabalhador e preenchimento do campo ocupação	Número de notificações	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.4	Inspeção Sanitária em Serviços de Alimentação	Número de Inspeções Sanitárias realizadas em Serviços de Alimentação	180	Número	45	45	45	45
5.1.5	Inspeção Sanitária em Serviços de Saúde	Número de Inspeções Sanitárias realizadas em Serviços de Saúde	200	Número	50	50	50	50
5.1.6	Inspeção Sanitária em Cadastro de Estabelecimentos	Número de Inspeções Sanitárias realizadas para Cadastro de Estabelecimentos	480	Número	120	120	120	120
5.1.7	Inspeção Sanitária em Atividade Educativa	Número de Inspeções Sanitárias realizadas em Atividades Educativas	160	Número	40	40	40	40
5.1.8	Atendimento de Denúncias	Denúncias recebidas	100	Número	25	25	25	25
5.1.9	Instauração de procedimentos administrativos	Instauração de procedimentos administrativos	0	Número	0	0	0	0



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5.1.10	Ações e campanhas - Saúde do Trabalhador	Ações e campanhas realizadas pela Vigilância em Saúde do Trabalhador	20	Número	5	5	5	5
--------	--	--	----	--------	---	---	---	---

OBJETIVO Nº 5.2 - Notificação Compulsória - Obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade e de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
5.2.1	Notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.2.2	Investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.2	Casos novos de	Número de casos novos de sífilis congênita em	0	Número	0	0	0	0



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

.3	sífilis congênita em menores de um ano de idade	menores de um ano de idade							
5.2	Casos novos de aids em	Número de casos novos de	0	Número	0	0	0	0	0
.4	menores de 5 anos	aids em menores de 5 anos.							

OBJETIVO Nº 5.3 - Cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022- 2025)	Unidad e de Medida	Meta Prevista			
					202 2	202 3	202 4	2025
5.3 .1	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade com 3ª doses aplicadas de Poliomielite e Pentavalent e	Proporção de crianças que completaram 12 meses, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de Poliomielite e Pentavalente	100,00	Percent ual	100, 00	100, 00	100, 00	100, 00
5.3 .2	Proporção de vacinas selecionada s do Calendário Nacional de Vacinação para	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10- valente 2ª dose.	100,00	Percent ual	100, 00	100, 00	100, 00	100, 00



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente e 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada						
5.3.3	Pentavalente e - 3ª dose	Número de vacinas aplicadas	388	Número	97	97	97	97
5.3.4	Pneumocócica 10 - 2ª dose	Número de vacinas aplicadas	400	Número	100	100	100	100
5.3.5	Poliomielite - 3ª dose	Número de vacinas aplicadas	400	Número	100	100	100	100
5.3.6	Tríplice Viral - 1ª dose	Número de vacinas aplicadas	460	Número	115	115	115	115
5.3.7	Gripe	Número de vacinas aplicadas	8.000	Número	2.000	2.000	2.000	2.000
5.3.8	Febre Amarela	Número de vacinas aplicadas	880	Número	220	220	220	220

OBJETIVO Nº 5.4 - Desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador,



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

com ênfase na vigilância.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade e de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
5.4.1	Notificação de Doenças relativas ao trabalho	Número de notificações	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.4.2	Preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Percentual de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.4.3	Ações de Erradicação do Trabalho Infantil e Prevenção de Acidentes de Trabalho	Número de ações educativas	200	Número	50	50	50	50
5.4.4	Participação em curso e Capacitações	Participação	76	Número	19	19	19	19
5.4.5	Orientações e Inspeções em Ambiente de Trabalho Rural - com ênfase na Construção	Número de inspeções e orientações	56	Número	14	14	14	14



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	Civil							
5.4.6	Orientações e Inspeções em Ambiente de Trabalho Rural - com ênfase no uso de agrotóxicos	Número de inspeções e orientações	64	Número	16	16	16	16
5.4.7	Investigação de ocorrências de acidentes graves ou fatais de trabalho em até 03 dias úteis	Percentual de ocorrências investigadas	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

DIRETRIZ Nº 6 - Assistência Farmacêutica

OBJETIVO Nº 6.1 - Aplicação integral do Ciclo de Assistência Farmacêutica – seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação – Disponibilizando o acesso à população ao medicamento, bem como sua utilização racional, em todas as unidades de atendimento, bem como, a manutenção do Programa Farmácia Especial.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
6.1.1	Medicamentos de uso contínuo	Número de dispensações	216.000	Número	54.000	54.000	54.000	54.000



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6.1.2	Medicamentos contraceptivos	Número de dispensações	14.000	Número	3.500	3.500	3.500	3.500
6.1.3	Medicamentos da Farmácia Especial	Número de dispensações	16.000	Número	4.000	4.000	4.000	4.000
6.1.4	Medicamentos Saúde Mental	Número de dispensações	21.600	Número	5.400	5.400	5.400	5.400
6.1.5	Medicamentos Estratégicos CESAF	Número de dispensações	144	Número	36	36	36	36
6.1.6	Suplementação de Ferro	Número de dispensações	1.880	Número	470	470	470	470
6.1.7	Programa Ostomizados	Número de dispensações	176	Número	44	44	44	44
6.1.8	Programa Insulinodependentes	Número de dispensações	10.464	Número	2.616	2.616	2.616	2.616

DIRETRIZ Nº 7 - Valorização das Relações dos Servidores da Saúde

OBJETIVO Nº 7.1 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade e de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
7.1.1	Viabilizar a participação de cursos e	Número de profissionais participantes de cursos e capacitações.	150	Número	30	50	30	40



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

7.1.2	capacitação e atualização aos profissionais de saúde Viabilizar e promover cursos e capacitações aos profissionais de saúde	Número de cursos e capacitações ofertados.	10	Número	2	3	3	2
7.1.3	Ampliação do quadro de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde	Número de contratações	20	Número	5	5	5	5
7.1.4	Propiciar reuniões de equipe para negociação, visando a elaboração do Plano de Cargos e Carreiras dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde	Reuniões de equipe para elaboração do plano de cargos e carreiras dos servidores da SMS	4	Número	1	1	1	1
7.1.5	Manter o pagamento de salários	Manter o pagamento de salários e encargos pela Secretaria Municipal de	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	e encargos dos servidores efetivos, trabalhador es e empregado s públicos, contratado s, estagiários e outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde	Saúde							
7.1.6	Fornecer alimentação para os servidores de plantão e em viagens para fora do município	Fornecer alimentação para os servidores de plantão e em viagens para fora do município	20.400	Número	5.100	5.100	5.100	5.100	
7.1.7	Fornecer Equipamento de Proteção Individual aos profissionais de saúde	Fornecimento de EPI	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00	
7.1.8	Reuniões de equipe para manutenção, adequação	Reuniões de equipe para manutenção, adequação e elaboração de plano de trabalho com os servidores da Secretaria Municipal de Saúde	16	Número	4	4	4	4	



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

e elaboração de plano de trabalho com os servidores da Secretaria Municipal de Saúde									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBJETIVO Nº 7.2 - Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
7.2.1	Viabilizar a participação de cursos e capacitação dos profissionais de saúde, no que tange aos programas e pactuações aprovadas em CIR e CIB	Número de participantes cursos e capacitação dos profissionais de saúde, no que tange aos programas e pactuações aprovadas em CIR e CIB	20	Número	5	5	5	5
7.2.2	Reuniões de equipe para manutenção, adequação e elaboração de plano de trabalho com os servidores	Reuniões de equipe para manutenção, adequação e elaboração de plano de trabalho com os servidores da Secretaria Municipal de Saúde, no que tange aos programas e pactuações aprovadas em CIR	16	Número	4	4	4	4



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

da Secretaria Municipal de Saúde, no que tange aos programas e pactuações aprovadas em CIR e CIB	e CIB							
--	-------	--	--	--	--	--	--	--

DIRETRIZ Nº 8 - Controle Social

OBJETIVO Nº 8.1 - Garantia de acesso da população às ações e serviços de saúde, mediante efetivação do Controle Social.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
8.1.1	Realização de Reuniões Ordinárias do Conselho Municipal de Saúde	Numero de Reuniões Ordinárias do Conselho Municipal de Saúde realizadas.	16	Número	4	4	4	4
8.1.2	Atendimentos da Ouvidoria Municipal de Saúde	Número de atendimentos da Ouvidoria Municipal de Saúde	4	Número	1	1	1	1

DIRETRIZ Nº 9 - Adotar medidas de controle, prevenção, informações e acompanhamento relacionados ao Coronavírus



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJETIVO Nº 9.1 - Adotar medidas de controle, prevenção e informações relacionados ao Coronavírus

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidad e de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025
9.1.1	Monitoramento de pacientes infectados e suspeitos	Monitoramento de pacientes infectados e suspeitos	240	Número	60	60	60	60
9.1.2	Realização de testes de detecção viral	Número de testes de detecção viral realizados - compreendendo testes rápidos e laboratoriais	1.000	Número	250	250	250	250
9.1.3	Suporte á pacientes infectados e suspeitos	Suporte á pacientes infectados e suspeitos	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
9.1.4	Encaminhamento de material biológico ao Laboratório Central do Estado	Encaminhamento de material biológico ao Laboratório Central do Estado	240	Número	60	60	60	60

OBJETIVO Nº 9.2 - Realizar acompanhamento para os usuários residentes que se contaminaram por Coronavírus

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Meta Plano(2022-2025)	Unidad e de Medida	Meta Prevista			
					2022	2023	2024	2025



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

9.2 .1	Acompanhamento de pacientes com síndromes pós covid	Percentual de pacientes com síndromes pós covid acompanhados	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
-----------	---	--	--------	------------	--------	--------	--------	--------



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

8 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DE 2022

Órgão	04	SECRETARIA DE SAÚDE				TOTAL ÓRGÃO:	7.623.000,00		
Unidade	001	SECRETARIA DE SAÚDE				TOTAL UNIDADE:	7.623.000,00		
NATUREZA		ESPECIFICAÇÃO				RECURSO	DESDOBRAMENTO	ELEMENTO	CATEGORIA ECONÔMICA
CONTA	FONTE	F. PADRÃO / ORIG / APL / DES / DET							
FUNÇÃO:		10	SAÚDE						
SUBFUNÇÃO:		301	ATENÇÃO BÁSICA						
PROGRAMA:		0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE						
PROJETO/ATIVIDADE:	10.301.0004.1-008	CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE						TOTAL PIA:	5.000,00
OBJETIVO:		CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE							
4.0.00.00.00.00		DESPESAS DE CAPITAL							5.000,00
4.4.00.00.00.00		INVESTIMENTOS							5.000,00
4.4.90.00.00.00		APLICAÇÕES DIRETAS						5.000,00	
4.4.90.51.00.00		OBRAS E INSTALAÇÕES					2.500,00		
00510	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde			2.500,00			
4.4.90.61.00.00		AQUISIÇÃO DE IMÓVEIS					2.500,00		
00520	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde			2.500,00			
FUNÇÃO:		10	SAÚDE						
SUBFUNÇÃO:		301	ATENÇÃO BÁSICA						
PROGRAMA:		0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE						
PROJETO/ATIVIDADE:	10.301.0004.2-007	MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE						TOTAL PIA:	6.220.000,00
OBJETIVO:		MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE							
3.0.00.00.00.00		DESPESAS CORRENTES							5.947.460,00
3.1.00.00.00.00		PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS							3.278.000,00
3.1.90.00.00.00		APLICAÇÕES DIRETAS						2.840.000,00	
3.1.90.11.00.00		VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL					2.600.000,00		
00530	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			1.850.000,00			
00540	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde			750.000,00			
3.1.90.13.00.00		CONTRIBUIÇÕES PATRONAIS					220.000,00		
00550	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			155.000,00			
00560	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde			65.000,00			
3.1.90.94.00.00		INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS					20.000,00		
00570	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			20.000,00			
3.1.91.00.00.00		APLICAÇÃO DIRETA DECORRENTE DE OPERAÇÃO ENTRE ÓRGÃOS, FUNDOS E ENTIDADES INTEGRANTES DOS ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL						438.000,00	
3.1.91.13.00.00		OBRIGAÇÕES PATRONAIS					438.000,00		
00580	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			290.000,00			
00590	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde			148.000,00			
3.3.00.00.00.00		OUTRAS DESPESAS CORRENTES							2.669.460,00
3.3.22.00.00.00		EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DELEGADA À UNIÃO						10.000,00	
3.3.22.93.00.00		INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES					10.000,00		
00600	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			10.000,00			
3.3.30.00.00.00		TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E AO DISTRITO FEDERAL						10.000,00	
3.3.30.93.00.00		INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES					10.000,00		
00610	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			10.000,00			
3.3.50.00.00.00		TRANSFERÊNCIAS A INSTITUIÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS						10.000,00	
3.3.50.41.00.00		CONTRIBUIÇÕES					5.000,00		
00620	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			5.000,00			
3.3.50.43.00.00		SUBVENÇÕES SOCIAIS					5.000,00		
00630	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			5.000,00			
3.3.90.00.00.00		APLICAÇÕES DIRETAS						2.639.460,00	
3.3.90.14.00.00		DIÁRIAS - CIVIL					5.000,00		
00640	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			5.000,00			
3.3.90.30.00.00		MATERIAL DE CONSUMO					594.460,00		
00650	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			389.790,00			
00660	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde			144.670,00			
00670	495	495 / 9 / 2 / 6 / 20	Atenção Básica			60.000,00			
3.3.90.32.00.00		MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA					15.000,00		
00680	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			15.000,00			
3.3.90.36.00.00		OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA					270.000,00		
00690	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)			220.000,00			



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

00700	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	50.000,00		
		3.3.90.39.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		1.750.000,00	
00710	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	1.250.000,00		
00720	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	500.000,00		
		3.3.90.47.00.00	OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS E CONTRIBUTIVAS		5.000,00	
00730	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	5.000,00		
		4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL			272.540,00
		4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS			272.540,00
		4.4.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS			272.540,00
		4.4.90.51.00.00	OBRAS E INSTALAÇÕES		12.540,00	
00740	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	12.540,00		
		4.4.90.52.00.00	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE		250.000,00	
00750	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	30.000,00		
00760	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	220.000,00		
		4.4.90.61.00.00	AQUISIÇÃO DE IMÓVEIS		10.000,00	
00770	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.000,00		
FUNÇÃO:			10	SAÚDE		
SUBFUNÇÃO:			302	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL		
PROGRAMA:			0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
PROJETO/ATIVIDADE:			10.302.0004.2-008	ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	TOTAL P/A:	1.015.000,00
OBJETIVO:			MANUTENÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE			
		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES			866.000,00
		3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES			866.000,00
		3.3.71.00.00.00	TRANSFERÊNCIAS A CONSÓRCIOS PÚBLICOS MEDIANTE CONTRATO DE RATEIO		250.000,00	
		3.3.71.70.00.00	RATEIO PELA PARTICIPAÇÃO EM CONSÓRCIO PÚBLICO		250.000,00	
00780	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	250.000,00		
		3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		616.000,00	
		3.3.90.30.00.00	MATERIAL DE CONSUMO		365.000,00	
00790	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	220.000,00		
00800	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	145.000,00		
		3.3.90.32.00.00	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA		100.000,00	
00810	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	100.000,00		
		3.3.90.36.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA		54.000,00	
00820	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	22.000,00		
00830	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	32.000,00		
		3.3.90.39.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		97.000,00	
00840	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	52.000,00		
00850	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	45.000,00		
		4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL			149.000,00
		4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS			149.000,00
		4.4.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		149.000,00	
		4.4.90.52.00.00	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE		149.000,00	
00860	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	20.000,00		
00870	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	129.000,00		
FUNÇÃO:			10	SAÚDE		
SUBFUNÇÃO:			303	SUORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO		
PROGRAMA:			0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
PROJETO/ATIVIDADE:			10.303.0004.2-038	ASSISTENCIA FARMACEUTICA	TOTAL P/A:	100.000,00
OBJETIVO:						
		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES			70.000,00
		3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES			70.000,00
		3.3.71.00.00.00	TRANSFERÊNCIAS A CONSÓRCIOS PÚBLICOS MEDIANTE CONTRATO DE RATEIO		35.000,00	
		3.3.71.70.00.00	RATEIO PELA PARTICIPAÇÃO EM CONSÓRCIO PÚBLICO		35.000,00	
00880	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	35.000,00		
		3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		35.000,00	
		3.3.90.32.00.00	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA		35.000,00	
00890	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	20.000,00		
00900	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	15.000,00		
		4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL			30.000,00
		4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS			30.000,00
		4.4.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		30.000,00	
		4.4.90.52.00.00	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE		30.000,00	



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

00910	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.000,00		
00920	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	20.000,00		
FUNÇÃO:		10	SAÚDE			
SUBFUNÇÃO:		304	VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
PROGRAMA:		0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
PROJETO/ATIVIDADE:		10.304.0004.2-036	VIGILANCIA SANITARIA EM SAUDE	TOTAL P/A:		133.000,00
OBJETIVO:						
		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES			126.000,00
		3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES			126.000,00
		3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		126.000,00	
		3.3.90.30.00.00	MATERIAL DE CONSUMO	59.000,00		
00930	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	59.000,00		
		3.3.90.36.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA		22.000,00	
00940	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	22.000,00		
		3.3.90.39.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		45.000,00	
00950	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	25.000,00		
00960	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	20.000,00		
		4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL			7.000,00
		4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS			7.000,00
		4.4.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		7.000,00	
		4.4.90.52.00.00	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE		7.000,00	
00970	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	7.000,00		
FUNÇÃO:		10	SAÚDE			
SUBFUNÇÃO:		305	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA			
PROGRAMA:		0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
PROJETO/ATIVIDADE:		10.305.0004.2-039	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	TOTAL P/A:		100.000,00
OBJETIVO:						
		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES			100.000,00
		3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS			100.000,00
		3.1.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		90.000,00	
		3.1.90.11.00.00	VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL		80.000,00	
00980	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	80.000,00		
		3.1.90.13.00.00	CONTRIBUIÇÕES PATRONAIS		10.000,00	
00990	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.000,00		
		3.1.91.00.00.00	APLICAÇÃO DIRETA DECORRENTE DE OPERAÇÃO ENTRE ÓRGÃOS, FUNDOS E ENTIDADES INTEGRANTES DOS ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL		10.000,00	
		3.1.91.13.00.00	OBRIGAÇÕES PATRONAIS		10.000,00	
01000	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.000,00		
FUNÇÃO:		10	SAÚDE			
SUBFUNÇÃO:		306	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO			
PROGRAMA:		0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
PROJETO/ATIVIDADE:		10.306.0004.2-040	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	TOTAL P/A:		50.000,00
OBJETIVO:						
		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES			50.000,00
		3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES			50.000,00
		3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		50.000,00	
		3.3.90.32.00.00	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA		50.000,00	
01010	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	50.000,00		



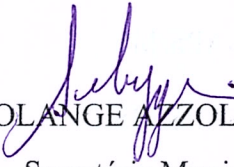
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

9 TERMO DE HOMOLOGAÇÃO

A Secretária Municipal de Saúde, Solange Azzolini Costabile, nomeada pelo Decreto Municipal nº 002/2021, no uso de suas atribuições e de acordo com a Resolução 002/2022, de 28 de Março de 2022, do Conselho Municipal de Saúde, HOMOLOGA o presente PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025 e a PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DE 2022.

Campo do Tenente – PR, 28 de março de 2022.


SOLANGE AZZOLINI COSTABILE
Secretária Municipal de Saúde



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10 ANEXOS

10.1 – PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2022

10.2 – RELATÓRIO FINAL DA XIII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO DO TENENTE – PR

10.3 – ATA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APRECIÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025 E DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2022

10.4 – RESOLUÇÃO 002/2022 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

10.5 – REMUME

10.6 – LEGISLAÇÃO

NOTA TÉCNICA Nº 11/2022-SAPS/MS

NOTA TECNICA Nº 7/2022-SAPS/MS

NOTA TECNICA Nº 6/2022-SAPS/MS

NOTA TÉCNICA Nº 5/2022-SAPS/MS

NOTA TÉCNICA Nº 4/2022-SAPS/MS

NOTA TÉCNICA Nº 3/2022-SAPS/MS

NOTA TÉCNICA Nº 2/2022-SAPS/MS

NOTA TÉCNICA Nº 1/2022-SAPS/MS

PORTARIA GM/MS Nº 102, DE 20 DE JANEIRO DE 2022

PORTARIA GM/MS Nº 26, DE 7 DE JANEIRO DE 2022

PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017



QUADRO DE DETALHAMENTO DA DESPESA ORÇAMENTÁRIA

Exercício 2022

Unidade gestora: Município de Campo do Tenente

Página: 5

Órgão	04	SECRETARIA DE SAÚDE		TOTAL ÓRGÃO:	7.623.000,00		
Unidade	001	SECRETARIA DE SAÚDE		TOTAL UNIDADE:	7.623.000,00		
NATUREZA				RECURSO	DESDOBRAMENTO	ELEMENTO	CATEGORIA ECONÔMICA
CONTA	FONTE	F. PADRÃO / ORIG / APL / DES / DET					
		FUNÇÃO:	10	SAÚDE			
		SUBFUNÇÃO:	301	ATENÇÃO BÁSICA			
		PROGRAMA:	0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
PROJETO/ATIVIDADE:		10.301.0004.1-008	CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE		TOTAL P/A:	5.000,00	
		OBJETIVO: CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE					
		4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL				5.000,00
		4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS				5.000,00
		4.4.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS			5.000,00	
		4.4.90.51.00.00	OBRAS E INSTALAÇÕES		2.500,00		
00510	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde		2.500,00		
		4.4.90.61.00.00	AQUISIÇÃO DE IMÓVEIS		2.500,00		
00520	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde		2.500,00		
		FUNÇÃO:	10	SAÚDE			
		SUBFUNÇÃO:	301	ATENÇÃO BÁSICA			
		PROGRAMA:	0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
PROJETO/ATIVIDADE:		10.301.0004.2-007	MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		TOTAL P/A:	6.220.000,00	
		OBJETIVO: MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE					
		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES				5.947.460,00
		3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS				3.278.000,00
		3.1.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS			2.840.000,00	
		3.1.90.11.00.00	VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL		2.600.000,00		
00530	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		1.850.000,00		
00540	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde		750.000,00		
		3.1.90.13.00.00	CONTRIBUIÇÕES PATRONAIS			220.000,00	
00550	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		155.000,00		
00560	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde		65.000,00		
		3.1.90.94.00.00	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS			20.000,00	
00570	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		20.000,00		
		3.1.91.00.00.00	APLICAÇÃO DIRETA DECORRENTE DE OPERAÇÃO ENTRE ÓRGÃOS, FUNDOS E ENTIDADES INTEGRANTES DOS ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL			438.000,00	
		3.1.91.13.00.00	OBRIGAÇÕES PATRONAIS			438.000,00	
00580	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		290.000,00		
00590	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde		148.000,00		
		3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES				2.669.460,00
		3.3.22.00.00.00	EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DELEGADA À UNIÃO			10.000,00	
		3.3.22.93.00.00	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES			10.000,00	
00600	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		10.000,00		
		3.3.30.00.00.00	TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E AO DISTRITO FEDERAL			10.000,00	
		3.3.30.93.00.00	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES			10.000,00	
00610	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		10.000,00		
		3.3.50.00.00.00	TRANSFERÊNCIAS A INSTITUIÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS			10.000,00	
		3.3.50.41.00.00	CONTRIBUIÇÕES			5.000,00	
00620	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		5.000,00		
		3.3.50.43.00.00	SUBVENÇÕES SOCIAIS			5.000,00	
00630	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		5.000,00		
		3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS			2.639.460,00	
		3.3.90.14.00.00	DIÁRIAS - CIVIL			5.000,00	
00640	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		5.000,00		
		3.3.90.30.00.00	MATERIAL DE CONSUMO			594.460,00	
00650	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		389.790,00		
00660	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde		144.670,00		
00670	495	495 / 9 / 2 / 6 / 20	Atenção Básica		60.000,00		
		3.3.90.32.00.00	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA			15.000,00	
00680	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		15.000,00		
		3.3.90.36.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA			270.000,00	
00690	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		220.000,00		



QUADRO DE DETALHAMENTO DA DESPESA ORÇAMENTÁRIA

Exercício 2022

Unidade gestora: Município de Campo do Tenente

Página: 6

00700	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	50.000,00		
		3.3.90.39.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		1.750.000,00	
00710	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	1.250.000,00		
00720	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	500.000,00		
		3.3.90.47.00.00	OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS E CONTRIBUTIVAS		5.000,00	
00730	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	5.000,00		
		4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL			272.540,00
		4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS			272.540,00
		4.4.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS			272.540,00
		4.4.90.51.00.00	OBRAS E INSTALAÇÕES		12.540,00	
00740	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	12.540,00		
		4.4.90.52.00.00	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE		250.000,00	
00750	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	30.000,00		
00760	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	220.000,00		
		4.4.90.61.00.00	AQUISIÇÃO DE IMÓVEIS		10.000,00	
00770	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.000,00		

FUNÇÃO: 10 SAÚDE

SUBFUNÇÃO: 302 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

PROGRAMA: 0004 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROJETO/ATIVIDADE: 10.302.0004.2-006 ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL TOTAL P/A: 1.015.000,00

OBJETIVO: MANUTENÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES			866.000,00
		3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES			866.000,00
		3.3.71.00.00.00	TRANSFERÊNCIAS A CONSÓRCIOS PÚBLICOS MEDIANTE CONTRATO DE RATEIO		250.000,00	
		3.3.71.70.00.00	RATEIO PELA PARTICIPAÇÃO EM CONSÓRCIO PÚBLICO		250.000,00	
00780	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	250.000,00		
		3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		616.000,00	
		3.3.90.30.00.00	MATERIAL DE CONSUMO		365.000,00	
00790	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	220.000,00		
00800	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	145.000,00		
		3.3.90.32.00.00	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA		100.000,00	
00810	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	100.000,00		
		3.3.90.36.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA		54.000,00	
00820	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	22.000,00		
00830	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	32.000,00		
		3.3.90.39.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		97.000,00	
00840	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	52.000,00		
00850	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	45.000,00		
		4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL			149.000,00
		4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS			149.000,00
		4.4.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		149.000,00	
		4.4.90.52.00.00	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE		149.000,00	
00860	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	20.000,00		
00870	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	129.000,00		

FUNÇÃO: 10 SAÚDE

SUBFUNÇÃO: 303 SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO

PROGRAMA: 0004 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROJETO/ATIVIDADE: 10.303.0004.2-038 ASSISTENCIA FARMACEUTICA TOTAL P/A: 100.000,00

OBJETIVO:

		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES			70.000,00
		3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES			70.000,00
		3.3.71.00.00.00	TRANSFERÊNCIAS A CONSÓRCIOS PÚBLICOS MEDIANTE CONTRATO DE RATEIO		35.000,00	
		3.3.71.70.00.00	RATEIO PELA PARTICIPAÇÃO EM CONSÓRCIO PÚBLICO		35.000,00	
00880	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	35.000,00		
		3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		35.000,00	
		3.3.90.32.00.00	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA		35.000,00	
00890	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	20.000,00		
00900	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	15.000,00		
		4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL			30.000,00
		4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS			30.000,00
		4.4.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		30.000,00	
		4.4.90.52.00.00	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE		30.000,00	



QUADRO DE DETALHAMENTO DA DESPESA ORÇAMENTÁRIA

Exercício 2022

Unidade gestora: Município de Campo do Tenente

Página: 7

00910	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.000,00	
00920	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	20.000,00	

FUNÇÃO:		10	SAÚDE		
SUBFUNÇÃO:		304	VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
PROGRAMA:		0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
PROJETO/ATIVIDADE:		10.304.0004.2-036	VIGILANCIA SANITARIA EM SAUDE	TOTAL P/A:	133.000,00

OBJETIVO:

		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES		126.000,00
		3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES		126.000,00
		3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS	126.000,00	
		3.3.90.30.00.00	MATERIAL DE CONSUMO	59.000,00	
00930	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	59.000,00	
		3.3.90.36.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA	22.000,00	
00940	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	22.000,00	
		3.3.90.39.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	45.000,00	
00950	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	25.000,00	
00960	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	20.000,00	
		4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL		7.000,00
		4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS		7.000,00
		4.4.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS		7.000,00
		4.4.90.52.00.00	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	7.000,00	
00970	518	518 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	7.000,00	

FUNÇÃO:		10	SAÚDE		
SUBFUNÇÃO:		305	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA		
PROGRAMA:		0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
PROJETO/ATIVIDADE:		10.305.0004.2-039	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	TOTAL P/A:	100.000,00

OBJETIVO:

		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES		100.000,00
		3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS		100.000,00
		3.1.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS	90.000,00	
		3.1.90.11.00.00	VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL	80.000,00	
00980	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	80.000,00	
		3.1.90.13.00.00	CONTRIBUIÇÕES PATRONAIS	10.000,00	
00990	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.000,00	
		3.1.91.00.00.00	APLICAÇÃO DIRETA DECORRENTE DE OPERAÇÃO ENTRE ÓRGÃOS, FUNDOS E ENTIDADES INTEGRANTES DOS ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL		10.000,00
		3.1.91.13.00.00	OBRIGAÇÕES PATRONAIS	10.000,00	
01000	494	494 / 9 / 2 / 6 / 20	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.000,00	

FUNÇÃO:		10	SAÚDE		
SUBFUNÇÃO:		306	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		
PROGRAMA:		0004	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
PROJETO/ATIVIDADE:		10.306.0004.2-040	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	TOTAL P/A:	50.000,00

OBJETIVO:

		3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES		50.000,00
		3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES		50.000,00
		3.3.90.00.00.00	APLICAÇÕES DIRETAS	50.000,00	
		3.3.90.32.00.00	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA	50.000,00	
01010	303	303 / 1 / 2 / 0 / 0	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	50.000,00	



13ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

28 de Março de 2019

“DEMOCRATIZAÇÃO DO SUS”

RELATÓRIO FINAL

Convocada pelo Decreto nº044/2019, do Prefeito Municipal. E divulgada através da rádio local, entrega de convites a população feita pelos ACSs e cartazes expostos nas unidades de saúde e em frente da prefeitura municipal.



**COMISSÃO ORGANIZADORA DA
13ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Presidente

SIRLENE DA APARECIDA CHEIN

Coordenador geral

CRISTIANE PEPES

Coordenadores adjunto

**ORLANDO WEBER, LINDACIR CHEMIM DA SILVA,
SABRINA CORDEIRO, GILSON ANTONIO ARRUDA**

Secretaria executiva

ELUISA MARCHESE

Tesoureiro

MARIANA ALICE CAVICHIOLO

Secretaria de credenciamento

JUSSARA MARIA GOETZ

Secretaria de divulgação e comunicação:

ABEGAIL FRANCISCO BORGES

Relator

DANIELLI TEIXEIRA DA CRUZ

Cargos na 13ª Conferência segundo Comissão Organizadora escolhida e aprovada por Resolução nº008/2019 do Conselho Municipal de saúde, onde se reuniram por três reuniões para discutir assuntos da conferencia.



APRESENTAÇÃO

Ata e lista de presença das pré Conferencias municipais de saúde realizada nas localidades.



INTRODUÇÃO

Apresentamos o relatório final da 13ª Conferência Municipal de Saúde de Campo do Tenente/Pr., realizada no Ginásio de esportes Alberto Wensk, no dia 28 de março de 2019.

Precedendo o evento principal e para servir de “preparação” para a conferência, ocorreram as pré conferências nas localidades com grande participação do segmento dos usuários.

As pré conferências realizadas nas localidades tiveram como objetivo principal apresentar o tema central da conferência aos diversos segmentos participantes, bem como estimular a maior participação destes segmentos no processo de construção das diretrizes para o SUS municipal para o próximo quadriênio.

O relatório produzido nesta 13ª Conferência Municipal retrata os anseios dos representantes dos diversos segmentos que participam cotidianamente da construção do SUS em Campo do Tenente, demonstrando o interesse na realização de avanços permanentes para o sistema de saúde local.

As propostas discutidas, votadas e aprovadas na Plenária Final foram compiladas com total fidelidade às discussões realizadas durante as oficinas e receberam, quando necessário, um cuidadoso tratamento de redação para expressarem adequadamente a ideia central do texto.

Acreditamos que, concluída a 13ª Conferência Municipal de Saúde de Campo do Tenente, foi atingido o objetivo de promover a participação social efetiva na construção do “SUS de todos, por todos e para todos”.

O relator



DIRETRIZES PROPOSTAS NAS OFICINAS, DISCUTIDAS E APROVADAS NA PLENÁRIA GERAL

TEMA CENTRAL

“DEMOCRATIZAÇÃO DO SUS”

SUB TEMAS

“PREVENÇÃO DE DOENÇA RENAL ALTA PERFORMANCE E VIDA”

Propostas para a Conferência Estadual

- Eixo temático 1

Direito à saúde

- 1- Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas em todas as Regiões Metropolitanas.
- 2- Implementar dentro das ESF o acesso à atenção secundária.

- Eixo Temático 2

Seguridade Social e a Saúde

- 1- Revisar a Desburocratização para aquisição de medicamentos e próteses.
- 2- Instituição para acolhimento de Pessoas Carentes e Idosos.

Eixo temático 3

Organização da Atenção à Saúde

- 1- Planejamento integrado entre saúde e educação com os temas sexualidade infantil, gravidez na adolescência e DST's a partir do fundamental.
- 2- Implantação da Creche dos Idosos para a diminuição do advento de doenças neurovegetativas e outras e depressão.



Propostas para Conferência Nacional.

Eixo temário 4

O trabalho na Saúde

- 1- Parcerias como polos universitários próximos para atendimento de pacientes de nível secundário.
- 2- Com que o Governo crie uma lei onde os profissionais de saúde tenham direito ao plano de cargos e salários.
- 3- Promoção de educação continuada em equipe.

Eixo Temático 5

Financiamento do Sus

- 1- Que os recursos possam ser aplicados com maior propriedade de acordo com as necessidades locais.
- 2- Revogação da Emenda Constitucional 95 que congela os gastos com a saúde, afim, de além de destinar maior orçamento para a saúde, aumentar as alíquotas destinadas aos estados e municípios com a finalidade de melhorar o suporte e garantir a efetivação aos municípios do SUS.

Propostas conferencia Municipal.

RIO VERMELHO

- 1- Atendimento Médico 2x por semana nas UBS.
- 2- Clube de mães com atendimento e acompanhamento de psicólogo e enfermeira.
- 3- Atendimento todos os dias da Técnica de Enfermagem na UBS.

BURITI E PAU DE CASA

- 1- Academia ao ar Livre na comunidade.
- 2- Técnico de Enfermagem atendendo em meio período na UBS.

SERRINHA E CASCAVEL

- 1- Atendimento Médico a cada 15 dias.
- 2- Que seja realizado um novo processo seletivo para contratação de ACS na área descoberta.



LAGEADO E MORRINHO ALTO

- 1- Que a ESF volte a funcionar corretamente.

CENTRO, SEDE, PEDRO AMALIO RIBAS

- 1- Retornar as pesagens e reuniões do hiperdia.
- 2- Elaboração de Plano de Cargos e Carreiras para os profissionais de saúde.

CONSELHO ELEITO NA 13ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO DO TENENTE

MANDATO 2019/2022

SEGUIMENTO DOS USUARIOS

Associação de moradores da localidade de serrinha

Titular :Orlando Weber

Suplente: Renato Kusma

Associação de moradores da localidade de Santana

Titula :Lisandro Alves

Suplente: Angelita da Silva Barbosa

Associação de moradores da localidade de Buriti

Titular: Katia de Almeida Gomes

Suplente: Daliria Carvalho de almeida

Associação comunitária cultural e artística Campo do Tenente

Titular: Lorena Regina Busmann

Suplente: Antônio Donato Antunes Bernardes



Associação de moradores da localidade de Lageado

Titular: Marcos Tiengo Costa

Suplente: Anita de Jesus Tiburski Bonamigo

Pastoral da criança

Titular: Ema Pereira

Suplente: Lourdes Aparecida de Ávila Arruda

SEGUIMENTO DOS TRABALHADORES DA SAUDE

Titular: Denis Willian Pereira

Suplente: Mariane de Souza

Titular: Maria Rosana Zich

Suplente: Divanir Aparecida dos Santos

Titular: Jheny Magalhaes

Suplente: Abegail Francisco Borges

SEGUIMENTO GESTOR

Titular: Ana Taisa Ribeiro

Suplente: Gilson Antonio Arruda

Titular: Mariana Alice Cavichiolo

Suplente: Eluisa Marchese

Titular: Cristiane Pedroso Peppes

Suplente: Sirlene da Aparecida Cheim



**ELEITOS PELA PLENÁRIA DA 13ª CONFERENCIA MUNICIPAL
DE SAÚDE, DOS REPRESENTANTES PARA PARTICIPAR DA 12ª
CONFERENCIA ESTADUAL DE SAÚDE**

Titular: Orlando Weber

Suplente: Katia de Almeida Gomes

ATA DA PRIMEIRA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022

Aos vinte e oito dias do mês de Março do ano de 2022, nas dependências da secretaria municipal de saúde, cito Rua Maria Clara Brandao Tesserolli s/nº, realizou-se a primeira reunião extraordinária do conselho, com início as quinze horas, Sr. ORLANDO, presidente do Conselho explica o motivo da reunião. A secretária municipal de saúde Sra SOLANGE apresenta e faz leitura da PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2022 e o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025, a plenária discute sobre o assunto. O conselho municipal de saúde aprova por unanimidade a PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2022 e o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025. Nada mais a tratar Sr. Orlando encerra os trabalhos da reunião, está Ata escrita e assinada por mim JUSSARA MARIA GOETZ, e segue lista de presença em anexo.

Mariana Alia Cavalcante *Orlando Veloso*
Anita F.T. Benavente
Maria Rosamunda S. Zepher.

**LISTA DE PRESENÇA, DA REUNIAO EXTRAORDINARIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE,
28 DE MARÇO DE 2022.**

[illegible]



Prefeitura Municipal de Campo do Tenente
Estado do Paraná
Av. Miguel Komarchewski, 900 – Centro – Fone/Fax: 41-3628-1447
83.870-000 – Campo do Tenente – PR

Conselho Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO N.º002, de 28 de Março de 2022, do Conselho Municipal de Saúde do Município de Campo do Tenente.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Campo do Tenente, em reunião extraordinária realizada em 28 de Março de 2022, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal n.º 8.080, de 19/09/90, Lei Federal n.º 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal n.º 498/2005 de 23/09/2005;

Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar n.º 141, de 13/01/2012;

RESOLVE:

1º Aprovar o PLANO MUNICIPAL DE SAUDE 2022-2025.

Campo do Tenente, 28 de Março 2022.

Orlando Weber
Presidente do Conselho Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Campo do Tenente
Estado do Paraná
Av. Miguel Komarchewski, 900 – Centro – Fone/Fax: 41-3628-1447
83.870-000 – Campo do Tenente – PR

Conselho Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO N.º002, de 28 de Março de 2022, do Conselho Municipal de Saúde do Município de Campo do Tenente.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Campo do Tenente, em reunião extraordinária realizada em 28 de Março de 2022, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal n.º 8.080, de 19/09/90, Lei Federal n.º 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal n.º 498/2005 de 23/09/2005;

Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar n.º 141, de 13/01/2012;

RESOLVE:

1º Aprovar a PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2022.

Campo do Tenente, 28 de Março 2022.

Orlando Weber
Presidente do Conselho Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO DO TENENTE
Secretaria de Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Assistência Farmacêutica

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

REMUME – CAMPO DO TENENTE

Campo do Tenente

Março, 2022



Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

PREFEITO

Weverton Willian Vicentin

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Solange Azzolini Costabile

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Larissa Ribas – auxiliar de farmácia

Luana Quege – auxiliar de farmácia

Marcos Viana – auxiliar administrativo

Francieli Rauen - farmacêutica

Mariana Alice Cavichiolo - farmacêutica

Campo do Tenente

Março, 2022



Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

Apresentação

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente, disponibiliza a atualização de relação municipal de medicamentos essenciais – REMUME. Com intuito de definir uma política municipal de medicamentos que garanta o elenco terapêutico necessário ao atendimento dos principais problemas de saúde do município.

A adoção da REMUME possibilita muitas vantagens para a saúde pública, ressaltando maior eficiência no gerenciamento dos serviços farmacêuticos, racionalização dos custos, possibilidade de economizar os recursos disponíveis e facilidade na implantação de ações educativas junto aos prescritores, trabalhadores e usuários do serviço.^{1 2}

Sendo assim, a padronização de uma listagem favorece a qualidade na assistência terapêutica e farmacêutica, provocando efeitos positivos nas intervenções, resultando em um sistema progressivo de atenção à saúde no nível municipal.

Com a ampla divulgação deste documento, entre os profissionais de saúde da SMS, e acesso rápido e fácil; objetiva-se qualidade e eficiência no processo de cuidado em saúde.

A REMUME está descrita por grupo farmacológico e adota a Denominação Comum Brasileira (DCB), visando a praticidade da prescrição e dispensação.

1 OLIVEIRA C; GROCHOCKI, M. H. C; PINHEIRO, R. F. Seleção de medicamentos. In: **Serviços farmacêuticos** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011

2 Wannmacher, L, 2010. **Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais**. Uso racional de medicamento, temas selecionados nº 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS POR GRUPO FARMACOLÓGICO, DISPONÍVEIS
CONFORME UNIDADE DE DISPENSAÇÃO

1. Analgésicos e Antipiréticos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
1	Dipirona	500mg/ml – sol. Oral; cpr; sol.injetavel	Farmácia Básica Centro de atendimento SL
2	Ibuprofeno	600mg – cpr 50mg/ml- sol oral	Farmácia Básica Centro de atendimento SL
3	Paracetamol	200mg/ml – sol oral; 500mg - cpr	Farmácia Básica Centro de atendimento SL

2. Analgésicos Opióides

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
4	Tramadol	50mg/ml	Centro de atendimento SL
5	Morfina	10mg/ml – sol injetável	Centro de atendimento SL
6	Fentanila	50mcg/ml – sol. injetável	Centro de atendimento SL

3. Anestésico Local

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
7	Lidocaína, sem vasoconstritor	0,2 % Frasco ampola 20ml- sol. Inj 20mg – uso tópico, gel	Centro de atendimento SL

4. Antagonista de benzodiazepínico

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
8	Flumazenil	0,1mg/ml - sol. Inj	Centro de atendimento SL

5. Antagonista de opióides

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
9	Naloxona	0,4mg/ml - sol. Inj	Centro de atendimento SL



Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

6. Antiagregante Plaquetário

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
10	Ácido Acetilsalicílico	100mg - cpr	Farmácia Básica

7. Antiácidos e Antiulcerosos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
11	Hidróxido de alumínio+magnésio	6%+4% - susp. Oral 100ml	Farmácia Básica,
12	Omeprazol	20 mg – cps	Farmácia Básica

8. Antialérgicos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
13	Dexclorfeniramina	0,4/ml – sol.oral ; 2 mg cpr	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
14	Loratadina	10mg – cpr 1mg/ml – sol. oral	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
15	Prometazina	25 mg – cpr 25mg/ml – sol inj	Farmácia Básica Centro de atendimento SL

9. Antianemicos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
16	Ácido Fólico	5mg cpr	Farmácia Básica
17	Sulfato Ferroso	40 mg fe. elementar – cpr 125 mg/mL (25 mg de ferro/mL) – sol oral	Farmácia Básica

10. Antianginosos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
18	Isossorbida (dinitrato) e (mononitrato)	5mg cpr sublingual 40 mg - cpr	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL

11. Antiasmáticos, Broncodilatadores

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
19	Ambroxol	5mg/ml, 10mg/ml	Farmácia Básica Centro de atendimento SL

Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

20	Aminofilina	24mg/ml - sol. Inj, 100mg - cpr	Centro de atendimento SL
21	Fenoterol	5mg/ml – sol. inalatoria	Centro de atendimento SL
22	Ipratrópio	0,25mg/ml – sol. inalatoria	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
23	Salbutamol	0,4mg/ml – sol oral	Farmácia Básica Centro de atendimento SL
24	Terbutalina	0,5mg/ml – sol, injetavel	Centro de atendimento SL

12. Antimicrobianos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
25	Aciclovir	200mg	Farmácia Básica
26	Amoxicilina + Clavulanato de potássio	500 mg + 125 mg – cpr 50 mg + 12,5 mg/ml - susp	Farmácia Básica
27	Amoxicilina	500mg – cpr 50mg/ml – susp.	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
28	Azitromicina	500mg – cpr 40mg/ml – susp.	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
29	Benzilpenicilina Benzatina	pó liofilizado injetável 600.000 UI e 1.200.000 UI	Farmácia Básica Centro de Atendimento SL
30	Cefalexina	500 mg – caps 50 mg/mL - suspensao	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
31	Cefalotina, sódica	- pó para solução injetável 1.000 mg	Centro de atendimento SL
32	Ceftriaxona, sódica	pó para solução injetável EV 1.000 mg e 500mg	Centro de atendimento SL
33	Ciprofloxacino	500mg - cpr	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
34	Fluconazol	150mg cápsula	Farmácia Básica
35	Gentamicina, sulfato	solução injetável 80 mg/2mL	Centro de atendimento SL
36	Metronidazol	250mg – cpr 1000mg/ml – gel vaginal	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
37	Miconazol, Nitrato	20mg/g creme vaginal	Farmácia Básica
38	Nistatina	100.000UI/mL susp. oral	Farmácia Básica
39	Neomicina, sulfato + Bacitracina	- pomada (5 mg + 250 UI)/g	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
40	Nitrofurantoína	100mg - caps	Farmácia Básica

Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

41	Sulfadiazina de prata	pomada 1 % + 0,4%	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
42	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400 mg + 80 mg – cpr 40 mg + 8 mg/mL - susp	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL

13. Anticoagulantes

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
43	Heparina	sol. injetável subcutânea 5.000 UI/0,25 mL sol. injetável intravenosa 5.000 UI/mL	Centro de atendimento SL
44	Varfarina	5mg - cpr	Farmácia Básica

14. Anticoncepcionais

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
45	Etinilestradiol + Levonorgestrel	drágea 0,03 mg + 0,15 mg	Farmácia Básica
46	Levonorgestrel	comprimido 0,75 mg	Farmácia Básica
47	Medroxiprogesterona, acetato	suspensão injetável 150 mg/mL	Farmácia Básica
48	Noretisterona, enantato + Estradiol, valerato	solução injetável (50 mg + 5 mg)/mL	Farmácia Básica
49	Noretisterona	comprimido 0,35 mg	Farmácia Básica

15. Anticonvulsivantes

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
50	Carbamazepina	200mg – cpr 20mg/ml – susp, oral	Farmácia Básica, Centro de Atendimento SL
51	Fenitoína	100mg – cpr 50mg/ml Sol. inj	Farmácia Básica, Centro de Atendimento SL
52	Fenobarbital	100mg-cpr 40mg/ml – sol. Oral 100mg/ml Sol. inj	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
53	Valproato de Sódio	576mg – cpr 288mg – cpr 57,624mg susp. oral	Farmácia Básica

16. Antidepressivos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
54	Amitriptilina	25mg - cpr	Farmácia Básica
55	Clomipramina	25mg - cpr	Farmácia Básica
56	Fluoxetina	20mg - cps	Farmácia Básica

17. Antidiabéticos orais e insulinas

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
57	Glibenclamida	5 mg	Farmácia Básica
58	Insulina humana NPH	suspensão injetável 100 UI/mL	Farmácia Básica Centro de Atendimento SL
59	Insulina humana Regular	solução injetável 100 UI/mL	Farmácia Básica Centro de Atendimento SL
60	Metformina	comprimido 850 mg	Farmácia Básica

18. Antieméticos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
61	Metoclopramida	10mg – cpr 4mg/ml – sol oral 5mg/ml – sol. Injetável	Farmácia Básica, Centro de Atendimento

19. Antiespasmódico, anticolinérgicos e propulsivos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
62	Atropina	0,5mg/ml	Centro de atendimento
63	Butilescopolamina, Brometo (Hioscina)	10mg - cpr 20mg/ml - Sol. injetável	Centro de atendimento
64	Butilescopolamina + Dipirona	10mg+250m - gotas 6,7mg/ml + 333,4mg/ml injetável	Farmácia Básica Centro de atendimento SL

Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

20. Antigotoso

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
65	Alopurinol	300mg - cpr	Farmácia Básica

21. Anti-hipertensivos

21.1 Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina - IECA

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
66	Captopril	25mg - cpr	Farmácia Básica
67	Enalapril	10mg e 20mg - cpr	Farmácia Básica

21.2 Bloqueadores dos Canais de Cálcio

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
68	Anlodipino	5mg - cpr	Farmácia Básica

21.3 Diuréticos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
69	Espirinolactona	25mg e 100mg - cpr	Farmácia Básica
70	Furosemida	40mg - cpr 10mg/ml injetável	Farmácia Básica, Centro de atendimento SL
71	Hidroclorotiazida	25mg - cpr	Farmácia Básica

21.4 Bloqueadores Beta-Adrenérgico

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
72	Atenolol	50mg - cpr	Farmácia Básica
73	Carvedilol	3,125/6,25/12,5 mg	Farmácia Básica
74	Metoprolol	50mg - cpr	Farmácia Básica
75	Propranolol	40mg - cpr	Farmácia Básica

21.5 Bloqueadores Alfa-2 de Ação Central

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
76	Metildopa	250mg - cpr	Farmácia Básica

21.6 Antagonistas dos Receptores de Angiotensina II

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
77	Losartana	50mg - cpr	Farmácia Básica

22. Anti-Inflamatórios Esteróides

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
78	Dexametasona	1mg creme 0,1mg/ml – sol. Oral 0,4mg/ml – sol. inj	Farmácia Básica, Centro de Atendimento SL
79	Prednisolona	3mg/ml suspensão	Farmácia Básica, Centro de Atendimento SL
80	Hidrocortisona	100mg – pó para susp. Inj.	Centro de Atendimento SL

23. Anti-Inflamatórios Não Esteroidais

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
81	Diclofenaco Sódico	25mg/ml – sol inj	Centro de Atendimento SL
82	Ibuprofeno	600mg - cpr 50mg/ml – susp. oral	Farmácia Básica, Centro de Atendimento SL
83	Cetoprofeno	50mg/ml injetável	Centro de Atendimento SL

24. Antiparasitários

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
84	Albendazol	400mg- cpr 40mg/ml	Farmácia Básica
85	Ivermectina	6 mg - cpr	Farmácia Básica

25. Antiparkinsonianos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
86	Biperideno	2mg - cpr	Farmácia Básica
87	Levodopa+Benserazida	200mg+50mg - cpr	Farmácia Básica
88	Levodopa+Cardidopa	250mg+25mg - cpr	Farmácia Básica

Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

26. Antipsicóticos

Item	Fármaco	Apresentação	Und. Disp
89	Clorpromazina	25mg – cpr, 100mg – cpr 25MG/ML sol injetável	Farmácia Básica Centro de Atendimento SL
90	Haloperidol	1mg, 5 mg – cpr 2mg/ml – sol. Oral 50mg/ml – sol ijetável	Farmácia Básica, Centro de Atendimento SL

27. Benzodiazepínicos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
91	Clonazepam	2,5mg/ml – sol. Oral	Farmácia Básica, Centro de Atendimento SL
92	Diazepam	5mg – cpr 5mg/ml injetável	Farmácia Básica, Centro de Atedimento SL
93	Midazolam	5 mg/ml injetável	Centro de Atendimento SL

28. Bloqueador neuromuscular

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
94	Suxametônio	100 mg – sol injetável	Centro de Atendimento SL

29. Escabicidas e Pediculicidas

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
95	Permetrina	10mg/ml e 50mg/ml	Farmácia Básica

30. Hipolipemiantes

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
96	Sinvastatina	20mg e 40mg - cpr	Farmácia Básica

Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

31. Hormônios tireoidianos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
97	Levotiroxina sódica	25, 50, 100 mcg - cpr	Farmácia Básica

32. Laxativos

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
98	Bisacodil	5mg - cpr	Centro de Atendimento SL

33. Medicamentos Utilizados no tratamento e prevenção da Osteoporose

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
99	Alendronato de sódio	70mg - cpr	Farmácia Básica
100	Cálcio, Carbonato + Colecalciferol	500mg + 400UI comprimido	Farmácia Básica

34. Vitaminas

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
101	Ácido ascórbico	100mg/ml – sol. inj	Centro de Atendimento SL
102	Complexo B	2 ml – sol injetável	Centro de Atendimento SL

35. Sistema Cardiovascular

Item	Fármaco	Apresentação	Unidade de Dispensação
103	Adrenalina (epinefrina)	1mg/ml – sol. inj	Centro de Atendimento SL
104	Amiodarona	50mg/ml – sol.inj	Centro de Atendimento SL
105	Deslanosídeo	0,2mg/ml – sol. inj	Centro de Atendimento SL
106	Digoxina	0,25mg -cpr	Farmácia Básica, Centro de Atendimento SL
107	Dopamina	5mg/ml – sol. inj	Centro de atendimento SL
108	Etilefrina	10mg/ml – sol. inj	Centro de atendimento SL

Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS POR PRINCÍPIO ATIVO E APRESENTAÇÕES

Aciclovir	200mg
Ácido Acetilsalicílico	100mg - cpr
Ácido ascórbico	100mg/ml – sol. inj
Ácido Fólico	5mg cpr
Adrenalina (epinefrina)	1mg/ml – sol inj.
Albendazol	400mg- cpr e 40mg/ml – sol oral
Alendronato de sódio	70mg - cpr
Alopurinol	300mg - cpr
Ambroxol	5mg/ml, 10mg/ml
Aminofilina	24mg/ml - sol. Inj e 100mg - cpr
Amiodarona	50mg/ml – sol.inj
Amitriptilina	25mg - cpr
Amoxicilina	500mg – cpr e 50mg/ml – susp.
Amoxicilina + Clavulanato de potássio	500 mg + 125 mg – cpr e 50 mg + 12,5 mg/ml - susp
Anlodipino	5mg - cpr
Atenolol	50mg - cpr
Atropina	0,5mg/ml
Azitromicina	500mg – cpr e 40mg/ml – susp.
Benzilpenicilina Benzatina	pó liofilizado injetável 600.000 UI e 1.200.000 UI
Biperideno	2mg - cpr
Bisacodil	5mg - cpr
Bromoprida	4mg/ml – sol oral , 10mg – cpr e 5mg/ml – Sol. injetável
Butilescopolamina + Dipirona	10mg+250mg – cpr e 6,7mg/ml + 333,4mg/ml
Butilescopolamina, Brometo (Hioscina)	10mg – cpr e 20mg/ml - Sol. injetável
Cálcio, Carbonato + Colecalciferol	500mg + 200UI comprimido
Captopril	25mg - cpr
Carbamazepina	200mg – cpr e 20mg/ml – susp, oral
Carvedilol	3,125/6,25/12,5 mg
Cefalexina	500 mg – caps e 50 mg/mL - suspensao
Cefalotina, sódica	- pó para solução injetável 1.000 mg
Ceftriaxona, sódica	pó para solução injetável EV 1.000 mg e 500mg
Cetoprofeno	50mg/ml
Cianocobalamina	5000 mcg, amp.2ml- sol. inj
Ciprofloxacino	500mg - cpr
Clomipramina	25mg - cpr
Clonazepam	2,5 mg/ml sol. oral
Clorpromazina	25mg – cpr 100mg - cpr
Deslanosídeo	0,2mg/ml – sol. inj



Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

Dexametasona	1mg creme, 0,1mg/ml – sol. Oral e 0,4mg/ml – sol. inj
Dexclorfeniramina	0,4/ml – sol.oral e 2 mg cpr
Diclofenaco Sódico	25mg/ml – sol inj e 50 mg - cpr
Digoxina	0,25mg -cpr
Dipirona	500mg/ml – sol. Oral; cpr; sol.injetavel
Dopamina	5mg/ml – sol. inj
Enalapril	10mg e 20mg - cpr
Espirinolactona	25mg e 100mg - cpr
Etilefrina	10mg/ml – sol. inj
Etinilestradiol + Levonorgestrel	drágea 0,03 mg + 0,15 mg
Fenitoína	100mg – cpr e 50mg/ml Sol. inj
Fenobarbital	100mg-cpr, 40mg/ml – sol. Oral e 100mg/ml Sol. inj
Fenoterol	5mg/ml – sol. inalatoria
Fluconazol	150mg cápsula
Fluoxetina	20mg - cps
Gentamicina, sulfato	solução injetável 80 mg/2mL
Glibenclamida	5 mg
Haloperidol	1mg, 5 mg – cpr, 2mg/ml – sol. Oral e 50mg/ml – sol inj
Heparina	sol. injetável subcutânea 5.000 UI/0,25 mL e sol. injetável intravenosa 5.000 UI/mL
Hidroclorotiazida	25mg - cpr
Hidrocortisona	100mg – pó para susp. Inj.
Hidroxido de alumínio+magnesio	6%+4% - susp. Oral 100ml
Ibuprofeno	600mg – cpr e 50mg/ml- sol oral
Insulina humana NPH	suspensão injetável 100 UI/mL
Insulina humana Regular	solução injetável 100 UI/mL
Ipatrópio	0,25mg/ml – sol. inalatoria
Isossorbida (dinitrato) e (mononitrato)	5mg cpr sublingual e 40 mg - cpr
Ivermectina	6 mg - cpr
Levodopa+Benserazida	200mg+50mg - cpr
Levodopa+Cardidopa	250mg+25mg - cpr
Levonorgestrel	comprimido 0,75 mg
Levotiroxina sódica	25, 50, 100 mcg - cpr
Lidocaína, sem vasoconstritor	0,2 % Frasco ampola 20ml- sol. Inj e 20mg – uso tópico, gel
Loratadina	10mg – cpr 1mg/ml – sol. oral
Losartana	50mg - cpr
Medroxiprogesterona, acetato	suspensão injetável 150 mg/mL
Metformina	comprimido 500 mg
Metildopa	250mg - cpr
Metoclopramida	10mg – cpr, 4mg/ml – sol oral e 5mg/ml – sol. Injetável
Metoprolol	50mg - cpr



Secretaria Municipal de Saúde de Campo do Tenente
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Assistência Farmacêutica

Metronidazol	250mg – cpr e 1000mg/ml – gel vaginal
Miconazol, Nitrato	20mg/g creme vaginal
Morfina	10mg/ml – sol inj e 10mg - cpr
Neomicina, sulfato + Bacitracina	- pomada (5 mg + 250 UI)/g
Nistatina	100.000UI/mL susp. oral
Nitrofurantoína	100mg - caps
Norestisterona, enantato + Estradiol, valerato	solução injetável (50 mg + 5 mg)/mL
Noretisterona	comprimido 0,35 mg
Omeprazol	20 mg – cps
Paracetamol	200mg/ml – sol oral; 500mg - cpr
Permetrina	10mg/ml e 50mg/ml
Prednisolona	3mg/ml
Prometazina	25 mg – cpr e 25mg/ml – sol inj
Propranolol	40mg - cpr
Salbutamol	100mcg/dose aerossol e 0,4mg/ml – sol oral
Sinvastatina	20mg e 40mg - cpr
Sulfadiazina de prata	pomada 1 % + 0,4%
Sulfametoxazol + Trimetoprima	400 mg + 80 mg – cpr 40 mg + 8 mg/mL - susp
Sulfato Ferroso	40 mg fe. elementar – cpr e 125 mg/mL (25 mg de ferro/mL) – sol oral
Terbutalina	0,5mg/ml – sol, injetavel
Tramadol	50mg/ml
Valproato de Sódio	576mg – cpr, 288mg – cpr e 57,624mg susp. oral
Varfarina	5mg - cpr



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 11/2022-SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a [Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022](#), que alterou a [Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019](#), que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. Trata-se de nota técnica para apresentação do conjunto dos 07 (sete) indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) revisados para o ano de 2022, no âmbito do Programa Previne Brasil, conforme disposto na Seção III do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. O presente documento tem por objetivo apresentar as revisões dos indicadores para o pagamento por desempenho, conforme disposto pela [Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022](#).

2.2. As alterações apresentadas nesta Nota Técnica foram submetidas a pactuação tripartite ao final do ano de 2021 conforme previsto no Artigo. 7 da [Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019](#) que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho.

2.3. As fichas de qualificação de cada um dos 07 indicadores do pagamento por desempenho, com detalhamento do método de cálculo serão descritas em notas técnicas específicas e disponibilizadas no sítio eletrônico do Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB.

2.4. Cumpre destacar que monitorar e avaliar o desempenho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, primordialmente, das ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária é uma das funções essenciais do Estado. O monitoramento e a avaliação repercutem em transparência a fim de prestar contas à população sobre o investimento na área da saúde. Eles também auxiliam a analisar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios, viabilizando, assim, a implementação de medidas de correção e/ou aprimoramento das ações e serviços ofertados no âmbito da APS.

2.5. Nesse sentido, o monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações buscam:

- I - Definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por Município e Distrito Federal;
- II - Subsidiar a definição de prioridades e o planejamento de ações para melhoria da qualidade da APS;
- III - Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;
- IV - Orientar o processo de pagamento por desempenho no âmbito da gestão municipal e do Distrito Federal, e
- V - Promover a democratização e transparência da gestão da APS, por meio da publicização de metas e resultados alcançados.

2.6. Buscando atender a essas premissas, foi definido um conjunto de indicadores que pudessem ser acompanhados de forma sistemática e cujo acesso às informações possibilitasse a avaliação dos dados agregados por equipe, tendo, portanto, prioritariamente, o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) como principal fonte de dados.

2.7. A avaliação do desempenho das equipes Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no conjunto dos indicadores permanecerá consolidada no Indicador Sintético Final (ISF), que determinará o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município. O ISF corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos sete indicadores selecionados. Esse índice se mantém aferido a cada 04 (quatro) meses com repercussão financeira para os 04 meses subsequentes. Esse ciclo se repetirá quadrimestralmente, conforme descrito no Manual Instrutivo do Previne Brasil.

3. INDICADORES DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO PARA O ANO DE 2022

3.1. Os indicadores definidos para o incentivo de pagamento por desempenho para 2022 configuram os mesmos monitorados no ano de 2021, porém com ajustes voltados ao aprimoramento da informação. O conjunto dos 7 (sete) indicadores atendem às seguintes Ações Estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. A escolha dessas áreas considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde vinculadas. Os indicadores selecionados atendem a critérios como disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados utilizados no cálculo.

3.2. Diante dos elementos citados, optou-se por indicadores que pudessem ser calculados diretamente por meio dos dados do SISAB. Assim, determinados indicadores rotineiramente acompanhados (normalmente tidos como “clássicos”) tiveram suas fórmulas aprimoradas, considerando a possibilidade de verificação de dados individualizados que o SISAB apresenta, e não apenas quantitativos consolidados.

3.3. Os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, e o cálculo do ISF, medido na mesma periodicidade. O valor do incentivo financeiro do pagamento por desempenho para os municípios e Distrito Federal, conforme disposto pela Portaria GM/MS nº 2.713, de 6 de outubro de 2020, será vinculado ao desempenho obtido pelo ISF e não pelos valores individualizados dos sete indicadores. Os sete indicadores selecionados para o incentivo de pagamento por desempenho 2022 são os seguintes:

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

Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames

para sífilis e HIV; **Indicador 3:** Proporção de gestantes com

atendimento odontológico realizado; **Indicador 4:** Proporção

de mulheres com coleta de citopatológico na APS;

Indicador 5: Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difetéria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada;

Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;

Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Quadro 1. Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2022, por período de aferição de medição e a granularidade.

Indicador	Aferição	Medição	Granularidade	Fonte de origem	Fonte de controle
Indicador 1	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC/IBGE
Indicador 2	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC/IBGE
Indicador 3	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC/IBGE
Indicador 4	Quadrimestral	Últimos 36 meses	Município	SISAB	IBGE/DATASUS
Indicador 5	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Município	SISAB	SINASC/IBGE
Indicador 6	Quadrimestral	Últimos 06 meses	Município	SISAB	PNS/IBGE
Indicador 7	Quadrimestral	Últimos 06 meses	Município	SISAB	PNS/IBGE

3.4. As regras de validação dos dados serão as mesmas para todas as entradas de dados no SISAB. Contudo, os indicadores apresentam regras específicas para considerar os dados que compõem os respectivos numeradores e denominadores.

4. PARÂMETROS, METAS, PESOS E INDICADOR SINTÉTICO FINAL

O parâmetro representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador. Os parâmetros descritos revelam o que a literatura nacional e internacional apontam sobre os processos aferidos nos indicadores.

As metas definidas para os indicadores representam valores de referência, resultado de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e são consideradas como ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS no contexto do incentivo de pagamento por desempenho e válidas para o ano de 2022.

O peso é o fator de multiplicação de cada indicador que pode variar entre 1 e 2, cuja soma total do peso dos sete indicadores é igual a 10. A atribuição de pesos diferentes considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas, bem como o nível de limitação no alcance das metas, que traduzem o resultado da gestão e equipes para realização das ações, programas e estratégias.

A partir destas definições o ISF do desempenho do município variará de (0) zero a (10) dez, sendo obtido a partir da atribuição da nota individual para cada indicador, segundo seus respectivos parâmetros, e da ponderação pelos respectivos pesos de cada indicador, definidos em conformidade com o esforço necessário para seu alcance.

Quadro 2. Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2022, com peso, meta e parâmetro.

Ações estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta 2022	Peso
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	100%	45%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	100%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	100%	60%	2
Saúde da mulher	Proporção de mulheres com coleta de citopatológica na APS	≥ 80%	40%	1
Saúde da criança	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza tipo b e Poliomielite inativada	95%	95%	2
Doenças crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	100%	50%	2
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	100%	50%	1

4.1. NUMERADOR

Os numeradores dos 7 (sete) indicadores são constituídos, em sua maioria, pela quantidade de pessoas atendidas e são oriundos da produção das equipes do município, sendo utilizada a fonte SISAB. As regras de vinculação dos usuários às equipes de eSF e eAP estão descritas na [Nota Técnica Explicativa do Cadastro](#) sendo considerado para cada indicador os critérios de atendimentos com a condição de saúde avaliada, procedimentos e/ou vacinação até a data limite do quadrimestre analisado.

4.2. DENOMINADOR

4.3. Para os denominadores, os cálculos dos indicadores do Previne Brasil poderão ser compostos por: a) denominadores com dados extraídos do SISAB, ou b) denominadores estimados.

4.4. Na composição do **denominador SISAB**, são considerados o total de cadastros vinculados às equipes da APS (especificamente eSF e eAP) homologadas e ativas no SCNES do município (Cadastro Real). Neste aspecto, considera-se informações originadas a partir das modalidades de identificação dos modelos de informação do e-SUS APS descritas na Nota Técnica de Cadastro e Vinculação, que definem o perfil demográfico ou epidemiológico relativo ao público alvo dos indicadores. Os indivíduos são contabilizados uma única vez, a partir de dados de CPF e/ou CNS válidos, e mesmo que tenha mais de um CNS é submetido a uma etapa de unificação de identificadores, o que impossibilita sua contabilização em mais de uma equipe ou município no mesmo quadrimestre.

4.5. Na composição do **denominador estimado**, são consideradas a porcentagem de pessoas identificadas nas pesquisas ou base nacionais epidemiológicas (Pesquisa Nacional de Saúde 2019, Sistema Nacional de Nascidos Vivos ou IBGE/DATASUS) que de acordo com o cenário municipal, pode ser multiplicado pelo Potencial de Cadastro Municipal ou Estimativa Populacional IBGE ou Cadastro Real do município. A utilização do denominador estimado é uma estratégia que se caracteriza como um valor controle do quantitativo esperado de pessoas do perfil epidemiológico de acompanhamento de cada indicador que devem estar sob os cuidados da APS.

a) **Quando será utilizado o Denominador com dados extraídos do SISAB?** Quando os municípios que no quadrimestre apresentarem quantitativo de pessoas cadastradas maior ou igual a 85% (≥ 85%) do potencial de cadastro municipal, terão seu indicador calculado com o denominador de pessoas cadastradas no SISAB (Cadastro Real).

b) **Quando será utilizado o Denominador Estimado?** Quando o município apresenta quantidade de cadastro de pessoas abaixo de 85% (< 85%) do potencial municipal, será escolhido o de maior valor tendo como referência o potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).

4.6. PONTUAÇÃO DOS INDICADORES

As notas serão atribuídas individualmente para cada indicador (Quadro 2) de maneira linear e variando de zero (0) a dez (10), considerando o resultado obtido entre o menor valor possível (zero) e a meta atribuída para aquele indicador. Por exemplo, se o resultado de um determinado indicador para aquele município for 30% e a meta for 60%, a nota final para esse indicador será 5,0 (50% da nota máxima possível, já que o resultado foi 50% da meta proposta). Ainda, caso o valor atribuído for maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será 10,0.

4.7. PONDERAÇÃO

Uma vez atribuída a nota ao indicador, essa será ponderada conforme o peso descrito no Quadro 2. A multiplicação da nota com o peso resultará na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI).

4.8. INDICADOR SINTÉTICO FINAL - ISF

4.9. A última etapa consiste na agregação dos resultados, em que os resultados ponderados dos indicadores são condensados em um único indicador final denominado Indicador Sintético Final (ISF). A agregação é realizada somando as NPI de todos os indicadores e dividindo por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF, nota final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho do município.

5. FINANCIAMENTO

5.1. O valor do incentivo financeiro do Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, estabelecido pelo art. 2º da Portaria GM/MS nº 2.713, de 6 de outubro de 2020, será calculado para cada município e Distrito Federal considerando:

I. Quantitativo de equipes homologadas e com cadastro válido para custeio no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em ao menos uma competência financeira do quadrimestre avaliado;

II. Percentual do ISF obtido pelo município ou Distrito Federal no quadrimestre avaliado a partir do envio da produção das equipes via Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab); e

III. Valor por tipo de equipe.

5.2. O valor do incentivo será transferido mensalmente, e a apuração dos indicadores será recalculada trimestralmente (janeiro-abril, maio-agosto, setembro-dezembro) para todos os municípios e Distrito Federal. Assim, o pagamento mensal por desempenho de cada quadrimestre estará vinculado ao resultado obtido pelo município e pelo Distrito Federal no quadrimestre anterior.

5.3. O valor por tipo de equipe do incentivo financeiro federal de custeio mensal do pagamento por desempenho, referente a 100% do ISF, conforme disposto pelo art. 3º da Portaria GM/MS nº 2.713, de 6 de outubro de 2020, será o equivalente a:

I. R\$ 3.225,00 (três mil duzentos e vinte e cinco reais) para equipe de Saúde da Família

II. R\$ 2.418,75 (dois mil quatrocentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos) para equipe de Atenção Primária Modalidade II 30h; e

III. R\$ 1.612,50 (um mil seiscentos e doze reais e cinquenta centavos) para equipe de Atenção Primária Modalidade I 20h.

5.4. Haverá suspensão de 100% (cem por cento) da transferência de pagamento por desempenho por equipe nos casos de irregularidade em que haja verificação de ocorrência de fraude ou informação irregular de cumprimento de metas e indicadores, conforme estabelecido na Seção V do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

5.5. No caso de cadastro de eSF ou eAP no SCNES referente a uma nova homologação, o incentivo financeiro do pagamento por desempenho, no tocante a essas equipes, será transferido ao município ou Distrito Federal mensalmente até o 2º (segundo) recálculo subsequente, considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do Indicador Sintético Final - ISF.

5.6. Conforme descrito no art. 6º-A da [Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022](#), que alterou a [Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019](#), que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2022, o pagamento por desempenho considerará:

QUADRIMESTRE DE PAGAMENTO	INDICADOR	FINANCIAMENTO
Q1/2022	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação.	Será considerado o percentual de alcance real para as metas estabelecidas nestes dois indicadores. Serão consideradas as regras de apuração dos indicadores conforme disposto pelo § 1º do art. 6º da PRT GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, respeitando as regras de cálculos apresentados na Nota Técnica nº 5/2020 (DESF/SAPS/MS), uma vez que a base de análise SISAB corresponde ao terceiro quadrimestre de 2021.
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	
Q2/2022	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.	Será considerado o percentual de alcance real para as metas estabelecidas nestes cinco indicadores. Serão consideradas as regras de apuração dos indicadores conforme disposto pelo § 2º do art. 6º da PRT GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, respeitando a nova redação estabelecida pela PRT GM/MS nº102, de 20 de janeiro de 2022, respeitando as regras de cálculo definidas nesta Nota Técnica uma vez que a base de análise SISAB corresponderá ao primeiro quadrimestre de 2022.
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	
	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.	
	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenza e tipo b, e Poliomielite Inativada.	
Q3/2022	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	Será considerado o percentual de alcance real para as metas estabelecidas nos sete indicadores do Programa Previnde Brasil. Serão consideradas as regras de apuração dos indicadores conforme disposto pelo § 2º do art. 6º da PRT GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, respeitando a nova redação estabelecida pela PRT GM/MS nº102, de 20 de janeiro de 2022, respeitando as regras de cálculo definidas nesta Nota Técnica uma vez que a base de análise SISAB corresponderá ao segundo quadrimestre de 2022.
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	
	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.	
	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.	
	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenza e tipo b, e Poliomielite Inativada.	
	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	

6. CONCLUSÃO

6.1. O ponto de partida da avaliação do componente Pagamento por Desempenho do Programa Previnde Brasil é o resultado dos indicadores que serão calculados conforme detalhado nas Fichas de Qualificação, publicadas posteriormente. É fundamental esclarecer que, para o cálculo do desempenho, serão utilizados apenas os resultados das equipes homologadas há pelo menos 2 (dois) recálculos do ISF, ou seja, equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde e devidamente cadastradas pelo gestor municipal no SCNES, conforme descrito no art. 3º da Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021.

6.2. Torna **sem efeito**, a partir da apuração dos indicadores no primeiro quadrimestre do ano de 2022, a Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS de 31 de janeiro de 2020 e Nota Técnica nº 03/2022-DESF/SAPS/MS, que tratam dos indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previnde Brasil (2020), a partir da data da publicação da [Portaria GM/MS Nº 102, de 20 de janeiro de 2022](#), publicada no diário oficial da união em 21 de janeiro de 2022 na edição nº 15 seção nº 1, página: 197.

ANEXO

ALTERAÇÕES NOS INDICADORES DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

Indicador	Nome	Parâmetro	Meta	Peso	Fórmula de cálculo	
					Numerador	Denominador
1	De: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação Para: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	De: ≥ 80% Para: 100%	De: 60% Para: 45%	Manteve: Peso 1	De: Número de gestantes com 6 consultas pré-natal, com a 1ª até 20 semana de gestação Para: Número de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	De: 1. <u>Informado</u>: Nº de gestantes identificadas, ou 2. <u>Estimado</u>: Parâmetro de Cadastro/População IBGE x SINASC Para: 1. <u>Denominador</u>: Número de gestantes com pré-natal na APS, ou 2. <u>Denominador Estimado*</u>: (Potencial de cadastro municipal/IBGE x nº de nascidos vivos SINASC) *100
2	Manteve: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	De: ≥ 95% Para: 100%	Manteve: 60%	Manteve: Peso 1	De: Número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis Para: Número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis na APS	De: 1. <u>Informado</u>: Nº de gestantes identificadas, ou 2. <u>Estimado</u>: Parâmetro de Cadastro/População IBGE x SINASC Para: 1. <u>Denominador</u>: Número de gestantes com pré-natal na APS, ou 2. <u>Denominador Estimado*</u>: (Potencial de cadastro municipal/IBGE x nº de nascidos vivos SINASC) *100
3	Manteve: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	De: ≥ 90% Para: 100%	Manteve: 60%	Manteve: Peso 2	De: Número de gestantes com pré-natal na APS e atendimento odontológico Para: número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS	De: 1. <u>Informado</u>: Nº de gestantes identificadas, ou 2. <u>Estimado</u>: Parâmetro de Cadastro/População IBGE x SINASC Para: 1. <u>Denominador</u>: Número de gestantes com pré-natal na APS, ou 2. <u>Denominador Estimado*</u>: (Potencial de cadastro municipal/IBGE x nº de nascidos vivos SINASC) *100

4	De: Cobertura de exame citopatológico Para: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	Manteve: ≥ 80%	Manteve: 40%	Manteve: Peso 1	De: Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos Para: Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta do exame citopatológico na APS nos últimos 36 meses	De: <u>Informado</u>: Nº de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas, ou <u>Estimado</u>: Parâmetro de Cadastro/População IBGE x Projeção de mulheres de 25 a 64 anos. Para: <u>Denominador</u>: Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS do município no período analisado, ou <u>Denominador Estimado</u>: Potencial de cadastro municipal/IBGE x % mulheres com 25 a 64 anos por estudo de estimativa populacional 2020
5	De: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente Para: 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	Manteve: 95%	Manteve: 95%	Manteve: 2	De: Número de 3ª doses aplicadas de Pólio e Penta em menores de 1 ano Para: Número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e Pentavalente; ou (caso excepcional descrito na ficha de qualificação)	De: <u>Informado</u>: Nº de crianças identificadas, ou <u>Estimado</u>: Parâmetro de Cadastro/População IBGE x SINASC Para: <u>Denominador</u>: Número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado <u>Denominador Estimado</u>: Potencial de cadastro municipal/IBGE x nº de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado
6	De: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre Para: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	De: ≥ 90% Para: 100%	Manteve: 50%	Manteve: 2	De: Número de hipertensos com a PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses Para: Número de pessoas com hipertensão arterial, com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses	De: <u>Informado</u>: Número de hipertensos identificados, ou <u>Estimado</u>: Parâmetro de cadastro X % de hipertensos PNS Para: <u>Denominador</u>: Número de pessoas com hipertensão arterial no SISAB, ou <u>Denominador Estimado*</u>: Potencial de cadastro municipal x % pessoas com hipertensão arterial PNS 2019
7	De: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada Para: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	De: ≥ 90% Para: 100%	Manteve: 50%	Manteve: 1	De: Número de diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses Para: Pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação do exame de hemoglobina glicada, na APS nos últimos 6 meses	De: <u>Informado</u>: Número de diabéticos identificados, ou <u>Estimado</u>: Parâmetro de Cadastro x % de diabéticos PNS Para: <u>Denominador</u>: Número de pessoas com diabetes no SISAB, ou <u>Denominador Estimado*</u>: Potencial de cadastro municipal x % pessoas com diabetes PNS 2019

* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.

Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 15/02/2022, às 13:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Rezende Melo da Silva, Diretor(a) do Departamento de Promoção da Saúde**, em 15/02/2022, às 17:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Rodrigues Braga Neto, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 15/02/2022, às 18:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 17/02/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025123398** e o código CRC **70BDF628**.

Referência: Processo nº 25000.013862/2022-47

SEI nº 0025123398

Departamento de Saúde da Família - DESF
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900 Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 7/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 7

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

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, o diabetes (DM) atinge 7,7% dos indivíduos entrevistados, sendo maior entre as mulheres (8,4%) do que entre os homens (6,9%). A frequência tende a ser maior com o aumento da idade, com 19,9% entre pessoas com 60 a 74 anos e 21,1% entre as pessoas com 75 anos ou mais¹.

2.2. Além de ser uma condição de início insidioso dos sintomas e progressão, estudos demonstram a baixa adesão terapêutica, altíssimo percentual de indivíduos ainda não diagnosticados e, consequentemente, condição descontrolada na maior parte do país²⁻⁶, o que aumenta consideravelmente a probabilidade de desenvolver desfechos desfavoráveis dessa comorbidade, que é considerada uma das principais responsáveis por mortalidade prematura⁶ e pelos gastos públicos em saúde⁶⁻⁸.

2.3. Uma das medidas mais efetivas para redução da morbimortalidade em pessoas com diabetes, consiste na redução e controle dos níveis glicêmicos e a Atenção Primária à Saúde (APS) é um ponto de atenção à saúde eficaz e oportuno para realização dessas medidas. Entretanto, a proporção de diagnóstico encontra-se distante do esperado e o acompanhamento das pessoas com essa comorbidade apresenta cenário preocupante⁸.

2.4. Sabendo-se que o nível glicêmico das pessoas com diabetes é a chave para o diagnóstico, controle e acompanhamento, além de se tratar de um importante parâmetro preditor de complicações, a hemoglobina glicada oferece importantes vantagens pois reflete os níveis glicêmicos de 3 meses passados, sofrendo menor variabilidade decorrente do dia a dia^{6,8}. Assim, a utilização desse método torna-se oportuna e necessária.

2.5. Para rastreamento e diagnóstico, a recomendação é que, para pessoas com valores da hemoglobina glicada entre $\geq 5,7\%$ e $< 6,5\%$, consideradas pré-diabéticas ou com risco aumentado de desenvolver essa comorbidade, deve-se realizar reavaliação em no máximo 1 ano^{6,8-12}.

2.6. Para pessoas diagnosticadas com diabetes, a recomendação é que o exame seja realizado, no mínimo, semestralmente, isso nas situações em que a pessoa se encontra dentro da meta glicêmica estabelecida e a cada três meses, se acima da meta pactuada⁸.

2.7. Ainda cabe destacar que o indicador mensura o número de pessoas que tiveram consulta e exame de hemoglobina glicada solicitado no semestre, no entanto não apresenta a mensuração de quantos desses pacientes tiveram o exame de fato avaliado nem quantos tiveram a hemoglobina glicada no nível adequado, o que denota controle da condição diabetes.

2.8. Dado o exposto, o indicador “*Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre*” caracteriza-se como um importante método de acompanhamento de ações consideradas essenciais para o cuidado de pessoas com diabetes, a fim de minimizar o impacto causado por essa comorbidade.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

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

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

3.3. Para o indicador, são consideradas pessoas com DM aquelas que autorreferem diagnóstico de diabetes no momento do cadastro individual completo, entendendo que o autorrelato é comumente utilizado como parâmetro de identificação de pessoas com essa comorbidade¹³⁻¹⁸. É importante destacar que o autorrelato de uma pessoa já se caracteriza como um fator importante e que merece acompanhamento para avaliação dos fatores que a fizeram relatar a condição. Ademais, as pessoas acompanhadas por essa condição em atendimento individual (consultas) também são contabilizadas.

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

3.5. PARÂMETRO

A necessidade de avaliação clínica, no mínimo, semestralmente para pessoas com diabetes dentro da meta glicêmica e a cada três meses, se acima da meta pactuada, são recomendações bastante consolidadas^{6,8-12}.

Com a compreensão de que o parâmetro se refere ao valor ideal e que todas as pessoas com diagnóstico de DM devem ter, no mínimo, uma consulta e solicitação do exame de hemoglobina glicada realizados semestralmente na APS, o parâmetro para esse indicador é de 100%.

3.6. META

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

3.7. CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador **Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre** é calculado da seguinte forma:

- **Numerador:** Pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação do exame de hemoglobina glicada, na APS nos últimos 6 meses;
- **Denominador SISAB:** Número de pessoas com diabetes no SISAB;
- **Denominador estimado:** Potencial de cadastro municipal X % pessoas com diabetes PNS 2019;

$$\frac{\text{Pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação de exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses}}{\left(\text{Número de pessoas com diabetes no SISAB} \right) \text{ OU } \left(\text{Potencial de cadastro x \% de pessoas com diabetes na PNS} \right)} \times 100$$

* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.

O detalhamento das variáveis que compõem o denominador e o numerador serão apresentados a seguir. É importante destacar que para o cálculo do indicador, dependendo da situação do cadastro em relação ao potencial de cadastro², no denominador, poderá ser utilizado o valor estimado ou o valor informado no SISAB, conforme explicado a seguir.

3.8. DENOMINADOR

O denominador SISAB **Número de pessoas com diabetes no SISAB** (pessoas com DM autorreferida ou com consulta por motivo de DM na APS) é obtido a partir do cadastro individual (informação autorreferida) ou dos atendimentos individuais realizados por médicos e enfermeiros na APS. Ambas as informações são extraídas do Cadastro Individual e Atendimento Individual do modelo de informação e-SUS APS. Tais informações resultam dos atendimentos realizados no cotidiano das equipes de saúde da APS, representam, portanto, a realidade do que acontece durante o contato dos usuários com os serviços de saúde.

Na composição do denominador, são considerados todos os cadastros e atendimentos realizados a partir do ano de 2013. Para o cadastro individual, é considerado a informação mais atual enviada ao SISAB, com isso, caso o cadastro individual mais atual deixe de indicar a condição de diabetes e o indivíduo não tenha registro de atendimento individual para DM, ele não será contabilizado para o denominador. Tal situação reforça a necessidade da rotina de atualização dos cadastros individuais.

Ressalta-se que, cada indivíduo que compõe o denominador é identificado pelo CNS (cartão nacional de saúde) ou CPF (cadastro de pessoa física), assim, mesmo que esse esteja presente nas duas fontes de origem dos dados (condição de diabetes no Cadastro Individual e no Atendimento Individual), ou possui mais de um CNS é contabilizado apenas uma única vez e em uma única equipe.

ATENÇÃO: Destaca-se que o modo de registro dos dados para o denominador e também para o numerador está baseado no modelo de informação da estratégia e-SUS APS, considerando a coleta de dados do atendimento individual e procedimentos. Para o detalhamento dos campos de preenchimento consultar os Guias de Preenchimento CDS, PEC e Thrift disponíveis na guia dos materiais de apoio do SISAB.

Os municípios que no quadrimestre apresentarem quantitativo de pessoas cadastradas **maior ou igual a 85%** do potencial de cadastro municipal, terão seu indicador calculado com o denominador **número de pessoas com diabetes no SISAB**. Para os demais municípios (com cadastro municipal abaixo de 85% do potencial) será calculado também o denominador estimado^[I].

A utilização do **denominador estimado** é uma estratégia que se caracteriza como um **valor controle** do quantitativo esperado de pessoas com DM que devem estar sob os cuidados da APS. Dessa forma o denominador estimado é considerado somente para municípios com cadastro municipal abaixo de 85% do esperado, sendo o **utilizado** para o cálculo do indicador sempre que for maior do que o valor do denominador pessoas com diabetes no SISAB, conforme apresentado no fluxograma (Figura 1).

O cálculo do denominador estimado é realizado a partir da porcentagem de pessoas com diabetes identificadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, multiplicado pelo potencial de cadastro^[II] municipal (número de pessoas estimadas para cadastro na APS). As informações de proporção de pessoas com diabetes da PNS de cada município correspondem aos resultados das capitais, regiões metropolitanas e Unidades da Federação, como segue: 1) para capitais e regiões metropolitanas, os valores utilizados serão os encontrados na PNS e; 2) para os demais municípios, onde não há dados da pesquisa, serão utilizados os valores encontrados para as respectivas Unidades Federativas. Os valores podem ser conferidos no relatório da pesquisa^[III] ou no material de apoiadisponibilizado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) disponível na página do SISAB.

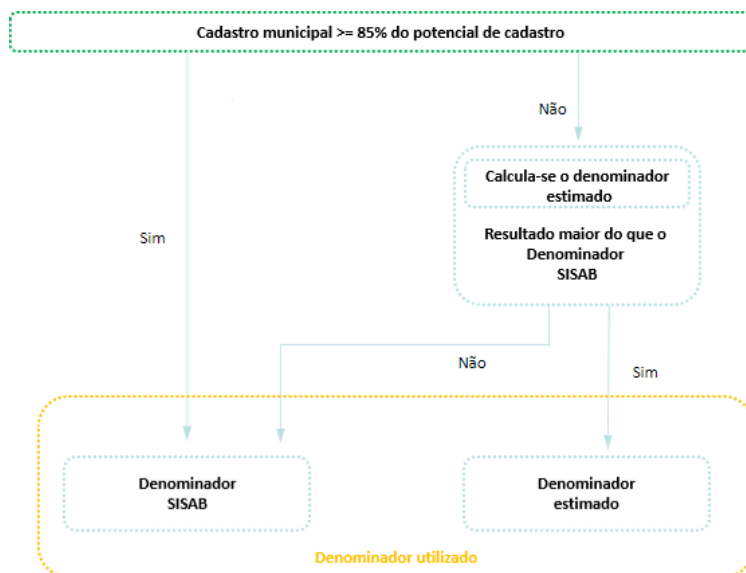
Ressalta-se que, considerando e entendendo que a função do denominador estimado é servir como um valor de referência a ser utilizado pelos municípios com potencial de cadastro municipal inferior a 85%, não há aplicação de filtros de idade, visto que a utilização desse poderia torná-lo inferior ao denominador informado, desqualificando-o de seu objetivo principal e, consequentemente, inviabilizando o seu uso. Essa mesma regra se aplica ao numerador de municípios que utilizam esse denominador.

[I] Para os municípios com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro municipal poderá ser aplicado para o cálculo do denominadorestimado: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).

[II] Disponível no Relatório de Cadastros Individuais [SISAB \(saude.gov.br\)](https://sisab.saude.gov.br)

[III] Biblioteca do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>

Também, destaca-se que o objetivo do indicador é de promover o cuidado e acompanhamento de todas as pessoas com diabetes, independentemente da idade. Somado a isso, o percentual de pessoas com idade inferior a 18 anos que possui diabetes na APS está abaixo de 0,2%. Assim, não é aplicado filtro de idade em nenhum denominador ou numerador do presente indicador.

Figura 1. Fluxograma de definição do denominador utilizado.

3.9. NUMERADOR

O numerador, **pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação de exame de hemoglobina glicada na APS nos últimos 6 meses**, é composto por indivíduos com diabetes que tiveram uma consulta e uma solicitação de exame de hemoglobina glicada realizada nos últimos 6 meses na APS. O numerador é obtido a partir dos atendimentos individuais e solicitação do exame de hemoglobina glicada, ambas informações são extraídas do Atendimento Individual do modelo de informação e-SUS APS (independente da aplicação utilizada (Coleta de dados Simplificado, Prontuário Eletrônico do Cidadão ou Prontuário Eletrônico de terceiros).

São incluídas no numerador as pessoas identificadas no denominador que tenham: 1) mínimo de 1 atendimento individual nos últimos 6 meses, realizado por profissionais médicos ou enfermeiros, cuja condição de saúde diabetes tenha sido avaliada e devidamente registrada, e; 2) mínimo de 1 solicitação do exame hemoglobina glicada, nos últimos 6 meses, por profissionais médicos ou enfermeiros (que atuam em equipes ou estabelecimentos/unidades de saúde da APS, visto que os atendimentos e procedimentos realizados fora do contexto da APS não são contabilizados neste indicador), registrado individualmente (ver códigos e campos utilizados na Ficha de Qualificação do Indicador).

ATENÇÃO: a indicação de condição ativa de diabetes no PEC não significa que esta determinará os atendimentos posteriores, por isso, destacamos a **necessidade de indicação da condição avaliada em todos os atendimentos realizados**.

Conforme mencionado, a medição do numerador considera para extração/verificação dos dados de consulta/atendimento e avaliação do exame, o período de 6 meses anteriores ao período do quadrimestre analisado, que no caso do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil corresponde a contagem retroativa/retrógrada e iniciada a partir da última competência/mês do quadrimestre analisado. Assim, para o último quadrimestre de um determinado ano são consideradas as informações de saúde registradas desde o primeiro dia do mês de julho do mesmo ano, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 2. Esquema ilustrativo do período de medição e avaliação do numerador do indicador.

ATENÇÃO: a relação identificada das pessoas que compõem o numerador e denominador é disponibilizada nominalmente no modo detalhado do painel de indicadores do SISAB. O denominador **Pessoas com diabetes no SISAB** corresponde às pessoas com DM que devem ser acompanhadas pelas equipes de saúde da APS. Esta lista de pessoas pode auxiliar o gestor e as equipes de saúde na busca ativa para atendimentos e cuidado em geral.

4. VINCULAÇÃO DO USUÁRIO À EQUIPE DE REFERÊNCIA

4.1. Para a alocação de um indivíduo à equipe de referência, são consideradas as regras de vinculação conforme a [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#), independentemente se a identificação da diabetes ocorreu nesta equipe. Após a identificação e vinculação do usuário/cidadão à uma equipe de saúde da APS, todos atendimentos validados realizados em outras equipes ou estabelecimentos característicos da APS serão qualificados para compor

a contabilização dos indicadores, ou seja, se o indivíduo é vinculado pela regra de desempate de cadastros, considerada para fins de custeio da capitação ponderada na equipe A e teve o acompanhamento na equipe C ou estabelecimento D, mesmo que seja em outro município ou estado, será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo (no caso, a equipe A), desde que devidamente identificado e validado para o SISAB segundo as regras de validação descritas na [Nota Técnica do Relatório de Validação](#). **Indivíduos cadastrados sem vinculação a uma equipe eSF ou eAP não são considerados no cálculo dos indicadores.**

5. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

5.1. Considerando o papel da APS no cuidado a pessoa com DM, os serviços de saúde primários devem estar atentos a necessidade de produzir respostas adequadas e oportunas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados ofertados a essa população. Nesse sentido recomenda-se:

- Manter o cadastro individual completo atualizado: os dados de identificação do cidadão, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O aumento do cadastro propicia que seja utilizado o denominador informado no SISAB (pessoas com diabetes no SISAB);
- Manter acompanhamento nominal das pessoas com diabetes adscritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento;
- Orientar o cidadão com diabetes sobre a importância das consultas de acompanhamento e a avaliação do exame hemoglobina glicada na Unidade Básica de Saúde, mesmo que esta não esteja acima dos níveis recomendados;
- Flexibilizar agenda sem realizar reserva de período para esse público, possibilitando a consulta e solicitação do exame de hemoglobina glicada no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Médico e enfermeiro podem ambos acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento);
- Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
- Construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica; Estruturação da linha de cuidado das pessoas com doenças crônicas;
- Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS.

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

6.1. Boas práticas de registros de informação nos sistemas de informação em saúde também são fundamentais para o sucesso das ações de monitoramento e avaliação dos indicadores selecionados.

6.2. Para tomada de decisão com intervenções mais assertivas gestores e profissionais de saúde necessitam de informações confiáveis que somente podem ser produzidas a partir do registro qualificado das ações realizadas pelos profissionais de saúde no momento do atendimento aos usuários. Registros que discriminem adequadamente as informações que integram os diferentes campos dos instrumentos de anotação do que ocorre durante o contato dos usuários com os serviços de saúde, permitem a elaboração de diagnósticos mais precisos a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação analisada.

6.3. Para o indicador, as informações que compõem as variáveis têm como fonte, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que integra a Estratégia e-SUS APS. Assim, os dados de produção das equipes de saúde da APS devem ser registrados em prontuário eletrônico (e-SUS PEC ou prontuário próprio/de terceiros compatíveis com a transmissão de dados via Thrift) ou por meio da Coleta de Dados Simplificada (CDS), e enviados, via centralizador do e-SUS, para o SISAB.

6.4. O SISAB estabelece que, por competência, o prazo de envio regular de registros de serviços da APS seja realizado até o 10º dia útil da competência seguinte. Após este prazo, é permitido o envio de informações complementares por até 4 competências posteriores ao registro/atendimento. Para contabilização dos registros nos indicadores, o envio deverá ocorrer até o 10º dia útil subsequente a cada competência SISAB, que no caso para a última competência do quadrimestre, será após o último mês do quadrimestre avaliado.

A qualidade do registro de informação, pressupõe:

- Registro diário e preferencialmente durante o contato assistencial;
- Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme o documento Guia de qualificação dos Indicadores;
- Rotinas de envio idealmente imediatas, podendo ser também diárias, semanais ou mensais. A depender da realidade de conexão municipal, envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência SISAB posterior ao atendimento;
- O uso de prontuários eletrônicos, por ser associado a melhores registros e possibilitar o envio e compartilhamento de dados administrativos e clínicos em tempo oportuno, o Ministério da Saúde apoia a informatização da APS por meio do [Informatiza APS](#);
- Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES.

Para o indicador “**Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre**” é necessário:

- A correta identificação do usuário com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF;
- Registrar de forma individualizada o “Problema/Condição Avaliada” com códigos CID ou CIAP 2 de diabetes ou preencher o campo rápido de Diabetes;
- Registrar corretamente a solicitação do exame de hemoglobina glicada;
- Sempre importar o XML do CNES na base do sistema e-SUS APS, tanto para quem usa CDS, quanto para quem usa PEC ou sistema de terceiros/próprios.

ATENÇÃO: os códigos CID/CIAP considerados no indicador, bem como o campo rápido de condição avaliada diabetes no modelo de informação de atendimento individual devem ser preenchidos apenas se o indivíduo possuir o diagnóstico da doença. Para este dado não há possibilidade de correção.

6.5. POTENCIALIDADES

Com o intuito de melhorar o cuidado às pessoas com diabetes na APS e de qualificação futura do indicador, também será monitorado e divulgado o resultado do indicador de cuidado *“Percentual de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada avaliada no semestre”*, visto que a avaliação do exame de hemoglobina glicada permite estimar prognóstico e realizar o adequado ajuste terapêutico com vistas à redução de morbimortalidade por DM.

ATENÇÃO: Destaca-se que, apesar do indicador utilizar a solicitação do exame, todas as evidências e recomendações indicam que a avaliação do exame de hemoglobina glicada é a etapa fundamental para o efetivo cuidado e prevenção de desfechos desfavoráveis relacionados ao diabetes, pois revela a condição de saúde do usuário. Assim, para a melhor organização do processo de trabalho da equipe de saúde e melhoria do cuidado longitudinal, recomenda-se a realização e registro da **avaliação** do exame de hemoglobina glicada no sistema de informação.

7.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

TÍTULO	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de pessoas com diabetes que são consultadas e tenham a solicitação do exame de hemoglobina glicada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) no semestre, em relação ao número total de pessoas com diabetes que o município possui.
USO (Para que fim?)	Identificar as pessoas com diabetes e avaliar seu acompanhamento pela APS por meio de consultas e solicitação do exame de hemoglobina glicada. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com diabetes na APS. Incentivar o acompanhamento, o controle e a redução de morbimortalidade relacionadas a diabetes, bem como o registro no sistema de informação em saúde. Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	7,5% (1º quadrimestre de 2021)
PARÂMETRO	100%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação de exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses}}{\left(\frac{\text{Número de pessoas com diabetes no SISAB}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \text{ OU } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro} \times \% \text{ de pessoas com diabetes na PNS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right)} \times 100$ *O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.
MÉTODO DE CÁLCULO	REGRAS DE EXTRAÇÃO: <u>Denominador Pessoas com diabetes no SISAB:</u> Pessoas devidamente identificadas com o CNS/CPF que no Cadastro individual possuam a marcação: “Tem Diabetes?” = SIM OU que no Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro tenham a marcação Diabetes, ou códigos correspondentes (CID-10: E10, E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E11, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E12, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E13, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E14, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, O240, O241, O242, O243, P702, CIAP2: T89; T90). *Cadastro individual: É considerado o cadastro mais recente, ou seja, é utilizado o último cadastro ou atualização enviados até o último mês do quadrimestre vigente que conste a marcação: “Tem diabetes?” = SIM. Família CBO considerados: todos os profissionais vinculados à equipe. *Atendimento individual: Atendimento realizado por médico ou enfermeiro, com a condição avaliada diabetes devidamente marcada (ou códigos CID ou CIAP descritos no denominador) independente do ano do atendimento. Para isso será realizada busca do dado em toda a base de dados do SISAB (2013 até o quadrimestre vigente). Família CBO considerados: médico (2251, 2252, 2253, 2231), enfermeiro (2235). <u>Numerador:</u> Pessoas identificadas no denominador SISAB que tenham o registro de no mínimo 1 Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro para condição diabetes nos últimos 6 meses + 1 solicitação do exame de hemoglobina glicada realizada por médico ou enfermeiro nos últimos 6 meses. *Atendimento individual: Atendimento realizado por médico ou enfermeiro, com a condição avaliada “diabetes” devidamente marcada na ficha CDS ou com sinalização dos códigos correspondentes (E10, E100, E101, E102, E103, E104,

	E105, E106, E107, E108, E109, E11, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E12, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E13, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E14, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, O240, O241, O242, O243, P702, CIAP2: T89; T90) Esta consulta deverá ter ocorrido no prazo de 6 meses anteriores a contar do último mês do quadrimestre *Família CBO considerada para o atendimento individual: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). *Solicitação do exame de hemoglobina glicada: A solicitação do exame realizado por médico ou enfermeiro, devidamente registrado com o código SIGTAP: 02.02.01.050-3 (Dosagem de Hemoglobina Glicosilada). Esta solicitação deverá ter ocorrido no prazo de 6 meses a contar do último mês do quadrimestre, e pode ocorrer em momentos distintos da consulta. *Família CBO considerada para solicitação do exame de hemoglobina glicada: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). Denominador estimado: Valores encontrados na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 para Capitais, Unidades Federativas e Regiões Metropolitanas. Potencial de cadastro municipal multiplicado pela <i>Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de diabetes</i> apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (Disponível no e-Gestor: Relatório Indicadores de Desempenho). Para as capitais e regiões metropolitanas, os valores utilizados são os encontrados na PNS, para os demais municípios, onde não há dados da pesquisa, serão utilizados os valores encontrados para as respectivas Unidades Federativas. Fonte: SISAB (Painel de Cadastro); PNS 2019; IBGE Potencial de cadastro municipal: Fonte SISAB (Painel de Cadastro). *Consideradas somente equipes homologadas ou avaliadas Crítérios de exclusão: • Pessoas com registro do campo “saída do cidadão do cadastro” por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual. Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas /válidas. Equipes e estabelecimentos considerados: • Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70 exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); • Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipes da APS: 01 – Posto de saúde; 02 – Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40- Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 – Centro de apoio à saúde da família; 74 – Polo de academia da Saúde. • Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, regiões de saúde, municípios, estabelecimentos, equipes de saúde, etc.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro dos 6 meses
LIMITAÇÕES	O indicador mensura o número de pessoas que tiveram consulta e exame de hemoglobina glicada solicitado no semestre na APS, no entanto não apresenta a mensuração de quantos desses pacientes tiveram o exame de fato avaliado nem quantos tiveram a hemoglobina glicada no nível adequado, o que denota controle da condição diabetes. Em casos de Diabetes Gestacional indicamos que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O24, O244, O249) e o CIAP2 (W85) no CDS ou no PEC, pois a sinalização do campo rápido "Diabetes" identifica a condição crônica do agravo por tempo indeterminado.
OBSERVAÇÕES	Para o denominador serão considerados todos os cadastros e atendimentos a partir de 2013. Para o caso do uso do cadastro individual será considerado a informação mais atual enviada ao SISAB. Na alocação do indivíduo à equipe de referência, serão consideradas as regras de vinculação conforme a Nota Técnica de Cadastro, independentemente se a identificação da Hipertensão ocorreu nesta equipe.
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

ATENÇÃO: Os CIDs e CIAPs considerados neste indicador correspondem a códigos da doença diabetes. Caso a pessoa atendida não possua este diagnóstico e sim uma condição aguda de elevação dos níveis glicêmicos ou afins, existem outros códigos que podem ser utilizados, como o R73 (aumento da glicemia) e o R73.9 (hiperglicemia não especificada), com destaque que esses códigos supracitados não contabilizarão no indicador.

Esta regra também deve ser aplicada para condição de diabetes gestacional. Então, deve-se orientar que nos casos transitórios se utilize os CID/CIAP que não são para a condição crônica, para que esses não sejam contabilizados no denominador.

8. CÁLCULO DO INDICADOR (EXEMPLOS)

8.1. EXEMPLO 1

Exemplo de cálculo para um município com cadastro superior a 85% do potencial de cadastro

municipal: Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município:

15.680 Potencial de cadastro

municipal: 12.000 Cadastro

alcançado no Q1.2021 = 11.680

Proporção de cadastro alcançado:

97,3%

Prevalência de pessoas com diabetes apresentadas na PNS 2019: 4,3%

DENOMINADOR

SISAB: Nº de pessoas com diabetes no município = 305 (50 pessoas únicas com a marcação “Tem diabetes? = SIM” no cadastro individual (último cadastro ou atualizações enviadas até abril) + 255 pessoas únicas com atendimento individual realizado por Médico ou Enfermeiro com motivo da consulta “diabetes” (atendimentos realizados desde 2013);

Estimado: Nº estimado de pessoas com DM no município que deveriam estar sob os cuidados da APS:

% pessoas com diabetes PNS x Potencial de Cadastro: 4,3% X 12.000 = 516.

Nesse exemplo, não será utilizado pois o município possui 97,3% do cadastro municipal esperado.

Utilizado: Será o denominador pessoas com diabetes no SISAB (305), pois o município possui mais de 85% do cadastro municipal esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Nº de pessoas com DM que realizaram consulta e solicitação do exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses (novembro a abril) no município = 78.

Cálculo do indicador: $(78 / 305) \times 100 = 25,2\%$

8.2. EXEMPLO 2

Exemplo de cálculo para um município com cadastro menor que 85% do potencial de cadastro

municipal: Quadrimestre de avaliação: Q1 /2021 (janeiro a abril)

População IBGE município:

230.000 Potencial de cadastro

municipal: 225.000 Cadastro

alcançado no Q1.2021 = 172.000

Proporção de cadastro alcançado:

76,4%

Número de pessoas com diabetes apresentadas na PNS 2019: 7,8%

DENOMINADOR:

SISAB: Nº de pessoas com DM no município = 14.000 (4.000 pessoas únicas com a marcação “Tem diabetes? = SIM” no cadastro individual (último cadastro ou atualizações enviadas até abril) + 10.000 pessoas únicas com atendimento individual realizado por Médico ou Enfermeiro com motivo da consulta “diabetes” (atendimentos realizados desde 2013);

Estimado: Nº estimado de pessoas com DM no município que deveriam estar sob os cuidados da APS:

% pessoas com diabetes PNS x Potencial de Cadastro: 7,8% X 225.000 = 17.550.

Utilizado: Será o denominador ESTIMADO (17.550), pois é o de maior valor e o cadastro municipal é inferior a 85% do potencial esperado.

Cálculo do indicador: $(\text{numerador} / \text{denominador estimado})$

$\times 100 = ((2.075 / 17.550) \times 100) = 11,8\%$

Alguns exemplos de situações são descritos abaixo demonstrando os casos que são consideradas para compor o numerador e denominador.

Casos	Numerador				Denominador			Consideração para o indicador		Justificativa
	Consulta DM		Solicitação de exame: hemoglobina glicada		Consulta		DM cadastro individual			
	Data	Profissional	Data	Profissional	Data	Profissional	Sim/Não	Numerador	Denominador	
A	05/12/20	Médico	-	-	05/12/20	Médico	Não	Não	Sim	Pessoa com DM com consulta DM e sem solicitação de exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses
B	01/04/21	Enfermeiro	01/04/21	Enfermeiro.	01/04/21	Enfermeiro	Sim	Sim	Sim	Pessoa com DM com consulta DM e solicitação de hemoglobina glicada na APS nos últimos 6 meses
C	-	-	06/01/21	Médico	30/01/20	Médico	Não	Não	Sim	Pessoa com DM sem consulta DM na APS nos últimos 6 meses
D	05/03/21	Enfermeiro	10/02/21	Enfermeiro	05/03/21	Enfermeiro	Não	Sim	Sim	Pessoa com DM com consulta DM e solicitação de hemoglobina glicada na APS nos últimos 6 meses
E	-	-	-	-	-	-	Sim	Não	Sim	Pessoa com DM sem consulta DM e sem solicitação de exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses
F	-	-	-	-	27/08/20	Médico	Sim	Não	Sim	Pessoa com DM sem consulta DM e sem solicitação de exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses

REFERÊNCIAS

1. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde : 2019 : Percepção Do Estado de Saúde, Estilos de Vida, Doenças Crônicas e Saúde Bucal : Brasil e Grandes Regiões*. Vol 1. 1st ed.; 2020.
2. Benjamin Emelia J., Blaha Michael J., Chiuve Stephanie E., et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(10):e146-e603. doi:10.1161/CIR.0000000000000485
3. Meiners MMM de A, Tavares NUL, Guimarães LSP, et al. Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. *Rev bras epidemiol*. 2017;20(3):445-459. doi:10.1590/1980-5497201700030008
4. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF de, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):1845-1856. doi:10.1590/1413-81232017226.02042017
5. Simão CCAL, Costa MB, Colugnati FAB, de Paula EA, Vanelli CP, de Paula RB. Quality of Care of Patients with Diabetes in Primary Health Services in Southeast Brazil. *Journal of Environmental and Public Health*. 2017;2017:1-7. doi:10.1155/2017/1709807
6. SBD Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*; 2019.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria SCTIE/MS Nº 54, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020*; 2020.
8. BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Estratégias Para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica: O Cuidado Da Pessoa Tabagista*. Vol 40. Ministério da Saúde; 2015.
9. Landgraf R, Aberle J, Birkenfeld AL, et al. Therapy of Type 2 Diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2019;127(S 1):S73-S92. doi:10.1055/a-1018-9106
10. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European Heart Journal*. 2020;41(2):255-323. doi:10.1093/eurheartj/ehz486
11. Harreiter J, Roden M. Diabetes mellitus – Definition, Klassifikation, Diagnose, Screening und Prävention (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131(1):6-15. doi:10.1007/s00508-019-1450-4
12. Jia W, Weng J, Zhu D, et al. Standards of medical care for type 2 diabetes in China 2019. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2019;35(6):e3158. doi:https://doi.org/10.1002/dmrr.3158
13. Brown N, Critchley J, Bogowicz P, Mayige M, Unwin N. Risk scores based on self-reported or available clinical data to detect undiagnosed Type 2 Diabetes: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2012;98(3):369-385. doi:10.1016/j.diabres.2012.09.005
14. Bullard KM, Cowie CC, Lessem SE, et al. Prevalence of Diagnosed Diabetes in Adults by Diabetes Type — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(12):359-361. doi:10.15585/mmwr.mm6712a2
15. Li Y, Teng D, Shi X, et al. Prevalence of diabetes recorded in mainland China using 2018 diagnostic criteria from the American Diabetes Association: national cross sectional study. *BMJ*. Published online April 28, 2020:m997. doi:10.1136/bmj.m997
16. Menezes TN de, Oliveira ECT. Validade e concordância do diabetes mellitus referido em idosos. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(1):27-34. doi:10.1590/1413-81232018241.34392016
17. Ng E, Vanderloo SE, Geiss L, Johnson JA. Concordance Between Self-Report and a Survey-Based Algorithm for Classification of Type 1 and Type 2 Diabetes Using the 2011 Population-Based Survey on Living With Chronic Diseases in Canada (SLCDC)-Diabetes Component. *Canadian Journal of Diabetes*. 2013;37(4):249-253. doi:10.1016/j.jcjd.2013.05.007
18. Pereira M, Carreira H, Lunet N, Azevedo A. Trends in prevalence of diabetes mellitus and mean fasting glucose in Portugal (1987–2009): a systematic review. *Public Health*. 2014;128(3):214-221. doi:10.1016/j.puhe.2013.12.009



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Lisboa Izetti Ribeiro, Coordenador(a)-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo**, em 15/02/2022, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Rezende Melo da Silva, Diretor(a) do Departamento de Promoção da Saúde**, em 15/02/2022, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 17/02/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025109717** e o código CRC **65FBE04B**.

Referência: Processo nº 25000.013862/2022-47

0025109717

SEI nº

Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo -
CGCTAB Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa,
Brasília/DF, CEP 70058-900Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 6/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 6

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

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

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

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

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

2.4. O acompanhamento efetivo pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) dos casos leves/moderados, que correspondem a grande parcela dos casos, são fundamentais para garantir o tratamento adequado e controle da condição, visto que o controle dos valores pressóricos, especialmente a pressão arterial sistólica, é o principal fator de risco para morbimortalidade, no entanto, a taxa de controle ainda é muito baixa^{2,3}.

2.5. A elevação da pressão arterial (PA) pode até mesmo duplicar o risco de desenvolver as condições supracitadas. Assim, a aferição da PA caracteriza-se, muito além de uma medida para diagnóstico, como um método efetivo de acompanhamento e monitoramento das pessoas que possuem e das que não possuem hipertensão².

2.6. As recomendações destacam que as pessoas devem ter a PA aferida pelo menos a cada 2 anos quando os níveis pressóricos estão normais. Entretanto, para aquelas já diagnosticadas com hipertensão (PA: $\geq 140/90$ mmHg), a **realização de consulta com aferição de PA deverá ser mais frequente quanto maior for o risco cardiovascular**, sendo, no mínimo, semestral quando o risco cardiovascular for baixo²⁻⁸.

2.7. Dado o exposto, o indicador “*Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre*” permite avaliar uma ação essencial para o acompanhamento da hipertensão arterial, uma doença crônica de grande impacto para a morbimortalidade no país.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

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

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

3.3. Para o cálculo do indicador, no que se refere ao denominador, são consideradas pessoas com hipertensão as que autorreferem ter hipertensão no momento do cadastro individual completo ou acompanhadas por essa condição em atendimento individual (consultas) por médico ou enfermeiro. Destaca-se que o autorrelato apresenta boa acurácia e é comumente utilizado como potencial de identificação de pessoas com essa comorbidade^{9,10}. É importante destacar que o autorrelato de uma pessoa já se caracteriza como um fator importante e que merece acompanhamento para avaliação dos fatores que a fizeram relatar a condição. Ressalta-se, ainda, que a utilização de informações oriundas do cadastro individual e dos atendimentos realizados promovem maior aproximação à realidade dos municípios, visto que o denominador informado é constituído por todas as pessoas com hipertensão cadastradas na APS.

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

3.5. PARÂMETRO

As evidências científicas apontam para a necessidade de acompanhamento no mínimo semestral das pessoas com hipertensão e com baixo risco cardiovascular, trimestral das pessoas com hipertensão e moderado risco cardiovascular e bimestral das pessoas com alto risco cardiovascular²⁻⁸. Visto isso, e com a compreensão de que o parâmetro se refere ao valor ideal, considerando que todas as pessoas com diagnóstico de hipertensão devem ter uma consulta e aferição de PA realizada, pelo menos, semestralmente, o parâmetro para esse indicador é de 100%.

3.6. META

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

3.7. CÁLCULO DO INDICADOR

- O indicador **Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre** é calculado da seguinte forma:
- **Numerador:** Número de pessoas com hipertensão arterial, com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses;
- **Denominador SISAB:** Número de pessoas com hipertensão arterial no SISAB;
- **Denominador estimado:** Potencial de cadastro X % pessoas com hipertensão arterial PNS 2019;

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

* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.

3.8. O detalhamento das variáveis que compõem o denominador e o numerador serão apresentados a seguir. É importante destacar que para o cálculo do indicador, dependendo da situação do cadastro em relação ao potencial de cadastro^[III], no denominador, poderá ser utilizado o valor estimado ou o valor informado no SISAB, conforme explicado a seguir.

3.9. DENOMINADOR

O denominador SISAB **número de pessoas com hipertensão arterial no SISAB** (pessoas com hipertensão arterial autorreferida ou com consulta por motivo de hipertensão arterial) é obtido por meio do cadastro individual (informação autorreferida) ou dos atendimentos realizados por médicos e enfermeiros na APS. Ambas as informações são extraídas do cadastro individual e do atendimento individual do modelo de informação e-SUS APS. Tais informações resultam do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS e representam, portanto, a realidade do que acontece durante o contato dos usuários com os serviços de saúde.

Na composição do valor do denominador são considerados todos os cadastros e atendimentos realizados a partir do ano de 2013. Para o cadastro individual, é considerado a informação mais atual enviada ao SISAB, com isso, caso o cadastro individual mais atual deixe de indicar a condição de hipertensão e o indivíduo não tenha registro de atendimento individual para hipertensão arterial, ele não será contabilizado para o denominador. Tal situação reforça a necessidade da rotina de atualização dos cadastros individuais.

Ressalta-se que, cada indivíduo que compõe o denominador é identificado pelo CNS (cartão nacional de saúde) ou CPF (cadastro de pessoa física), assim, mesmo que esse esteja presente nas duas fontes de origem dos dados (condição de hipertensão no Cadastro Individual e no Atendimento Individual) é contabilizado apenas uma única vez e em uma única equipe.

ATENÇÃO: Destaca-se que o modo de registro dos dados para o denominador e também para o numerador está baseado no modelo de informação da estratégia e-SUS APS, considerando a coleta de dados do atendimento individual. Para o detalhamento dos campos de preenchimento consultar os Guias de Preenchimento CDS, PEC, e Thrift disponíveis na guia dos materiais de apoio do SISAB.

Os municípios que, no quadrimestre, apresentarem quantitativo de pessoas cadastradas **maior ou igual a 85%** do potencial de cadastramento municipal, terão seu indicador calculado com o denominador **número de pessoas com hipertensão arterial no SISAB**. Para os demais municípios (com cadastro municipal abaixo de 85% do potencial) será calculado também o denominador estimado.^[III]

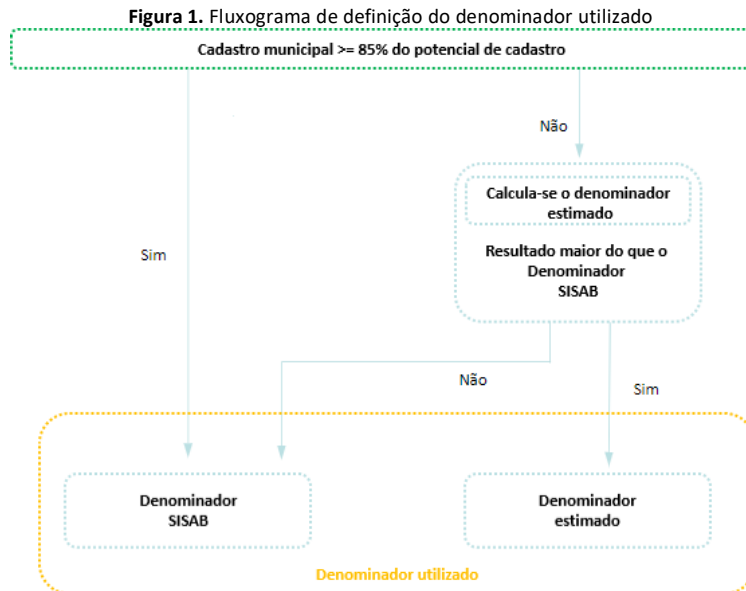
A utilização do **denominador estimado** é uma estratégia que se caracteriza como um **valor de referência** do quantitativo estimado de pessoas com hipertensão arterial com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), e que devem estar sob os cuidados da APS. O denominador estimado será utilizado somente **para os municípios com cadastro populacional abaixo de 85%** do potencial de cadastro. As duas situações descritas são apresentadas no fluxograma.

O cálculo do denominador estimado é realizado a partir da porcentagem de pessoas com hipertensão arterial identificadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, multiplicado pelo potencial de cadastro^[IV]

A estimativa da proporção de pessoas com hipertensão arterial da PNS de cada município é calculada a partir dos resultados das capitais, regiões metropolitanas e Unidades da Federação, como segue: 1) para capitais e regiões metropolitanas, os valores utilizados serão os encontrados na PNS e; 2) para os demais municípios, onde não há dados da pesquisa, serão utilizados os valores encontrados para as respectivas Unidades Federativas. Os valores podem ser conferidos no relatório da pesquisa^[V] ou no material de apoio disponibilizado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), disponível na página do SISAB.

Ressalta-se que, considerando e entendendo que a função do denominador estimado é servir como um valor de referência a ser utilizado pelos municípios com potencial de cadastro inferior a 85%, não há aplicação de filtros de idade, visto que a utilização desse poderia torná-lo inferior ao denominador informado, afastando-o de seu objetivo principal e, consequentemente, inviabilizando o seu uso. Essa mesma regra se aplica ao numerador de municípios que utilizam esse denominador.

Destaca-se, ainda, que o objetivo do indicador é monitorar e avaliar a promoção do cuidado e o adequado acompanhamento de todos os indivíduos com hipertensão cadastrados junto às equipes de Atenção Primária à Saúde, incluindo crianças e adolescentes. Somado a isso, o percentual de pessoas com idade inferior a 18 anos que possui hipertensão na APS está abaixo de 0,1%. Assim, reforça-se a decisão de não se aplicar o filtro de idade para o denominador e para o numerador para o cálculo do indicador.



3.10. NUMERADOR

O numerador **pessoas com hipertensão arterial, com consulta em hipertensão arterial e 1 aferição de PA nos últimos 6 meses** é composto por indivíduos com hipertensão arterial que tiveram pelo menos uma consulta e uma aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses na APS. O numerador é obtido a partir dos atendimentos individuais e da realização do procedimento de aferição da pressão arterial, independente da aplicação utilizada (Coleta de dados Simplificado, Prontuário Eletrônico do Cidadão ou Prontuário Eletrônico de terceiros).

São incluídas no numerador, as pessoas identificadas no denominador que tenham: 1) mínimo de 1 atendimento nos últimos 6 meses, realizado por profissionais médicos ou enfermeiros, cuja condição de saúde hipertensão arterial tenha sido avaliada e devidamente registrada, e; 2) mínimo de 1 procedimento de aferição da pressão arterial, nos últimos 6 meses, realizado por profissionais médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem registrado individualmente (ver códigos e campos utilizados na Ficha de Qualificação do Indicador).

ATENÇÃO: A indicação de condição ativa de hipertensão no PEC não significa que esta determinará os atendimentos posteriores, por isso, destacamos a **necessidade de indicação da condição avaliada em todos os atendimentos realizados**

Conforme mencionado, o numerador considera o período de 6 meses anteriores ao período de avaliação, que no caso do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil corresponde ao término do quadrimestre. Assim, para o último quadrimestre de um determinado ano são consideradas as informações de saúde registradas desde o primeiro dia do mês de julho do mesmo ano, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 2. Esquema ilustrativo do período de medição e avaliação do numerador do indicador.



ATENÇÃO: A relação identificada das pessoas que compõem o numerador e denominador é disponibilizada nominalmente no modo detalhado do painel de indicadores do SISAB. O denominador Pessoas com hipertensão arterial no SISAB corresponde às pessoas com a referida condição de saúde que devem ser acompanhadas pelas equipes de saúde da APS. Esta lista de pessoas pode auxiliar o gestor e as equipes de saúde na busca ativa para atendimentos e cuidado em geral

4. VINCULAÇÃO DO USUÁRIO A EQUIPE DE REFERÊNCIA

4.1. Para a vinculação de um indivíduo à equipe de referência, são consideradas as regras descritas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#). Após a identificação e vinculação de uma pessoa com hipertensão arterial à uma determinada equipe de saúde da APS, todos atendimentos validados realizados em outras equipes ou estabelecimentos característicos da APS serão qualificados para compor a contabilização do indicador, ou seja, se o indivíduo com hipertensão arterial é vinculado pela regra de capitação ponderada na equipe A e teve o acompanhamento na equipe B ou estabelecimento C, mesmo que seja em outro município ou estado, será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo. Ressalta-se ainda que são contabilizados para o indicador os atendimentos e procedimentos devidamente identificados e validados para o SISAB segundo as regras de validação descrita na [Nota Técnica do Relatório de Validação](#). **Indivíduos cadastrados sem vinculação a uma equipe eSF ou eAP não são considerados no cálculo dos indicadores.**

5. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

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

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

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

6.1. Boas práticas de registros de informação nos sistemas de informação em saúde são fundamentais para o sucesso das ações de monitoramento e avaliação dos indicadores selecionados.

6.2. Para tomada de decisão com intervenções mais assertivas gestores e profissionais de saúde necessitam de informações confiáveis que somente podem ser produzidas a partir do registro qualificado das ações realizadas pelos profissionais de saúde no momento do atendimento aos usuários. Registros que discriminem adequadamente as informações que integram os diferentes campos dos instrumentos de anotação do que ocorre durante o contato dos usuários com os serviços de saúde, permitem a elaboração de diagnósticos mais precisos a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação analisada.

6.3. Para o indicador, as informações que compõem as variáveis têm como fonte, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que integra a Estratégia e-SUS APS. Assim, os dados de produção das equipes de saúde da APS devem ser registrados em prontuário eletrônico (e-SUS PEC ou prontuário próprio/de terceiros compatíveis com a transmissão de dados via Thrift) ou por meio da Coleta de Dados Simplificada (CDS), e enviados, via centralizador do e-SUS, para o SISAB.

6.4. O SISAB estabelece que, por competência, o prazo de envio regular de registros de serviços da APS seja realizado até o 10º dia útil da competência seguinte. Após este prazo, é permitido o envio de informações complementares por até 4 competências posteriores ao registro/atendimento. Para contabilização dos registros nos indicadores, o envio deverá ocorrer até o 10º dia útil após o último mês do quadrimestre avaliado.

6.5. A qualidade do registro de informação, pressupõe:

- Registro diário e preferencialmente durante o contato assistencial;
- Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme o documento Guia de qualificação dos Indicadores;
- Rotinas de envio idealmente imediatas, podendo ser também diárias, semanais ou mensais. A depender da realidade de conexão municipal, envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência posterior ao atendimento;
- O uso de prontuários eletrônicos, por ser associado a melhores registros e possibilitar o envio e compartilhamento de dados administrativos e clínicos em tempo oportuno, o Ministério da Saúde apoia a informatização da APS por meio do [Informatiza APS](#);
- Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES.

6.6. Para o indicador “**Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre**” é necessário:

- A correta identificação do usuário com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF;
- Registrar de forma individualizada o “Problema/Condição Avaliada” com códigos CID ou CIAP 2 de hipertensão ou preencher o campo rápido de “Hipertensão Arterial”;
- Registrar de forma individualizada o código SIGTAP referente ao procedimento realizado (independente da data da consulta de acompanhamento da hipertensão arterial).
- Sempre importar o XML do CNES na base do sistema e-SUS APS, tanto para quem usa CDS, quanto para quem usa PEC ou sistema de terceiros/próprios.

ATENÇÃO: Os códigos CID/CIAP considerados no indicador, bem como o campo rápido de condição avaliada “Hipertensão Arterial” no modelo de informação de atendimento individual devem ser preenchidos apenas se o indivíduo possuir o diagnóstico da doença. Para este dado não há possibilidade de correção.

7.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

TÍTULO	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial que são consultadas e tenham a pressão arterial aferida pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) no semestre, em relação ao número total de pessoas com hipertensão arterial no município.
USO (Para que fim?)	Identificar as pessoas com hipertensão arterial e avaliar seu acompanhamento pela APS por meio de consultas e aferição da pressão arterial a cada semestre, de acordo com o registro no sistema de informação em saúde; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com hipertensão na APS; Incentivar o acompanhamento, o controle e a redução de morbimortalidade relacionadas a hipertensão; subsidiar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação da hipertensão, contribuindo para o controle das doenças crônicas.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	11,0% (Q1 2021 dados extraídos em 26.08.21 – corresponde as equipes homologadas eSF e eAP no quadrimestre)
PARÂMETRO	100%
META	50%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses}}{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial no SISAB} \text{ ou } \frac{\text{Potencial de cadastro x \% Pessoas com hipertensão arterial na PNS}}{100}}$ *O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.
MÉTODO DE CÁLCULO	REGRAS DE EXTRAÇÃO: <u>Denominador Pessoas com hipertensão no SISAB:</u> Pessoas identificadas com o CNS/CPF que no Cadastro individual possuam a marcação: “Tem Hipertensão arterial?” = SIM OU que no Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro tenham a marcação Hipertensão ou códigos correspondentes (CID I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I270, I272, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109 e O11 ou códigos CIAP2 K86 e K87). Cadastro individual: É considerado o cadastro mais recente, ou seja, é utilizado o último cadastro ou atualização enviados até o último mês do quadrimestre vigente que conste a marcação: “Tem Hipertensão arterial?” = SIM. Atendimento individual: Atendimento realizado por médico ou enfermeiro, com a condição avaliada hipertensão arterial devidamente marcada (ou códigos CID ou CIAP descritos no denominador), independente do ano do atendimento. Para isso será realizada busca do dado em toda a base de dados do SISAB (2013 até o quadrimestre vigente). Família CBO considerados: médicos (2251, 2252, 2253, 2231), enfermeiros (2235). <u>Numerador:</u> Pessoas identificadas no denominador SISAB que tenham o registro de no mínimo 1 Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro para condição Hipertensão arterial nos últimos 6 meses + 1 Aferição de pressão arterial realizada por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem nos últimos 6 meses. *Atendimento individual: Atendimento realizado por médico ou enfermeiro, com a condição avaliada “Hipertensão arterial” devidamente marcada na ficha CDS ou com sinalização dos códigos correspondentes (CID-10: I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I270, I272, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109 e O11 ou códigos CIAP2: K86 e K87). Esta consulta deverá ter ocorrido no prazo de 6 meses anteriores a contar do último mês do quadrimestre. *Família CBO considerada para o atendimento individual: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). *Aferição de pressão arterial: Procedimento realizado por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, devidamente registrado com o código SIGTAP: 03.01.10.003-9 (aferição de pressão arterial). Este procedimento deverá ter ocorrido no prazo de 6 meses anteriores a contar do último mês do quadrimestre. *Família CBO considerada para aferição da PA: médicos (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiros (2235); técnicos e auxiliares de enfermagem (3222). <u>Denominador estimado:</u>

	Potencial de cadastro municipal multiplicado pela <i>Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial</i> apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (Disponível no e- Gestor: Relatório Indicadores de Desempenho). Não sendo aplicado filtro por idade. Para as capitais e regiões metropolitanas, os valores utilizados são os encontrados na PNS, para os demais municípios, onde não há dados da pesquisa, serão utilizados os valores encontrados para as respectivas Unidades Federativas. Potencial de cadastro: Fonte SISAB (Painel de Cadastro); PNS 2019; IBGE. <u>Crítérios de exclusão:</u> • Pessoas com registro do campo “saída do cidadão do cadastro” por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual; • Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas/válidas. <u>Equipes e estabelecimentos considerados:</u> • Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70 exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); • Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipes da APS: 01 – Posto de saúde; 02 – Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40- Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 – Centro de apoio à saúde da família; 74 – Polo de academia daSaúde. Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro dos 6 meses
LIMITAÇÕES	O indicador mensura o número de pessoas que tiveram consulta e aferição de pressão arterial no semestre, o mínimo indicado para pessoas com hipertensão, não mensurando os níveis pressóricos e de controle da condição. Imprecisões de registro de atendimento por condição avaliada em hipertensão arterial; Em casos de Toxemia da gravidez indicamos que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O12, O13, O14, O16) e o CIAP2 (W81) no CDS ou no PEC eSUS- APS, pois a sinalização do campo rápido "Hipertensão Arterial" identifica a condição crônica do agravo por tempo indeterminado.
OBSERVAÇÕES	Para o denominador serão considerados todos os cadastros e atendimentos a partir de 2013. Para o uso do cadastro individual será considerado a informação mais atual enviada ao SISAB. Serão consideradas as regras de vinculação do indivíduo a determinada equipe de saúde conforme a Nota Técnica Explicativa de Cadastro, independentemente se a identificação da hipertensão arterial ocorreu na equipe de referência.
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

8. CÁLCULO DO INDICADOR (EXEMPLOS)

8.1. EXEMPLO 1

Exemplo de cálculo para um município com cadastro superior a 85% do potencial de cadastro:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 14.300

Potencial de cadastro populacional Q1.2021 (equipes avaliadas): 8.000

Cadastro alcançado no Q1.2021 = 7.500

Proporção de cadastro alcançado no Q1.2021: 93,7%

Prevalência de pessoas com hipertensão arterial PNS 2019 = 16,0%

DENOMINADOR

SISAB: Nº de pessoas com hipertensão arterial no município = **1.500** (500 pessoas únicas com a marcação “Tem Hipertensão arterial= SIM” no cadastro individual (último cadastro ou atualizações enviadas até abril) + 1.000 pessoas únicas com atendimento individual realizado por Médico ou Enfermeiro com motivo da consulta “Hipertensão Arterial” (atendimentos realizados desde 2013));

Estimado: Nº estimado de pessoas com hipertensão arterial que deveriam estar sob os cuidados do município: % pessoas com hipertensão arterial PNS x Potencial de Cadastro 16,0% X 8.000 = **1.280**

Utilizado: Será o denominador SISAB (**1.500**), pois o município possui 93,7% do cadastro esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Nº de pessoas com hipertensão que realizaram consulta e aferição de PA nos últimos 6 meses (novembro a abril) no município = **400**.

Cálculo do indicador: $(400 / 1.500) \times 100 = 26,7\%$

8.2. EXEMPLO 2

Exemplo de cálculo para um município com cadastro menor que 85% do potencial de cadastro:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 50.500

Potencial de cadastro populacional Q1.2021 (equipes avaliadas): 27.000

Cadastro alcançado no Q1.2021 = 21.870

Proporção de cadastro alcançado no Q1.2021: 81%

Prevalência de pessoas com hipertensão arterial PNS 2019 = 17,1%

DENOMINADOR

SISAB: Nº de pessoas com hipertensão arterial no município = **2.500** (500 pessoas únicas com a marcação “Tem Hipertensão arterial = SIM” no cadastro individual (último cadastro ou atualizações enviadas até abril) + 2.000 pessoas únicas com atendimento individual realizado por Médico ou Enfermeiro com motivo da consulta “Hipertensão Arterial” (atendimentos realizados desde 2013));

Estimado: Nº estimado de pessoas com hipertensão arterial que deveriam estar sob os cuidados do município: % pessoas com hipertensão arterial PNS x Potencial de Cadastro 17,1% X 21.879 = **3.739,77**.

Utilizado: denominador de maior valor = 3.739

NUMERADOR:

SISAB: Nº de pessoas com hipertensão arterial que realizaram consulta e aferição de PA nos últimos 6 meses (novembro a abril) no município = **2.400**.

Cálculo do indicador: $(2.400/3.739) \times 100 = 64,2\%$

Alguns exemplos de situações são descritos abaixo demonstrando os casos que são consideradas para compor o numerador e denominador.

	Numerador				Denominador			Consideração para o indicador		
	Consulta		Aferição de PA		Consulta		HAS no cadastro individual:			
Casos	Data	Profissional	Data	Profissional	Data	Profissional	Sim/Não	Numerador	Denominador	Justificativa
A	05/12/2020	Médico	-	-	05/12/2020	Médico	Não	Não	Sim	Sem aferição de PA nos últimos 6 meses
B	01/04/2021	Enfermeiro	01/04/2021	Tec. Enf.	01/04/2021	Enfermeiro	Sim	Sim	Sim	-
C	-	-	06/01/2021	Médico	08/08/2015	Médico	Não	Não	Sim	Sem consulta de HAS nos últimos 6 meses
D	05/03/2021	Enfermeiro	10/02/2021	Enfermeiro	05/03/2021	Enfermeiro	Não	Sim	Sim	-
E	-	-	-	-	-	-	Sim	Não	Sim	Sem consulta e aferição de PA nos últimos 6 meses
F	-	-	-	-	27/08/2019	Médico	Sim	Não	Sim	Sem consulta e aferição de PA nos últimos 6 meses
G	25/11/2020	Médico	-	-	25/11/2020	Médico	Não	Não	Sim	Sem aferição de PA nos últimos 6 meses
H	05/01/2021	Enfermeiro	20/02/2021	Téc. Enf.	05/01/2021	Enfermeiro	Sim	Sim	Sim	-

REFERÊNCIAS

1. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde : 2019 : Percepção Do Estado de Saúde, Estilos de Vida, Doenças Crônicas e Saúde Bucal : Brasil e Grandes Regiões. Vol 1. 1st ed.; 2020.
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658. doi:10.36660/abc.20201238
3. BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica N°37: Estratégias Para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Vol 37. Ministério da Saúde; 2013.
4. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Recommendations | Hypertension in adults: diagnosis and management | Guidance | NICE. Published online August 28, 2019. Accessed June 2, 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/chapter/Recommendations#monitoring-treatment-and-blood-pressure-targets>
5. Oliveros E, Patel H, Kyung S, et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. Clin Cardiol. 2019;43(2):99- 107. doi:10.1002/clc.23303
6. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, et al. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Canadian Journal of Cardiology. 2020;36(5):596-624. doi:10.1016/j.cjca.2020.02.086
7. Whelton Paul K., Carey Robert M., Aronow Wilbert S., et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018;71(6):1269-1324. doi:10.1161/HYP.000000000000066
8. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018;39(33):3021-3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339
9. Chrestani MAD, Santos I da S dos, Matijasevich AM. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. Cad Saúde Pública. 2009;25(11):2395-2406. doi:10.1590/S0102-311X2009001100010
10. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial autorreferida e seus determinantes (projeto Bambuí). Rev Saúde Pública. 2004;38(5):637-642. doi:10.1590/S0034-89102004000500004

Nota de roda pé

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

[2] Disponível no Relatório de Cadastros Individuais [SISAB \(saude.gov.br\)](https://sisab.saude.gov.br)

[3] Para os municípios com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro municipal poderá ser aplicado para o cálculo do denominador estimado: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).

[4] Disponível no Relatório de Cadastros Individuais [SISAB \(saude.gov.br\)](https://sisab.saude.gov.br)

[5] Biblioteca do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Lisboa Izetti Ribeiro, Coordenador(a)-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo**, em 15/02/2022, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Rezende Melo da Silva, Diretor(a) do Departamento de Promoção da Saúde**, em 15/02/2022, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 17/02/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025109683** e o código CRC **4451E761**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 5/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 5

1.1. 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.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. O processo de vacinação no território nacional é operacionalizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), estruturado em 18 de setembro de 1973, com o propósito de reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, aplicando estratégias para o fortalecimento de ações de vigilância, promoção, proteção e prevenção em saúde¹.

2.2. A prática de vacinação possibilita a erradicação de doenças imunopreveníveis e é uma das intervenções em saúde mais custo-efetivas e seguras, apresentando-se como componente estratégico dos programas de saúde².

2.3. Considerando que as crianças são mais vulneráveis a agravos que podem resultar em complicações graves e óbito, e que a vacinação com o esquema vacinal básico reduz a morbimortalidade infantil³⁻⁴, a Atenção Primária à Saúde (APS) têm como prioridade a prevenção da morbidade infantil por meio da imunização com o cumprimento do calendário vacinal recomendado pelo *Programa Nacional de Imunização* (PNI)⁵. A vacinação também contribui de maneira importante para o cumprimento dos *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS), que dentre seus objetivos busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

2.4. É preconizado a ampliação da cobertura vacinal, e este objetivo compõe a programação do *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*, na forma de buscar a redução ou controle a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle, pelo alcance de 50% de municípios com cobertura vacinal adequada (95%) para 5 vacinas do *Calendário Nacional de Vacinação* para crianças menores de 1 ano de idade, dentre elas a Pentavalente e Poliomielite⁶.

2.5. No Brasil, o acesso a vacinas do *Calendário Nacional de Vacinação* é gratuito e são distribuídas pelo PNI vacinas, imunobiológicos especiais, soros e imunoglobulinas oferecidas às crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes conforme o *Calendário Nacional de Vacinação*, que pode ser consultado no site: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2020/calendario-de-vacinacao-2020_crianca-1.pdf.

2.6. Nos últimos anos se observou uma queda das coberturas vacinais em praticamente todos os estados, muitos não atingiram a meta preconizada de cobertura que é de $\geq 95\%$ ⁷ para a vacina Pentavalente e poliomielite.

2.7. A vacina Pentavalente é a união da vacina Tetravalente + hepatite B, foi incluída no calendário em 2012 e seu esquema busca imunizar contra cinco doenças: Difteria, Tétano, Coqueluche, Infecções causadas pelo *Haemophilus Influenzae* tipo b, e Hepatite B⁸. É válido ressaltar que a vacinação e as baixas coberturas vacinais podem incorrer em aumento do número de casos e surtos⁷⁻⁸.

2.8. Para a vacina Pentavalente é recomendado 3 (três) doses, a primeira aos 2 meses (dois), a segunda aos 4 meses (quatro) e a terceira aos 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. A terceira dose não deverá ser administrada antes dos 6 (seis) meses de idade¹¹.

2.9. A poliomielite é uma doença altamente infecciosa causada por um vírus transmitido de pessoa a pessoa por via fecal-oral, que se multiplica no intestino com capacidade de migração para o sistema nervoso causando um quadro de paralisia flácida, de início súbito. Atualmente existem dois países endêmicos com o vírus da poliomielite circulante, o Paquistão e Afeganistão⁹⁻¹⁰. Diante desse cenário, enquanto o vírus da poliomielite não for globalmente erradicado, ações de imunização devem ser reforçadas, mesmo em países com certificado de erradicação, para evitar um recrudescimento da Pólio¹⁰.

2.10. Considerando as recomendações do PNI¹¹ a administração da vacina de Poliomielite inativada (VIP) deve ser administrada em 3 doses: 1 (uma) dose aos 2 meses, 1 (uma) dose aos 4 e 1 (uma) dose aos 6 meses. Crianças de 2 meses até 4 anos, 11 meses e 29 dias, sem comprovação vacinal devem receber a vacina em 3 (três) doses de VIP, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias¹¹.

2.11. Diante do exposto, o indicador "*Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada*" permite avaliar a cobertura vacinal para essas doenças nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, esse indicador fornece subsídios para o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização no âmbito dos serviços de Atenção Primária, assim como avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

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

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

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

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

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

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

3.7. PARÂMETRO

As evidências científicas e o *Programa Nacional de Imunizações* preconizam que as metas de cobertura vacinal de Penta e Pólio no país alcance pelo menos 95%¹¹. Assim, entendendo que o parâmetro se refere ao valor ideal para garantir imunidade na população, para esse indicador será considerado como parâmetro 95%^{6,8,12}. Reforçamos a recomendação que todas as crianças, sem contra indicações, recebam as doses dos imunizantes aos 2, 4 e 6 meses de idade.

3.8. META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o *Programa Previne Brasil*, a importância de se completar o esquema vacinal de Penta e Pólio dentro do primeiro ano de vida^{6,8,12} e a possibilidade de reintrodução de doenças já erradicadas no território brasileiro, será estabelecida que todos os municípios alcancem a meta de 95% das crianças que compõe o denominador.

3.9. CÁLCULO DO INDICADOR

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

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

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

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

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

* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.

É importante destacar que, dependendo da situação do cadastro o denominador, poderá ser o valor estimado ou o valor informado no SISAB.

3.9.1. DENOMINADOR

O denominador SISAB **número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado** é obtido por meio do cadastro individual ou dos atendimentos realizados por médicos e enfermeiros na APS. Ambas as informações são extraídas do cadastro individual e do atendimento individual do modelo de informação e-SUS APS. Tais informações resultam do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS e representam, portanto, a realidade idealizada durante o contato dos usuários com os serviços de saúde.

Na composição do valor do denominador são considerados todos os cadastros vinculados a uma equipe de APS. Para o cadastro individual, é considerada a informação mais atual enviada ao SISAB, com isso, caso o cadastro individual mais atual deixe de indicar a idade e com data de nascimento correta, ele não será contabilizado para o denominador informado. Tal situação reforça a necessidade da rotina de atualização e realização dos cadastros individuais.

Ressalta-se que, cada criança que compõe o denominador é identificada pelo CNS (cartão nacional de saúde) ou CPF (cadastro de pessoa física), assim é contabilizado apenas uma única vez, em um único quadrimestre e em uma única equipe.

ATENÇÃO: Destaca-se que o modo de registro dos dados para o denominador e também para o numerador está baseado no modelo de informação da estratégia e-SUS APS, considerando o registro dos dados do atendimento individual e procedimentos. Para o detalhamento dos campos de preenchimento consultar os Guias de Preenchimento CDS, PEC e Thrift disponíveis na guia dos materiais de apoio do SISAB.

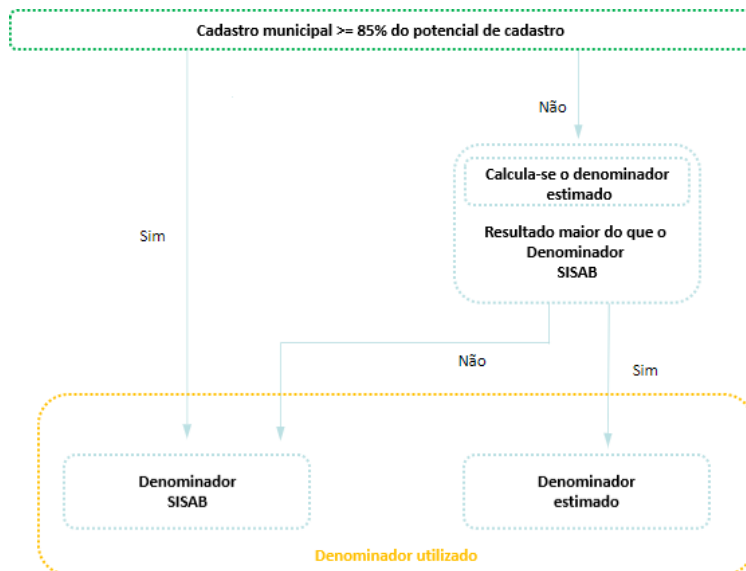
3.9.1.1. DENOMINADOR ESTIMADO

Os municípios que, no quadrimestre, apresentarem no SISAB quantitativo de pessoas cadastradas **maior ou igual a 85%** do parâmetro de cadastro municipal, terão seu indicador calculado com o denominador **número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses no quadrimestre avaliado**. Para os demais municípios (com cadastro municipal abaixo de 85% do parâmetro) será calculado também o denominador estimado^[1].

A utilização do **denominador estimado** é uma estratégia para obtenção de um valor controle do quantitativo esperado de crianças com 12 meses que devem estar sob os cuidados da APS. A referida estimativa é calculada a partir do menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 corrigidos pela proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS no quadrimestre de avaliação, conforme descrito na fórmula de cálculo.

Os dados de nascidos vivos são extraídos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC (apresentado no TABNET), já a proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS é obtida a partir do potencial de cadastro municipal** em relação à população IBGE do município. Vale ressaltar que o resultado do denominador estimado será sempre comparado ao número de crianças com 12 meses completos no quadrimestre avaliado registrado no SISAB, aplicando-se para o cálculo do indicador a variável de maior valor. As duas situações descritas são apresentadas no fluxograma (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de definição do denominador utilizado



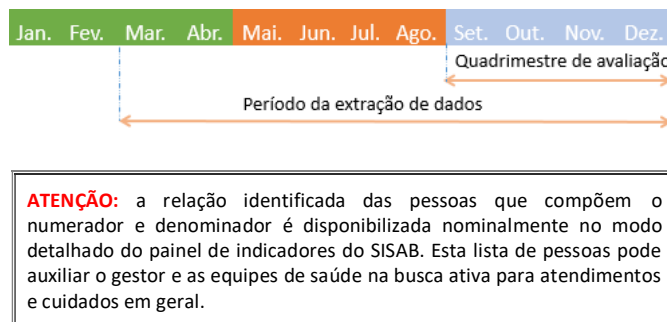
3.10. NUMERADOR

O numerador **número de crianças que completaram 12 meses, no quadrimestre avaliado, com 3 doses aplicadas de Poliomielite e Pentavalente**, é composto por crianças que completaram 12 meses no quadrimestre avaliado com cadastro e vínculo às equipes de APS, e que tenham registro válido de administração da dose 3 da vacina Poliomielite e Pentavalente, independente da aplicação e-SUS utilizada (Coleta de dados Simplificado, Prontuário Eletrônico do Cidadão ou Prontuário Eletrônico de terceiros).

Ressaltamos que o preconizado é que seja realizado o esquema completo com as 3 doses da Pentavalente porém, na ausência do imunizante serão considerados outros esquemas vacinais descrito na ficha de qualificação do indicador.

As crianças identificadas deverão estar com 12 meses de vida completos no quadrimestre analisado. A idade é calculada na base de dados federal a partir do registro da data de nascimento do cadastro em relação ao quadrimestre analisado. O método considera a idade do indivíduo entre o primeiro dia e último dia do último mês do quadrimestre avaliado, tendo em vista o período de referência dos dados analisados, como ilustrado na Figura 2. A idade é calculada a partir da data de nascimento informada, que deve ser convergente com o CADSUS.

Figura 2. Esquema ilustrativo do período de medição e avaliação do numerador do indicador.



4. VINCULAÇÃO DO USUÁRIO À EQUIPE DE REFERÊNCIA

4.1. Para a vinculação de um indivíduo à equipe de referência, são consideradas as regras de vinculação e desempate descritas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#). Após a identificação e vinculação de uma criança a uma determinada equipe de saúde da APS, todos atendimentos e procedimentos realizados e registrados por outras equipes ou estabelecimentos característicos da APS (conforme CNES) serão qualificados para compor a contabilização do indicador. Por exemplo, se a criança imunizada é vinculada, na equipe A e teve a administração das vacinas na equipe B ou estabelecimento C, mesmo que seja em outro município ou estado, será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo (no caso a equipe A), obedecendo as regras de desempate. **Crianças cadastradas sem vinculação a uma equipe eSF ou eAP não serão consideradas no cálculo do indicador.**

5. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

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

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

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

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

6.1. Boas práticas de registros de informação nos sistemas de informação em saúde são fundamentais para o sucesso das ações de monitoramento e avaliação dos indicadores selecionados.

6.2. Para tomada de decisão com intervenções mais assertivas gestores e profissionais de saúde necessitam de informações confiáveis que somente podem ser produzidas a partir do registro qualificado das ações realizadas pelos profissionais de saúde no momento do atendimento aos usuários. Registros que discriminem adequadamente as informações que integram os diferentes campos dos instrumentos de anotação, do que ocorre durante o contato dos usuários com os serviços de saúde, permitem a elaboração de diagnósticos mais precisos a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação analisada.

6.3. O SIPNI está integrado ao e-SUS APS. A [Portaria nº 2.499, de 23 de setembro de 2019](#), altera a forma de registro de dados de aplicação de vacinas, imunoglobulinas e soros pelas unidades de atenção primária à saúde para apenas um sistema, o e-SUS APS¹⁴.

6.4. Portanto, para o indicador, as informações que compõem as variáveis têm como fonte o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que integra a *Estratégia e-SUS APS*. Assim, os dados de produção das equipes de saúde da APS devem ser registrados em prontuário eletrônico (e-SUS PEC ou prontuário próprio/de terceiros compatíveis com a transmissão de dados via Thrift) ou por meio da Coleta de Dados Simplificada (CDS), e enviados, via centralizador do e-SUS, para o SISAB.

6.5. O SISAB estabelece que, por competência, o prazo de envio regular de registros de serviços da APS seja realizado até o 10º dia útil da competência seguinte. Após este prazo, é permitido o envio de informações complementares por até 4 competências posteriores ao registro/atendimento. Para contabilização dos registros nos indicadores, o envio deverá ocorrer até o 10º dia útil subsequente a cada competência SISAB, que no caso para a última competência do quadrimestre será após o último mês do quadrimestre avaliado.

6.6. A qualidade do registro de informação, pressupõe:

- Registro diário e preferencialmente durante o contato assistencial;
- Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme o documento Guia de Qualificação dos Indicadores;
- Rotinas de envio idealmente imediatas, podendo ser também diárias, semanais ou mensais. A depender da realidade de conexão municipal, envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência posterior ao atendimento;
- O uso de prontuários eletrônicos, por ser associado a melhores registros e possibilitar o envio e compartilhamento de dados administrativos e clínicos em tempo oportuno, o Ministério da Saúde apoia a informatização da APS por meio do [Informatiza APS](#);
- Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES;
- Quando não realizado na unidade, atualização do prontuário da criança com o Registro Anterior de vacinas.

6.7. Para o indicador “Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite Inativada” é necessário:

- A correta identificação do usuário com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF;
- Registrar de forma individualizada o código SIGTAP referente ao procedimento realizado (independente da data da realização).
- Sempre importar o XML do CNES na base do sistema e-SUS APS, tanto para utilização de CDS, quanto PEC ou sistema de terceiros/próprios.

7. FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

TÍTULO	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b e Poliomielite Inativada.
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Este indicador mede o cumprimento do esquema básico de vacinação de Pólio e Penta em crianças com 12 meses com crianças que o município possui cadastradas e vinculadas às equipes de APS.
USO (Para que fim?)	Mensurar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Penta e Pólio no primeiro ano de vida a fim de verificar o nível contra as doenças imuno preveníveis; Monitorar as diretrizes para a cobertura vacinal de Penta e Pólio no primeiro ano de vida das crianças atendidas nos serviços Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização no âmbito dos serviços de Atenção Primária Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	88,13% (Q1 2021 dados extraídos em 08/12/2021 – corresponde as equipes homologadas eSF e eAP no quadrimestre)
PARÂMETRO	95%
META	95%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e}}{\left(\frac{\text{Nº de crianças com 12 meses completos no SISAB}}{\text{no quadrimestre avaliado}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº de nascidos vivos no SINASC} \right) *}$ *O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.
MÉTODO DE CÁLCULO	REGRAS DE EXTRAÇÃO: Denominador: Número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses no quadrimestre avaliado. Para compor o denominador as crianças devem ter 12 meses de vida completos no quadrimestre avaliado. Serão considerados meses de vida entre o primeiro e último dia do quadrimestre avaliado. A idade é calculada na base de dados federal a partir informada no cadastro, que deverá ser igual a data de nascimento registrada no CADSUS. Denominador estimado: Potencial de cadastro municipal** dividido pela população IBGE multiplicado pelo menor número de nascidos vivos entre o a 2019 apresentados no SINASC (Disponível no endereço eletrônico do TABNET/DATASUS). ***Potencial de Cadastro Municipal: Fonte SISAB (Painel de Cadastros). Serão consideradas as crianças identificadas pelo CNS ou CPF, cadastradas e vinculadas a uma eSF ou eAP no SISAB, com Relatório de Cadastros. Numerador: Número de crianças que completaram 12 meses, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de Poliomielite e Pentavalente. Para compor o numerador serão consideradas crianças que completaram 12 meses no quadrimestre avaliado e que a partir 3ª doses das vacinas de Poliomielite e Pentavalente. Regra de extração: 3ª doses das vacinas [VIP e Pentavalente Celular] ou 3ª dose da Hexavalente ou 3ª dose de [Penta Acelular e Hepatite B], ou Registro Anterior de Vacinação no prontuário eletrônico do cidadão correspondendo à atualização da caderneta de vacinação Casos excepcionais: (ausência da 3ª dose de Pentavalente ou Hexavalente ou [Pentavalente Acelular + hepatite B]) Ressaltamos que o preconizado é que seja realizado o esquema completo com as 3 doses da Pentavalente. Porém, em caso de ausência de uma das doses, o indicador será considerado esquemas vacinais (descritos abaixo) onde as doses das vacinas administradas entre 2 e 12 meses de vida. Segue regra de extração, no caso dos cenários excepcionais: Primeiro cenário 2ª dose de Pentavalente + 1 (um) dos esquemas abaixo: a) 1 dose DTP + 1 dose hepatite B + 1 dose <i>haemophilus b</i>; ou b) 1 dose Tetravalente + 1 dose hepatite B; ou c) 1 dose Hexavalente. Segundo cenário 1ª dose de Penta + 1 (um) dos esquemas abaixo: a) 2 doses DTP + 2 doses hepatite B + 2 doses <i>haemophilus b</i>; ou b) 2 doses Tetravalente + 2 doses de hepatite B; ou c) 1 dose de tetra + 1 dose de DTP + 2 doses de hepatite B + 1 dose <i>haemophilus b</i>; ou d) 2 doses da Hexavalente.

	<i>Terceiro cenário</i> Nenhuma dose de Penta + 1 (um) dos esquemas abaixo: a) 3ª dose da Tetravalente + 3ª dose da hepatite B; ou b) 3ª dose da DTP + 3ª dose da hepatite B + 3ª dose da <i>haemophilus b</i>. Crítérios de exclusão: Pessoas com registro do campo “saída do cidadão do cadastro” por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual; Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas/ válidas. Equipes e estabelecimentos considerados: Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70, exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); Categorias profissionais(CBOs) aptas: médicos (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiros (2235); técnicos e auxiliares de enfermagem (2231, 2232, 2233, 2234); Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipe: Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40-Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71- Centro de atenção de academia da Saúde; Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador. Códigos das vacinas, conforme dados da Integração e-SUS APS: 09 hepatite B; 17 <i>haemophilus</i> tipo b (Hib); 22 poliomielite inativada (VIP); 29 pentavalente acelular (DTPa / Hib / Pólio Inativa); 39 tetravalente (DTP + Hib); 42 Pentavalente celular (DTP/HB/Hib);43 hexavalente (DTPa+ HB+ Hib +VIP);46 tríplice bacteriana (DTP).
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, Unidades da Federação, macrorregiões, municípios, estabelecimento, equipes de saúde.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do quadrimestre avaliado
LIMITAÇÕES	O indicador mede as doses administradas em serviços de APS, não refletindo a totalidade da população vacinada.
OBSERVAÇÕES	Considera-se para esse indicador apenas indivíduos vinculados em eSF ou eAP, o que não reflete a totalidade das equipes e estabelecimentos.
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Serão consideradas as regras de vinculação do indivíduo a determinada equipe de saúde conforme a Nota Técnica Explicativa se a administração da vacina não ocorreu na equipe de referência (ou UBS).
	Dezembro de 2021.

8. CÁLCULO DO INDICADOR (EXEMPLOS)**8.1. EXEMPLO 1**

Exemplo de cálculo para um município com cadastro superior a 85% do potencial de cadastro municipal:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 33.766

Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas): 14.437

Cadastro municipal alcançado no Q1.2021 = 16.781

Proporção de cadastro municipal alcançado no Q1.2021: 100%

Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 135

DENOMINADOR:

SISAB: nº de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses no quadrimestre avaliado = **110** (crianças que completaram 12 meses no período de janeiro a abril de 2021).

Estimado: Potencial de cadastro municipal dividido pela população IBGE multiplicado pelo menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 apresentados no SINASC. **$14.437/33.766 \times 135 = 57,7$**

Utilizado: Será o denominador SISAB (**110**), pois o município possui mais 85% do cadastro municipal esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Número de crianças que completaram 12 meses, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de Poliomielite e Pentavalente = 105

Cálculo do indicador: $(104 / 110) \times 100 = 95,4\%$

8.2. EXEMPLO 2

Exemplo de cálculo para um município com cadastro menor que 85% do potencial de cadastro municipal:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 10.460

Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas): 10.000

Cadastro municipal alcançado no Q1.2021 = 6.870

Proporção de cadastro municipal alcançado no Q1.2021: 68,7%

Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 70

DENOMINADOR:

SISAB: nº de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses no quadrimestre avaliado = **45** (crianças que completaram 12 meses no período de janeiro a abril de 2021).

Estimado: Potencial de cadastro municipal dividido pela população IBGE multiplicado pelo menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 apresentados no SINASC. **$10.000/10.460 \times 70 = 67$**

Utilizado: Será o denominador de maior valor (estimado = **67** crianças), pois o município possui cadastro municipal inferior a 85% do esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Número de crianças que completaram 12 meses, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de Poliomielite e Pentavalente = 59

Cálculo do indicador: $(59/67) \times 100 = 88,0\%$

Alguns exemplos de situações são descritos abaixo demonstrando os casos que são consideradas para compor o numerador e denominador.

Casos	Numerador		Denominador	Consideração para o indicador		Justificativa
	Criança com 3ª dose de Penta e Polio tendo 12 meses no quadrimestre avaliado		Criança cadastrada com 12 meses no quadrimestre avaliado			
	Data de nascimento	Data de aplicação das 3ª doses (Penta e Polio)	Sim/Não	Numerador	Denominador	
A	03/03/2020	03/09/2020	Sim	Sim	Sim	Criança com 12 meses no quadrimestre avaliado e tomou as 3ª doses de Penta e Polio aos 6 meses de vida.
B	15/01/2020	25/10/2020	Sim	Sim	Sim	Criança com 12 meses no quadrimestre avaliado e tomou as 3ª doses de Penta e Polio aos 9 meses de vida.
C	21/02/2020	10/04/2021	Sim	Não	Sim	Criança com 12 meses no quadrimestre avaliado, porém não foi contabilizada no numerador pois tomou as 3ª doses de Penta e Polio aos 13 meses de vida.
D	30/04/2020	02/04/2021	Sim	Sim	Sim	Criança com 12 meses no quadrimestre avaliado e tomou as 3ª doses de Penta e Polio aos 11 meses de vida.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
- CAVALCANTI, M. A. F.; NASCIMENTO, E. G. C. Aspectos intervenientes da criança, da família e dos serviços de saúde na imunização infantil. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. v.15, n.1, p 31-7, Junho, 2015.
- Vieira DS et al. Recording actions to prevent child morbidity in children's health cards. Ciência & Saúde Coletiva, 21(7):2305-2313, 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI):40 anos. Brasília: MS; 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Calendário Nacional de Vacinação, 2020. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-de-vacinacao>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico, Coqueluche - Ministério da Saúde, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- WHO. Global Polio Eradication Initiative annual report 2020 and semi-annual status updates, January - June & July - December 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.

10. BRASIL, Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e Multivacinação para Atualização da Caderneta da Criança e do Adolescente. Brasília, 30 de agosto de 2020.
11. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. INSTRUÇÃO NORMATIVA REFERENTE AO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2020. disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/09/instrucao-normativa_calendario-de-vacinacao-2020-1.pdf
12. QUEIROZ, R. C. C. S; et al. Vaccination services and incomplete vaccine coverage for children: a comparative spatial analysis of the BRISA cohorts, São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State), Brazil. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, 2021.
13. ARROYO, L. H; et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00015619, Jan. 2019.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Altera a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.499-de-23-de-setembro-de-2019-217773758>.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.645-de-26-de-junho-de-2020-263898897>.

^[1] Para os municípios com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro municipal poderá ser aplicado para o cálculo do denominador estimado: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa**, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família, em 15/02/2022, às 13:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente**, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde, em 17/02/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025109651** e o código CRC **53950E05**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 4/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 4

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

2. ANÁLISE

2.1. O câncer do colo do útero, também conhecido como câncer cervical, é um dos tumores mais frequentes entre as mulheres. Está intimamente associado à infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano - HPV (chamados de tipos oncogênicos), podendo infectar pele e mucosas e é transmitido por meio da relação sexual. Apesar de importante fator causal, a infecção pelo HPV não é suficiente para o desenvolvimento do câncer, sendo necessária a infecção persistente e a influência de fatores como imunidade, genética, entre outros. Em grande parte das mulheres, a resposta imunológica auxilia na eliminação da infecção pelo HPV (BRASIL, 2021; WILD, C. P., WEIDERPASS, E., STEWART, B. W, 2020; BRASIL, 2019).

2.2. O risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero é de cerca de 30% se as lesões precursoras não forem avaliadas e tratadas, e as alterações celulares que progridem para o câncer ocorrem, geralmente, de forma lenta, podendo levar de 10 a 20 anos, período em que se podem se apresentar como lesões pré-neoplásicas assintomáticas. Apesar das possibilidades de prevenção, é um dos cânceres mais frequentes entre as mulheres no Brasil, com alta taxa de mortalidade. Estima-se uma incidência anual de mais de 16.590 casos entre 2020 e 2022, com risco de 15,4 casos a cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2021; WILD, C. P., WEIDERPASS, E., STEWART, B. W, 2020; BRASIL, 2019; INCA, 2019).

2.3. Uma das principais estratégias de prevenção e controle do Câncer de Colo de Útero é a detecção precoce e o rastreamento por meio do exame citopatológico, o qual permite a identificação de lesões precursoras e lesões malignas em estádios iniciais, possibilitando a instituição de um tratamento mais efetivo. O rastreamento realizado com o exame citopatológico está regulamentado nos serviços públicos de saúde do Brasil desde a década de 1990. Atualmente, é papel da Atenção Primária à Saúde (APS) o desenvolvimento de ações para prevenir o câncer do colo do útero por meio de ações de educação e promoção da saúde, vacinação e rastreamento (INCA, 2017; BRASIL, 2016; BRASIL, 2019; BRASIL, 2021).

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

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

3.2. A recomendação é a realização do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram ou têm atividade sexual, a cada 3 anos, após 2 exames anuais negativos. Para mulheres com mais de 64 anos que nunca se submeteram ao exame, recomenda-se realizar dois exames com intervalo de 1 a três anos, no caso de resultado negativo, elas podem ser liberadas de novos exames visto que não há evidências sobre a efetividade do rastreamento após os 65 anos (BRASIL, 2016; BRASIL, 2021; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b; WHO, 2021).

3.3. É recomendado pela OMS e pelas diretrizes nacionais que o rastreamento seja realizado em intervalo de três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano, com o objetivo de reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. A justificativa se dá pela ausência de evidências de efetividade significativa do rastreamento anual. A doença possui evolução lenta e esse intervalo é preconizado de maneira a garantir a identificação da lesão precursora e início do tratamento (BRASIL, 2021; BRASIL, 2016; WHO, 2021).

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

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

3.6. PARÂMETRO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência de câncer do colo do útero quando a cobertura de rastreamento da população é de pelo menos 80%, com a garantia do diagnóstico e do tratamento adequados dos casos detectados (OPAS, 2016; WHO, 2002; BRASIL, 2021).

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

doença e mortalidade na população-alvo (OPAS, 2016).

3.7. META

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

3.8. CÁLCULO DO INDICADOR

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

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

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

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

$$\frac{\text{Nº de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta de exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{\left(\begin{array}{l} \text{Número de mulheres com idade} \\ \text{entre 25 e 64 anos cadastradas} \\ \text{e vinculadas na APS} \end{array} \right) \text{ OU } \left(\begin{array}{l} \text{Potencial de cadastro x \% mulheres com} \\ \text{25 a 64 anos por estudo de estimativa} \\ \text{populacional} \end{array} \right)} \times 100$$

* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.

O detalhamento das variáveis que compõem o denominador e o numerador serão apresentados a seguir. É importante destacar que para o cálculo do indicador, dependendo da situação do cadastro em relação ao potencial de cadastro municipal^[1], no denominador, poderá ser utilizado o valor estimado ou o valor informado no SISAB, conforme explicado a seguir.

3.9. DENOMINADOR

O denominador **número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS do município no período analisado** é composto por mulheres cadastradas e vinculadas em equipes ESF e EAP por meio dos modelos de informação do cadastro individual completo (FCI), cadastro simplificado por meio do módulo “Cidadão” do PEC e a partir do Atendimento Individual (FAI), Ficha de Visita Domiciliar (FVD) ou Procedimento (FP). Estas regras podem ser observadas na Nota Técnica do Relatório de Cadastros do SISAB.

As informações são extraídas do cadastro individual seguindo o modelo de informação e-SUS APS. Tais informações resultam do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS. Ressalta-se que cada mulher que compõe o denominador é identificada pelo CNS (cartão nacional de saúde) ou CPF (cadastro de pessoa física), assim, mesmo que essa esteja presente nas duas fontes de origem dos dados, é contabilizada apenas uma única vez e em uma única equipe.

ATENÇÃO: Destaca-se que o modo de registro dos dados para o denominador e também para o numerador está baseado no modelo de informação da estratégia e-SUS APS, considerando os registros de atendimentos. Para o detalhamento dos campos de preenchimento, consultar os Guias de Preenchimento CDS, PEC e Thrift disponíveis na guia dos materiais de apoio do SISAB.

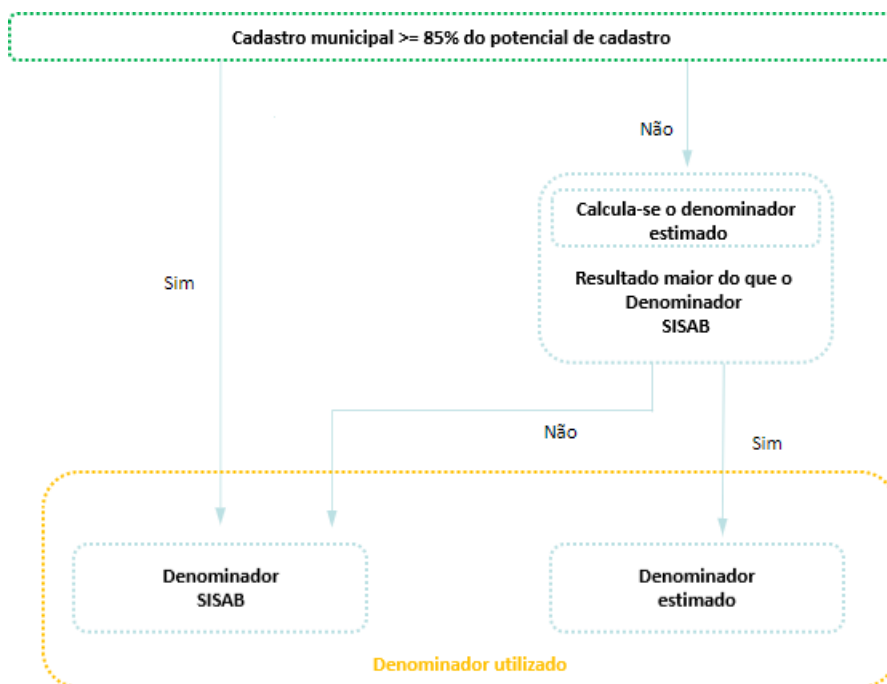
Os municípios que, no quadrimestre, apresentarem quantitativo de pessoas cadastradas **maior ou igual a 85%** do potencial de cadastro municipal, terão seu indicador calculado com o denominador **número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS do município no período analisado a partir dos dados do SISAB**. Para os demais municípios (com cadastro municipal abaixo de 85% do potencial) será calculado também o denominador estimado.

A utilização do denominador estimado é uma estratégia que se caracteriza como um valor de referência do quantitativo estimado de pessoas pelo censo do IBGE. O denominador estimado será utilizado somente **para os municípios com cadastro municipal abaixo de 85%** do potencial de cadastro municipal. As duas situações descritas são apresentadas no fluxograma.

O cálculo do denominador estimado **número de mulheres entre 25 a 64** conforme “*Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo - 2000-2020*” é realizado a partir da porcentagem de mulheres na faixa etária, identificadas pelo IBGE, para o ano de 2020, corrigido pelo potencial de cadastro municipal.

Destaca-se, ainda, que o objetivo do indicador é monitorar e avaliar a promoção do cuidado e o adequado acompanhamento de todas as mulheres entre 25 e 64 anos junto às equipes de Atenção Primária à Saúde no que se refere a prevenção do desenvolvimento do câncer do colo do útero.

Figura 1. Fluxograma de definição do denominador utilizado



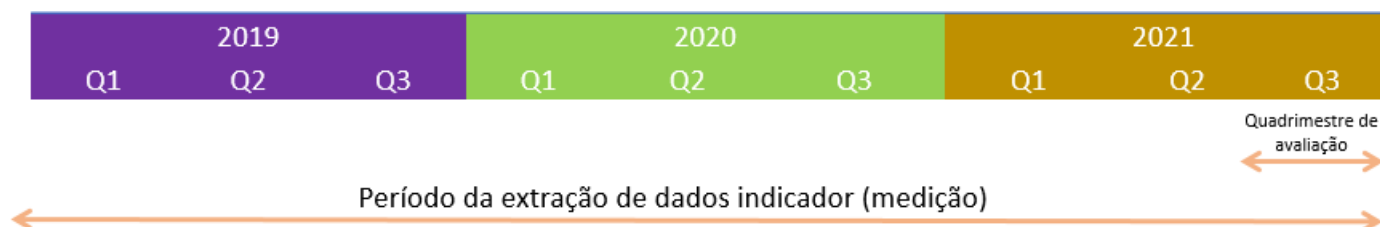
3.10. NUMERADOR

O numerador **número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram a coleta do exame citopatológico na APS nos últimos 36 meses** é composto pelas mulheres na faixa etária elegível para o rastreamento que realizaram pelo menos uma coleta do exame citopatológico nos últimos 36 meses na APS. O numerador é obtido a partir do registro da realização do procedimento de coleta do exame citopatológico.

São incluídas no numerador as mulheres identificadas no denominador que tenham: 1) mínimo de uma coleta de exame citopatológico realizada nos últimos 36 meses por profissional médico ou enfermeiro que atuam em equipes ou estabelecimentos/unidades de saúde da APS, visto que os procedimentos realizados fora do contexto da APS não são contabilizados neste indicador.

Conforme mencionado, o numerador considera para extração/verificação dos dados de coleta o período de 36 meses anteriores ao período do quadrimestre analisado que, no caso do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, corresponde à contagem retroativa/retrógrada e iniciada a partir da última competência/mês do quadrimestre analisado. Assim, para o último quadrimestre de um determinado ano são consideradas as informações de saúde registradas (no caso do referido indicador as informações referentes a coleta de citopatológico) nos últimos 36 meses a contar de forma retrógrada a partir da competência/mês dezembro do ano em questão.

Figura 2. Esquema ilustrativo do período de medição e avaliação do numerador do indicador.



ATENÇÃO: A relação identificada das pessoas que compõem o numerador e denominador é disponibilizada nominalmente no modo detalhado do painel de indicadores do SISAB. O denominador mulheres de 25 a 64 anos corresponde as mulheres da faixa etária específica que deve ser acompanhada pelas equipes de saúde de APS. Esta lista pode auxiliar o gestor e as equipes de saúde na busca ativa para realização do procedimento e cuidado em geral.

4. VINCULAÇÃO DA USUÁRIA A EQUIPE DE REFERÊNCIA

4.1. Para a vinculação de uma usuária à equipe de referência, são consideradas as regras descritas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#). Após a identificação e vinculação de uma pessoa à uma determinada equipe de saúde da APS, todo procedimento validado realizado em outras equipes ou estabelecimentos característicos da APS serão qualificados para compor a contabilização do indicador, ou seja, se a usuária é vinculada pela regra de desempate de cadastros (considerada para fins de custeio da capitação ponderada) na equipe A e realizou o procedimento na equipe B ou estabelecimento C, mesmo que seja em outro município ou estado, será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo (no caso a equipe A). Ressalta-se, ainda, que são contabilizados para o indicador os procedimentos devidamente identificados e validados para o SISAB segundo as regras de validação descrita na [Nota Técnica do Relatório de Validação](#). **Indivíduos cadastrados sem vinculação a uma equipe eSF ou eAP não são considerados no cálculo dos indicadores.**

5. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

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

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

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

6.1. Boas práticas de registros de informação nos sistemas de informação em saúde são fundamentais para o sucesso das ações de monitoramento e avaliação dos indicadores selecionados.

6.2. Para tomada de decisão com intervenções mais assertivas gestores e profissionais de saúde necessitam de informações confiáveis que somente podem ser produzidas a partir do registro qualificado das ações realizadas pelos profissionais de saúde no momento do atendimento aos usuários. Registros que discriminem adequadamente as informações que integram os diferentes campos dos instrumentos de anotação do que ocorre durante o contato dos usuários com os serviços de saúde, permitem a elaboração de diagnósticos mais precisos a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação analisada.

6.3. Para o indicador, as informações que compõem as variáveis têm como fonte, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que integra a Estratégia e-SUS APS. Assim, os dados de produção das equipes de saúde da APS devem ser registrados em sistemas da *Estratégia e-SUS APS*, podendo ocorrer por prontuário eletrônico (e-SUS PEC ou prontuário próprio/de terceiros compatíveis com a transmissão de dados via Thrift) ou por meio da Coleta de Dados Simplificada (CDS), e enviados, via centralizador do e-SUS, para o SISAB. O registro do procedimento deve seguir as orientações dispostas nos Guias de Qualificação do Indicador.

6.4. O SISAB estabelece que, por competência, o prazo de envio regular de registros de serviços da APS seja realizado até o 10º dia útil da competência SISAB seguinte. Após este prazo, é permitido o envio de informações complementares por até 4 competências posteriores ao registro/atendimento. Para contabilização dos registros nos indicadores, o envio deverá ocorrer até o 10º dia útil subsequente a cada competência SISAB, que no caso para a última competência do quadrimestre será após o último mês do quadrimestre avaliado.

6.5. A qualidade do registro de informação, pressupõe:

- Registro diário e preferencialmente durante o contato assistencial;
- Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme o documento Guia de qualificação dos Indicadores;
- Rotinas de envio idealmente imediatas, podendo ser também diárias, semanais ou mensais. A depender da realidade de conexão municipal, envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência SISAB posterior ao atendimento;

- O uso de prontuários eletrônicos, por ser associado a melhores registros e possibilitar o envio e compartilhamento de dados administrativos e clínicos em tempo oportuno, o Ministério da Saúde apoia a informatização da APS por meio do Informatiza APS;
- Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES.

6.6. Para o indicador “*Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS*” é necessário:

- A correta identificação da usuária com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF;
- Registrar de forma individualizada a coleta citopatológica, seja por meio da marcação do procedimento na ficha CDS ou do código SIGTAP referente ao procedimento realizado em outras aplicações
- Sempre importar o XML do CNES na base do sistema e-SUS APS, tanto para quem usa CDS, quanto para quem usa PEC ou sistema de terceiros/próprios.

6.7. POTENCIALIDADES

Visando a melhoria do cuidado às mulheres na prevenção do câncer do colo do útero e qualificação futura do indicador, também será monitorado e divulgado o resultado do indicador de cuidado “*Proporção de mulheres com exame citopatológico avaliado na APS*”, visto que a avaliação do exame coletado permite a identificação de lesões precursoras que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo sua progressão para o câncer, além da identificação do câncer em estádios iniciais, com maior potencial curativo.

IMPORTANTE: Destaca-se que, apesar do indicador utilizar a coleta do exame citopatológico, todas as evidências e recomendações indicam que a **avaliação** do exame é a etapa fundamental para a efetiva prevenção do câncer do colo do útero, pois revela a condição de saúde da usuária. Assim, para a organização do processo de trabalho da equipe de saúde e melhoria do cuidado longitudinal da usuária, recomenda-se a realização e registro da **avaliação** do exame citopatológico no sistema de informação da Atenção Primária à Saúde. Ressalta-se que no horizonte de progresso do referido indicador está a perspectiva de alteração futura direcionada à **avaliação** do resultado do exame.

7. FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

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

MÉTODO DE CÁLCULO	REGRAS DE EXTRAÇÃO: Denominador Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS. Pessoas identificadas com o CNS ou CPF e sexo Feminino nos modelos de informação utilizados para considerar uma pessoa cadastrada e vinculada a uma equipe da APS. Conforme a nota técnica de cadastros, serão considerados com usuários cadastrados aqueles que foram vinculados a uma equipe de APS através de um cadastro individual completo (FCI), cadastro simplificado por meio do módulo “Cidadão” do PEC e usuários identificados a partir das Fichas de Atendimento Individual (FAI), Ficha de Visita Domiciliar (FVD) ou Ficha de Procedimento (FP). As mulheres identificadas deverão estar entre a faixa etária de 25 e 64 anos no quadrimestre analisado. A idade é calculada na base de dados federal a partir do registro da data de nascimento do cadastro em relação ao quadrimestre analisado. O método considera a idade da pessoa no último dia do último mês do quadrimestre, tendo em vista o período de referência dos dados analisados. Denominador estimado: Potencial de cadastro municipal multiplicado pela proporção de mulheres com 25 a 64 anos por estudo de estimativa populacional 2020 – IBGE (Página DATASUS) Numerador: Pessoas identificadas no denominador que tenham o registro de no mínimo 1 *procedimento de coleta citopatológica realizado por médico ou enfermeiro na APS, nos últimos 36 meses, a contar do último mês do quadrimestre analisado. Numerador: *<i>Coleta citopatológica</i>: procedimento realizado por médico ou enfermeiro. SIGTAP correspondente: 02.01.02.003-3 – <u>Coleta de Material p/ exame citopatológico do colo uterino</u>. Este procedimento deverá ter ocorrido no prazo de 36 meses anteriores a contar do último mês do quadrimestre avaliado. *Família CBO considerada para coleta citopatológica: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). Critérios de exclusão: *Pessoas com registro do campo “saída do cidadão do cadastro” por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual; Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas/válidas. Equipes e estabelecimentos considerados: Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70 exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipes da APS: 01 – Posto de saúde; 02 – Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40- Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 – Centro de apoio à saúde da família; 74 – Polo de academia da Saúde. Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Quanto maior, melhor.
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro de 3 anos.
LIMITAÇÕES	Pelo indicador incluir apenas as mulheres na faixa etária recomendada para a realização da coleta do exame citopatológico, as mulheres acima de 64 anos no quadrimestre avaliado, que tiveram a avaliação do exame ainda na faixa etária recomendada ou mulheres com 25 anos que realizaram a coleta antes dessa idade, não serão incluídas no cálculo do indicador. Os registros de “avaliação” do resultado de exame citopatológico não são considerados para fins de cálculo deste indicador.
OBSERVAÇÕES	Para o denominador serão considerados todos os cadastros e atendimentos a partir de 2013. Para o uso do cadastro individual será considerado a informação mais atual enviada ao SISAB. Serão consideradas as regras de vinculação do indivíduo a determinada equipe de saúde conforme a Nota Técnica Explicativa de Cadastro .
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

8. CÁLCULO DO INDICADOR (EXEMPLOS)

8.1. EXEMPLO 1

Exemplo de cálculo para um município com cadastro superior a 85% do potencial de cadastro:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 14.300

Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas): 8.000

Cadastro alcançado no Q1.2021 = 7.500

Proporção de cadastro alcançado no Q1.2021: 93,7%

% de Mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos = 16%

DENOMINADOR:

SISAB: Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS = **1.500**;

Estimado: Nº estimado de mulheres com idade entre 25 e 64 anos x Potencial de Cadastro 16,0% X 8.000 = **1.280**

Utilizado: Será o denominador SISAB (**1.500**), pois o município possui 93,7% do cadastro esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS que tiveram ao menos 1 procedimento de coleta citopatológica nos últimos 36 meses registrado no SISAB = **400**.

Cálculo do indicador: $(400 / 1.500) \times 100 = 26,7\%$

8.2. EXEMPLO 2

Exemplo de cálculo para um município com cadastro menor que 85% do potencial de cadastro:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 74.000

Potencial de cadastro municipal Q1.2021(equipes avaliadas): 64.000

Cadastro alcançado no Q1.2021 =53.000

Proporção de cadastro alcançado no Q1.2021: 82,8%

% de Mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos = 14%

DENOMINADOR:

SISAB: Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS = 1.808;

Estimado: Nº estimado de mulheres com idade entre 25 e 64 anos x potencial de Cadastro 14,0% X 64.000 = 8.960.

Utilizado: Será o denominador ESTIMADO (8.960), pois é o de maior valor e o cadastro municipal é inferior a 85% do potencial esperado

NUMERADOR

SISAB: Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS que tiveram ao menos 1 procedimento de coleta citopatológica nos últimos 36 meses registrados no SISAB = **2.400**.

Cálculo do indicador: $(2.400/8.960) \times 100 = 26,7\%$

Alguns exemplos de situações são descritos abaixo demonstrando os casos que são consideradas para compor o numerador e denominador.

Casos	Numerador		Denominador	Consideração para o indicador		Justificativa
	Coleta exame citopatológico		Pessoa cadastrada			
	Data	Profissional	Sim/Não	Numerador	Denominador	
A	03/03/20	Médico	Sim	Sim	Sim	Mulher com idade entre 25 e 64 anos e com coleta de exame citopatológico realizado nos últimos 36 meses
B	15/05/19	Enfermeiro	Sim	Sim	Sim	Mulher com idade entre 25 e 64 anos e com coleta de exame citopatológico realizado nos últimos 36 meses
C	20/01/18	Médico	Sim	Não	Sim	Período da coleta do exame citopatológico realizado há mais de 36 meses.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Ed. 2. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Citologia em meio líquido para rastreamento de câncer de colo de útero e lesões precursoras. CONITEC, 2019.
3. BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021.
4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. WORLD HEALTH
5. WHO, World Health Organization. guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342365>>. Acesso em: 28 dez. 2021.
6. WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.). World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Lisboa Izetti Ribeiro, Coordenador(a)-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo**, em 15/02/2022, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Rezende Melo da Silva, Diretor(a) do Departamento de Promoção da Saúde**, em 15/02/2022, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 17/02/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025109490** e o código CRC **AAA4D61C**.



Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 3/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 3

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

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. A assistência ao pré-natal integral busca assegurar o desenvolvimento da gestação e manter a saúde materno-infantil, considerando os aspectos de promoção e prevenção em saúde, rastreio e diagnóstico de doenças. Sabe-se que, implementado oportunamente com práticas baseadas em evidências apropriadas, o pré-natal pode salvar vidas ⁽¹⁾.

2.2. Em consonância com os objetivos constantes na Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011 – Rede Cegonha – que reforçam a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, o acompanhamento e monitoramento dos indicadores relacionados à gestante devem ter gestão compartilhada almejando a garantia de acesso oportuno e adequado da gestante ao pré-natal e ao atendimento odontológico, como etapa de rotina das consultas de pré-natal ⁽²⁾. Adicionalmente, preconiza-se a detecção e o manejo precoce de agravos ou comorbidades pré-existentes com vistas à diminuição da mortalidade materno-infantil.

2.3. Os impactos que as mudanças fisiológicas causam na saúde bucal de gestantes são bem documentados na literatura, destacando-se o aumento dos níveis de inflamação periodontais (tecidos de suporte do dente) em decorrência de níveis hormonais elevados ^(3,4). Mudanças comportamentais da gestante relacionadas a maior frequência de consumo de açúcares e má higienização também aumentam a chance de a mulher ter a doença cárie. Adicionalmente, há probabilidade de a mãe perpassar o cuidado em saúde bucal negligenciado ao bebê ⁽⁵⁾, o que repercute no alto índice de crianças brasileiras com cárie não-tratada na primeira infância no Brasil ⁽⁶⁾, impactando na qualidade de vida de mães, crianças e famílias ⁽⁷⁾, onerando assim o Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽⁸⁾.

2.4. Os agravos bucais podem ter diferentes graus de atividade e severidade e, em casos mais severos, pode haver comprometimento da saúde sistêmica. Embora haja multicausalidade envolvida nos desfechos adversos da gestação, estudos têm apontado que doenças periodontais podem aumentar a chance de prematuridade/nascimento de baixo peso, em virtude da disseminação bacteriana ou de citocinas dos processos inflamatórios intraorais à barreira transplacentária ⁽⁹⁾. Recomenda-se, deste modo, o rastreamento das doenças periodontais em gestantes por meio da realização do periograma na consulta pré-natal odontológica, visando à identificação de um fator de risco para desfechos gestacionais adversos. A gestante deverá ser alertada, o registro na caderneta da gestante deve ser feito e a equipe deverá ser comunicada para que a usuária seja acompanhada ⁽⁴⁾.

2.5. Com relação à Cárie Dentária, que é a Doença Crônica Não-Transmissível mais prevalente do mundo ⁽⁸⁾, a gestante poderá ter diferentes graus de atividade e severidade do quadro. Devido ao caráter dinâmico da doença, a avaliação de risco ao seu desenvolvimento, torna-se etapa fundamental para verificar a probabilidade do aparecimento de novas lesões em um determinado período e o risco de progressão das lesões já existentes para estágios mais severos ⁽¹⁰⁾. Deve-se averiguar as vulnerabilidades atinentes tanto à gestante quanto a sua família, com relação dieta alimentar, identificando risco potencial de consumo de açúcares e ultra processados, bem como acesso adequado a fluoretos. A cárie em dentição decídua também tem importância para a saúde pública ⁽¹¹⁾ e orientações em saúde bucal fornecidas às mães podem melhorar os padrões da condição odontológica em crianças, com relação à importância da higienização, efeitos nocivos do açúcar, efeitos deletérios do uso de chupeta e mamadeira, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável ⁽⁴⁾.

2.6. Assim, é premente a importância da participação do cirurgião-dentista em todos os níveis de atenção à saúde da gestante e no trabalho interprofissional para que decisões terapêuticas sejam compartilhadas. Recomenda-se, pelo menos, uma consulta odontológica programática durante o curso do pré-natal. O diagnóstico clínico dos agravos bucais deverá considerar a atividade e a severidade destas doenças e o delineamento terapêutico deverá considerar as ações preventivo-promocionais, curativas e/ou reabilitadoras. Essa consulta odontológica deve, minimamente, abranger: diagnóstico de agravos bucais na gestante, orientações sobre higiene bucal e práticas saudáveis em saúde bucal, orientações sobre alimentação saudável tanto para a mãe quanto para o bebê, instruções sobre amamentação exclusiva até os seis meses, importância sobre esta prática para desenvolvimento do crânio e face do bebê e efeitos deletérios sobre o uso da chupeta e

mamadeira (4).

2.7. Com base nas evidências disponíveis, as *Diretrizes para prática clínica odontológica na APS* (2021) apontaram que os tratamentos odontológicos na Atenção Primária devem ser realizados, não limitados ao tipo ou ao período gestacional⁽⁴⁾, por meio de consulta odontológica, preferencialmente no 2º trimestre de gestação, ficando a critério do cirurgião-dentista a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício. Os tratamentos odontológicos emergenciais devem ser realizados a qualquer tempo, para que o quadro agudo não culmine em necessidades terapêuticas mais complexas e danos à saúde sistêmica.

2.8. A equipe interdisciplinar da APS deve estar comprometida na captação precoce da gestante, no acesso oportuno aos cuidados em saúde e na qualidade do atendimento de pré-natal, incluindo sempre a saúde bucal. A captação precoce é responsabilidade de todos os integrantes das equipes e é viabilizada pela realização e manutenção do cadastro das pessoas que estão sob a responsabilidade desses profissionais de saúde. A captação precoce, além de antecipar cuidados a serem disponibilizados previamente, facilita também o acompanhamento longitudinal das gestantes.

2.9. Os profissionais das equipes eSF ou eAP que estão fazendo o acompanhamento pré-natal das gestantes devem sempre acionar as equipes de Saúde Bucal, ou outro modelo de atenção odontológica à nível de APS no município, para que o atendimento seja ofertado. É importante que os cuidados envolvidos sejam compartilhados entre todos os profissionais, assegurando um cuidado mais seguro e qualificado. Nos casos em que o pré-natal não é de risco habitual, os cirurgiões-dentistas devem redobrar o contato para o estabelecimento e realização do plano de cuidado com profissionais médicos e enfermeiros da equipe da APS ou das equipes da atenção ambulatorial especializada responsáveis pelo pré-natal da gestante.

2.10. Isto posto, ressalta-se que Ministério da Saúde monitora um rol de 03 (três) indicadores que visam à responsabilização das equipes de Saúde da Família (eSF) e das equipes de Atenção Primária (eAP) quanto à qualificação do pré-natal das usuárias gestantes para uma experiência gestacional positiva, priorizando atendimento de saúde direcionado à pessoa, bem-estar das mulheres e famílias, gerando resultados perinatal e maternal positivos. Um destes indicadores é a “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

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

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

3.3. PARÂMETRO

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

3.4. META

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

3.5. CÁLCULO DO INDICADOR

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

- **Numerador:** número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS;
- **Denominador SISAB:** Número de gestantes com pré-natal na APS;
- **Denominador estimado:** Potencial de cadastro/População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por

quadrimestre do período analisado.

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

* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.

O detalhamento das variáveis que compõem o denominador e o numerador será apresentado a seguir. É importante destacar que para o cálculo do indicador, dependendo da situação do cadastro em relação ao potencial de cadastro [1], no denominador, poderá ser utilizado o valor estimado ou o valor informado no SISAB, conforme explicado a seguir.

3.5.1. DENOMINADOR

O denominador SISAB “número de gestantes com pré-natal na APS” é composto por mulheres que realizaram consulta de pré-natal na APS cuja gestação foi finalizada no quadrimestre de avaliação do indicador. Este número resulta do registro do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS e representam, portanto, a realidade do que acontece durante o contato das usuárias com os serviços de saúde.

A identificação das gestantes é obtida através do atendimento individual realizado por médicos ou enfermeiros na APS. Esta informação é extraída do modelo de informação do atendimento individual da Estratégia e-SUS APS. Será considerado o primeiro atendimento de pré-natal realizado por profissional médico ou enfermeiro, registrado e enviado ao SISAB de acordo com as seguintes regras: Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) válidos; variável sexo feminino preenchida; Data da Última Menstruação (DUM) ou Idade Gestacional (IG) preenchidas e o campo problema/condição avaliada preenchida como pré-natal.

Por meio da identificação da gestante (primeiro atendimento de pré-natal), calcula-se a finalização da gestação

$$\text{DPP} = \text{DUM} + 40 \text{ semanas} + 14 \text{ dias} = 42 \text{ semanas (294 dias)}$$

na base de dados federal a partir da DUM estimada pela IG ou informada pela gestante. O cálculo da DPP é realizado do seguinte modo:

Mesmo que para fins do indicador a finalização da gestação seja calculada automaticamente, é importante destacar que para melhor organização do processo de trabalho e planejamento da equipe de saúde, o registro de finalização da gestação no sistema de informação é de extrema importância para continuidade do cuidado, e é uma informação que estará apresentada no prontuário local. Por isso, reforçamos que a finalização da gestação deve ser registrada pela equipe de saúde (essa ação pode ser realizada com o registro do CID ou CIAP2 de parto, ou outros como no caso de aborto, etc.)

A cada quadrimestre de avaliação são contabilizadas as mulheres com gestação finalizada no referido período, e cada indivíduo que compõe o denominador, independente da identificação ter sido feita pelo CNS ou CPF, é contabilizado apenas uma única vez e em uma única equipe/município, seguindo as regras dispostas na Nota Técnica Explicativa do Relatório de Cadastros do SISAB.

Ressalta-se que são excluídas do denominador as mulheres com pré-natal na APS que tiveram registro de aborto no período da realização do pré-natal, o que significa que não são contabilizadas para o cálculo do indicador. O registro do aborto não excluirá a usuária do Relatório operacional de Gestante / Puérpera do PEC local, visto a importância do acompanhamento da condição de puerpério pela equipe, entretanto, esta usuária não será contabilizada para os indicadores relacionados a gestação.

Destaca-se ainda a restrição de apuração dos dados das gestantes que tiveram a ocorrência de parto prematuro durante o período do pré-natal. Tal restrição tem relação com a impossibilidade de identificação do evento no sistema de registro da APS. Entretanto, a referida limitação não afeta os resultados do indicador uma vez que 10% dos nascidos vivos nascem prematuramente e 9,52% estão na faixa 32 a 36 semanas de gestação. Seguindo o calendário de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde, com 32 semanas a gestante já realizou no mínimo 7 consultas, se iniciar o pré-natal com até 12 semanas de gestação. Com isso, reafirmar-se que os serviços de APS sigam o protocolo recomendado e também que atendam concomitante com o serviço de Alto Risco (quando houver risco avaliado), coordenando o cuidado da usuária,

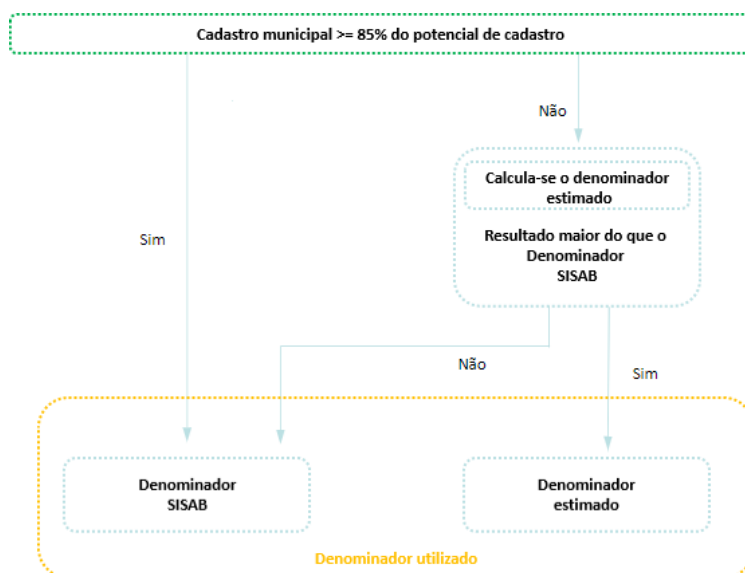
como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).¹¹

ATENÇÃO: Destaca-se que o modo de registro dos dados para o denominador e também para o numerador está baseado no modelo de informação da estratégia e-SUS APS, considerando a coleta de dados do atendimento individual. Para o detalhamento dos campos de preenchimento consultar os Guias de Preenchimento CDS, PEC, e Thrift disponíveis na guia dos materiais de apoio do SISAB.

Os municípios que, no quadrimestre, apresentarem no SISAB quantitativo de pessoas cadastradas **maior ou igual a 85%** do potencial de cadastro municipal, terão seu indicador calculado com o denominador **número de gestantes com pré-natal na APS**. Para os demais municípios (com cadastro municipal abaixo de 85% do potencial) será calculado também o denominador estimado^[1].

A utilização do **denominador estimado** é uma estratégia para obtenção de um valor controle do quantitativo esperado de gestantes que devem estar sob os cuidados da APS. A referida estimativa é calculada a partir do menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 corrigidos pela proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS no quadrimestre de avaliação, conforme descrito na fórmula de cálculo. Os dados de nascidos vivos são extraídos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC (apresentado no TABNET), já a proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS é obtida a partir do potencial de cadastro^[2] em relação à população IBGE do município. Vale ressaltar que o resultado do denominador estimado será sempre comparado ao número de gestantes com pré-natal na APS registrado no SISAB, aplicando-se para o cálculo do indicador a variável de maior valor. As duas situações descritas são apresentadas no fluxograma (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de definição do denominador utilizado



[1] Para os municípios com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro municipal poderá ser aplicado para o cálculo do denominador estimado: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).

[2] Apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE;

3.5.2. NUMERADOR

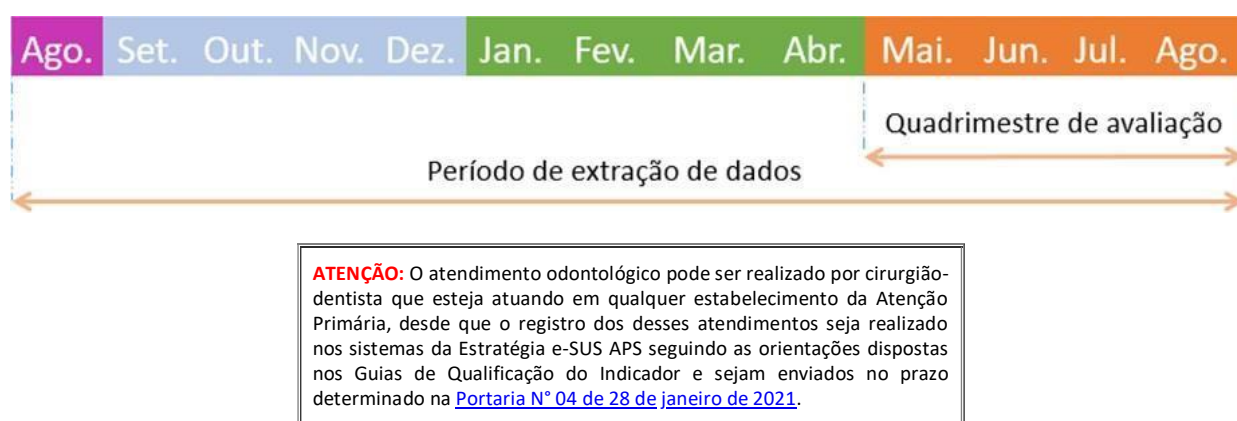
O numerador, número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS, é composto pelas mulheres identificadas no denominador que tiveram no mínimo uma consulta odontológica individual realizada entre a data da última menstruação (DUM) e a data provável do parto (DPP + 14 dias). A informação sobre a realização da consulta

odontológica é obtida a partir dos registros de atendimentos odontológicos individuais realizados por profissionais cirurgiões dentistas, independente da aplicação utilizada (Coleta de dados Simplificado, Prontuário Eletrônico do Cidadão ou Prontuário Eletrônico de terceiros).

Ressalta-se que independentemente do quantitativo de consulta estipulado para o numerador do indicador por gestante, o cirurgião-dentista deverá levar em consideração os aspectos de vulnerabilidade e risco odontológico na construção do plano terapêutico, para que seja garantido um atendimento resolutivo de acordo com o que é preconizado pela APS, por isso ressalta-se que o registro dos demais atendimentos constarão no prontuário local para melhor organização do processo de trabalho da equipe e acompanhamento longitudinal do cuidado.

Conforme exposto, a mulher gestante é contabilizada no indicador após a finalização do pré-natal, ou seja, a cada quadrimestre é avaliado a qualidade da assistência à saúde que foi prestada a cada gestante acompanhada na APS. Assim, para o atendimento odontológico ser contabilizado deve ocorrer no período de pré-natal que é dado pelo intervalo de 42 semanas (DPP + 14 dias), considerando-se para esse cálculo o primeiro registro de data da última menstruação (DUM) ou idade gestacional (IG) feitos durante os atendimentos de pré-natal do referido período. A figura abaixo ilustra o período de referência para a extração de dados que avaliam o pré-natal de mulheres com gestação finalizada no terceiro quadrimestre.

Figura 2. Esquema ilustrativo do período de medição e avaliação do numerador do indicador.



4. VÍNCULAÇÃO DA USUÁRIA A EQUIPE DE REFERÊNCIA

4.1. Para a vinculação de um indivíduo à equipe de referência, são consideradas as regras descritas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#). Após a identificação e vinculação de uma gestante em determinada equipe de saúde da APS, todos os registros válidos de atendimentos realizados em outras equipes ou estabelecimentos característicos da APS serão qualificados para compor a contabilização do indicador. Ou seja, se a gestante está vinculada na equipe A e teve o acompanhamento na equipe B ou C, mesmo que seja em outro município ou estado, o atendimento será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo (no caso a equipe A). Ressalta-se ainda que são contabilizados para o indicador os registros de atendimentos e procedimentos devidamente identificados e validados para o SISAB, segundo as regras descritas na [Nota Técnica do Relatório de Validação](#). Indivíduos cadastrados sem vinculação a uma eSF ou eAP não são considerados no cálculo dos indicadores.

5. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

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

- Aumentar o credenciamento de eSB na Saúde da Família ou eSB com carga horária diferenciada para ampliar o acesso da gestante ao atendimento odontológico na APS. Esse o modelo é o preconizado pelo Ministério da Saúde para a criação de vínculo, longitudinalidade do cuidado e atendimento compartilhado;
- Captar precocemente as gestantes do território;

- Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da usuária, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O cadastramento propicia que, no cálculo do indicador, seja utilizado o valor do denominador, ou seja, as gestantes identificadas pela equipe.
- Realizar o acompanhamento nominal das gestantes vinculadas à equipe, verificando se estão sendo acompanhadas nas 06 (seis) consultas de pré-natal e referenciadas ao atendimento odontológico individual;
- Orientar a usuária sobre a importância das consultas de pré-natal e o atendimento odontológico durante a gestação, esclarecendo dúvidas das gestantes e seus familiares quanto a crenças sobre atendimento odontológico. Especialmente, orientar que o atendimento odontológico é seguro em todas as fases gestacionais;
- Induzir a integração da eSF para o atendimento de pré-natal de forma qualificada, com a referência da gestante ao atendimento odontológico de forma oportuna;
- Realizar quando possível, acesso avançado, ou seja, a gestante que tiver uma consulta de pré-natal programada, já ser direcionada ao atendimento odontológico e, quando não for possível, ter o agendamento da 1ª consulta odontológica programática;
- Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando a consulta odontológica no horário mais conveniente à usuária;
- Realizar o periograma como instrumento diagnóstico para detecção de um possível fator de risco para desfecho adverso na gestação e comunicar médico/enfermeiro sobre a presença deste agravo, quando presente.
- Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde;
- Implementar as recomendações constantes nas Diretrizes para prática clínica odontológica na APS: tratamento em gestantes (2021); Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro no sistema de prontuário eletrônico PEC, CDS ou Sistema Próprio, tanto no que se refere as variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.
- Registrar na Caderneta da Gestante as informações atinentes à saúde bucal para que agravos bucais sejam monitorados por toda a equipe.

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

6.1. Boas práticas de registros de informação nos sistemas de informação em saúde são fundamentais para o sucesso das ações de monitoramento e avaliação dos indicadores selecionados.

6.2. Para tomada de decisão com intervenções mais assertivas, gestores e profissionais de saúde necessitam de informações confiáveis que podem ser produzidas somente a partir do registro qualificado das ações realizadas pelos profissionais de saúde no momento do atendimento aos usuários. Registros que discriminem adequadamente as informações, que integram os diferentes campos dos instrumentos de anotação, do que ocorre durante o contato dos usuários com os serviços de saúde, permitem a elaboração de diagnósticos mais precisos a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação analisada.

6.3. Para a contabilização do indicador, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) utiliza as variáveis disponíveis nos modelos de informação da Estratégia e-SUS APS (12). Assim, os dados de produção das equipes de saúde da APS devem ser registrados em sistemas da Estratégia e-SUS APS, podendo ocorrer por Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou por sistemas terceiros integrados através do Apache Thrift. O registro dos atendimentos deve seguir as orientações dispostas nos Guias de Qualificação do Indicador.

6.4. O SISAB estabelece que, por competência, o prazo de envio regular de registros de serviços da APS seja realizado até o 10º dia útil da competência SISAB seguinte, conforme a [Portaria nº 4, de 28 de janeiro de 2021](#). Após este prazo, é permitido o envio de informações complementares por até 4 competências posteriores ao registro/atendimento. Para contabilização dos registros nos indicadores, o envio deverá ocorrer até o 10º dia útil subsequente a cada competência SISAB, que no caso para a última competência do quadrimestre será após o último mês do quadrimestre avaliado.

6.5. A qualidade do registro de informação, pressupõe:

- Registro diário e preferencialmente durante o contato assistencial;
- Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme os documentos Guias de qualificação do

Indicador;

- Rotinas de envio idealmente imediatas, podendo ser também diárias, semanais ou mensais. A depender da realidade de conexão municipal, envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência posterior ao atendimento;
- O uso de prontuários eletrônicos, por ser associado a melhores registros e possibilitar o envio e compartilhamento de dados administrativos e clínicos em tempo oportuno. O Ministério da Saúde apoia a informatização da APS por meio do [Informatiza APS](#);
- Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES.

6.6. Para o indicador **“Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”** é necessário:

- A correta identificação da usuária com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF; Variável sexo feminino preenchida
- Registro da Data da Última Menstruação (DUM) ou Idade Gestacional (IG) no atendimento de pré-natal realizado pelo médico ou enfermeiro da eSF/eAP ou alocados em estabelecimentos da APS;
- Registrar de forma individualizada o “Problema/Condição Avaliada” com códigos CID ou CIAP 2, correspondentes à gravidez. Dessa forma, o módulo de acompanhamento do pré-natal já estará habilitado no PEC.

6.7. Observadas as condições acima, a gestante poderá ser encaminhada para a realização do atendimento odontológico. O registro clínico dos procedimentos odontológicos realizados deve ser informado normalmente pela equipe de Saúde Bucal ou por outro modelo de atenção odontológica da APS onde a gestante for atendida.

6.8. Caso o cirurgião-dentista perceba que a gestante ainda não começou o pré-natal ou que o módulo de pré-natal no PEC não está habilitado, ele deve referenciar a gestante à eSF ou eAP para que ela consiga iniciar o acompanhamento gestacional em tempo oportuno.

7. FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

TÍTULO	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico individual na APS entre a Data da Última Menstruação (DUM) e a Data Prevista de Parto (DPP) + 14 dias. A DUM é marcada pelo médico/enfermeiro da APS nas consultas/atendimento individual de pré-natal. Compreende o registro da consulta/atendimento odontológica individual realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, visando, identificar agravos bucais que têm potencial relação com desfechos adversos na gestação. O indicador fomenta o atendimento odontológico à gestante, enquanto fator protetivo e etapa de rotina do pré-natal e o objetivo é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento odontológico individual, em relação à quantidade de gestantes corretamente cadastradas, identificadas e atendidas pelos médicos/enfermeiros na APS (potencial de cadastro municipal maior que 85%) OU em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador (percentual de cadastro menor que 85%). Recomendações com base em evidências científicas mais atuais e disponíveis mostram que deve ocorrer, pelo menos, uma consulta odontológica preferencialmente no 2º trimestre da gestação e consultas odontológicas emergenciais a qualquer tempo. Os tratamentos odontológicos não devem ser limitados à tipo ou período gestacional, ficando a critério do cirurgião-dentista a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício, respeitando a individualidade e a opinião da gestante, mas sempre esclarecendo-a quanto a segurança dos tratamentos odontológicos. Recomenda-se também a realização do periograma, visando o diagnóstico de doença periodontal para identificação de um potencial fator de risco para desfecho gestacional adverso.
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal; Incentivar a integração dos profissionais das equipes da APS do município; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pré-natal integral na APS; Demonstrar a capacidade que a eSF/eAP em conjunto com o cirurgião-dentista da APS tem de coordenar o cuidado da gestante para que ela tenha um acompanhamento de pré-natal efetivo.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	Q2.21
PARÂMETRO	100%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS $\left(\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{Potencial de cadastro na APS}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right) * \times 100$ * * O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.
MÉTODO DE CÁLCULO	REGRAS DE EXTRAÇÃO: Denominador: nº de gestantes identificadas no SISAB: Gestantes identificadas, vinculadas e finalizadas no quadrimestre 1. Gestantes identificadas no sistema: CNS ou CPF válido Campo "Sexo Feminino" preenchido DUM ou IG (semanas) preenchido (considerado o dado da primeira consulta de pré-natal enviada ao SISAB). Condição-avaliada pré-natal ou CID /CIAP correspondente. Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). 2. Gestantes finalizadas no sistema: A finalização da gestação é realizada na base federal (SISAB) e se dá a partir do cálculo da DPP + 14 dias; A DPP é calculada a partir da DUM ou IG (em semanas) preenchida no primeiro atendimento de pré-natal (menor data entre os atendimentos de pré-natal no intervalo entre DUM e DPP). Para finalizar a gestação no sistema, considera-se o total de 294 dias de gestação, o que corresponde a 42 semanas. A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação. Obs. Se a gestante (entre DUM e DPP) apresentar algum CID/CIAP de aborto, esta é desconsiderada do quantitativo de gestantes,

	ou seja, do denominador informado. Códigos CID/CIAP para gestação: CID10: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z640, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359. CIAP2: W03, W05, W29, W71, W78, W79, W80, W81, W84 e W85 Códigos CID/CIAP para identificação de aborto CIAP: W82, W83. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3 Numerador: Gestantes identificadas no denominador que tenham registro de no mínimo 1 atendimento odontológico individual realizado por cirurgião-dentista no período entre o início e fim da gestação (DUM até DPP + 14 dias). *Atendimento odontológico: Atendimento individual realizado por cirurgião-dentista devidamente registrado no modelo de informação do atendimento odontológico individual. *Família CBO considerada para o atendimento odontológico individual: Cirurgião dentista (2232). Denominador estimado: Para a mensuração da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando-se o SINASC, sendo corrigido pelo quantitativo potencial de cadastro por município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador (percentual de cadastro municipal menor que 85%). Equipes e estabelecimentos considerados: Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70 exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não houver indicação de INE de equipes da APS: 01 – Posto de saúde; 02 – Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40-Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 – Centro de apoio à saúde da família; 74 – Polo de academia da Saúde. Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	Falha no registro das informações; não envio das informações em tempo oportuno para o SISAB; não contabilização do atendimento para o indicador em virtude da não vinculação da gestante em equipe. Considerar mulheres com registro de partos prematuros independentemente da quantidade de consultas realizadas
OBSERVAÇÕES	Serão consideradas as regras de vinculação do indivíduo a determinada equipe de saúde conforme a Nota Técnica Explicativa de Cadastro , independentemente se a identificação da gestante ocorreu na equipe de referência.
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

8. CÁLCULO DO INDICADOR (EXEMPLOS)

8.1. EXEMPLO 1

Exemplo de cálculo para um município com cadastro superior a 85% do potencial de cadastro municipal:

- Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a
- abril) População IBGE município: 10.000
- Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas):
- 8250 Cadastro municipal alcançado no Q1.2021 = 7.100
- Proporção de cadastro municipal alcançado no Q1.2021: 86,6%
- Número de nascidos vivos SINASC: 200 (Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC)

DENOMINADOR:

SISAB: nº gestantes com pré-natal na APS = 120 (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de 2021)

Estimado: Potencial de cadastro municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC

$$8250/10000 \times 200 = 165$$

Utilizado: Será o denominador SISAB (120), pois o município possui 93,7% do cadastro municipal esperado;

NUMERADOR:

SISAB: Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS no município = 120 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP)

Cálculo do indicador:

$$86,06/120 \times 100 = 71,7\%$$

8.2. EXEMPLO 2

Exemplo de cálculo para um município com cadastro menor que 85% do potencial de cadastro municipal:

- Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a
- abril) População IBGE município: 32.000
- Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas):
- 24.750 Cadastro municipal alcançado no Q1.2021 = 17.029
- Proporção de cadastro municipal alcançado no Q1.2021: 68,80%
- Menor número de nascidos vivos quadrimestre: 180

DENOMINADOR:

SISAB: nº gestantes com pré-natal na APS = 65 (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de 2021)

Estimado: Potencial de cadastro municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC

$$24750/32000 \times 180 = 139,21$$

NUMERADOR:

SISAB: Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS no município = 40 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP).

Cálculo do indicador: $40/139,21 \times 100 = 28,73\%$

Alguns exemplos de situações são descritos abaixo demonstrando os casos que são consideradas para compor o numerador e denominador.

Casos	Numerador		Denominador				Consideração para oindicador		Justifica
	Consulta Odontológica		Consulta		Pré-natal				
	Data	Profissional	Data	Profissional	DUM	DPP	Numerador	Denomina dor	
A	05/10/2020	Dentista	01/10/2020	Enfermeiro	17/07/2020	10/04/2021	Sim	Sim	Gestante com PN na APS e atendimento odontoló
B	-	-	01/10/2020	Médico	22/04/2020	15/01/2021	Não	Sim	Gestante com PN na APS sem atendimento odo
C	05/10/2020	Dentista	-	-	-	-	Não	Não	Mulher não identificada como gestante e
D	06/01/2021	Dentista	05/10/2020	Enfermeiro	27/06/2020	20/03/2021	Sim	Sim	Gestante com PN na APS e atendimento odontoló
E	05/10/2019	TSB	01/10/2020	Médico	16/04/2020	09/01/2021	Não	Sim	Gestante com PN na APS sem atendimento odo
F	12/12/2019	Dentista	01/10/2020	Enfermeiro	26/05/2020	02/02/2021	Não	Sim	Gestante com PN na APS com atendimento odontológico indi DUM

REFERÊNCIAS

1. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. **World Health Organization**. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf>> (Acesso em 21/11/2021).
2. Brasil (2011). Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 – Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. PIRIE, M. et al. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, v. 9, p. 21-26, 01/24 2007.
4. Brasil (2021). **Diretrizes para a prática clínica na atenção primária Tratamento Odontológico em Gestantes**. Brasília: 2021 (versão preliminar). 53 p. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/image/file=20210615_N_DiretrizesPainelGestantesConsultaPublicaFinalcompressed_7466019242359489608.pdf> (Acesso em 21/11/2021).
5. Almeida, *et al.* Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais. **Odontol. Clín.-Cient.** : 10:4. 2011. Versão On-line ISSN 1677-3888
6. Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. Zaror C *et al.* Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. **Int J Dent Hyg.** 2021 . doi: 10.1111/idh.12494.
8. Peres MA *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **Lancet.** 2019 Jul 20;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8. Erratum in: **Lancet.** 2019 Sep 21;394(10203):1010. PMID: 31327369.
9. MANRIQUE-CORREDOR, E. J. *et al.* Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. **Community Dent Oral Epidemiol** 2019 47:3, p. 243-251, Jun 2019.
10. Carvalho JC *et al.* Occlusal caries: biological approach for its diagnosis and management. **Caries Res** 2016; 50:527–542.
11. Casamassimo PS *et al.* Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. **J Am Dent Assoc** 2009 Jun;140(6):650–7.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://cgia-p-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>>
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 7662.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 15/02/2022, às 13:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 17/02/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025109451** e o código CRC **4B7BF4EB**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 2/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 2

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

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

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

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

2.3. As infecções sexualmente transmissíveis, também conhecidas como ISTs, podem surgir antes ou durante a gravidez e prejudicar a saúde da mãe e do bebê, trazendo complicações como parto prematuro, aborto, baixo peso ao nascer e atraso no desenvolvimento⁸.

2.4. As IST representam um problema de saúde pública em todo o mundo, na medida em que estão entre as infecções transmissíveis mais comuns e atingem potencialmente a saúde e a vida de milhões de pessoas. Um impacto direto ocorre especialmente sobre a saúde reprodutiva e infantil, ocasionando consequências como infertilidade e complicações na gestação e no parto, morte fetal e diversos agravos à saúde da criança. Além disso, um dos impactos indiretos da infecção por uma IST é o aumento do risco de transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV). A estratégia 2016-2021 do setor global de saúde para as IST foi apresentada na Assembleia Mundial de Saúde, em 2016. Tal estratégia contempla a ampliação de ações e serviços baseados em evidências para reduzir o impacto das IST como problema de saúde pública até 2030, com metas de redução global de casos de sífilis e gonorréia, eliminação da sífilis congênita e ampliação da cobertura de imunização contra o papilomavírus humano (HPV)^{5; 6; 8}.

2.5. Os números de casos são preocupantes, o que demonstra a necessidade de reforço às ações de vigilância, prevenção e controle da infecção. Pode-se observar que a sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve uma taxa de detecção de 54,5 casos por 100.000 habitantes em 2020. Também em 2020, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,6/1.000 nascidos vivos; a taxa de incidência de sífilis congênita, de 7,7/1.000 nascidos vivos; e a taxa de mortalidade por sífilis congênita, de 6,5/100.000 nascidos vivos^{1; 3; 4}.

2.6. Em relação aos casos notificados de HIV, no Brasil em 2019 foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de aids – notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom –, com uma taxa de detecção de 17,8/100 mil habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2020, 1.011.617 casos de aids detectados no país. Desde o ano de 2012 observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 21,9/100 mil habitantes (2012) para 17,8/100 mil habitantes em 2019, configurando um decréscimo de 18,7%. Como a notificação da infecção pelo HIV ainda está sendo absorvida pela rede de vigilância em saúde, não são calculadas as taxas referentes a esses dados^{2; 6}.

2.7. Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2009, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos e em 2019 essa taxa passou para 2,8/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. A tendência de aumento também se verifica em todas as regiões do Brasil, sendo que as regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa, ambos de 83,3% nos últimos dez anos. Em toda a série histórica a região Sul apresentou as maiores taxas de detecção de HIV em gestantes no país. Em 2019 a taxa observada nessa região foi de 5,6 casos/mil nascidos vivos, duas vezes superior à taxa nacional^{1; 2}.

2.8. Diante do exposto torna-se fundamental o que recomenda o Ministério da Saúde quanto a realização da testagem para Sífilis e HIV nas gestantes para prevenir a transmissão vertical de infecções^{6; 7}.

2.9. A transmissão vertical ocorre quando a criança é infectada por alguma IST durante a gestação, parto, e em alguns casos durante toda amamentação⁵.

2.10. Ressalta-se que a testagem para HIV e Sífilis devem ser realizadas na primeira consulta (preferencialmente no primeiro trimestre), repetir no terceiro trimestre e no momento do parto, e em caso de positividade para HIV, deve-se realizar o aconselhamento pós-teste e encaminhamento da gestante para o seguimento do pré-natal no serviço de atenção especializada em IST/aids de referência⁷.

2.11. Quanto aos casos positivos para sífilis em gestantes, o Ministério da Saúde preconiza o tratamento da gestante e do parceiro com penicilina benzatina, além da realização de exame mensal para controle de cura^{5; 7}.

2.12. A realização de sorologias e testes rápidos para sífilis e HIV durante o pré-natal mostra-se um fator decisivo para o diagnóstico e o tratamento precoces da gestante e para a adoção de medidas de intervenção que impactem na redução da transmissão vertical das doenças. Tal cenário justifica monitorar a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV na atenção primária à Saúde^{4, 5, 6, 7}. Portanto, o indicador deverá computar 01 (uma) solicitação ou avaliação destes exames.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

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

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

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

3.4. PARÂMETRO

Os estudos científicos apontam que a medida mais efetiva para a prevenção de HIV e Sífilis no recém-nascido é o diagnóstico e tratamento da gestante em tempo oportuno e de sua parceria sexual⁶.

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

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

3.5. META

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

3.6. CÁLCULO DO INDICADOR

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

- **Numerador:** número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis na APS;
- **Denominador:** Número de gestantes com pré-natal na APS;
- **Denominador estimado:** Potencial de cadastro municipal/ População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado.

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

* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.

O detalhamento das variáveis que compõem o denominador e o numerador serão apresentados a seguir. É importante destacar que para o cálculo do indicador, dependendo da situação do cadastro em relação ao potencial de cadastro municipal, no denominador, poderá ser utilizado o valor estimado ou o valor informado no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), conforme explicado a seguir.

3.6.1. DENOMINADOR

O denominador “número de gestantes com pré-natal na APS” é composto por mulheres que realizaram consulta de pré-natal na APS cuja gestação foi finalizada no quadrimestre de avaliação do indicador. Este número resulta do registro do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS e representam, portanto, a realidade do que acontece durante o contato das usuárias com os serviços de saúde.

A identificação das gestantes é obtida através do atendimento individual realizado por médicos ou enfermeiros na APS. Esta informação é extraída do modelo de informação do atendimento individual da Estratégia e-SUS APS. Será considerado o primeiro atendimento de pré-natal realizado por profissional médico ou enfermeiro, registrado e enviado ao SISAB de acordo com as seguintes regras: Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) válidos; variável sexo feminino preenchida; Data da Última Menstruação (DUM) ou Idade Gestacional (IG) preenchidas e o campo problema/condição avaliada preenchida como pré-natal.

Por meio da identificação da gestante (primeiro atendimento de pré-natal), calcula-se a finalização da gestação na base de dados federal a partir da DUM estimada pela IG ou informada pela gestante. O cálculo da Data Provável do Parto (DPP) é realizado do seguinte modo:

$$\text{DPP} = \text{DUM} + 40 \text{ semanas} + 14 \text{ dias} = 42 \text{ semanas (294 dias)}$$

Mesmo que para fins do indicador a finalização da gestação seja calculada automaticamente, é importante destacar que para melhor organização do processo de trabalho e planejamento da equipe de saúde, o registro de finalização da gestação no sistema de informação é de extrema importância para continuidade do cuidado, e é uma informação que estará apresentada no prontuário local. Por isso, reforçamos que a finalização da gestação deve ser registrada pela equipe de saúde (essa ação pode ser realizada com o registro do CID ou CIAP2 de parto, ou outros como no caso de aborto, etc.)

A cada quadrimestre de avaliação são contabilizadas as mulheres com gestação finalizada no referido período, e cada indivíduo que compõe o denominador, independente da identificação ter sido feita pelo CNS ou CPF, é contabilizado apenas uma única vez e em uma única equipe/município, seguindo as regras dispostas na Nota Técnica Explicativa do Relatório de Cadastros do SISAB.

Ressalta-se que são excluídas do denominador as mulheres com pré-natal na APS que tiveram registro de aborto no período da realização do pré-natal, o que significa que não são contabilizadas para o cálculo do indicador. O registro do aborto não excluirá a usuária do Relatório operacional de Gestante / Puérpera do PEC local, visto a importância do acompanhamento da condição de puerpério pela equipe, entretanto, esta usuária não será contabilizada para os indicadores relacionados a gestação.

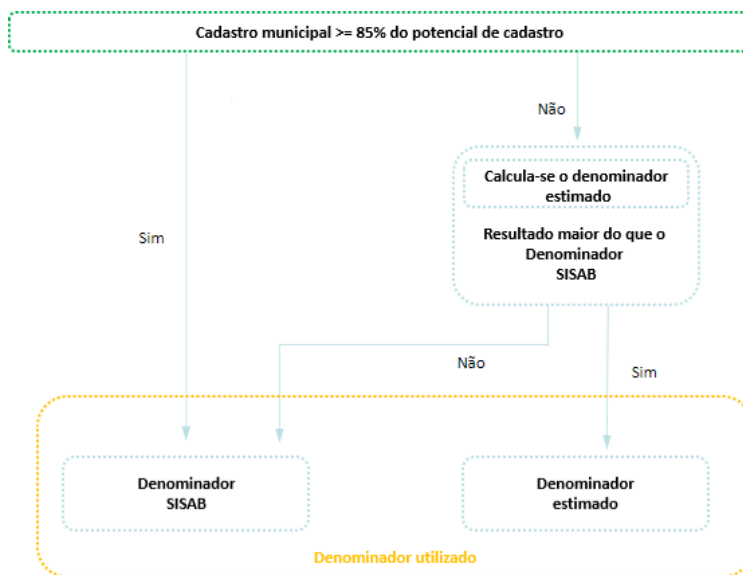
Destaca-se ainda a restrição de apuração dos dados das gestantes que tiveram a ocorrência de parto prematuro durante o período do pré-natal. Tal restrição tem relação com a impossibilidade de identificação do evento no sistema de registro da APS. Entretanto, a referida limitação não afeta os resultados do indicador uma vez que 10% dos nascidos vivos nascem prematuramente e 9,52% estão na faixa 32 a 36 semanas de gestação. Seguindo o calendário de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde, com 32 semanas a gestante já realizou no mínimo 7 consultas, se iniciar o pré-natal com até 12 semanas de gestação. Com isso, reafirmar-se que os serviços de APS sigam o protocolo recomendado e também que atendam concomitante com o serviço de Alto Risco (quando houver risco avaliado), coordenando o cuidado da usuária; como preconizado pela *Política Nacional de Atenção Básica* (PNAB)¹¹.

ATENÇÃO: Destaca-se que o modo de registro dos dados para o denominador e também para o numerador está baseado no modelo de informação da estratégia e-SUS APS, considerando a coleta de dados do atendimento individual. Para o detalhamento dos campos de preenchimento consultar os Guias de Preenchimento CDS, PEC, e *Thrif*t disponíveis na guia dos materiais de apoio do SISAB.

Os municípios que, no quadrimestre, apresentarem no SISAB quantitativo de pessoas cadastradas **maior ou igual a 85%** do potencial de cadastro municipal, terão seu indicador calculado com o denominador **número de gestantes com pré-natal na APS**. Para os demais municípios (com cadastro municipal abaixo de 85% do potencial) será calculado também o denominador estimado^[1].

A utilização do **denominador estimado** é uma estratégia para obtenção de um valor controle do quantitativo esperado de gestantes que devem estar sob os cuidados da APS. A referida estimativa é calculada a partir do menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 corrigidos pela proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS no quadrimestre de avaliação, conforme descrito na fórmula de cálculo. Os dados de nascidos vivos são extraídos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC (apresentado no TABNET), já a proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS é obtida a partir do potencial de cadastro² em relação à população IBGE do município. Vale ressaltar que o resultado do denominador estimado será sempre comparado ao número de gestantes com pré-natal na APS registrado no SISAB, aplicando-se para o cálculo do indicador a variável de maior valor. As duas situações descritas são apresentadas no fluxograma (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de definição do denominador utilizado



3.6.2. NUMERADOR

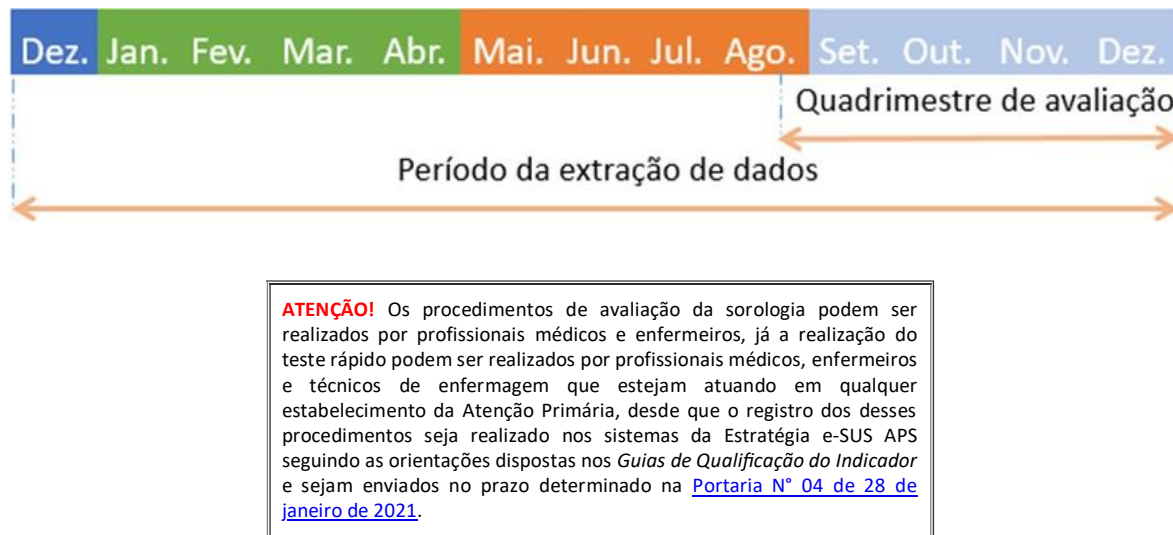
O numerador número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis é composto pelas mulheres identificadas no denominador que tiveram: 1) exame avaliado de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizado o procedimento de teste rápido para Sífilis e, 2) exame avaliado de Sorologia de HIV ou realizou o procedimento de teste rápido para HIV entre a data da última menstruação (DUM) e a data provável do parto (DPP + 14 dias). A avaliação dos exames sorológicos é obtida a partir dos atendimentos individuais realizados por profissionais médicos ou enfermeiros, já a realização dos testes rápidos tem origem no registro dos procedimentos podendo ser realizados por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, independente da aplicação utilizada (Coleta de Dados Simplificado (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Prontuário Eletrônico de terceiros).

Ressalta-se que o fato de o indicador avaliar apenas um teste de sífilis e HIV na gestação, é importante que os serviços de APS busquem atender à recomendação do Ministério da Saúde de realização de **2 testes rápidos para sífilis e 2 para HIV, devendo ser solicitados na 1ª consulta e no 3º trimestre da gestação**, contribuir, assim, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres gestantes e dos recém-nascidos com a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita.

ATENÇÃO: O registro dos exames avaliados e testes rápidos realizados podem ser feito no campo rápido dos modelos de informação/fichas de atendimento individual ou de procedimento, como também no campo de código SIGTAP do modelo de informação/ficha de procedimento, independente a aplicação utilizada no município.

Conforme exposto, a mulher gestante é contabilizada no indicador após a finalização do pré-natal, ou seja, a cada quadrimestre é avaliado a qualidade da assistência à saúde que foi prestada a cada gestante acompanhada na APS. Assim, para serem contabilizados os exames de Sífilis e HIV devem ocorrer no período de pré-natal que é dado pelo o intervalo de 42 semanas (DPP + 14 dias), considerando-se para esse cálculo o primeiro registro de data da última menstruação (DUM) ou idade gestacional (IG) feitos durante os atendimentos de pré-natal do referido período. A figura abaixo ilustra o período de referência para a extração de dados que avaliam o pré-natal de mulheres com gestação finalizada no terceiro quadrimestre.

Figura 2. Esquema ilustrativo do período de medição e avaliação do numerador do indicador.



4. VINCULAÇÃO DA USUÁRIA A EQUIPE DE REFERÊNCIA

4.1. Para a vinculação de um indivíduo à equipe de referência, são consideradas as regras descritas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#). Após a identificação e vinculação de uma gestante em determinada equipe de saúde da APS, todos os registros válidos de atendimentos realizados em outras equipes ou estabelecimentos característicos da APS serão qualificados para compor a contabilização do indicador. Ou seja, se a gestante está vinculada na equipe A e teve o acompanhamento na equipe B ou C, mesmo que seja em outro município ou estado, o atendimento será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo (no caso a equipe A). Ressalta-se ainda que são contabilizados para o indicador os registros de atendimentos e procedimentos devidamente identificados e validados para o SISAB, segundo as regras descritas na [Nota Técnica do Relatório de Validação](#). Indivíduos cadastrados sem vinculação a uma eSF ou eAP não são considerados no cálculo dos indicadores.

5. 5.RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

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

- Realizar o acompanhamento nominal das pessoas vinculadas a equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;
- Orientar as usuárias sobre a importância da realização do pré-natal na Unidade Básica de Saúde;
- Realizar o monitoramento regular das gestantes e para isso, faz-se necessário reduzir eventuais regras de acesso ao procedimento que possam desestimular a pessoa a utilizar o serviço;
- Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando o acesso no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Tanto o profissional médico como o enfermeiro podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de competências de atuação e as observações quanto aos protocolos de atendimento);
- Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
- Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da usuária, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O cadastramento propicia que, no cálculo do indicador, seja utilizado o valor do denominador, ou seja, as gestantes identificadas pela equipe.
- Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro no sistema de prontuário eletrônico PEC, CDS ou Sistema Próprio, tanto no que se refere as variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

6.1. Boas práticas de registros de informação nos sistemas de informação em saúde são fundamentais para o sucesso das ações de monitoramento e avaliação dos indicadores selecionados.

6.2. Para tomada de decisão com intervenções mais assertivas gestores e profissionais de saúde necessitam de informações confiáveis que podem ser produzidas somente a partir do registro qualificado das ações realizadas pelos profissionais de saúde no momento do atendimento aos usuários. Registros que discriminem adequadamente as informações que integram os diferentes campos dos instrumentos de anotação do que ocorre durante o contato dos usuários com os serviços de saúde, permitem a elaboração de diagnósticos mais precisos a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação analisada.

6.3. Para a contabilização do indicador, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) utiliza as variáveis disponíveis nos modelos de informação da Estratégia e-SUS APS (12). Assim, os dados de produção das equipes de saúde da APS devem ser registrados em sistemas da Estratégia e-SUS APS, podendo ocorrer por Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou por sistemas terceiros integrados através do Apache Thrift. O registro dos atendimentos deve seguir as orientações dispostas nos Guias de Qualificação do Indicador.

6.4. O SISAB estabelece que, por competência, o prazo de envio regular de registros de serviços da APS seja realizado até o 10º dia útil da competência SISAB seguinte, conforme a [Portaria nº 4, de 28 de janeiro de 2021](#). Após este prazo, é permitido o envio de informações complementares por até 4 competências posteriores ao registro/atendimento. Para contabilização dos registros nos indicadores, o envio deverá ocorrer até o 10º dia útil subsequente a cada competência SISAB, que no caso para a última competência do quadrimestre será após o último mês do quadrimestre avaliado.

6.5. A qualidade do registro de informação, pressupõe:

- Registro diário e preferencialmente durante o contato assistencial;
- Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme o documento *Guia de qualificação dos Indicadores*;
- Rotinas de envio idealmente imediatas, podendo ser também diárias, semanais ou mensais. A depender da realidade de conexão municipal, envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência posterior ao atendimento;
- O uso de prontuários eletrônicos, por ser associado a melhores registros e possibilitar o envio e compartilhamento de dados administrativos e clínicos em tempo oportuno, o Ministério da Saúde apoia a informatização da APS por meio do [Informatiza APS](#);
- Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES.

6.6. Para o indicador “**Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV**” é necessário:

- A correta identificação da usuária com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF;
- Preenchimento da variável sexo feminino
- Registro da Data da Última Menstruação (DUM) ou Idade Gestacional (IG) no atendimento de pré-natal realizado pelo médico ou enfermeiro da eSF/eAP ou alocados em estabelecimentos da APS;
- Registrar de forma individualizada o “Problema/Condição Avaliada” com códigos CID ou CIAP 2, correspondentes à gravidez. Dessa forma, o módulo de acompanhamento do pré-natal já estará habilitado no PEC;
- Registrar de forma individualizada o código SIGTAP referente ao procedimento realizado.

7. FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

TÍTULO	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada ou teste rápido re O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam esse exame, em relação a quantidade estimada de gestantes, ou informadas, que o mun
USO (Para que fim?)	Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avali patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	2021 Q2. 51%
PARÂMETRO	100%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis (Nº de gestantes com pré-natal na APS) ou Potencial de cadastro População IBGE x nº nascidos vivos SINASC * x100 * O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, p denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.
MÉTODO DE CÁLCULO	EXTRAÇÃO DOS DADOS Denominador: O denominador número de gestantes com pré-natal na APS é composto por mulheres que realizaram consulta/atendimento individual de p Gestantes identificadas, vinculadas e finalizadas no quadrimestre 1. Gestantes identificadas no sistema: CNS ou CPF válido • Campo “Sexo Feminino” preenchido • DUM ou IG (semanas) preenchido (considerado o dado da primeira consulta/atendimento individual de pré-natal enviada ao SISAB). • Condição-avaliada pré-natal ou CID /CIAP correspondente. • Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). • 2. Gestantes finalizadas no sistema: A finalização da gestação é realizada na base federal (SISAB) e se dá a partir do cálculo da DPP + 14 dias; • A DPP é calculada a partir da DUM ou IG (em semanas) preenchida no primeiro atendimento de pré-natal (menor data entre os atendimentos de pr • gestação, o que corresponde a 42 semanas. A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação. • • Obs. Se a gestante (entre DUM e DPP) apresentar algum CID/CIAP de aborto, esta é desconsiderada do quantitativo de gestantes, ou seja, do denom Códigos CID/CIAP para gestação: CID10: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O95 O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O34 O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O475 O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359.

	CIAP2: W03, W05, W29, W71, W78, W79, W80, W81, W84 e W85 Códigos CID/CIAP para identificação de aborto CIAP2: W82, W83. CID10: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3 Numerador: O numerador número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis Gestantes identificadas no denominador que tenham registro de 1) exame avaliado de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizado o procedimento de teste rápido por médico, enfermeiro no período entre o início e fim da gestação (DUM até DPP + 14 dias). *Avaliação dos exames de Sífilis e HIV: Atendimento realizado por médico (CBO 2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (CBO2235). *Teste rápido dos exames de Sífilis e HIV: procedimento por realizado por médico (CBO 2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (CBO 2235); técnicos de enfer SIGTAP/Descrição de Teste Rápido de Sífilis e HIV: 02.14.01.004-0 - Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro 02.14.01.005-8 - Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV 02.14.01.007-4 - Teste rápido para sífilis 02.14.01.008-2 - Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro SIGTAP/Descrição de Sorologias avaliadas: 02.02.03.111-0 - Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis 02.02.03.111-0 - Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis em gestantes 02.02.03.030-0 Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) Observação: A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação A DPP é calculada a partir da DUM ou IG (em semanas) preenchida no primeiro atendimento individual de pré-natal. Para finalizar a gestação no sistema, c Denominador estimado: O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo Considerar o menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 (SINASC) Potencial de cadastro municipal: Fonte SISAB (Painel de Cadastros). Crítérios de exclusão: *Pessoas com registro do campo “saída do cidadão do cadastro” por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual; Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas/válidas. Mulheres gestantes com registro de aborto no período entre a DUM e a DPP + 14 dias: CIAP: W82, W83. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3 Equipes e estabelecimentos considerados: Indicador calculado a partir de dados das pessoas cadastradas em INE de equipes eSF (70 exceto equipe ribeirinha) ou eAP (76). Se o indivíduo vinculado a eSF(exceto ribeirinha) e eAP for atendido em outras equipes (INE) ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SC
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a q SINASC. Considerar mulheres com registro de partos prematuros independentemente da quantidade de consultas realizadas
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gesta O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais aten
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

8.

CÁLCULO DO INDICADOR (EXEMPLOS)

8.1.

EXEMPLO 1

Exemplo de cálculo para um município com cadastro superior a 85% do potencial de cadastro:

- Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)
- População IBGE município: 10.000
- Potencial de cadastro populacional Q1.2021 (equipes avaliadas): 8.250
- Cadastro alcançado no Q1.2021 = 7.100
- Proporção de cadastro alcançado no Q1.2021: 86,06%
- Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 200

DENOMINADOR:

SISAB: nº gestantes com pré-natal na APS = 120 (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de 2021).

Estimado: Potencial de cadastro sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC. 8.250/10.000 x 200 = 165.

Utilizado: Será o denominador SISAB (120), pois o município possui mais 85% do cadastro esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis = 86 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP).

Cálculo do indicador: (86 / 120) x 100 = 71,6%

8.2. EXEMPLO 2

Exemplo de cálculo para um município com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro:

- Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)
- População IBGE município: 32.000
- Potencial de cadastro populacional Q1.2021 (equipes avaliadas): 24.750
- Cadastro alcançado no Q1.2021 = 17.029
- Proporção de cadastro alcançado no Q1.2021: 68,80%
- Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 180

DENOMINADOR:

SISAB: nº gestantes com pré-natal na APS = 65 (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de

2021).

Estimado: Potencial de cadastro municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC. $24.750/32.000 \times 180 =$

139,2.

Utilizado: Será o denominador de maior valor (estimado = 139 gestantes), pois o município possui cadastro inferior a 85% do esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis = 40 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a

DPP).

Cálculo do indicador: $(40 / 139) \times 100 = 28,7\%$

Alguns exemplos de situações são descritos abaixo demonstrando os casos que são consideradas para compor o numerador e denominador.

Casos	Numerador			Denominador				Consideração para o indicador		Justificativa
	Exames Sífilis e HIV			Consulta		Pré-natal				
	Data	Profissional	Exame	Data	Profissional	DUM	DPP	Numerador	Denominador	
A	05/08/2020	Enfermeiro	Avaliação Teste rápido HIV e Sífilis	05/08/2020	Médico	26/07/2020	02/05/2021	Sim	Sim	Gestante com PN e exame de HIV e Sífilis com gestação finalizada em 02/05/2021 indicador a ser contabilizado para o 2º Quadrimestre 2021
B	22/07/2020	Técnico de Enfermagem	Avaliação Teste rápido HIV e Sífilis	22/07/2020	Médico	22/06/2020	29/03/2021	Não	Sim	Gestante com exame de HIV e Sífilis avaliado pelo Técnico enfermagem e não considerado para ser contabilizado no indicador. CBO inválido
C	12/06/2020	Enfermeiro	Avaliação de exame de HIV e Sífilis	01/06/2020	Enfermeiro	10/05/2020	14/02/2021	Sim	Sim	Gestante com PN e exame de HIV e Sífilis avaliados pelo Enfermeiro com gestação finalizada em 14/02/2021 e indicador a ser contabilizado para o 1º Quadrimestre 2021
D	20/12/2019	Médico	Teste rápido HIV e Sífilis	05/05/2020	Enfermeiro	17/04/2020	22/01/2021	Não	Sim	Exames realizados antes da DUM não considerado para ser contabilizado no indicador

REFERÊNCIAS:

1. Brasil, 2021. Boletim Epidemiológico de Sífilis, MS.
 2. Brasil, 2020. Boletim Epidemiológico de HIV, MS.
 3. World Health Organization 2007. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília Ministério da Saúde, 2015.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS. Brasília - DF 2018.
 7. Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
 8. Guia prático: infecções no ciclo grávido-puerperal / editores César Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016.
 9. Organização Panamericana de Saúde. REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.
 11. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>>
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 7662.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.
-

[1] Para os municípios com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro municipal poderá ser aplicado para o cálculo do denominador estimado: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Rodrigues Braga Neto, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 15/02/2022, às 18:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 17/02/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025109381** e o código CRC **5F73CB73**.

Referência: Processo nº 25000.013862/2022-47

SEI nº 0025109381

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 1/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 1

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

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

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

2.2. O pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida. No Brasil, a partir desse momento, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas, no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas é indicado uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode ocorrer até 42 semanas¹⁸.

2.3. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o ponto de atenção estratégico para acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez¹⁸.

2.4. A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde^{14,18,19}.

2.5. O risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia pode ser calculado no primeiro trimestre, e já existe evidência robusta que o uso de baixas doses de aspirina em mulheres de alto risco para pré-eclâmpsia precoce (que causa maior morbimortalidade materna e neonatal) reduz a incidência desta doença. Contudo, a prevenção da pré-eclâmpsia parece só ter efeito se iniciada antes da 16ª semana de gestação. Sendo assim, o início tardio do pré-natal (após 16 semanas) não permite a introdução eficaz desta medida⁶.

2.6. No caso de pacientes diabéticas ou que desenvolvem diabetes gestacional, estudo realizado no departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto demonstrou claramente os benefícios do controle pré-natal adequado para a gestante diabética quanto aos desfechos do recém-nascido e expôs a necessidade de uma maior integração entre a rede periférica regional e os centros de atenção terciária, permitindo o diagnóstico e o encaminhamento precoce de todos os casos de gestação complicada pelo diabetes⁷.

2.7. Ainda sobre orientações qualificadas, o mesmo se refere aos exames para detectar infecções, como é o caso da toxoplasmose e sífilis. O exame de toxoplasmose no primeiro trimestre de gravidez pode apontar para a condição de susceptibilidade da gestante e indicar necessidade de orientações quanto a ações de prevenção, evitando contaminação durante a gravidez. Além disso, em caso de gestante com infecção aguda, o início precoce do tratamento permite melhores resultados neonatais: em uma meta-análise de 2007, mostrou uma redução de 53% no risco de transmissão vertical com o início de tratamento em até 3 semanas da infecção quando comparado com início após 8 semanas¹.

2.8. Assim, quanto mais precoce o início da triagem para a doença, melhores os resultados. Ainda que o tratamento esteja previsto para início com 16 semanas, sabemos que a performance do teste é melhor até 12 semanas; além disso, considerando-se o tempo necessário após a primeira consulta para coleta de exames, disponibilidade de resultados e retorno ao serviço de saúde, é provável que se atinja mais eficientemente a meta do início do tratamento precoce (com 16 semanas) com o início precoce do pré-natal^{1;2;3}.

2.9. Em relação à sífilis, documento intitulado *The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action*², a Organização Mundial da Saúde (OMS) aborda a eliminação global da transmissão de sífilis de mãe para filho, por meio do comprometimento e implementação de quatro pilares estratégicos - advocacy e compromisso político; acesso precoce a cuidados de saúde maternos e neonatais; triagem de todas as mulheres grávidas; vigilância, monitoramento e avaliação. O pilar 2 da estratégia global da OMS menciona explicitamente uma meta de "aumentar a porcentagem de mulheres grávidas que frequentam o pré-natal no início da gravidez", cabendo aos gestores de saúde e comunidade incentivar o comparecimento precoce das gestantes a esses serviços. O documento aponta que a prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho pode ser alcançada através do fortalecimento de programas de assistência pré-natal para garantir atendimento precoce a todas as mulheres, com triagem universal para sífilis e tratamento imediato das pessoas infectadas. Ainda no mesmo documento, o tema acessibilidade é tratado enquanto um desafio para o enfrentamento da Sífilis congênita^{2;3}.

2.10. Doenças próprias da gestação, como gravidez ectópica e mola hidatiforme, têm prognósticos diferentes dependendo do momento da realização do diagnóstico. O diagnóstico no primeiro trimestre da mola hidatiforme (MH) permite a diminuição das complicações clínicas, tais como anemia, hiperêmese, pré-eclâmpsia e hipertireoidismo. O diagnóstico precoce da gravidez ectópica é importante para reduzir o risco de ruptura tubária, além de melhorar o sucesso das condutas conservadoras, sendo que atenção especial deve ser dada às pacientes com fatores de risco para esta patologia⁴.

2.11. Se considerarmos as oito consultas recomendadas pela OMS como fator que qualifica o cuidado às gestantes e reduz a mortalidade perinatal podemos concluir que o início do pré-natal para o cumprimento deste calendário de encontros deve ocorrer no primeiro trimestre. Caso a primeira consulta de pré-natal aconteça após a 20ª semana de gestação, as oito consultas não serão realizadas e os exames só serão avaliados, na melhor das hipóteses, em torno da 24ª ou 25ª semana de gestação. Além de retardar o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, há perda de oportunidade para formação de vínculo entre as equipes de atenção pré-natal e as gestantes, fundamental para detecção de problemas vivenciados pelas mulheres e famílias e para possibilitar abordagens educativas mais amplas neste período^{2;3;20}.

2.12. Diante do exposto, o indicador "Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação" permite avaliar o quanto antes problemas ligados a gestação, parto e puerpério passíveis de controle ou de cura, causando grande impacto para a morbimortalidade materna no país.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

3.1. O indicador "Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação" tem por objetivo mensurar o acesso das gestantes ao pré-natal na APS com início precoce e atendimentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar precocemente as gestantes residentes na sua área de abrangência para realização do acompanhamento pré-natal, visando apoiar a diminuição da mortalidade materna e neonatal.¹⁸

3.2. A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Durante as consultas de pré-natal é possível identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, e problemas

fetais, como má formação. Uma vez diagnosticados permitem medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, e nos casos de problemas fetais em fases iniciais, é possível o tratamento intraútero proporcionando ao recém-nascido uma vida normal.

3.3. O indicador é constituído por variáveis relacionadas ao processo de cuidado da gestante na APS, tendo como marcadores, o início precoce e a realização da consulta do pré-natal, estratégias essenciais para prevenção de mortalidade materna e neonatal. Desta forma, reafirma-se que, além do acesso precoce, é importante que a gestante receba atendimento individual com equipe médica ou de enfermagem, seguindo o Caderno de Atenção Básica 32: *Atenção ao pré-natal de baixo risco*¹⁸.

3.4. Vale destacar a importância da abordagem integral realizada pela equipe da APS, em que se espera, a realização de um atendimento que inclua anamnese, exame físico direcionado, solicitação ou avaliação de exames complementares, atualização da Caderneta da Gestante e agendamento das consultas subsequentes, considerando suplementação vitamínica, conforme cada caso e idade gestacional, e abrangendo os determinantes sociais do processo saúde-doença, realizando também a classificação de risco gestacional a cada atendimento.

3.5. São contabilizadas no numerador, mulheres com gestações finalizadas no período com pelo menos 6 consultas onde o problema/condição avaliada no atendimento foi o pré-natal, por meio do campo Problema/Condição avaliada no atendimento marcando obrigatoriamente o campo Pré-natal ou os CIAP2/CID10 (Conforme ficha de qualificação do Indicador), sendo que a primeira consulta realizada deve possuir uma diferença de no máximo 12 semanas da data da Última Menstruação (DUM). Para o cálculo do indicador, no que se refere ao denominador são contabilizadas as mulheres identificadas como gestantes a partir do atendimento individual de pré-natal, realizado por médico ou enfermeiro, cujo o pré-natal foi finalizado no quadrimestre de avaliação^{18,19}. No item *Cálculo do Indicador* são descritos, em maior detalhe, os critérios que compõem essas variáveis:

3.6. PARÂMETRO

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

3.7. META

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

3.8. CÁLCULO DO INDICADOR

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

- Numerador: **Número de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;**
- Denominador SISAB: **Número de gestantes com pré-natal na APS;**
- Denominador estimado: **Potencial de cadastro/ População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado.**

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

*O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.

O detalhamento das variáveis que compõem o denominador e o numerador serão apresentados a seguir. É importante destacar que para o cálculo do indicador, dependendo da situação do cadastro em relação ao potencial de cadastro municipal, no denominador, poderá ser utilizado o valor estimado ou o valor informado no (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) SISAB, conforme explicado a seguir.

3.8.1. DENOMINADOR

O denominador SISAB “número de gestantes com pré-natal na APS” é composto por mulheres que realizaram consulta de pré-natal na APS cuja gestação foi finalizada no quadrimestre de avaliação do indicador. Este número resulta do registro do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS e representam, portanto, a realidade do que acontece durante o contato das usuárias com os serviços de saúde.

A identificação das gestantes é obtida através do atendimento individual realizado por médicos ou enfermeiros na APS. Esta informação é extraída do modelo de informação do atendimento individual da Estratégia e-SUS APS. Será considerado o primeiro atendimento de pré-natal realizado por profissional médico ou enfermeiro, registrado e enviado ao SISAB de acordo com as seguintes regras: Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) válidos; variável sexo feminino preenchida; Data da Última Menstruação (DUM) ou Idade Gestacional (IG) preenchidas e o campo problema/condição avaliada preenchida como pré-natal.

Por meio da identificação da gestante (primeiro atendimento de pré-natal), calcula-se a finalização da gestação na base de dados federal a partir da DUM estimada pela IG ou informada pela gestante. O cálculo da Data Provável do Parto (DPP) é realizado do seguinte modo:

$$\text{DPP} = \text{DUM} + 40 \text{ semanas} + 14 \text{ dias} = 42 \text{ semanas (294 dias)}$$

Mesmo que para fins do indicador a finalização da gestação seja calculada automaticamente, é importante destacar que para melhor organização do processo de trabalho e planejamento da equipe de saúde, o registro de finalização da gestação no sistema de informação é de extrema importância para

continuidade do cuidado, e é uma informação que estará apresentada no prontuário local. Por isso, reforçamos que a finalização da gestação deve ser registrada pela equipe de saúde (essa ação pode ser realizada com o registro do CID ou CIAP 2 de parto, ou outros como no caso de aborto, etc.).

A cada quadrimestre de avaliação são contabilizadas as mulheres com gestação finalizada no referido período, e cada indivíduo que compõe o denominador, independente da identificação ter sido feita pelo CNS ou CPF, é contabilizado apenas uma única vez e em uma única equipe/município, seguindo as regras dispostas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#).

Destaca-se que dos 10% dos nascidos vivos nascem prematuramente e que 9,52% estão na faixa 32 a 36 semanas de gestação. Seguindo o calendário de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde 18, com 32 semanas a gestante já realizou no mínimo 7 consultas, se iniciar o pré-natal com até 12 semanas de gestação. Ressalta-se com isso, que os serviços de APS sigam o protocolo recomendado e também que atendam concomitante com o serviço de Alto Risco (quando houver risco avaliado), coordenando o cuidado da usuária como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ²⁴.

Ressalta-se que são excluídas do denominador as mulheres com pré-natal na APS que tiveram registro de aborto no período da realização do pré-natal, o que significa que não são contabilizadas para o cálculo do indicador. O registro do aborto não excluirá a usuária do Relatório operacional de Gestante / Puérpera do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) local, visto a importância do acompanhamento da condição de puerpério pela equipe, entretanto, esta usuária não será contabilizada para os indicadores relacionados a gestação.

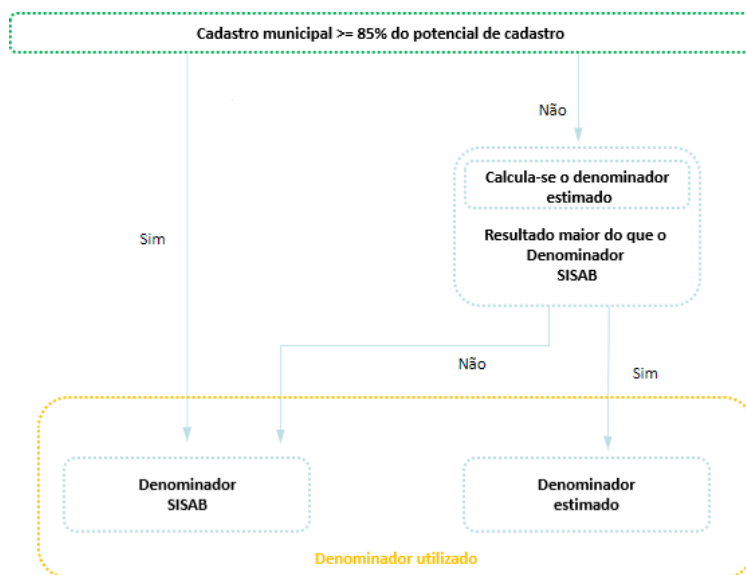
ATENÇÃO: Destaca-se que o modo de registro dos dados para o denominador e também para o numerador está baseado no modelo de informação da estratégia e-SUS APS, considerando a coleta de dados do atendimento individual. Para o detalhamento dos campos de preenchimento consultar os Guias de Preenchimento CDS, PEC, e Thrift disponíveis na guia dos materiais de apoio do SISAB.

Os municípios que, no quadrimestre, apresentarem quantitativo de pessoas cadastradas **maior ou igual a 85%** do potencial de cadastro municipal, terão seu indicador calculado com o denominador **número de gestantes com pré-natal na APS**. Para os demais municípios (com cadastro municipal abaixo de 85% do potencial) será calculado também o denominador estimado [\[1\]](#).

A utilização do **denominador estimado** é uma estratégia para obtenção de um valor controle do quantitativo esperado de gestantes que devem estar sob os cuidados da APS. A referida estimativa é calculada a partir do menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 corrigidos pela proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS no quadrimestre de avaliação, conforme descrito na fórmula de cálculo. Os dados de nascidos vivos são extraídos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC (apresentado no TABNET), já a proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS é obtida a partir do potencial de cadastro ² em relação à população IBGE do município.

Vale ressaltar que o resultado do denominador estimado será sempre comparado ao número de gestantes com pré-natal na APS registrado no SISAB, aplicando-se para o cálculo do indicador a variável de maior valor. As duas situações descritas são apresentadas no fluxograma (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de definição do denominador utilizado



3.8.2. NUMERADOR

O numerador, **número de gestantes com 6 consultas pré-natal, com 1ª consulta até 12ª semanas de gestação**, é composto por usuárias com pré-natal na APS que tiveram pelo menos seis consultas onde o problema condição avaliada no atendimento foi o pré-natal realizada entre a DUM e DPP + 14 dias, sendo que a primeira consulta possui uma diferença de no máximo 12 semanas da data do DUM registrada no primeiro atendimento. O numerador é obtido a partir dos atendimentos individuais de profissional médico ou enfermeiro, independente da aplicação utilizada (Coleta de Dados Simplificado (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Prontuário Eletrônico de terceiros).

Destaca-se que se a gestante for atendida mais de seis vezes pelo médico ou enfermeiro ela será contabilizada apenas uma vez no numerador, entretanto, ressalta-se a importância do cuidado ao pré-natal ser mantida até o puerpério.

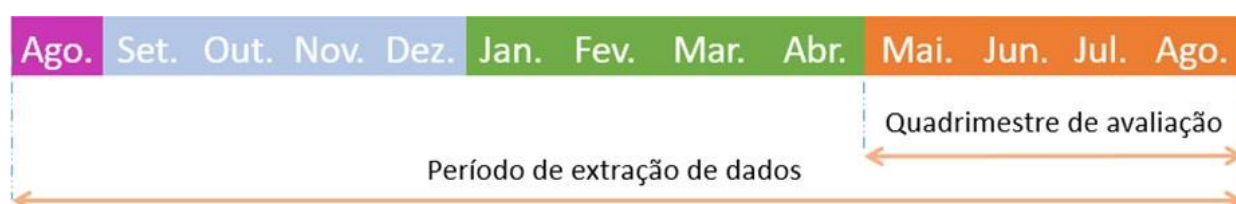
São incluídas no numerador, as gestantes identificadas no denominador que tenham: 1) o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação, e; 2) mínimo de 6 atendimentos com pré-natal realizado por profissionais médicos ou enfermeiros.

ATENÇÃO: A indicação de condição gestação no PEC não significa que esta contará para atendimento posterior, por isso, destaca-se a necessidade de indicação da condição avaliada em todos os atendimentos realizados.

Conforme exposto, a mulher gestante é contabilizada no indicador após a finalização do pré-natal, ou seja, a cada quadrimestre é avaliado a quantidade da assistência à saúde que foi prestada a cada gestante acompanhada na APS. Assim, o primeiro atendimento deve ser realizado até a 12ª semana de gestação e para os demais atendimentos serem contabilizados devem ocorrer no período de pré-natal que é dado pelo intervalo de 42 semanas (DPP + 14 dias), considerando-se para esse cálculo o primeiro registro de data da última menstruação (DUM) ou idade gestacional (IG) feitos durante o primeiro atendimento de pré-natal do referido período.

O numerador considera o período de 9 meses anteriores ao período de avaliação, que no caso do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil é ao término do quadrimestre. Assim, para o segundo quadrimestre de um determinado ano são consideradas as informações de saúde registradas desde o primeiro dia do mês de agosto do ano anterior, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 2. Esquema ilustrativo do período de medição e avaliação do numerador do indicador



ATENÇÃO: Os atendimentos de pré-natal podem ser realizados por profissionais médicos e enfermeiros que estejam atuando em qualquer estabelecimento de Atenção Primária, desde que o registro desses atendimentos seja realizado nos sistemas da estratégia e-SUS APS, seguindo as orientações constantes no Guia de Qualificação do Indicador e sejam enviados no prazo determinado na Portaria N° 04 de 28 de janeiro de 2021.

4. VINCULAÇÃO DA USUÁRIA A EQUIPE DE REFERÊNCIA

4.1. Para a vinculação de um indivíduo à equipe de referência, são consideradas as regras descritas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#). Após a identificação e vinculação de uma gestante em determinada equipe de saúde da APS, todos os registros válidos de atendimentos realizados em outras equipes ou estabelecimentos característicos da APS serão qualificados para compor a contabilização do indicador. Ou seja, se a gestante está vinculada na equipe A e teve o acompanhamento na equipe B ou C, mesmo que seja em outro município ou estado, o atendimento será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo (no caso a equipe A). Ressalta-se ainda que são contabilizados para o indicador os registros de atendimentos e procedimentos devidamente identificados e validados para o SISAB, segundo as regras descritas na [Nota Técnica do Relatório de Validação](#). Indivíduos cadastrados sem vinculação a uma eSF ou eAP não são considerados no cálculo dos indicadores.

5. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

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

- Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da gestante, sócio demográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O cadastramento propicia que, no cálculo do indicador, seja utilizado o valor do denominador, ou seja, as gestantes identificadas pela equipe;
- Realizar o acompanhamento nominal das gestantes adscritas à equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;
- Orientar a gestante sobre a importância da realização do pré-natal na Unidade Básica de Saúde;
- Realizar o monitoramento regular das gestantes e para isso, faz-se necessário reduzir eventuais regras de acesso ao procedimento que possam desestimular a pessoa a utilizar o serviço;
- Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando o acesso no melhor horário para a gestante sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Tanto o profissional médico como o enfermeiro podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de competências de atuação e as observações quanto aos protocolos de atendimento);
- Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
- Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro no sistema de PEC, CDS ou Sistema Próprio, tanto no que se refere às variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

6.1. Boas práticas de registros de informação nos sistemas de informação em saúde são fundamentais para o sucesso das ações de monitoramento e avaliação dos indicadores selecionados.

6.2. Para tomada de decisão com intervenções mais assertivas, gestores e profissionais de saúde necessitam de informações confiáveis que somente podem ser produzidas a partir do registro qualificado das ações realizadas pelos profissionais de saúde no momento do atendimento aos usuários. Registros que discriminem adequadamente as informações que integram os diferentes campos dos instrumentos de anotação do que ocorre durante o contato dos usuários com os serviços de saúde, permitem a elaboração de diagnósticos mais precisos a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação analisada.

6.3. Para a contabilização do indicador, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) utiliza as variáveis disponíveis nos modelos de informação da Estratégia e-SUS APS (12). Assim, os dados de produção das equipes de saúde da APS devem ser registrados em sistemas da Estratégia e-SUS APS, podendo ocorrer por Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou por sistemas terceiros integrados através do Apache Thrift. O registro dos atendimentos deve seguir as orientações dispostas nos Guias de Qualificação do Indicador.

6.4. O SISAB estabelece que, por competência, o prazo de envio regular de registros de serviços da APS seja realizado até o 10º dia útil da competência SISAB seguinte, conforme a [Portaria nº 4, de 28 de janeiro de 2021](#). Após este prazo, é permitido o envio de informações complementares por até 4 competências posteriores ao registro/atendimento. Para contabilização dos registros nos indicadores, o envio deverá ocorrer até o 10º dia útil subsequente a cada competência SISAB, que no caso para a última competência do quadrimestre será após o último mês do quadrimestre avaliado.

6.5. A qualidade do registro de informação, pressupõe:

- Registro diário e preferencialmente durante o contato assistencial;
- Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme os documentos Guias de qualificação dos Indicadores;
- Rotinas de envio idealmente imediatas, podendo ser também diárias, semanais ou mensais. A depender da realidade de conexão municipal, envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência posterior ao atendimento;
- O uso de prontuários eletrônicos, por ser associado a melhores registros e possibilitar o envio e compartilhamento de dados administrativos e clínicos em tempo oportuno. O Ministério da Saúde apoia a informatização da APS por meio do [Informatiza APS](#);
- Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES.

Para o indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação” é necessário:

- A correta identificação da gestante com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF;
- Variável sexo feminino preenchida;
- Registro da Data da Última Menstruação (DUM) ou Idade Gestacional (IG) no atendimento de pré-natal realizado pelo médico ou enfermeiro da eSF/eAP ou alocados em estabelecimentos da APS;
- Registrar de forma individualizada o “Problema/Condição Avaliada” com códigos CID ou CIAP 2, correspondentes à gravidez. Dessa forma, o módulo de acompanhamento do pré-natal já estará habilitado no PEC.

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

	<u>Códigos CID/CIAP para gestação:</u> CID10: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z640, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, , Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359. CIAP2: W03, W05, W29, W71, W78, W79, W80, W81, W84 e W85 <u>Códigos CID/CIAP para identificação de aborto</u> CIAP: W82, W83. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3 <u>Numerador:</u> Gestantes identificadas no denominador que tenham registro de no mínimo 6 consultas de pré-natal realizado por médico ou enfermeiro no período entre o início e fim da gestação (DUM até DPP + 14 dias), sendo o primeiro atendimento de pré-natal ocorrido até a 12ª semana de gestação. *Consultas de pré-natal: Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro devidamente registrado no modelo de informação de atendimento individual. Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). <u>Equipes e estabelecimentos considerados:</u> Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70, exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipes da APS: 01 – Posto de saúde; 02 – Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40-Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 – Centro de apoio à saúde da família; 74 – Polo de academia da Saúde. Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ser atendidas por cada equipe e município dado os resultados do SINASC. Na extração dos dados, não é possível identificar gestações que finalizaram em parto prematuro entre as gestantes identificadas, influenciando no denominador do indicador. As gestantes que tiveram parto prematuro não são retiradas do cálculo do indicador.
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas/informadas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas/informadas no SISAB. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

8. CÁLCULO DO INDICADOR (EXEMPLOS)

EXEMPLO 1

Exemplo de cálculo para um município com cadastro superior a 85% do potencial de cadastro municipal:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 33.766

Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas): 14.437

Cadastro municipal alcançado no Q1.2021 = 16.781

Proporção de cadastro municipal alcançado no Q1.2021: 100%

Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 135

DENOMINADOR:

SISAB: nº gestantes com pré-natal na APS = **110** (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de 2021).

Estimado: Potencial de cadastro municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC. $14.437/33.766 \times 135 = 57,7$

Utilizado: Será o denominador SISAB (**110**), pois o município possui mais 85% do cadastro municipal esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Nº gestantes com 6 consultas de pré-natal, com 1ª até 12 semanas de gestação = 55 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP).

Cálculo do indicador: $(55 / 110) \times 100 = 50,0\%$

EXEMPLO 2

Exemplo de cálculo para um município com cadastro menor que 85% do potencial de cadastro municipal:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 10.460

Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas): 10.000

Cadastro municipal alcançado no Q1.2021 = 6.870

Proporção de cadastro municipal alcançado no Q1.2021: 68,7%

Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 70

DENOMINADOR:

SISAB: nº gestantes com pré-natal na APS = **45** (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de 2021).

Estimado: Potencial de cadastro municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC. $10.000/10.460 \times 70 = 67$

Utilizado: Será o denominador de maior valor (estimado = **67** gestantes), pois o município possui cadastro municipal inferior a 85% do esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Nº gestantes com 6 consultas de pré-natal, com 1ª até 12 semanas de gestação = 9 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP).

Cálculo do indicador: $(9 / 67) \times 100 = 13,4\%$

Alguns exemplos de situações são descritos abaixo demonstrando os casos que são consideradas para compor o numerador e denominador.

Casos	Numerador			Denominador				Consideração para o indicador		Justificativa	
	Consulta /atendimento			Consulta		Pré-natal		Intercorrência	Num.		Den.
	Data	Profissional	Consulta Pré-Natal	Data	Profissional	DUM	DPP				
A	5/9/20	Enfermeiro	Registrado na ficha de atendimento individual o pré-natal a 2ª consulta.	5/8/20	Médico	26/7/20	2/05/21	não se aplica	Sim	Não	Gestante com PN iniciado pelo Médico em 05/08/2020 na 1ª semana e seu último atendimento em 05/09/2020 registrado sua 2ª consulta pelo Enfermeiro tendo a previsão de finalização em 02/05/21 e não considerado para ser contabilizado no indicador. Motivo = Aborto
	-	-	-	20/9/20	Médico	26/7/20	2/05/21	Registro de atendimento a gestante CIAP: W82, W83. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3	Não	Não	
B	22/7/20	Técnico enfermagem	Registrado na ficha de atendimento individual o pré-natal a 6ª consulta.	22/7/20	Médico	22/6/20	29/3/21	não se aplica	Não	Sim	Gestante com PN iniciado pelo Médico em 22/07/2020 na 4ª semana e seu último atendimento em 22/07/2020 registrado sua 6ª consulta pelo Técnico enfermagem tendo a previsão de finalização em 29/03/21 e não considerado para ser contabilizado no indicador. Motivo = CBO invalido
C	1/1/21	Médico	Registrado na ficha de atendimento individual o pré-natal a 6ª consulta.	1/06/20	Enfermeiro	10/5/20	14/02/21	não se aplica	Sim	Sim	Gestante com PN iniciado pelo Enfermeiro em 01/06/2020 na 3ª semana e seu último atendimento em 01/01/2021 registrado sua 6ª consulta pelo médico e a gestação finalizada em 14/02/2021 e indicador a ser contabilizado para o 1º Quadrimestre 2021
D	20/12/19	Médico	03.01.01.011-0 - CONSULTA PRÉ-NATAL	5/05/20	Enfermeiro	17/4/20	22/01/21	não se aplica	Não	Sim	Registro do atendimento pré-natal antes da DUM e não considerado para ser contabilizado no indicador.
E	13/2/21	Médico	Registrado na ficha de atendimento individual o pré-natal a 6ª consulta.	26/10/20	Enfermeiro	10/8/20	17/5/21	não se aplica	Sim	Sim	Gestante com PN iniciado pelo Enfermeiro em 26/10/20 na 11ª semana e seu último atendimento em 13/02/21 registrado sua 6ª consulta pelo médico e a gestação finalizada em 17/05/21 e indicador a ser contabilizado para o 2º Quadrimestre 2021

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil, 2018. Boletim Epidemiológico de Sífilis, MS.
2. World Health Organization 2007. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action.
3. Hawkes SJ, Gomez GB, Broutet N (2013) Early Antenatal Care: Does It Make a Difference to Outcomes of Pregnancy Associated with Syphilis? A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 8(2): e56713.
4. Braga A, Sun SY, Maestá I, Uberti E. Doença trofoblástica gestacional. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 23/Comissão Nacional Especializada em Doença Trofoblástica Gestacional)
5. Junior J E, Montenegro N A, Soares R C, Camano L. Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento. Situação atual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(3):149-59
6. Fábio Siqueira1 Thiago Rocha Moura F S, Silva S S, Peraçoli J C. Medicamentos anti-hipertensivos na gestação e puerpério. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1: S55-S68, 2011
7. Mauad Filho, Francisco, Dias, Cleusa C., Meirelles, Roberto S., Cunha, Sergio P., Nogueira, Antonio, & Duarte, Geraldo. (1998). Diabetes e gravidez: aspectos clínicos e perinatais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 20(4), 193-198.
8. World Health Organization 2016.
9. Ministry of Health Report: 1929 Memorandum on Antenatal Clinics: Their Conduct and Scope. London, His Majesty's Stationery Office, 1930.
10. Nicolaides, K. H. Turning the Pyramid of Prenatal Care. Fetal Diagn Ther 29 (3), 183-96 2011
11. The SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) study group. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 2007; 369: 115–22
12. Rolnik, D. L., Wright, D., Poon, L. C., O'Gorman, N., Syngelaki, A., de Paco Matallana, C., Nicolaides, K. H. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. New England Journal of Medicine, 2017 377(7), 613–622.
13. Bujold, E., Roberge, S., Lacasse, Y., Bureau, M., Audibert, F., Marcoux, S., ... Giguère, Y. (2010). Prevention of Preeclampsia and Intrauterine Growth Restriction With Aspirin Started in Early Pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 116(2, Part 1), 402–414.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 142. (2014). Obstetrics & Gynecology, 123(2, PART 1), 372–379.
15. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. Am J Obstet Gynecol 2018; 218:161.
16. Jarde et al. Vaginal progesterone, oral progesterone, 17-OHPC, cerclage, and pessary for preventing preterm birth in at-risk singleton pregnancies: an updated systematic review and network meta-analysis. BJOG, 126 (5), 556-567 Apr 2019
17. Ning, A., Vladutiu, C. J., Dotters-Katz, S. K., Goodnight, W. H., & Manuck, T. A. (2017). Gestational age at initiation of 17-alpha hydroxyprogesterone caproate and recurrent preterm birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 217(3), 371.e1–371.e7.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
19. Organização Panamericana de Saúde. REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
20. Saúde Brasil 2017. http://portalods.com.br/wp-content/uploads/2019/03/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf.
21. Saúde Brasil 2018. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agrivos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Nota Técnica nº 60/2017
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://cgia-paps.github.io/Manual-eSUS-APS/>>
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 7662.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

[1] Para os municípios com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro municipal poderá ser aplicado para o cálculo do denominador estimado: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).

Documento assinado eletronicamente por **Antônio Rodrigues Braga Neto**, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, em 15/02/2022, às 18:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente**, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde, em 17/02/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://se.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025109328** e o código CRC **5FC39E7E**.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 21/01/2022 | Edição: 15 | Seção: 1 | Página: 197

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PORTARIA GM/MS Nº 102, DE 20 DE JANEIRO DE 2022

Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, resolve:

Art. 1º A Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho previsto na Seção III, do Título II, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, institui os indicadores de monitoramento e custeio para os anos de 2020, 2021 e 2022 e estabelece as ações prioritárias para definição dos indicadores do pagamento por desempenho." (NR)

"Art. 2º

I - parâmetro: representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador;

II - meta: quantificação do valor de referência do alcance da qualidade esperada para o indicador no contexto do pagamento por desempenho na APS;

III - peso: fator de multiplicação de cada indicador na composição da nota final; e

IV - indicador sintético final: indicador síntese do desempenho das equipes que variará de (0) zero a (10) dez, sendo obtido a partir da atribuição da nota individual para cada indicador, segundo seus respectivos parâmetros, e da ponderação pelos respectivos pesos de cada indicador, definidos em conformidade com o esforço necessário para seu alcance." (NR)

"Art. 4º Os resultados dos indicadores alcançados por equipes homologadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES serão agrupados em um indicador sintético final, que irá definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por município e pelo Distrito Federal." (NR)

"Art. 6º O conjunto de indicadores do pagamento por desempenho a ser observado na atuação das equipes de Saúde da Família - eSF e equipes de Atenção Primária - eAP, para o ano de 2020, 2021 e 2022, abrange as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).

§ 1º São indicadores do pagamento por desempenho para os anos de 2020 e 2021:

.....

§ 2º São indicadores do pagamento por desempenho para o ano de 2022:

I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;

II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;

III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

IV - proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;

V - 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;

VI - proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e

VII - proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

§ 3º A especificação dos parâmetros, metas e pesos dos indicadores do pagamento por desempenho será descrita em notas técnicas específicas que serão disponibilizadas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde referente à Atenção Primária a Saúde." (NR)

"Art. 6º-A O financiamento dos indicadores estabelecidos no § 2º do art. 6º para o ano de 2022 observará as seguintes regras:

I - no primeiro quadrimestre de 2022 será considerado:

a) o percentual de alcance real para as metas dos indicadores elencados no incisos I e II do § 2º do art. 6º; e

b) o percentual de alcance de 100% para as metas dos indicadores elencados nos incisos III, IV, V, VI e VII do § 2º do art. 6º;

II - no segundo quadrimestre de 2022 será considerado:

a) o percentual de alcance real para as metas dos indicadores elencados nos incisos I, II, III, IV e V do § 2º do art. 6º; e

b) o percentual de alcance de 100% para as metas dos indicadores elencados nos incisos VI e VII do § 2º do art. 6º;

III - no terceiro quadrimestre de 2022 será considerado o percentual de alcance real para as metas de todos os 7 (sete) indicadores elencados no § 2º do art. 6º." (NR)

"Art. 7º O rol de indicadores do pagamento por desempenho previsto no § 2º do art. 6º e as regras de apuração poderão ser alterados após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite, devendo ser contempladas as seguintes ações prioritárias na definição de novos indicadores:

.....

Parágrafo único. As ações prioritárias previstas no caput deste artigo poderão ser alteradas por ato do Ministro de Estado da Saúde, após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite." (NR)

"Art. 8º O Ministério da Saúde propiciará o acompanhamento dos resultados de cada equipe, relacionados aos indicadores contidos nesta Portaria, disponibilizados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde referente à Atenção Primária à Saúde." (NR)

"Art. 9º Será considerado o alcance de 100% (cem por cento) da meta dos indicadores para efeitos de pagamento:

....." (NR)

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 10/01/2022 | Edição: 6 | Seção: 1 | Página: 114

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PORTARIA GM/MS Nº 26, DE 7 DE JANEIRO DE 2022

Estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2022, no âmbito do Programa Previne Brasil, e o valor do incentivo financeiro.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando o disposto no parágrafo único do art. 9º-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional, de que trata o art. 9º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para o ano de 2022 no âmbito do Programa Previne Brasil e o valor do incentivo financeiro.

Art. 2º Fica estabelecido o valor per capita anual de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional e o valor do incentivo financeiro descrito no Anexo a esta Portaria, a ser transferido aos municípios e Distrito Federal nas 12 (doze) competências financeiras do ano de 2022.

§ 1º O cálculo do valor mensal do incentivo financeiro com base em critério populacional foi realizado multiplicando-se o valor per capita anual, de que trata o caput, pela estimativa mais recente da população dos municípios e Distrito Federal divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, vigente na data do cálculo, dividido por 12 (doze).

§ 2º O incentivo financeiro com base em critério populacional será transferido, mensalmente, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, de que dispõe o inciso I do art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Distrital de Saúde de forma automática e corresponderá aos valores descritos no Anexo a esta Portaria.

Art. 3º Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Primária à Saúde, no Plano Orçamentário 0008 - Incentivo Financeiro da APS - Capitação Ponderada, totalizando o valor de R\$1.269.239.979,72 (um bilhão, duzentos e sessenta e nove milhões, duzentos e trinta e nove mil novecentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos).

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência de janeiro a dezembro de 2022.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES

ANEXO

VALOR MENSAL E TOTAL DO INCENTIVO FINANCEIRO COM BASE EM CRITÉRIO POPULACIONAL A SER TRANSFERIDO AOS MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL NAS 12 (DOZE) COMPETÊNCIAS FINANCEIRAS DO ANO DE 2022

UF	Município	IBGE	Estimativa IBGE 2021	Valor Mensal	Valor total - competências financeiras janeiro a dezembro de 2022
AC	Acrelândia	120001	15721	R\$ 7.795,00	R\$ 93.540,00

AC	Assis Brasil	120005	7649	R\$ 3.792,63	R\$ 45.511,56
AC	Brasiléia	120010	27123	R\$ 13.448,49	R\$ 161.381,88
AC	Bujari	120013	10572	R\$ 5.241,95	R\$ 62.903,40
AC	Capixaba	120017	12280	R\$ 6.088,83	R\$ 73.065,96
AC	Cruzeiro do Sul	120020	89760	R\$ 44.506,00	R\$ 534.072,00
AC	Epitaciolândia	120025	18979	R\$ 9.410,42	R\$ 112.925,04
AC	Feijó	120030	34986	R\$ 17.347,23	R\$ 208.166,76
AC	Jordão	120032	8628	R\$ 4.278,05	R\$ 51.336,60
AC	Mâncio Lima	120033	19643	R\$ 9.739,65	R\$ 116.875,80
AC	Manoel Urbano	120034	9701	R\$ 4.810,08	R\$ 57.720,96
AC	Marechal Thaumaturgo	120035	19727	R\$ 9.781,30	R\$ 117.375,60
AC	Plácido de Castro	120038	20147	R\$ 9.989,55	R\$ 119.874,60
AC	Porto Acre	120080	19141	R\$ 9.490,75	R\$ 113.889,00
AC	Porto Walter	120039	12497	R\$ 6.196,43	R\$ 74.357,16
AC	Rio Branco	120040	419452	R\$ 207.978,28	R\$ 2.495.739,36
AC	Rodrigues Alves	120042	19767	R\$ 9.801,14	R\$ 117.613,68
AC	Santa Rosa do Purus	120043	6893	R\$ 3.417,78	R\$ 41.013,36
AC	Sena Madureira	120050	47168	R\$ 23.387,47	R\$ 280.649,64
AC	Senador Guimard	120045	23446	R\$ 11.625,31	R\$ 139.503,72
AC	Tarauacá	120060	43730	R\$ 21.682,79	R\$ 260.193,48
AC	Xapuri	120070	19866	R\$ 9.850,23	R\$ 118.202,76
AL	Água Branca	270010	20263	R\$ 10.047,07	R\$ 120.564,84
AL	Anadia	270020	17507	R\$ 8.680,55	R\$ 104.166,60
AL	Arapiraca	270030	234309	R\$ 116.178,21	R\$ 1.394.138,52
AL	Atalaia	270040	47540	R\$ 23.571,92	R\$ 282.863,04
AL	Barra de Santo Antônio	270050	16201	R\$ 8.033,00	R\$ 96.396,00
AL	Barra de São Miguel	270060	8434	R\$ 4.181,86	R\$ 50.182,32
AL	Batalha	270070	18440	R\$ 9.143,17	R\$ 109.718,04
AL	Belém	270080	4226	R\$ 2.095,39	R\$ 25.144,68
AL	Belo Monte	270090	6717	R\$ 3.330,51	R\$ 39.966,12
AL	Boca da Mata	270100	27429	R\$ 13.600,21	R\$ 163.202,52
AL	Branquinha	270110	10426	R\$ 5.169,56	R\$ 62.034,72
AL	Cacimbinhas	270120	10920	R\$ 5.414,50	R\$ 64.974,00
AL	Cajueiro	270130	21397	R\$ 10.609,35	R\$ 127.312,20

AL	Campestre	270135	6972	R\$ 3.456,95	R\$ 41.483,40
AL	Campo Alegre	270140	57997	R\$ 28.756,85	R\$ 345.082,20
AL	Campo Grande	270150	9576	R\$ 4.748,10	R\$ 56.977,20
AL	Canapi	270160	17715	R\$ 8.783,69	R\$ 105.404,28
AL	Capela	270170	16907	R\$ 8.383,05	R\$ 100.596,60
AL	Carneiros	270180	9568	R\$ 4.744,13	R\$ 56.929,56
AL	Chã Preta	270190	7311	R\$ 3.625,04	R\$ 43.500,48
AL	Coité do Nóia	270200	10594	R\$ 5.252,86	R\$ 63.034,32
AL	Colônia Leopoldina	270210	21935	R\$ 10.876,10	R\$ 130.513,20
AL	Coqueiro Seco	270220	5882	R\$ 2.916,49	R\$ 34.997,88
AL	Coruripe	270230	57647	R\$ 28.583,30	R\$ 342.999,60
AL	Craíbas	270235	24396	R\$ 12.096,35	R\$ 145.156,20
AL	Delmiro Gouveia	270240	52501	R\$ 26.031,75	R\$ 312.381,00
AL	Dois Riachos	270250	11059	R\$ 5.483,42	R\$ 65.801,04
AL	Estrela de Alagoas	270255	18304	R\$ 9.075,73	R\$ 108.908,76
AL	Feira Grande	270260	22192	R\$ 11.003,53	R\$ 132.042,36
AL	Feliz Deserto	270270	4803	R\$ 2.381,49	R\$ 28.577,88
AL	Flexeiras	270280	12823	R\$ 6.358,07	R\$ 76.296,84
AL	Girau do Ponciano	270290	41549	R\$ 20.601,38	R\$ 247.216,56
AL	Ibateguara	270300	15637	R\$ 7.753,35	R\$ 93.040,20
AL	Igaci	270310	25596	R\$ 12.691,35	R\$ 152.296,20
AL	Igreja Nova	270320	24670	R\$ 12.232,21	R\$ 146.786,52
AL	Inhapi	270330	18398	R\$ 9.122,34	R\$ 109.468,08
AL	Jacaré dos Homens	270340	5185	R\$ 2.570,90	R\$ 30.850,80
AL	Jacuípe	270350	6992	R\$ 3.466,87	R\$ 41.602,44
AL	Japaratinga	270360	8444	R\$ 4.186,82	R\$ 50.241,84
AL	Jaramataia	270370	5751	R\$ 2.851,54	R\$ 34.218,48
AL	Jequiá da Praia	270375	11495	R\$ 5.699,60	R\$ 68.395,20
AL	Joaquim Gomes	270380	24167	R\$ 11.982,80	R\$ 143.793,60
AL	Jundiá	270390	4119	R\$ 2.042,34	R\$ 24.508,08
AL	Junqueiro	270400	24716	R\$ 12.255,02	R\$ 147.060,24
AL	Lagoa da Canoa	270410	17692	R\$ 8.772,28	R\$ 105.267,36
AL	Limoeiro de Anadia	270420	28904	R\$ 14.331,57	R\$ 171.978,84
AL	Maceió	270430	1031597	R\$ 511.500,18	R\$ 6.138.002,16
AL	Major Isidoro	270440	19923	R\$ 9.878,49	R\$ 118.541,88

AL	Mar Vermelho	270490	3474	R\$ 1.722,53	R\$ 20.670,36
AL	Maragogi	270450	33351	R\$ 16.536,54	R\$ 198.438,48
AL	Maravilha	270460	8850	R\$ 4.388,13	R\$ 52.657,56
AL	Marechal Deodoro	270470	52848	R\$ 26.203,80	R\$ 314.445,60
AL	Maribondo	270480	13123	R\$ 6.506,82	R\$ 78.081,84
AL	Mata Grande	270500	25200	R\$ 12.495,00	R\$ 149.940,00
AL	Matriz de Camaragibe	270510	24627	R\$ 12.210,89	R\$ 146.530,68
AL	Messias	270520	18201	R\$ 9.024,66	R\$ 108.295,92
AL	Minador do Negrão	270530	5315	R\$ 2.635,35	R\$ 31.624,20
AL	Monteirópolis	270540	7171	R\$ 3.555,62	R\$ 42.667,44
AL	Murici	270550	28428	R\$ 14.095,55	R\$ 169.146,60
AL	Novo Lino	270560	12837	R\$ 6.365,01	R\$ 76.380,12
AL	Olho d'Água das Flores	270570	21690	R\$ 10.754,63	R\$ 129.055,56
AL	Olho d'Água do Casado	270580	9507	R\$ 4.713,89	R\$ 56.566,68
AL	Olho d'Água Grande	270590	5133	R\$ 2.545,11	R\$ 30.541,32
AL	Olivença	270600	11681	R\$ 5.791,83	R\$ 69.501,96
AL	Ouro Branco	270610	11573	R\$ 5.738,28	R\$ 68.859,36
AL	Palestina	270620	5061	R\$ 2.509,41	R\$ 30.112,92
AL	Palmeira dos Índios	270630	73452	R\$ 36.419,95	R\$ 437.039,40
AL	Pão de Açúcar	270640	24307	R\$ 12.052,22	R\$ 144.626,64
AL	Pariconha	270642	10546	R\$ 5.229,06	R\$ 62.748,72
AL	Paripueira	270644	13484	R\$ 6.685,82	R\$ 80.229,84
AL	Passo de Camaragibe	270650	15270	R\$ 7.571,38	R\$ 90.856,56
AL	Paulo Jacinto	270660	7556	R\$ 3.746,52	R\$ 44.958,24
AL	Penedo	270670	64005	R\$ 31.735,81	R\$ 380.829,72
AL	Piaçabuçu	270680	17868	R\$ 8.859,55	R\$ 106.314,60
AL	Pilar	270690	35310	R\$ 17.507,88	R\$ 210.094,56
AL	Pindoba	270700	2903	R\$ 1.439,40	R\$ 17.272,80
AL	Piranhas	270710	25324	R\$ 12.556,48	R\$ 150.677,76
AL	Poço das Trincheiras	270720	14447	R\$ 7.163,30	R\$ 85.959,60
AL	Porto Calvo	270730	27331	R\$ 13.551,62	R\$ 162.619,44
AL	Porto de Pedras	270740	7618	R\$ 3.777,26	R\$ 45.327,12
AL	Porto Real do Colégio	270750	20158	R\$ 9.995,01	R\$ 119.940,12
AL	Quebrangulo	270760	11202	R\$ 5.554,33	R\$ 66.651,96

AL	Rio Largo	270770	75662	R\$ 37.515,74	R\$ 450.188,88
AL	Roteiro	270780	6634	R\$ 3.289,36	R\$ 39.472,32
AL	Santa Luzia do Norte	270790	7344	R\$ 3.641,40	R\$ 43.696,80
AL	Santana do Ipanema	270800	47910	R\$ 23.755,38	R\$ 285.064,56
AL	Santana do Mundaú	270810	10637	R\$ 5.274,18	R\$ 63.290,16
AL	São Brás	270820	6977	R\$ 3.459,43	R\$ 41.513,16
AL	São José da Laje	270830	24064	R\$ 11.931,73	R\$ 143.180,76
AL	São José da Tapera	270840	32462	R\$ 16.095,74	R\$ 193.148,88
AL	São Luís do Quitunde	270850	34825	R\$ 17.267,40	R\$ 207.208,80
AL	São Miguel dos Campos	270860	62328	R\$ 30.904,30	R\$ 370.851,60
AL	São Miguel dos Milagres	270870	8073	R\$ 4.002,86	R\$ 48.034,32
AL	São Sebastião	270880	34424	R\$ 17.068,57	R\$ 204.822,84
AL	Satuba	270890	14042	R\$ 6.962,49	R\$ 83.549,88
AL	Senador Rui Palmeira	270895	13893	R\$ 6.888,61	R\$ 82.663,32
AL	Tanque d'Arca	270900	6115	R\$ 3.032,02	R\$ 36.384,24
AL	Taquarana	270910	20162	R\$ 9.996,99	R\$ 119.963,88
AL	Teotônio Vilela	270915	44570	R\$ 22.099,29	R\$ 265.191,48
AL	Traipu	270920	27934	R\$ 13.850,61	R\$ 166.207,32
AL	União dos Palmares	270930	65963	R\$ 32.706,65	R\$ 392.479,80
AL	Viçosa	270940	25655	R\$ 12.720,60	R\$ 152.647,20
AM	Alvarães	130002	16396	R\$ 8.129,68	R\$ 97.556,16
AM	Amaturá	130006	11934	R\$ 5.917,28	R\$ 71.007,36
AM	Anamã	130008	14292	R\$ 7.086,45	R\$ 85.037,40
AM	Anori	130010	21937	R\$ 10.877,10	R\$ 130.525,20
AM	Apuí	130014	22739	R\$ 11.274,75	R\$ 135.297,00
AM	Atalaia do Norte	130020	20868	R\$ 10.347,05	R\$ 124.164,60
AM	Autazes	130030	41005	R\$ 20.331,65	R\$ 243.979,80
AM	Barcelos	130040	27772	R\$ 13.770,28	R\$ 165.243,36
AM	Barreirinha	130050	32919	R\$ 16.322,34	R\$ 195.868,08
AM	Benjamin Constant	130060	44873	R\$ 22.249,53	R\$ 266.994,36
AM	Beruri	130063	20503	R\$ 10.166,07	R\$ 121.992,84
AM	Boa Vista do Ramos	130068	20040	R\$ 9.936,50	R\$ 119.238,00

AM	Boca do Acre	130070	34958	R\$ 17.333,34	R\$ 208.000,08
AM	Borba	130080	42328	R\$ 20.987,63	R\$ 251.851,56
AM	Caapiranga	130083	13482	R\$ 6.684,83	R\$ 80.217,96
AM	Canutama	130090	15981	R\$ 7.923,91	R\$ 95.086,92
AM	Carauari	130100	28719	R\$ 14.239,84	R\$ 170.878,08
AM	Careiro	130110	38820	R\$ 19.248,25	R\$ 230.979,00
AM	Careiro da Várzea	130115	31459	R\$ 15.598,42	R\$ 187.181,04
AM	Coari	130120	86713	R\$ 42.995,20	R\$ 515.942,40
AM	Codajás	130130	29691	R\$ 14.721,79	R\$ 176.661,48
AM	Eirunepé	130140	36121	R\$ 17.910,00	R\$ 214.920,00
AM	Envira	130150	20748	R\$ 10.287,55	R\$ 123.450,60
AM	Fonte Boa	130160	16409	R\$ 8.136,13	R\$ 97.633,56
AM	Guajará	130165	17193	R\$ 8.524,86	R\$ 102.298,32
AM	Humaitá	130170	57195	R\$ 28.359,19	R\$ 340.310,28
AM	Ipixuna	130180	31172	R\$ 15.456,12	R\$ 185.473,44
AM	Iranduba	130185	49718	R\$ 24.651,84	R\$ 295.822,08
AM	Itacoatiara	130190	104046	R\$ 51.589,48	R\$ 619.073,76
AM	Itamarati	130195	7777	R\$ 3.856,10	R\$ 46.273,20
AM	Itapiranga	130200	9312	R\$ 4.617,20	R\$ 55.406,40
AM	Japurá	130210	1755	R\$ 870,19	R\$ 10.442,28
AM	Juruá	130220	15495	R\$ 7.682,94	R\$ 92.195,28
AM	Jutai	130230	13462	R\$ 6.674,91	R\$ 80.098,92
AM	Lábrea	130240	47685	R\$ 23.643,81	R\$ 283.725,72
AM	Manacapuru	130250	99613	R\$ 49.391,45	R\$ 592.697,40
AM	Manaquiri	130255	33981	R\$ 16.848,91	R\$ 202.186,92
AM	Manaus	130260	2255903	R\$ 1.118.551,90	R\$ 13.422.622,80
AM	Manicoré	130270	57405	R\$ 28.463,31	R\$ 341.559,72
AM	Maraã	130280	18298	R\$ 9.072,76	R\$ 108.873,12
AM	Maués	130290	66159	R\$ 32.803,84	R\$ 393.646,08
AM	Nhamundá	130300	21710	R\$ 10.764,54	R\$ 129.174,48
AM	Nova Olinda do Norte	130310	38665	R\$ 19.171,40	R\$ 230.056,80
AM	Novo Airão	130320	20395	R\$ 10.112,52	R\$ 121.350,24
AM	Novo Aripuanã	130330	26443	R\$ 13.111,32	R\$ 157.335,84
AM	Parintins	130340	116439	R\$ 57.734,34	R\$ 692.812,08

AM	Pauini	130350	19616	R\$ 9.726,27	R\$ 116.715,24
AM	Presidente Figueiredo	130353	38095	R\$ 18.888,77	R\$ 226.665,24
AM	Rio Preto da Eva	130356	34856	R\$ 17.282,77	R\$ 207.393,24
AM	Santa Isabel do Rio Negro	130360	26566	R\$ 13.172,31	R\$ 158.067,72
AM	Santo Antônio do Içá	130370	20889	R\$ 10.357,46	R\$ 124.289,52
AM	São Gabriel da Cachoeira	130380	47031	R\$ 23.319,54	R\$ 279.834,48
AM	São Paulo de Olivença	130390	40837	R\$ 20.248,35	R\$ 242.980,20
AM	São Sebastião do Uatumã	130395	14678	R\$ 7.277,84	R\$ 87.334,08
AM	Silves	130400	9289	R\$ 4.605,80	R\$ 55.269,60
AM	Tabatinga	130406	68502	R\$ 33.965,58	R\$ 407.586,96
AM	Tapauá	130410	16876	R\$ 8.367,68	R\$ 100.412,16
AM	Tefé	130420	59250	R\$ 29.378,13	R\$ 352.537,56
AM	Tonantins	130423	19038	R\$ 9.439,68	R\$ 113.276,16
AM	Uarini	130426	13839	R\$ 6.861,84	R\$ 82.342,08
AM	Urucará	130430	16007	R\$ 7.936,80	R\$ 95.241,60
AM	Urucurituba	130440	24098	R\$ 11.948,59	R\$ 143.383,08
AP	Amapá	160010	9265	R\$ 4.593,90	R\$ 55.126,80
AP	Calçoene	160020	11493	R\$ 5.698,61	R\$ 68.383,32
AP	Cutias	160021	6217	R\$ 3.082,60	R\$ 36.991,20
AP	Ferreira Gomes	160023	8151	R\$ 4.041,54	R\$ 48.498,48
AP	Itaubal	160025	5730	R\$ 2.841,13	R\$ 34.093,56
AP	Laranjal do Jari	160027	52302	R\$ 25.933,08	R\$ 311.196,96
AP	Macapá	160030	522357	R\$ 259.002,01	R\$ 3.108.024,12
AP	Mazagão	160040	22468	R\$ 11.140,38	R\$ 133.684,56
AP	Oiapoque	160050	28534	R\$ 14.148,11	R\$ 169.777,32
AP	Pedra Branca do Amapari	160015	17625	R\$ 8.739,06	R\$ 104.868,72
AP	Porto Grande	160053	22927	R\$ 11.367,97	R\$ 136.415,64
AP	Pracuúba	160055	5370	R\$ 2.662,63	R\$ 31.951,56
AP	Santana	160060	124808	R\$ 61.883,97	R\$ 742.607,64
AP	Serra do Navio	160005	5577	R\$ 2.765,26	R\$ 33.183,12
AP	Tartarugalzinho	160070	18217	R\$ 9.032,60	R\$ 108.391,20
AP	Vitória do Jari	160080	16572	R\$ 8.216,95	R\$ 98.603,40
BA	Abaira	290010	8681	R\$ 4.304,33	R\$ 51.651,96
BA	Abaré	290020	20594	R\$ 10.211,19	R\$ 122.534,28

BA	Acajutiba	290030	15214	R\$ 7.543,61	R\$ 90.523,32
BA	Adustina	290035	17209	R\$ 8.532,80	R\$ 102.393,60
BA	Água Fria	290040	17096	R\$ 8.476,77	R\$ 101.721,24
BA	Aiquara	290060	4387	R\$ 2.175,22	R\$ 26.102,64
BA	Alagoinhas	290070	153023	R\$ 75.873,90	R\$ 910.486,80
BA	Alcobaça	290080	22509	R\$ 11.160,71	R\$ 133.928,52
BA	Almadina	290090	5273	R\$ 2.614,53	R\$ 31.374,36
BA	Amargosa	290100	37631	R\$ 18.658,70	R\$ 223.904,40
BA	Amélia Rodrigues	290110	24997	R\$ 12.394,35	R\$ 148.732,20
BA	América Dourada	290115	16086	R\$ 7.975,98	R\$ 95.711,76

BA	Anagé	290120	21229	R\$ 10.526,05	R\$ 126.312,60
BA	Andaraí	290130	13122	R\$ 6.506,33	R\$ 78.075,96
BA	Andorinha	290135	14416	R\$ 7.147,93	R\$ 85.775,16
BA	Angical	290140	13902	R\$ 6.893,08	R\$ 82.716,96
BA	Anguera	290150	11369	R\$ 5.637,13	R\$ 67.645,56
BA	Antas	290160	19659	R\$ 9.747,59	R\$ 116.971,08
BA	Antônio Cardoso	290170	11670	R\$ 5.786,38	R\$ 69.436,56
BA	Antônio Gonçalves	290180	11955	R\$ 5.927,69	R\$ 71.132,28
BA	Aporá	290190	17840	R\$ 8.845,67	R\$ 106.148,04
BA	Apuarema	290195	7274	R\$ 3.606,69	R\$ 43.280,28
BA	Araçás	290205	12237	R\$ 6.067,51	R\$ 72.810,12
BA	Aracatu	290200	12960	R\$ 6.426,00	R\$ 77.112,00
BA	Araci	290210	54903	R\$ 27.222,74	R\$ 326.672,88
BA	Aramari	290220	11519	R\$ 5.711,50	R\$ 68.538,00
BA	Arataca	290225	10904	R\$ 5.406,57	R\$ 64.878,84
BA	Aratuípe	290230	8848	R\$ 4.387,13	R\$ 52.645,56
BA	Aurelino Leal	290240	11079	R\$ 5.493,34	R\$ 65.920,08
BA	Baianópolis	290250	13979	R\$ 6.931,25	R\$ 83.175,00
BA	Baixa Grande	290260	20431	R\$ 10.130,37	R\$ 121.564,44
BA	Banzaê	290265	13251	R\$ 6.570,29	R\$ 78.843,48
BA	Barra	290270	54225	R\$ 26.886,56	R\$ 322.638,72
BA	Barra da Estiva	290280	20198	R\$ 10.014,84	R\$ 120.178,08
BA	Barra do Choça	290290	30831	R\$ 15.287,04	R\$ 183.444,48
BA	Barra do Mendes	290300	13128	R\$ 6.509,30	R\$ 78.111,60
BA	Barra do Rocha	290310	5515	R\$ 2.734,52	R\$ 32.814,24
BA	Barreiras	290320	158432	R\$ 78.555,87	R\$ 942.670,44
BA	Barro Alto	290323	15171	R\$ 7.522,29	R\$ 90.267,48
BA	Barro Preto	290330	5312	R\$ 2.633,87	R\$ 31.606,44
BA	Barrocas	290327	16225	R\$ 8.044,90	R\$ 96.538,80
BA	Belmonte	290340	23540	R\$ 11.671,92	R\$ 140.063,04
BA	Belo Campo	290350	17013	R\$ 8.435,61	R\$ 101.227,32
BA	Biritinga	290360	15989	R\$ 7.927,88	R\$ 95.134,56
BA	Boa Nova	290370	12039	R\$ 5.969,34	R\$ 71.632,08
BA	Boa Vista do Tupim	290380	18491	R\$ 9.168,45	R\$ 110.021,40
BA	Bom Jesus da Lapa	290390	70151	R\$ 34.783,20	R\$ 417.398,40
BA	Bom Jesus da Serra	290395	9768	R\$ 4.843,30	R\$ 58.119,60
BA	Boninal	290400	14518	R\$ 7.198,51	R\$ 86.382,12
BA	Bonito	290405	16999	R\$ 8.428,67	R\$ 101.144,04

BA	Boquira	290410	21486	R\$ 10.653,48	R\$ 127.841,76
BA	Botuporã	290420	10050	R\$ 4.983,13	R\$ 59.797,56
BA	Brejões	290430	14155	R\$ 7.018,52	R\$ 84.222,24
BA	Brejolândia	290440	10675	R\$ 5.293,02	R\$ 63.516,24
BA	Brotas de Macaúbas	290450	10705	R\$ 5.307,90	R\$ 63.694,80
BA	Brumado	290460	67468	R\$ 33.452,88	R\$ 401.434,56
BA	Buerarema	290470	18269	R\$ 9.058,38	R\$ 108.700,56
BA	Buritirama	290475	21374	R\$ 10.597,94	R\$ 127.175,28
BA	Caatiba	290480	6232	R\$ 3.090,03	R\$ 37.080,36
BA	Cabaceiras do Paraguaçu	290485	19010	R\$ 9.425,79	R\$ 113.109,48
BA	Cachoeira	290490	33659	R\$ 16.689,25	R\$ 200.271,00
BA	Caculé	290500	23407	R\$ 11.605,97	R\$ 139.271,64
BA	Caém	290510	8912	R\$ 4.418,87	R\$ 53.026,44
BA	Caetanós	290515	14671	R\$ 7.274,37	R\$ 87.292,44
BA	Caetité	290520	51184	R\$ 25.378,73	R\$ 304.544,76
BA	Cafarnaum	290530	18585	R\$ 9.215,06	R\$ 110.580,72
BA	Cairu	290540	18666	R\$ 9.255,23	R\$ 111.062,76
BA	Caldeirão Grande	290550	13452	R\$ 6.669,95	R\$ 80.039,40
BA	Camacan	290560	32023	R\$ 15.878,07	R\$ 190.536,84
BA	Camaçari	290570	309208	R\$ 153.315,63	R\$ 1.839.787,56
BA	Camamu	290580	35444	R\$ 17.574,32	R\$ 210.891,84
BA	Campo Alegre de Lourdes	290590	28839	R\$ 14.299,34	R\$ 171.592,08
BA	Campo Formoso	290600	71754	R\$ 35.578,03	R\$ 426.936,36
BA	Canápolis	290610	9694	R\$ 4.806,61	R\$ 57.679,32
BA	Canarana	290620	26468	R\$ 13.123,72	R\$ 157.484,64
BA	Canavieiras	290630	30722	R\$ 15.232,99	R\$ 182.795,88
BA	Candeal	290640	8109	R\$ 4.020,71	R\$ 48.248,52
BA	Candeias	290650	87820	R\$ 43.544,08	R\$ 522.528,96
BA	Candiba	290660	14415	R\$ 7.147,44	R\$ 85.769,28
BA	Cândido Sales	290670	24921	R\$ 12.356,66	R\$ 148.279,92
BA	Cansanção	290680	34929	R\$ 17.318,96	R\$ 207.827,52
BA	Canudos	290682	16832	R\$ 8.345,87	R\$ 100.150,44
BA	Capela do Alto Alegre	290685	11597	R\$ 5.750,18	R\$ 69.002,16
BA	Capim Grosso	290687	31055	R\$ 15.398,10	R\$ 184.777,20
BA	Caraíbas	290689	8659	R\$ 4.293,42	R\$ 51.521,04
BA	Caravelas	290690	22166	R\$ 10.990,64	R\$ 131.887,68
BA	Cardeal da Silva	290700	9395	R\$ 4.658,35	R\$ 55.900,20
BA	Carinhanha	290710	29118	R\$ 14.437,68	R\$ 173.252,16
BA	Casa Nova	290720	73092	R\$ 36.241,45	R\$ 434.897,40
BA	Castro Alves	290730	26369	R\$ 13.074,63	R\$ 156.895,56
BA	Catolândia	290740	3619	R\$ 1.794,42	R\$ 21.533,04
BA	Catu	290750	55222	R\$ 27.380,91	R\$ 328.570,92
BA	Caturama	290755	9303	R\$ 4.612,74	R\$ 55.352,88
BA	Central	290760	17293	R\$ 8.574,45	R\$ 102.893,40
BA	Chorrochó	290770	11221	R\$ 5.563,75	R\$ 66.765,00
BA	Cícero Dantas	290780	32636	R\$ 16.182,02	R\$ 194.184,24
BA	Cipó	290790	17402	R\$ 8.628,49	R\$ 103.541,88
BA	Coaraci	290800	16128	R\$ 7.996,80	R\$ 95.961,60
BA	Cocos	290810	18835	R\$ 9.339,02	R\$ 112.068,24
BA	Conceição da Feira	290820	22933	R\$ 11.370,95	R\$ 136.451,40
BA	Conceição do Almeida	290830	17087	R\$ 8.472,30	R\$ 101.667,60
BA	Conceição do Coité	290840	67394	R\$ 33.416,19	R\$ 400.994,28

BA	Conceição do Jacuípe	290850	33631	R\$ 16.675,37	R\$ 200.104,44
BA	Conde	290860	26223	R\$ 13.002,24	R\$ 156.026,88
BA	Condeúba	290870	17113	R\$ 8.485,20	R\$ 101.822,40
BA	Contendas do Sincorá	290880	4025	R\$ 1.995,73	R\$ 23.948,76
BA	Coração de Maria	290890	22391	R\$ 11.102,20	R\$ 133.226,40
BA	Cordeiros	290900	8667	R\$ 4.297,39	R\$ 51.568,68
BA	Coribe	290910	14108	R\$ 6.995,22	R\$ 83.942,64
BA	Coronel João Sá	290920	15549	R\$ 7.709,71	R\$ 92.516,52
BA	Correntina	290930	32243	R\$ 15.987,15	R\$ 191.845,80
BA	Cotegipe	290940	13756	R\$ 6.820,68	R\$ 81.848,16
BA	Cravolândia	290950	5352	R\$ 2.653,70	R\$ 31.844,40
BA	Crisópolis	290960	21219	R\$ 10.521,09	R\$ 126.253,08
BA	Cristópolis	290970	13981	R\$ 6.932,25	R\$ 83.187,00
BA	Cruz das Almas	290980	63923	R\$ 31.695,15	R\$ 380.341,80
BA	Curaçá	290990	35065	R\$ 17.386,40	R\$ 208.636,80
BA	Dário Meira	291000	10347	R\$ 5.130,39	R\$ 61.564,68
BA	Dias d'Ávila	291005	83705	R\$ 41.503,73	R\$ 498.044,76
BA	Dom Basílio	291010	12281	R\$ 6.089,33	R\$ 73.071,96
BA	Dom Macedo Costa	291020	4072	R\$ 2.019,03	R\$ 24.228,36
BA	Elísio Medrado	291030	8129	R\$ 4.030,63	R\$ 48.367,56
BA	Encruzilhada	291040	15914	R\$ 7.890,69	R\$ 94.688,28
BA	Entre Rios	291050	42014	R\$ 20.831,94	R\$ 249.983,28
BA	Érico Cardoso	290050	10513	R\$ 5.212,70	R\$ 62.552,40
BA	Esplanada	291060	37902	R\$ 18.793,08	R\$ 225.516,96
BA	Euclides da Cunha	291070	61112	R\$ 30.301,37	R\$ 363.616,44
BA	Eunápolis	291072	115360	R\$ 57.199,33	R\$ 686.391,96
BA	Fátima	291075	17801	R\$ 8.826,33	R\$ 105.915,96
BA	Feira da Mata	291077	5656	R\$ 2.804,43	R\$ 33.653,16
BA	Feira de Santana	291080	624107	R\$ 309.453,05	R\$ 3.713.436,60
BA	Filadélfia	291085	16314	R\$ 8.089,03	R\$ 97.068,36
BA	Firmino Alves	291090	5641	R\$ 2.797,00	R\$ 33.564,00
BA	Floresta Azul	291100	10525	R\$ 5.218,65	R\$ 62.623,80
BA	Formosa do Rio Preto	291110	26111	R\$ 12.946,70	R\$ 155.360,40
BA	Gandu	291120	32778	R\$ 16.252,43	R\$ 195.029,16
BA	Gavião	291125	4417	R\$ 2.190,10	R\$ 26.281,20
BA	Gentio do Ouro	291130	11284	R\$ 5.594,98	R\$ 67.139,76
BA	Glória	291140	15247	R\$ 7.559,97	R\$ 90.719,64
BA	Gongogi	291150	6852	R\$ 3.397,45	R\$ 40.769,40
BA	Governador Mangabeira	291160	20800	R\$ 10.313,33	R\$ 123.759,96
BA	Guajeru	291165	6371	R\$ 3.158,95	R\$ 37.907,40
BA	Guanambi	291170	85353	R\$ 42.320,86	R\$ 507.850,32
BA	Guaratinga	291180	20565	R\$ 10.196,81	R\$ 122.361,72
BA	Heliópolis	291185	12946	R\$ 6.419,06	R\$ 77.028,72
BA	Iaçu	291190	23950	R\$ 11.875,21	R\$ 142.502,52
BA	Ibiassucê	291200	8849	R\$ 4.387,63	R\$ 52.651,56
BA	Ibicaraí	291210	21083	R\$ 10.453,65	R\$ 125.443,80
BA	Ibicoara	291220	19990	R\$ 9.911,71	R\$ 118.940,52
BA	Ibicuí	291230	16262	R\$ 8.063,24	R\$ 96.758,88
BA	Ibipeba	291240	18421	R\$ 9.133,75	R\$ 109.605,00
BA	Ibipitanga	291250	14989	R\$ 7.432,05	R\$ 89.184,60
BA	Ibiquera	291260	4047	R\$ 2.006,64	R\$ 24.079,68
BA	Ibirapitanga	291270	23433	R\$ 11.618,86	R\$ 139.426,32

BA	Ibirapuã	291280	8740	R\$ 4.333,58	R\$ 52.002,96
BA	Ibirataia	291290	14476	R\$ 7.177,68	R\$ 86.132,16
BA	Ibitiara	291300	16463	R\$ 8.162,90	R\$ 97.954,80
BA	Ibititá	291310	17048	R\$ 8.452,97	R\$ 101.435,64
BA	Ibotirama	291320	27076	R\$ 13.425,18	R\$ 161.102,16
BA	Ichu	291330	6232	R\$ 3.090,03	R\$ 37.080,36
BA	Igaporã	291340	15661	R\$ 7.765,25	R\$ 93.183,00
BA	Igrapiúna	291345	12963	R\$ 6.427,49	R\$ 77.129,88
BA	Iguaí	291350	27006	R\$ 13.390,48	R\$ 160.685,76
BA	Ilhéus	291360	157639	R\$ 78.162,67	R\$ 937.952,04
BA	Inhambupe	291370	40720	R\$ 20.190,33	R\$ 242.283,96
BA	Ipecaetá	291380	14229	R\$ 7.055,21	R\$ 84.662,52
BA	Ipiaú	291390	45969	R\$ 22.792,96	R\$ 273.515,52
BA	Ipirá	291400	59281	R\$ 29.393,50	R\$ 352.722,00
BA	Ipupiara	291410	9954	R\$ 4.935,53	R\$ 59.226,36
BA	Irajuba	291420	7295	R\$ 3.617,10	R\$ 43.405,20
BA	Iramaia	291430	7874	R\$ 3.904,19	R\$ 46.850,28
BA	Iraquara	291440	25728	R\$ 12.756,80	R\$ 153.081,60
BA	Irará	291450	29305	R\$ 14.530,40	R\$ 174.364,80
BA	Irecê	291460	74050	R\$ 36.716,46	R\$ 440.597,52
BA	Itabela	291465	30901	R\$ 15.321,75	R\$ 183.861,00
BA	Itaberaba	291470	64795	R\$ 32.127,52	R\$ 385.530,24
BA	Itabuna	291480	214123	R\$ 106.169,32	R\$ 1.274.031,84
BA	Itacaré	291490	29051	R\$ 14.404,45	R\$ 172.853,40
BA	Itaeté	291500	16164	R\$ 8.014,65	R\$ 96.175,80
BA	Itagi	291510	12140	R\$ 6.019,42	R\$ 72.233,04
BA	Itagibá	291520	14331	R\$ 7.105,79	R\$ 85.269,48
BA	Itagimirim	291530	6784	R\$ 3.363,73	R\$ 40.364,76
BA	Itaguaçu da Bahia	291535	14650	R\$ 7.263,96	R\$ 87.167,52
BA	Itaju do Colônia	291540	6515	R\$ 3.230,35	R\$ 38.764,20
BA	Itajuípe	291550	20309	R\$ 10.069,88	R\$ 120.838,56
BA	Itamaraju	291560	64423	R\$ 31.943,07	R\$ 383.316,84
BA	Itamari	291570	7971	R\$ 3.952,29	R\$ 47.427,48
BA	Itambé	291580	22474	R\$ 11.143,36	R\$ 133.720,32
BA	Itanagra	291590	6433	R\$ 3.189,70	R\$ 38.276,40
BA	Itanhém	291600	19231	R\$ 9.535,37	R\$ 114.424,44
BA	Itaparica	291610	22440	R\$ 11.126,50	R\$ 133.518,00
BA	Itapé	291620	8300	R\$ 4.115,42	R\$ 49.385,04
BA	Itapebi	291630	10173	R\$ 5.044,11	R\$ 60.529,32
BA	Itapetinga	291640	77408	R\$ 38.381,47	R\$ 460.577,64
BA	Itapicuru	291650	36173	R\$ 17.935,78	R\$ 215.229,36
BA	Itapitanga	291660	10284	R\$ 5.099,15	R\$ 61.189,80
BA	Itaquara	291670	8375	R\$ 4.152,60	R\$ 49.831,20
BA	Itarantim	291680	19937	R\$ 9.885,43	R\$ 118.625,16
BA	Itatim	291685	14588	R\$ 7.233,22	R\$ 86.798,64
BA	Itiruçu	291690	12482	R\$ 6.188,99	R\$ 74.267,88
BA	Itiúba	291700	36140	R\$ 17.919,42	R\$ 215.033,04
BA	Itororó	291710	20394	R\$ 10.112,03	R\$ 121.344,36
BA	Ituaçu	291720	19095	R\$ 9.467,94	R\$ 113.615,28
BA	Ituberá	291730	28870	R\$ 14.314,71	R\$ 171.776,52
BA	Iuiu	291733	11038	R\$ 5.473,01	R\$ 65.676,12
BA	Jaborandi	291735	8176	R\$ 4.053,93	R\$ 48.647,16

BA	Jacaraci	291740	14855	R\$ 7.365,60	R\$ 88.387,20
BA	Jacobina	291750	80749	R\$ 40.038,05	R\$ 480.456,60
BA	Jaguaquara	291760	54913	R\$ 27.227,70	R\$ 326.732,40
BA	Jaguarari	291770	33915	R\$ 16.816,19	R\$ 201.794,28
BA	Jaguaripe	291780	19162	R\$ 9.501,16	R\$ 114.013,92
BA	Jandaíra	291790	10742	R\$ 5.326,24	R\$ 63.914,88
BA	Jequié	291800	156277	R\$ 77.487,35	R\$ 929.848,20
BA	Jeremoabo	291810	40832	R\$ 20.245,87	R\$ 242.950,44
BA	Jiquiriçá	291820	14576	R\$ 7.227,27	R\$ 86.727,24
BA	Jitaúna	291830	10470	R\$ 5.191,38	R\$ 62.296,56
BA	João Dourado	291835	25606	R\$ 12.696,31	R\$ 152.355,72
BA	Juazeiro	291840	219544	R\$ 108.857,23	R\$ 1.306.286,76
BA	Jucuruçu	291845	8856	R\$ 4.391,10	R\$ 52.693,20
BA	Jussara	291850	15241	R\$ 7.557,00	R\$ 90.684,00
BA	Jussari	291855	5706	R\$ 2.829,23	R\$ 33.950,76
BA	Jussiape	291860	5777	R\$ 2.864,43	R\$ 34.373,16
BA	Lafaiete Coutinho	291870	3663	R\$ 1.816,24	R\$ 21.794,88
BA	Lagoa Real	291875	15870	R\$ 7.868,88	R\$ 94.426,56
BA	Laje	291880	24214	R\$ 12.006,11	R\$ 144.073,32
BA	Lajedão	291890	3993	R\$ 1.979,86	R\$ 23.758,32
BA	Lajedinho	291900	3735	R\$ 1.851,94	R\$ 22.223,28
BA	Lajedo do Tabocal	291905	8591	R\$ 4.259,70	R\$ 51.116,40
BA	Lamarão	291910	8078	R\$ 4.005,34	R\$ 48.064,08
BA	Lapão	291915	27323	R\$ 13.547,65	R\$ 162.571,80
BA	Lauro de Freitas	291920	204669	R\$ 101.481,71	R\$ 1.217.780,52
BA	Lençóis	291930	11586	R\$ 5.744,73	R\$ 68.936,76
BA	Licínio de Almeida	291940	12357	R\$ 6.127,01	R\$ 73.524,12
BA	Livramento de Nossa Senhora	291950	46372	R\$ 22.992,78	R\$ 275.913,36
BA	Luís Eduardo Magalhães	291955	92671	R\$ 45.949,37	R\$ 551.392,44
BA	Macajuba	291960	11318	R\$ 5.611,84	R\$ 67.342,08
BA	Macarani	291970	19056	R\$ 9.448,60	R\$ 113.383,20
BA	Macaúbas	291980	50481	R\$ 25.030,16	R\$ 300.361,92
BA	Macururé	291990	7752	R\$ 3.843,70	R\$ 46.124,40
BA	Madre de Deus	291992	21754	R\$ 10.786,36	R\$ 129.436,32
BA	Maetinga	291995	2386	R\$ 1.183,06	R\$ 14.196,72
BA	Maiquinique	292000	10294	R\$ 5.104,11	R\$ 61.249,32
BA	Mairi	292010	18535	R\$ 9.190,27	R\$ 110.283,24
BA	Malhada	292020	16875	R\$ 8.367,19	R\$ 100.406,28
BA	Malhada de Pedras	292030	8326	R\$ 4.128,31	R\$ 49.539,72
BA	Manoel Vitorino	292040	12944	R\$ 6.418,07	R\$ 77.016,84
BA	Mansidão	292045	13822	R\$ 6.853,41	R\$ 82.240,92
BA	Maracás	292050	19973	R\$ 9.903,28	R\$ 118.839,36
BA	Maragogipe	292060	44902	R\$ 22.263,91	R\$ 267.166,92
BA	Maraú	292070	20664	R\$ 10.245,90	R\$ 122.950,80
BA	Marcionílio Souza	292080	10357	R\$ 5.135,35	R\$ 61.624,20
BA	Mascote	292090	13619	R\$ 6.752,75	R\$ 81.033,00
BA	Mata de São João	292100	47643	R\$ 23.622,99	R\$ 283.475,88
BA	Matina	292105	12359	R\$ 6.128,00	R\$ 73.536,00
BA	Medeiros Neto	292110	22741	R\$ 11.275,75	R\$ 135.309,00
BA	Miguel Calmon	292120	25771	R\$ 12.778,12	R\$ 153.337,44
BA	Milagres	292130	10838	R\$ 5.373,84	R\$ 64.486,08
BA	Mirangaba	292140	18603	R\$ 9.223,99	R\$ 110.687,88

BA	Mirante	292145	8264	R\$ 4.097,57	R\$ 49.170,84
BA	Monte Santo	292150	49145	R\$ 24.367,73	R\$ 292.412,76
BA	Morpará	292160	8476	R\$ 4.202,68	R\$ 50.432,16
BA	Morro do Chapéu	292170	35466	R\$ 17.585,23	R\$ 211.022,76
BA	Mortugaba	292180	12063	R\$ 5.981,24	R\$ 71.774,88
BA	Mucugê	292190	8725	R\$ 4.326,15	R\$ 51.913,80
BA	Mucuri	292200	42729	R\$ 21.186,46	R\$ 254.237,52
BA	Mulungu do Morro	292205	10469	R\$ 5.190,88	R\$ 62.290,56
BA	Mundo Novo	292210	27153	R\$ 13.463,36	R\$ 161.560,32
BA	Muniz Ferreira	292220	7464	R\$ 3.700,90	R\$ 44.410,80
BA	Muquém do São Francisco	292225	11479	R\$ 5.691,67	R\$ 68.300,04
BA	Muritiba	292230	29420	R\$ 14.587,42	R\$ 175.049,04
BA	Mutuípe	292240	22340	R\$ 11.076,92	R\$ 132.923,04
BA	Nazaré	292250	28661	R\$ 14.211,08	R\$ 170.532,96
BA	Nilo Peçanha	292260	14156	R\$ 7.019,02	R\$ 84.228,24
BA	Nordestina	292265	13197	R\$ 6.543,51	R\$ 78.522,12
BA	Nova Canaã	292270	16482	R\$ 8.172,33	R\$ 98.067,96
BA	Nova Fátima	292273	7830	R\$ 3.882,38	R\$ 46.588,56
BA	Nova Ibiá	292275	6518	R\$ 3.231,84	R\$ 38.782,08
BA	Nova Itarana	292280	8328	R\$ 4.129,30	R\$ 49.551,60
BA	Nova Redenção	292285	9126	R\$ 4.524,98	R\$ 54.299,76
BA	Nova Soure	292290	27047	R\$ 13.410,80	R\$ 160.929,60
BA	Nova Viçosa	292300	44170	R\$ 21.900,96	R\$ 262.811,52
BA	Novo Horizonte	292303	12653	R\$ 6.273,78	R\$ 75.285,36
BA	Novo Triunfo	292305	15445	R\$ 7.658,15	R\$ 91.897,80
BA	Olindina	292310	28373	R\$ 14.068,28	R\$ 168.819,36
BA	Oliveira dos Brejinhos	292320	21797	R\$ 10.807,68	R\$ 129.692,16
BA	Ouriçangas	292330	8575	R\$ 4.251,77	R\$ 51.021,24
BA	Ourolândia	292335	17567	R\$ 8.710,30	R\$ 104.523,60
BA	Palmas de Monte Alto	292340	21840	R\$ 10.829,00	R\$ 129.948,00
BA	Palmeiras	292350	9123	R\$ 4.523,49	R\$ 54.281,88
BA	Paramirim	292360	21777	R\$ 10.797,76	R\$ 129.573,12
BA	Paratinga	292370	32274	R\$ 16.002,53	R\$ 192.030,36
BA	Paripiranga	292380	29124	R\$ 14.440,65	R\$ 173.287,80
BA	Pau Brasil	292390	9550	R\$ 4.735,21	R\$ 56.822,52
BA	Paulo Afonso	292400	119213	R\$ 59.109,78	R\$ 709.317,36
BA	Pé de Serra	292405	13535	R\$ 6.711,10	R\$ 80.533,20
BA	Pedraõ	292410	7438	R\$ 3.688,01	R\$ 44.256,12
BA	Pedro Alexandre	292420	16698	R\$ 8.279,43	R\$ 99.353,16
BA	Piatã	292430	16854	R\$ 8.356,78	R\$ 100.281,36
BA	Pilão Arcado	292440	35295	R\$ 17.500,44	R\$ 210.005,28
BA	Pindaí	292450	16308	R\$ 8.086,05	R\$ 97.032,60
BA	Pindobaçu	292460	20048	R\$ 9.940,47	R\$ 119.285,64
BA	Pintadas	292465	10353	R\$ 5.133,36	R\$ 61.600,32
BA	Pirai do Norte	292467	10050	R\$ 4.983,13	R\$ 59.797,56
BA	Piripá	292470	10253	R\$ 5.083,78	R\$ 61.005,36
BA	Piritiba	292480	25162	R\$ 12.476,16	R\$ 149.713,92
BA	Planaltino	292490	9415	R\$ 4.668,27	R\$ 56.019,24
BA	Planalto	292500	26581	R\$ 13.179,75	R\$ 158.157,00
BA	Poções	292510	46885	R\$ 23.247,15	R\$ 278.965,80
BA	Pojuca	292520	40401	R\$ 20.032,16	R\$ 240.385,92
BA	Ponto Novo	292525	14729	R\$ 7.303,13	R\$ 87.637,56

BA	Porto Seguro	292530	152529	R\$ 75.628,96	R\$ 907.547,52
BA	Potiraguá	292540	6623	R\$ 3.283,90	R\$ 39.406,80
BA	Prado	292550	28214	R\$ 13.989,44	R\$ 167.873,28
BA	Presidente Dutra	292560	15180	R\$ 7.526,75	R\$ 90.321,00
BA	Presidente Jânio Quadros	292570	12028	R\$ 5.963,88	R\$ 71.566,56
BA	Presidente Tancredo Neves	292575	28272	R\$ 14.018,20	R\$ 168.218,40
BA	Queimadas	292580	25428	R\$ 12.608,05	R\$ 151.296,60
BA	Quijingue	292590	27672	R\$ 13.720,70	R\$ 164.648,40
BA	Quixabeira	292593	8939	R\$ 4.432,25	R\$ 53.187,00
BA	Rafael Jambeiro	292595	22643	R\$ 11.227,15	R\$ 134.725,80
BA	Remanso	292600	41324	R\$ 20.489,82	R\$ 245.877,84
BA	Retirolândia	292610	14588	R\$ 7.233,22	R\$ 86.798,64
BA	Riachão das Neves	292620	22330	R\$ 11.071,96	R\$ 132.863,52
BA	Riachão do Jacuípe	292630	33498	R\$ 16.609,43	R\$ 199.313,16
BA	Riacho de Santana	292640	35757	R\$ 17.729,51	R\$ 212.754,12
BA	Ribeira do Amparo	292650	14631	R\$ 7.254,54	R\$ 87.054,48
BA	Ribeira do Pombal	292660	54097	R\$ 26.823,10	R\$ 321.877,20
BA	Ribeirão do Largo	292665	4896	R\$ 2.427,60	R\$ 29.131,20
BA	Rio de Contas	292670	12878	R\$ 6.385,34	R\$ 76.624,08
BA	Rio do Antônio	292680	15521	R\$ 7.695,83	R\$ 92.349,96
BA	Rio do Pires	292690	11672	R\$ 5.787,37	R\$ 69.448,44
BA	Rio Real	292700	41209	R\$ 20.432,80	R\$ 245.193,60
BA	Rodelas	292710	9548	R\$ 4.734,22	R\$ 56.810,64
BA	Ruy Barbosa	292720	30900	R\$ 15.321,25	R\$ 183.855,00
BA	Salinas da Margarida	292730	16047	R\$ 7.956,64	R\$ 95.479,68
BA	Salvador	292740	2900319	R\$ 1.438.074,84	R\$ 17.256.898,08
BA	Santa Bárbara	292750	20971	R\$ 10.398,12	R\$ 124.777,44
BA	Santa Brígida	292760	13917	R\$ 6.900,51	R\$ 82.806,12
BA	Santa Cruz Cabralia	292770	28058	R\$ 13.912,09	R\$ 166.945,08
BA	Santa Cruz da Vitória	292780	6241	R\$ 3.094,50	R\$ 37.134,00
BA	Santa Inês	292790	10583	R\$ 5.247,40	R\$ 62.968,80
BA	Santa Luzia	292805	12308	R\$ 6.102,72	R\$ 73.232,64
BA	Santa Maria da Vitória	292810	39707	R\$ 19.688,05	R\$ 236.256,60
BA	Santa Rita de Cássia	292840	28613	R\$ 14.187,28	R\$ 170.247,36
BA	Santa Terezinha	292850	10520	R\$ 5.216,17	R\$ 62.594,04
BA	Santaluz	292800	37704	R\$ 18.694,90	R\$ 224.338,80
BA	Santana	292820	26792	R\$ 13.284,37	R\$ 159.412,44
BA	Santanópolis	292830	8987	R\$ 4.456,05	R\$ 53.472,60
BA	Santo Amaro	292860	60190	R\$ 29.844,21	R\$ 358.130,52
BA	Santo Antônio de Jesus	292870	103204	R\$ 51.171,98	R\$ 614.063,76
BA	Santo Estêvão	292880	53666	R\$ 26.609,39	R\$ 319.312,68
BA	São Desidério	292890	34764	R\$ 17.237,15	R\$ 206.845,80
BA	São Domingos	292895	9085	R\$ 4.504,65	R\$ 54.055,80
BA	São Felipe	292910	21083	R\$ 10.453,65	R\$ 125.443,80
BA	São Félix	292900	14784	R\$ 7.330,40	R\$ 87.964,80
BA	São Félix do Coribe	292905	15543	R\$ 7.706,74	R\$ 92.480,88
BA	São Francisco do Conde	292920	40664	R\$ 20.162,57	R\$ 241.950,84
BA	São Gabriel	292925	18785	R\$ 9.314,23	R\$ 111.770,76
BA	São Gonçalo dos Campos	292930	38315	R\$ 18.997,85	R\$ 227.974,20
BA	São José da Vitória	292935	5562	R\$ 2.757,83	R\$ 33.093,96
BA	São José do Jacuípe	292937	10546	R\$ 5.229,06	R\$ 62.748,72
BA	São Miguel das Matas	292940	11733	R\$ 5.817,61	R\$ 69.811,32

BA	São Sebastião do Passé	292950	44554	R\$ 22.091,36	R\$ 265.096,32
BA	Sapeaçu	292960	17421	R\$ 8.637,91	R\$ 103.654,92
BA	Sátiro Dias	292970	17330	R\$ 8.592,79	R\$ 103.113,48
BA	Saubara	292975	12163	R\$ 6.030,82	R\$ 72.369,84
BA	Saúde	292980	12971	R\$ 6.431,45	R\$ 77.177,40
BA	Seabra	292990	44370	R\$ 22.000,13	R\$ 264.001,56
BA	Sebastião Laranjeiras	293000	11586	R\$ 5.744,73	R\$ 68.936,76
BA	Senhor do Bonfim	293010	79813	R\$ 39.573,95	R\$ 474.887,40
BA	Sento Sé	293020	41279	R\$ 20.467,50	R\$ 245.610,00
BA	Serra do Ramalho	293015	31362	R\$ 15.550,33	R\$ 186.603,96
BA	Serra Dourada	293030	17261	R\$ 8.558,58	R\$ 102.702,96
BA	Serra Preta	293040	14531	R\$ 7.204,95	R\$ 86.459,40
BA	Serrinha	293050	81693	R\$ 40.506,11	R\$ 486.073,32
BA	Serrolândia	293060	13490	R\$ 6.688,79	R\$ 80.265,48
BA	Simões Filho	293070	137117	R\$ 67.987,18	R\$ 815.846,16
BA	Sítio do Mato	293075	13104	R\$ 6.497,40	R\$ 77.968,80
BA	Sítio do Quinto	293076	9431	R\$ 4.676,20	R\$ 56.114,40
BA	Sobradinho	293077	23274	R\$ 11.540,03	R\$ 138.480,36
BA	Souto Soares	293080	17118	R\$ 8.487,68	R\$ 101.852,16
BA	Tabocas do Brejo Velho	293090	12515	R\$ 6.205,35	R\$ 74.464,20
BA	Tanhaçu	293100	20383	R\$ 10.106,57	R\$ 121.278,84
BA	Tanque Novo	293105	17518	R\$ 8.686,01	R\$ 104.232,12
BA	Tanquinho	293110	7936	R\$ 3.934,93	R\$ 47.219,16
BA	Taperoá	293120	21421	R\$ 10.621,25	R\$ 127.455,00
BA	Tapiramutá	293130	16939	R\$ 8.398,92	R\$ 100.787,04
BA	Teixeira de Freitas	293135	164290	R\$ 81.460,46	R\$ 977.525,52
BA	Teodoro Sampaio	293140	7296	R\$ 3.617,60	R\$ 43.411,20
BA	Teofilândia	293150	22590	R\$ 11.200,88	R\$ 134.410,56
BA	Teolândia	293160	15097	R\$ 7.485,60	R\$ 89.827,20
BA	Terra Nova	293170	13018	R\$ 6.454,76	R\$ 77.457,12
BA	Tremedal	293180	15996	R\$ 7.931,35	R\$ 95.176,20
BA	Tucano	293190	50903	R\$ 25.239,40	R\$ 302.872,80
BA	Uauá	293200	23991	R\$ 11.895,54	R\$ 142.746,48
BA	Ubaíra	293210	19860	R\$ 9.847,25	R\$ 118.167,00
BA	Ubaitaba	293220	18647	R\$ 9.245,80	R\$ 110.949,60
BA	Ubatã	293230	27481	R\$ 13.626,00	R\$ 163.512,00
BA	Uibaí	293240	13894	R\$ 6.889,11	R\$ 82.669,32
BA	Umburanas	293245	19573	R\$ 9.704,95	R\$ 116.459,40
BA	Una	293250	18108	R\$ 8.978,55	R\$ 107.742,60
BA	Urandi	293260	16672	R\$ 8.266,53	R\$ 99.198,36
BA	Uruçuca	293270	20312	R\$ 10.071,37	R\$ 120.856,44
BA	Utinga	293280	19330	R\$ 9.584,46	R\$ 115.013,52
BA	Valença	293290	97873	R\$ 48.528,70	R\$ 582.344,40
BA	Valente	293300	29111	R\$ 14.434,20	R\$ 173.210,40
BA	Várzea da Roça	293305	14135	R\$ 7.008,60	R\$ 84.103,20
BA	Várzea do Poço	293310	9247	R\$ 4.584,97	R\$ 55.019,64
BA	Várzea Nova	293315	12556	R\$ 6.225,68	R\$ 74.708,16
BA	Varzedo	293317	8734	R\$ 4.330,61	R\$ 51.967,32
BA	Vera Cruz	293320	44185	R\$ 21.908,40	R\$ 262.900,80
BA	Vereda	293325	6105	R\$ 3.027,06	R\$ 36.324,72
BA	Vitória da Conquista	293330	343643	R\$ 170.389,65	R\$ 2.044.675,80
BA	Wagner	293340	9342	R\$ 4.632,08	R\$ 55.584,96

BA	Wanderley	293345	12125	R\$ 6.011,98	R\$ 72.143,76
BA	Wenceslau Guimarães	293350	20862	R\$ 10.344,08	R\$ 124.128,96
BA	Xique-Xique	293360	46562	R\$ 23.086,99	R\$ 277.043,88
CE	Abaíara	230010	11965	R\$ 5.932,65	R\$ 71.191,80
CE	Acarape	230015	15140	R\$ 7.506,92	R\$ 90.083,04
CE	Acaraú	230020	63556	R\$ 31.513,18	R\$ 378.158,16
CE	Acopiara	230030	54687	R\$ 27.115,64	R\$ 325.387,68
CE	Aiuaba	230040	17584	R\$ 8.718,73	R\$ 104.624,76
CE	Alcântaras	230050	11846	R\$ 5.873,64	R\$ 70.483,68
CE	Altaneira	230060	7712	R\$ 3.823,87	R\$ 45.886,44
CE	Alto Santo	230070	16077	R\$ 7.971,51	R\$ 95.658,12
CE	Amontada	230075	44195	R\$ 21.913,35	R\$ 262.960,20
CE	Antonina do Norte	230080	7402	R\$ 3.670,16	R\$ 44.041,92
CE	Apuiarés	230090	14742	R\$ 7.309,58	R\$ 87.714,96
CE	Aquiraz	230100	81581	R\$ 40.450,58	R\$ 485.406,96
CE	Aracati	230110	75392	R\$ 37.381,87	R\$ 448.582,44
CE	Aracoiaba	230120	26600	R\$ 13.189,17	R\$ 158.270,04
CE	Ararendá	230125	10983	R\$ 5.445,74	R\$ 65.348,88
CE	Araripe	230130	21707	R\$ 10.763,05	R\$ 129.156,60
CE	Aratuba	230140	11759	R\$ 5.830,50	R\$ 69.966,00
CE	Arneiroz	230150	7848	R\$ 3.891,30	R\$ 46.695,60
CE	Assaré	230160	23537	R\$ 11.670,43	R\$ 140.045,16
CE	Aurora	230170	24567	R\$ 12.181,14	R\$ 146.173,68
CE	Baixio	230180	6318	R\$ 3.132,68	R\$ 37.592,16
CE	Banabuiú	230185	18313	R\$ 9.080,20	R\$ 108.962,40
CE	Barbalha	230190	61662	R\$ 30.574,08	R\$ 366.888,96
CE	Barreira	230195	22715	R\$ 11.262,85	R\$ 135.154,20
CE	Barro	230200	22834	R\$ 11.321,86	R\$ 135.862,32

CE	Barroquinha	230205	15069	R\$ 7.471,71	R\$ 89.660,52
CE	Baturité	230210	36127	R\$ 17.912,97	R\$ 214.955,64
CE	Beberibe	230220	54315	R\$ 26.931,19	R\$ 323.174,28
CE	Bela Cruz	230230	32851	R\$ 16.288,62	R\$ 195.463,44
CE	Boa Viagem	230240	54680	R\$ 27.112,17	R\$ 325.346,04
CE	Brejo Santo	230250	50195	R\$ 24.888,35	R\$ 298.660,20
CE	Camocim	230260	64147	R\$ 31.806,22	R\$ 381.674,64
CE	Campos Sales	230270	27513	R\$ 13.641,86	R\$ 163.702,32
CE	Canindé	230280	77484	R\$ 38.419,15	R\$ 461.029,80
CE	Capistrano	230290	17830	R\$ 8.840,71	R\$ 106.088,52
CE	Caridade	230300	23011	R\$ 11.409,62	R\$ 136.915,44
CE	Cariré	230310	18470	R\$ 9.158,04	R\$ 109.896,48
CE	Caririaçu	230320	27008	R\$ 13.391,47	R\$ 160.697,64
CE	Cariús	230330	18700	R\$ 9.272,08	R\$ 111.264,96
CE	Carnaubal	230340	17763	R\$ 8.807,49	R\$ 105.689,88
CE	Cascavel	230350	72706	R\$ 36.050,06	R\$ 432.600,72
CE	Catarina	230360	21041	R\$ 10.432,83	R\$ 125.193,96
CE	Catunda	230365	10410	R\$ 5.161,63	R\$ 61.939,56
CE	Caucaia	230370	368918	R\$ 182.921,84	R\$ 2.195.062,08
CE	Cedro	230380	25612	R\$ 12.699,28	R\$ 152.391,36
CE	Chaval	230390	13112	R\$ 6.501,37	R\$ 78.016,44
CE	Choró	230393	13608	R\$ 6.747,30	R\$ 80.967,60
CE	Chorozinho	230395	20286	R\$ 10.058,48	R\$ 120.701,76

CE	Coreaú	230400	23340	R\$ 11.572,75	R\$ 138.873,00
CE	Crateús	230410	75241	R\$ 37.307,00	R\$ 447.684,00
CE	Crato	230420	133913	R\$ 66.398,53	R\$ 796.782,36
CE	Croatá	230423	18201	R\$ 9.024,66	R\$ 108.295,92
CE	Cruz	230425	25121	R\$ 12.455,83	R\$ 149.469,96
CE	Deputado Irapuan Pinheiro	230426	9698	R\$ 4.808,59	R\$ 57.703,08
CE	Ereré	230427	7254	R\$ 3.596,78	R\$ 43.161,36
CE	Eusébio	230428	55035	R\$ 27.288,19	R\$ 327.458,28
CE	Farias Brito	230430	19330	R\$ 9.584,46	R\$ 115.013,52
CE	Forquilha	230435	24680	R\$ 12.237,17	R\$ 146.846,04
CE	Fortaleza	230440	2703391	R\$ 1.340.431,37	R\$ 16.085.176,44
CE	Fortim	230445	16776	R\$ 8.318,10	R\$ 99.817,20
CE	Frecheirinha	230450	14195	R\$ 7.038,35	R\$ 84.460,20
CE	General Sampaio	230460	7767	R\$ 3.851,14	R\$ 46.213,68
CE	Graça	230465	14415	R\$ 7.147,44	R\$ 85.769,28
CE	Granja	230470	55170	R\$ 27.355,13	R\$ 328.261,56
CE	Granjeiro	230480	4784	R\$ 2.372,07	R\$ 28.464,84
CE	Groaíras	230490	11219	R\$ 5.562,75	R\$ 66.753,00
CE	Guaiúba	230495	26508	R\$ 13.143,55	R\$ 157.722,60
CE	Guaraciaba do Norte	230500	40921	R\$ 20.290,00	R\$ 243.480,00
CE	Guaramiranga	230510	5073	R\$ 2.515,36	R\$ 30.184,32
CE	Hidrolândia	230520	20126	R\$ 9.979,14	R\$ 119.749,68
CE	Horizonte	230523	69688	R\$ 34.553,63	R\$ 414.643,56
CE	Ibaretama	230526	13385	R\$ 6.636,73	R\$ 79.640,76
CE	Ibiapina	230530	25165	R\$ 12.477,65	R\$ 149.731,80
CE	Ibicuitinga	230533	12730	R\$ 6.311,96	R\$ 75.743,52
CE	Icapuí	230535	20183	R\$ 10.007,40	R\$ 120.088,80
CE	Icó	230540	68303	R\$ 33.866,90	R\$ 406.402,80
CE	Iguatu	230550	103633	R\$ 51.384,70	R\$ 616.616,40
CE	Independência	230560	26196	R\$ 12.988,85	R\$ 155.866,20
CE	Ipaporanga	230565	11597	R\$ 5.750,18	R\$ 69.002,16
CE	Ipaumirim	230570	12507	R\$ 6.201,39	R\$ 74.416,68
CE	Ipu	230580	42148	R\$ 20.898,38	R\$ 250.780,56
CE	Ipueiras	230590	38064	R\$ 18.873,40	R\$ 226.480,80
CE	Iracema	230600	14351	R\$ 7.115,70	R\$ 85.388,40
CE	Irauçuba	230610	24450	R\$ 12.123,13	R\$ 145.477,56
CE	Itaiçaba	230620	7904	R\$ 3.919,07	R\$ 47.028,84
CE	Itaitinga	230625	38661	R\$ 19.169,41	R\$ 230.032,92
CE	Itapajé	230630	53448	R\$ 26.501,30	R\$ 318.015,60
CE	Itapipoca	230640	131687	R\$ 65.294,80	R\$ 783.537,60
CE	Itapiúna	230650	20653	R\$ 10.240,45	R\$ 122.885,40
CE	Itarema	230655	42595	R\$ 21.120,02	R\$ 253.440,24
CE	Itatira	230660	22018	R\$ 10.917,26	R\$ 131.007,12
CE	Jaguaretama	230670	18133	R\$ 8.990,95	R\$ 107.891,40
CE	Jaguaribara	230680	11580	R\$ 5.741,75	R\$ 68.901,00
CE	Jaguaribe	230690	34592	R\$ 17.151,87	R\$ 205.822,44
CE	Jaguaruana	230700	33960	R\$ 16.838,50	R\$ 202.062,00
CE	Jardim	230710	27187	R\$ 13.480,22	R\$ 161.762,64
CE	Jati	230720	8150	R\$ 4.041,04	R\$ 48.492,48
CE	Jijoca de Jericoacoara	230725	20351	R\$ 10.090,70	R\$ 121.088,40
CE	Juazeiro do Norte	230730	278264	R\$ 137.972,57	R\$ 1.655.670,84
CE	Jucás	230740	24949	R\$ 12.370,55	R\$ 148.446,60

CE	Lavras da Mangabeira	230750	31476	R\$ 15.606,85	R\$ 187.282,20
CE	Limoeiro do Norte	230760	60232	R\$ 29.865,03	R\$ 358.380,36
CE	Madalena	230763	20031	R\$ 9.932,04	R\$ 119.184,48
CE	Maracanaú	230765	230986	R\$ 114.530,56	R\$ 1.374.366,72
CE	Maranguape	230770	131677	R\$ 65.289,85	R\$ 783.478,20
CE	Marco	230780	27822	R\$ 13.795,08	R\$ 165.540,96
CE	Martinópolis	230790	11407	R\$ 5.655,97	R\$ 67.871,64
CE	Massapê	230800	39341	R\$ 19.506,58	R\$ 234.078,96
CE	Mauriti	230810	48370	R\$ 23.983,46	R\$ 287.801,52
CE	Meruoca	230820	15309	R\$ 7.590,71	R\$ 91.088,52
CE	Milagres	230830	27413	R\$ 13.592,28	R\$ 163.107,36
CE	Milhã	230835	13129	R\$ 6.509,80	R\$ 78.117,60
CE	Miraíma	230837	13965	R\$ 6.924,31	R\$ 83.091,72
CE	Missão Velha	230840	35566	R\$ 17.634,81	R\$ 211.617,72
CE	Mombaça	230850	43917	R\$ 21.775,51	R\$ 261.306,12
CE	Monsenhor Tabosa	230860	17264	R\$ 8.560,07	R\$ 102.720,84
CE	Morada Nova	230870	61590	R\$ 30.538,38	R\$ 366.460,56
CE	Moraújo	230880	8833	R\$ 4.379,70	R\$ 52.556,40
CE	Morrinhos	230890	22830	R\$ 11.319,88	R\$ 135.838,56
CE	Mucambo	230900	14561	R\$ 7.219,83	R\$ 86.637,96
CE	Mulungu	230910	11056	R\$ 5.481,93	R\$ 65.783,16
CE	Nova Olinda	230920	15798	R\$ 7.833,18	R\$ 93.998,16
CE	Nova Russas	230930	32487	R\$ 16.108,14	R\$ 193.297,68
CE	Novo Oriente	230940	28737	R\$ 14.248,76	R\$ 170.985,12
CE	Ocara	230945	25958	R\$ 12.870,84	R\$ 154.450,08
CE	Orós	230950	21342	R\$ 10.582,08	R\$ 126.984,96
CE	Pacajus	230960	74145	R\$ 36.763,56	R\$ 441.162,72
CE	Pacatuba	230970	85647	R\$ 42.466,64	R\$ 509.599,68
CE	Pacoti	230980	12313	R\$ 6.105,20	R\$ 73.262,40
CE	Pacujá	230990	6565	R\$ 3.255,15	R\$ 39.061,80
CE	Palhano	231000	9458	R\$ 4.689,59	R\$ 56.275,08
CE	Palmácia	231010	13553	R\$ 6.720,03	R\$ 80.640,36
CE	Paracuru	231020	35526	R\$ 17.614,98	R\$ 211.379,76
CE	Paraipaba	231025	33232	R\$ 16.477,53	R\$ 197.730,36
CE	Parambu	231030	31391	R\$ 15.564,70	R\$ 186.776,40
CE	Paramoti	231040	12276	R\$ 6.086,85	R\$ 73.042,20
CE	Pedra Branca	231050	43359	R\$ 21.498,84	R\$ 257.986,08
CE	Penaforte	231060	9207	R\$ 4.565,14	R\$ 54.781,68
CE	Pentecoste	231070	38045	R\$ 18.863,98	R\$ 226.367,76
CE	Pereiro	231080	16356	R\$ 8.109,85	R\$ 97.318,20
CE	Pindoretama	231085	20964	R\$ 10.394,65	R\$ 124.735,80
CE	Piquet Carneiro	231090	17210	R\$ 8.533,29	R\$ 102.399,48
CE	Pires Ferreira	231095	11052	R\$ 5.479,95	R\$ 65.759,40
CE	Poranga	231100	12358	R\$ 6.127,51	R\$ 73.530,12
CE	Porteiras	231110	14920	R\$ 7.397,83	R\$ 88.773,96
CE	Potengi	231120	11165	R\$ 5.535,98	R\$ 66.431,76
CE	Potiretama	231123	6455	R\$ 3.200,60	R\$ 38.407,20
CE	Quiterianópolis	231126	21246	R\$ 10.534,48	R\$ 126.413,76
CE	Quixadá	231130	88899	R\$ 44.079,09	R\$ 528.949,08
CE	Quixelô	231135	16116	R\$ 7.990,85	R\$ 95.890,20
CE	Quixeramobim	231140	82455	R\$ 40.883,94	R\$ 490.607,28
CE	Quixeré	231150	22432	R\$ 11.122,53	R\$ 133.470,36

CE	Redenção	231160	29238	R\$ 14.497,18	R\$ 173.966,16
CE	Reriutaba	231170	18279	R\$ 9.063,34	R\$ 108.760,08
CE	Russas	231180	79550	R\$ 39.443,54	R\$ 473.322,48
CE	Saboeiro	231190	15757	R\$ 7.812,85	R\$ 93.754,20
CE	Salitre	231195	16714	R\$ 8.287,36	R\$ 99.448,32
CE	Santa Quitéria	231220	43719	R\$ 21.677,34	R\$ 260.128,08
CE	Santana do Acaraú	231200	32851	R\$ 16.288,62	R\$ 195.463,44
CE	Santana do Cariri	231210	17726	R\$ 8.789,14	R\$ 105.469,68
CE	São Benedito	231230	48354	R\$ 23.975,53	R\$ 287.706,36
CE	São Gonçalo do Amarante	231240	49306	R\$ 24.447,56	R\$ 293.370,72
CE	São João do Jaguaribe	231250	7557	R\$ 3.747,01	R\$ 44.964,12
CE	São Luís do Curu	231260	13086	R\$ 6.488,48	R\$ 77.861,76
CE	Senador Pompeu	231270	25418	R\$ 12.603,09	R\$ 151.237,08
CE	Senador Sá	231280	7758	R\$ 3.846,68	R\$ 46.160,16
CE	Sobral	231290	212437	R\$ 105.333,35	R\$ 1.264.000,20
CE	Solonópole	231300	18389	R\$ 9.117,88	R\$ 109.414,56
CE	Tabuleiro do Norte	231310	32079	R\$ 15.905,84	R\$ 190.870,08
CE	Tamboril	231320	26199	R\$ 12.990,34	R\$ 155.884,08
CE	Tarrafas	231325	8555	R\$ 4.241,85	R\$ 50.902,20
CE	Tauá	231330	59259	R\$ 29.382,59	R\$ 352.591,08
CE	Tejuçuoca	231335	19551	R\$ 9.694,04	R\$ 116.328,48
CE	Tianguá	231340	77111	R\$ 38.234,20	R\$ 458.810,40
CE	Trairi	231350	56653	R\$ 28.090,45	R\$ 337.085,40
CE	Tururu	231355	16588	R\$ 8.224,88	R\$ 98.698,56
CE	Ubajara	231360	35295	R\$ 17.500,44	R\$ 210.005,28
CE	Umari	231370	7740	R\$ 3.837,75	R\$ 46.053,00
CE	Umirim	231375	19976	R\$ 9.904,77	R\$ 118.857,24
CE	Uruburetama	231380	22223	R\$ 11.018,90	R\$ 132.226,80
CE	Uruoca	231390	13988	R\$ 6.935,72	R\$ 83.228,64
CE	Varjota	231395	18520	R\$ 9.182,83	R\$ 110.193,96
CE	Várzea Alegre	231400	41078	R\$ 20.367,84	R\$ 244.414,08
CE	Viçosa do Ceará	231410	61916	R\$ 30.700,02	R\$ 368.400,24
DF	Brasília	530010	3094325	R\$ 1.534.269,48	R\$ 18.411.233,76
ES	Afonso Cláudio	320010	30326	R\$ 15.036,64	R\$ 180.439,68
ES	Água Doce do Norte	320016	10801	R\$ 5.355,50	R\$ 64.266,00
ES	Águia Branca	320013	9621	R\$ 4.770,41	R\$ 57.244,92
ES	Alegre	320020	29869	R\$ 14.810,05	R\$ 177.720,60
ES	Alfredo Chaves	320030	14670	R\$ 7.273,88	R\$ 87.286,56
ES	Alto Rio Novo	320035	7911	R\$ 3.922,54	R\$ 47.070,48
ES	Anchieta	320040	30285	R\$ 15.016,31	R\$ 180.195,72
ES	Apiacá	320050	7542	R\$ 3.739,58	R\$ 44.874,96
ES	Aracruz	320060	104942	R\$ 52.033,74	R\$ 624.404,88
ES	Atilio Vivácqua	320070	12270	R\$ 6.083,88	R\$ 73.006,56
ES	Baixo Guandu	320080	31263	R\$ 15.501,24	R\$ 186.014,88
ES	Barra de São Francisco	320090	45301	R\$ 22.461,75	R\$ 269.541,00
ES	Boa Esperança	320100	15146	R\$ 7.509,89	R\$ 90.118,68
ES	Bom Jesus do Norte	320110	9988	R\$ 4.952,38	R\$ 59.428,56
ES	Brejetuba	320115	12450	R\$ 6.173,13	R\$ 74.077,56
ES	Cachoeiro de Itapemirim	320120	212172	R\$ 105.201,95	R\$ 1.262.423,40
ES	Cariacica	320130	386495	R\$ 191.637,10	R\$ 2.299.645,20
ES	Castelo	320140	37956	R\$ 18.819,85	R\$ 225.838,20
ES	Colatina	320150	124283	R\$ 61.623,65	R\$ 739.483,80

ES	Conceição da Barra	320160	31479	R\$ 15.608,34	R\$ 187.300,08
ES	Conceição do Castelo	320170	12887	R\$ 6.389,80	R\$ 76.677,60
ES	Divino de São Lourenço	320180	4236	R\$ 2.100,35	R\$ 25.204,20
ES	Domingos Martins	320190	34120	R\$ 16.917,83	R\$ 203.013,96
ES	Dores do Rio Preto	320200	6793	R\$ 3.368,20	R\$ 40.418,40
ES	Ecoporanga	320210	22748	R\$ 11.279,22	R\$ 135.350,64
ES	Fundão	320220	22379	R\$ 11.096,25	R\$ 133.155,00
ES	Governador Lindenberg	320225	13047	R\$ 6.469,14	R\$ 77.629,68
ES	Guaçuí	320230	31372	R\$ 15.555,28	R\$ 186.663,36
ES	Guarapari	320240	128504	R\$ 63.716,57	R\$ 764.598,84
ES	Ibatiba	320245	26762	R\$ 13.269,49	R\$ 159.233,88
ES	Ibiraçu	320250	12701	R\$ 6.297,58	R\$ 75.570,96
ES	Ibitirama	320255	8830	R\$ 4.378,21	R\$ 52.538,52
ES	Iconha	320260	14083	R\$ 6.982,82	R\$ 83.793,84
ES	Irupi	320265	13672	R\$ 6.779,03	R\$ 81.348,36
ES	Itaguaçu	320270	13982	R\$ 6.932,74	R\$ 83.192,88
ES	Itapemirim	320280	34957	R\$ 17.332,85	R\$ 207.994,20
ES	Itarana	320290	10433	R\$ 5.173,03	R\$ 62.076,36
ES	Iúna	320300	29417	R\$ 14.585,93	R\$ 175.031,16
ES	Jaguaré	320305	31589	R\$ 15.662,88	R\$ 187.954,56
ES	Jerônimo Monteiro	320310	12336	R\$ 6.116,60	R\$ 73.399,20
ES	João Neiva	320313	16774	R\$ 8.317,11	R\$ 99.805,32
ES	Laranja da Terra	320316	10919	R\$ 5.414,00	R\$ 64.968,00
ES	Linhares	320320	179755	R\$ 89.128,52	R\$ 1.069.542,24
ES	Mantenópolis	320330	15653	R\$ 7.761,28	R\$ 93.135,36
ES	Marataízes	320332	39259	R\$ 19.465,92	R\$ 233.591,04
ES	Marechal Floriano	320334	17141	R\$ 8.499,08	R\$ 101.988,96
ES	Marilândia	320335	13091	R\$ 6.490,95	R\$ 77.891,40
ES	Mimoso do Sul	320340	26079	R\$ 12.930,84	R\$ 155.170,08
ES	Montanha	320350	18954	R\$ 9.398,03	R\$ 112.776,36
ES	Mucurici	320360	5468	R\$ 2.711,22	R\$ 32.534,64
ES	Muniz Freire	320370	17176	R\$ 8.516,43	R\$ 102.197,16
ES	Muqui	320380	15602	R\$ 7.735,99	R\$ 92.831,88
ES	Nova Venécia	320390	50751	R\$ 25.164,04	R\$ 301.968,48
ES	Pancas	320400	23426	R\$ 11.615,39	R\$ 139.384,68
ES	Pedro Canário	320405	26575	R\$ 13.176,77	R\$ 158.121,24
ES	Pinheiros	320410	27601	R\$ 13.685,50	R\$ 164.226,00
ES	Piúma	320420	22388	R\$ 11.100,72	R\$ 133.208,64
ES	Ponto Belo	320425	8016	R\$ 3.974,60	R\$ 47.695,20
ES	Presidente Kennedy	320430	11741	R\$ 5.821,58	R\$ 69.858,96
ES	Rio Bananal	320435	19398	R\$ 9.618,18	R\$ 115.418,16
ES	Rio Novo do Sul	320440	11630	R\$ 5.766,54	R\$ 69.198,48
ES	Santa Leopoldina	320450	12171	R\$ 6.034,79	R\$ 72.417,48
ES	Santa Maria de Jetibá	320455	41588	R\$ 20.620,72	R\$ 247.448,64
ES	Santa Teresa	320460	23853	R\$ 11.827,11	R\$ 141.925,32
ES	São Domingos do Norte	320465	8735	R\$ 4.331,10	R\$ 51.973,20
ES	São Gabriel da Palha	320470	39085	R\$ 19.379,65	R\$ 232.555,80
ES	São José do Calçado	320480	10536	R\$ 5.224,10	R\$ 62.689,20
ES	São Mateus	320490	134629	R\$ 66.753,55	R\$ 801.042,60
ES	São Roque do Canaã	320495	12602	R\$ 6.248,49	R\$ 74.981,88
ES	Serra	320500	536765	R\$ 266.145,98	R\$ 3.193.751,76
ES	Sooretama	320501	31278	R\$ 15.508,68	R\$ 186.104,16

ES	Vargem Alta	320503	21778	R\$ 10.798,26	R\$ 129.579,12
ES	Venda Nova do Imigrante	320506	26204	R\$ 12.992,82	R\$ 155.913,84
ES	Viana	320510	80735	R\$ 40.031,10	R\$ 480.373,20
ES	Vila Pavão	320515	9280	R\$ 4.601,33	R\$ 55.215,96
ES	Vila Valério	320517	14065	R\$ 6.973,90	R\$ 83.686,80
ES	Vila Velha	320520	508655	R\$ 252.208,10	R\$ 3.026.497,20
ES	Vitória	320530	369534	R\$ 183.227,28	R\$ 2.198.727,36
GO	Abadia de Goiás	520005	9158	R\$ 4.540,84	R\$ 54.490,08
GO	Abadiânia	520010	20873	R\$ 10.349,53	R\$ 124.194,36
GO	Acreúna	520013	22710	R\$ 11.260,38	R\$ 135.124,56
GO	Adelândia	520015	2515	R\$ 1.247,02	R\$ 14.964,24
GO	Água Fria de Goiás	520017	5843	R\$ 2.897,15	R\$ 34.765,80
GO	Água Limpa	520020	1809	R\$ 896,96	R\$ 10.763,52
GO	Águas Lindas de Goiás	520025	222850	R\$ 110.496,46	R\$ 1.325.957,52

GO	Alexânia	520030	28360	R\$ 14.061,83	R\$ 168.741,96
GO	Aloândia	520050	1976	R\$ 979,77	R\$ 11.757,24
GO	Alto Horizonte	520055	6796	R\$ 3.369,68	R\$ 40.436,16
GO	Alto Paraíso de Goiás	520060	7751	R\$ 3.843,20	R\$ 46.118,40
GO	Alvorada do Norte	520080	8749	R\$ 4.338,05	R\$ 52.056,60
GO	Amaralina	520082	3875	R\$ 1.921,35	R\$ 23.056,20
GO	Americano do Brasil	520085	6220	R\$ 3.084,08	R\$ 37.008,96
GO	Amorinópolis	520090	3011	R\$ 1.492,95	R\$ 17.915,40
GO	Anápolis	520110	396526	R\$ 196.610,81	R\$ 2.359.329,72
GO	Ananguera	520120	1171	R\$ 580,62	R\$ 6.967,44
GO	Anicuns	520130	22113	R\$ 10.964,36	R\$ 131.572,32
GO	Aparecida de Goiânia	520140	601844	R\$ 298.414,32	R\$ 3.580.971,84
GO	Aparecida do Rio Doce	520145	2474	R\$ 1.226,69	R\$ 14.720,28
GO	Aporé	520150	4266	R\$ 2.115,23	R\$ 25.382,76
GO	Araçu	520160	3450	R\$ 1.710,63	R\$ 20.527,56
GO	Aragarças	520170	20410	R\$ 10.119,96	R\$ 121.439,52
GO	Aragoiânia	520180	10680	R\$ 5.295,50	R\$ 63.546,00
GO	Araguapaz	520215	7795	R\$ 3.865,02	R\$ 46.380,24
GO	Arenópolis	520235	2462	R\$ 1.220,74	R\$ 14.648,88
GO	Aruanã	520250	10340	R\$ 5.126,92	R\$ 61.523,04
GO	Aurilândia	520260	3000	R\$ 1.487,50	R\$ 17.850,00
GO	Avelinópolis	520280	2401	R\$ 1.190,50	R\$ 14.286,00
GO	Baliza	520310	5418	R\$ 2.686,43	R\$ 32.237,16
GO	Barro Alto	520320	11643	R\$ 5.772,99	R\$ 69.275,88
GO	Bela Vista de Goiás	520330	31004	R\$ 15.372,82	R\$ 184.473,84
GO	Bom Jardim de Goiás	520340	8912	R\$ 4.418,87	R\$ 53.026,44
GO	Bom Jesus de Goiás	520350	26069	R\$ 12.925,88	R\$ 155.110,56
GO	Bonfinópolis	520355	10120	R\$ 5.017,83	R\$ 60.213,96
GO	Bonópolis	520357	4579	R\$ 2.270,42	R\$ 27.245,04
GO	Brazabrantes	520360	3812	R\$ 1.890,12	R\$ 22.681,44
GO	Britânia	520380	5815	R\$ 2.883,27	R\$ 34.599,24
GO	Buriti Alegre	520390	9515	R\$ 4.717,85	R\$ 56.614,20
GO	Buriti de Goiás	520393	2464	R\$ 1.221,73	R\$ 14.660,76
GO	Buritinópolis	520396	3272	R\$ 1.622,37	R\$ 19.468,44
GO	Cabeceiras	520400	8098	R\$ 4.015,26	R\$ 48.183,12
GO	Cachoeira Alta	520410	12843	R\$ 6.367,99	R\$ 76.415,88
GO	Cachoeira de Goiás	520420	1336	R\$ 662,43	R\$ 7.949,16

GO	Cachoeira Dourada	520425	7997	R\$ 3.965,18	R\$ 47.582,16
GO	Caçu	520430	16525	R\$ 8.193,65	R\$ 98.323,80
GO	Caiaapônia	520440	19304	R\$ 9.571,57	R\$ 114.858,84
GO	Caldas Novas	520450	95183	R\$ 47.194,90	R\$ 566.338,80
GO	Caldazinha	520455	3900	R\$ 1.933,75	R\$ 23.205,00
GO	Campestre de Goiás	520460	3662	R\$ 1.815,74	R\$ 21.788,88
GO	Campinaçu	520465	3628	R\$ 1.798,88	R\$ 21.586,56
GO	Campinorte	520470	12880	R\$ 6.386,33	R\$ 76.635,96
GO	Campo Alegre de Goiás	520480	7884	R\$ 3.909,15	R\$ 46.909,80
GO	Campo Limpo de Goiás	520485	8087	R\$ 4.009,80	R\$ 48.117,60
GO	Campos Belos	520490	20124	R\$ 9.978,15	R\$ 119.737,80
GO	Campos Verdes	520495	1526	R\$ 756,64	R\$ 9.079,68
GO	Carmo do Rio Verde	520500	10299	R\$ 5.106,59	R\$ 61.279,08
GO	Castelândia	520505	3380	R\$ 1.675,92	R\$ 20.111,04
GO	Catalão	520510	113091	R\$ 56.074,29	R\$ 672.891,48
GO	Caturai	520520	5132	R\$ 2.544,62	R\$ 30.535,44
GO	Cavalcante	520530	9740	R\$ 4.829,42	R\$ 57.953,04
GO	Ceres	520540	22407	R\$ 11.110,14	R\$ 133.321,68
GO	Cezarina	520545	8794	R\$ 4.360,36	R\$ 52.324,32
GO	Chapadão do Céu	520547	10797	R\$ 5.353,51	R\$ 64.242,12
GO	Cidade Ocidental	520549	74370	R\$ 36.875,13	R\$ 442.501,56
GO	Cocalzinho de Goiás	520551	20771	R\$ 10.298,95	R\$ 123.587,40
GO	Colinas do Sul	520552	3339	R\$ 1.655,59	R\$ 19.867,08
GO	Córrego do Ouro	520570	2254	R\$ 1.117,61	R\$ 13.411,32
GO	Corumbá de Goiás	520580	11223	R\$ 5.564,74	R\$ 66.776,88
GO	Corumbáiba	520590	10012	R\$ 4.964,28	R\$ 59.571,36
GO	Cristalina	520620	61385	R\$ 30.436,73	R\$ 365.240,76
GO	Cristianópolis	520630	2962	R\$ 1.468,66	R\$ 17.623,92
GO	Crixás	520640	17136	R\$ 8.496,60	R\$ 101.959,20
GO	Cromínia	520650	3458	R\$ 1.714,59	R\$ 20.575,08
GO	Cumari	520660	2820	R\$ 1.398,25	R\$ 16.779,00
GO	Damianópolis	520670	3302	R\$ 1.637,24	R\$ 19.646,88
GO	Damolândia	520680	2944	R\$ 1.459,73	R\$ 17.516,76
GO	Davinópolis	520690	2094	R\$ 1.038,28	R\$ 12.459,36
GO	Diorama	520710	2477	R\$ 1.228,18	R\$ 14.738,16
GO	Divinópolis de Goiás	520830	4701	R\$ 2.330,91	R\$ 27.970,92
GO	Doverlândia	520725	7174	R\$ 3.557,11	R\$ 42.685,32
GO	Edealina	520735	3678	R\$ 1.823,68	R\$ 21.884,16
GO	Edéia	520740	12559	R\$ 6.227,17	R\$ 74.726,04
GO	Estrela do Norte	520750	3253	R\$ 1.612,95	R\$ 19.355,40
GO	Faina	520753	6527	R\$ 3.236,30	R\$ 38.835,60
GO	Fazenda Nova	520760	5471	R\$ 2.712,70	R\$ 32.552,40
GO	Firminópolis	520780	13604	R\$ 6.745,32	R\$ 80.943,84
GO	Flores de Goiás	520790	17415	R\$ 8.634,94	R\$ 103.619,28
GO	Formosa	520800	125705	R\$ 62.328,73	R\$ 747.944,76
GO	Formoso	520810	4098	R\$ 2.031,93	R\$ 24.383,16
GO	Gameleira de Goiás	520815	3923	R\$ 1.945,15	R\$ 23.341,80
GO	Goianápolis	520840	11217	R\$ 5.561,76	R\$ 66.741,12
GO	Goiandira	520850	5650	R\$ 2.801,46	R\$ 33.617,52
GO	Goianésia	520860	72045	R\$ 35.722,31	R\$ 428.667,72
GO	Goiânia	520870	1555626	R\$ 771.331,23	R\$ 9.255.974,76
GO	Goianira	520880	46278	R\$ 22.946,18	R\$ 275.354,16

GO	Goiás	520890	22122	R\$ 10.968,83	R\$ 131.625,96
GO	Goiatuba	520910	34307	R\$ 17.010,55	R\$ 204.126,60
GO	Gouvelândia	520915	6076	R\$ 3.012,68	R\$ 36.152,16
GO	Guapó	520920	14206	R\$ 7.043,81	R\$ 84.525,72
GO	Guaraíta	520929	1905	R\$ 944,56	R\$ 11.334,72
GO	Guarani de Goiás	520940	3801	R\$ 1.884,66	R\$ 22.615,92
GO	Guarinos	520945	1681	R\$ 833,50	R\$ 10.002,00
GO	Heitorai	520960	3742	R\$ 1.855,41	R\$ 22.264,92
GO	Hidrolândia	520970	22533	R\$ 11.172,61	R\$ 134.071,32
GO	Hidrolina	520980	3450	R\$ 1.710,63	R\$ 20.527,56
GO	Iaciara	520990	14215	R\$ 7.048,27	R\$ 84.579,24
GO	Inaciolândia	520993	6275	R\$ 3.111,35	R\$ 37.336,20
GO	Indiara	520995	15962	R\$ 7.914,49	R\$ 94.973,88
GO	Inhumas	521000	53655	R\$ 26.603,94	R\$ 319.247,28
GO	Ipameri	521010	27365	R\$ 13.568,48	R\$ 162.821,76
GO	Ipiranga de Goiás	521015	2892	R\$ 1.433,95	R\$ 17.207,40
GO	Iporá	521020	31471	R\$ 15.604,37	R\$ 187.252,44
GO	Israelândia	521030	2772	R\$ 1.374,45	R\$ 16.493,40
GO	Itaberaí	521040	44329	R\$ 21.979,80	R\$ 263.757,60
GO	Itaguari	521056	4684	R\$ 2.322,48	R\$ 27.869,76
GO	Itaguaru	521060	5184	R\$ 2.570,40	R\$ 30.844,80
GO	Itajá	521080	4412	R\$ 2.187,62	R\$ 26.251,44
GO	Itapaci	521090	23850	R\$ 11.825,63	R\$ 141.907,56
GO	Itapirapuã	521100	4380	R\$ 2.171,75	R\$ 26.061,00
GO	Itapuranga	521120	25597	R\$ 12.691,85	R\$ 152.302,20
GO	Itarumã	521130	7337	R\$ 3.637,93	R\$ 43.655,16
GO	Itauçu	521140	8968	R\$ 4.446,63	R\$ 53.359,56
GO	Itumbiara	521150	106845	R\$ 52.977,31	R\$ 635.727,72
GO	Ivolândia	521160	2295	R\$ 1.137,94	R\$ 13.655,28
GO	Jandaia	521170	6001	R\$ 2.975,50	R\$ 35.706,00
GO	Jaraguá	521180	52160	R\$ 25.862,67	R\$ 310.352,04
GO	Jataí	521190	103221	R\$ 51.180,41	R\$ 614.164,92
GO	Jaupaci	521200	2843	R\$ 1.409,65	R\$ 16.915,80
GO	Jesúpolis	521205	2497	R\$ 1.238,10	R\$ 14.857,20
GO	Joviânia	521210	7417	R\$ 3.677,60	R\$ 44.131,20
GO	Jussara	521220	18266	R\$ 9.056,89	R\$ 108.682,68
GO	Lagoa Santa	521225	1652	R\$ 819,12	R\$ 9.829,44
GO	Leopoldo de Bulhões	521230	7663	R\$ 3.799,57	R\$ 45.594,84
GO	Luziânia	521250	214645	R\$ 106.428,15	R\$ 1.277.137,80
GO	Mairipotaba	521260	2358	R\$ 1.169,18	R\$ 14.030,16
GO	Mambai	521270	9277	R\$ 4.599,85	R\$ 55.198,20
GO	Mara Rosa	521280	9234	R\$ 4.578,53	R\$ 54.942,36
GO	Marzagão	521290	2263	R\$ 1.122,07	R\$ 13.464,84
GO	Matrinchã	521295	4321	R\$ 2.142,50	R\$ 25.710,00
GO	Maurilândia	521300	14568	R\$ 7.223,30	R\$ 86.679,60
GO	Mimoso de Goiás	521305	2575	R\$ 1.276,77	R\$ 15.321,24
GO	Minaçu	521308	28518	R\$ 14.140,18	R\$ 169.682,16
GO	Mineiros	521310	69477	R\$ 34.449,01	R\$ 413.388,12
GO	Moiporá	521340	1471	R\$ 729,37	R\$ 8.752,44
GO	Monte Alegre de Goiás	521350	8759	R\$ 4.343,00	R\$ 52.116,00
GO	Montes Claros de Goiás	521370	8037	R\$ 3.985,01	R\$ 47.820,12
GO	Montividiu	521375	13935	R\$ 6.909,44	R\$ 82.913,28

GO	Montividiu do Norte	521377	4538	R\$ 2.250,09	R\$ 27.001,08
GO	Morrinhos	521380	46955	R\$ 23.281,85	R\$ 279.382,20
GO	Morro Agudo de Goiás	521385	2217	R\$ 1.099,26	R\$ 13.191,12
GO	Mossâmedes	521390	4120	R\$ 2.042,83	R\$ 24.513,96
GO	Mozarlândia	521400	16077	R\$ 7.971,51	R\$ 95.658,12
GO	Mundo Novo	521405	4540	R\$ 2.251,08	R\$ 27.012,96
GO	Mutunópolis	521410	3749	R\$ 1.858,88	R\$ 22.306,56
GO	Nazário	521440	9375	R\$ 4.648,44	R\$ 55.781,28
GO	Nerópolis	521450	30931	R\$ 15.336,62	R\$ 184.039,44
GO	Niquelândia	521460	47064	R\$ 23.335,90	R\$ 280.030,80
GO	Nova América	521470	2362	R\$ 1.171,16	R\$ 14.053,92
GO	Nova Aurora	521480	2236	R\$ 1.108,68	R\$ 13.304,16
GO	Nova Crixás	521483	13020	R\$ 6.455,75	R\$ 77.469,00
GO	Nova Glória	521486	8063	R\$ 3.997,90	R\$ 47.974,80
GO	Nova Iguaçu de Goiás	521487	2939	R\$ 1.457,25	R\$ 17.487,00
GO	Nova Roma	521490	3208	R\$ 1.590,63	R\$ 19.087,56
GO	Nova Veneza	521500	10193	R\$ 5.054,03	R\$ 60.648,36
GO	Novo Brasil	521520	2775	R\$ 1.375,94	R\$ 16.511,28
GO	Novo Gama	521523	119649	R\$ 59.325,96	R\$ 711.911,52
GO	Novo Planalto	521525	4592	R\$ 2.276,87	R\$ 27.322,44
GO	Orizona	521530	15834	R\$ 7.851,03	R\$ 94.212,36
GO	Ouro Verde de Goiás	521540	3679	R\$ 1.824,17	R\$ 21.890,04
GO	Ouvidor	521550	6895	R\$ 3.418,77	R\$ 41.025,24
GO	Padre Bernardo	521560	35011	R\$ 17.359,62	R\$ 208.315,44
GO	Palestina de Goiás	521565	3470	R\$ 1.720,54	R\$ 20.646,48
GO	Palmeiras de Goiás	521570	29915	R\$ 14.832,85	R\$ 177.994,20
GO	Palmelo	521580	2382	R\$ 1.181,08	R\$ 14.172,96
GO	Palminópolis	521590	3578	R\$ 1.774,09	R\$ 21.289,08
GO	Panamá	521600	2590	R\$ 1.284,21	R\$ 15.410,52
GO	Paranaiguara	521630	10221	R\$ 5.067,91	R\$ 60.814,92
GO	Paraúna	521640	10988	R\$ 5.448,22	R\$ 65.378,64
GO	Perolândia	521645	3156	R\$ 1.564,85	R\$ 18.778,20
GO	Petrolina de Goiás	521680	10240	R\$ 5.077,33	R\$ 60.927,96
GO	Pilar de Goiás	521690	2135	R\$ 1.058,60	R\$ 12.703,20
GO	Piracanjuba	521710	24543	R\$ 12.169,24	R\$ 146.030,88
GO	Piranhas	521720	10161	R\$ 5.038,16	R\$ 60.457,92
GO	Pirenópolis	521730	25218	R\$ 12.503,93	R\$ 150.047,16
GO	Pires do Rio	521740	31909	R\$ 15.821,55	R\$ 189.858,60
GO	Planaltina	521760	91345	R\$ 45.291,90	R\$ 543.502,80
GO	Pontalina	521770	17899	R\$ 8.874,92	R\$ 106.499,04
GO	Porangatu	521800	45866	R\$ 22.741,89	R\$ 272.902,68
GO	Porteirão	521805	3979	R\$ 1.972,92	R\$ 23.675,04
GO	Portelândia	521810	4032	R\$ 1.999,20	R\$ 23.990,40
GO	Posse	521830	37924	R\$ 18.803,98	R\$ 225.647,76
GO	Professor Jamil	521839	3211	R\$ 1.592,12	R\$ 19.105,44

GO	Quirinópolis	521850	51323	R\$ 25.447,65	R\$ 305.371,80
GO	Rialma	521860	10961	R\$ 5.434,83	R\$ 65.217,96
GO	Rianópolis	521870	4832	R\$ 2.395,87	R\$ 28.750,44
GO	Rio Quente	521878	4728	R\$ 2.344,30	R\$ 28.131,60
GO	Rio Verde	521880	247259	R\$ 122.599,25	R\$ 1.471.191,00
GO	Rubiataba	521890	20012	R\$ 9.922,62	R\$ 119.071,44

GO	Sanclerlândia	521900	7630	R\$ 3.783,21	R\$ 45.398,52
GO	Santa Bárbara de Goiás	521910	6701	R\$ 3.322,58	R\$ 39.870,96
GO	Santa Cruz de Goiás	521920	2782	R\$ 1.379,41	R\$ 16.552,92
GO	Santa Fé de Goiás	521925	5585	R\$ 2.769,23	R\$ 33.230,76
GO	Santa Helena de Goiás	521930	38962	R\$ 19.318,66	R\$ 231.823,92
GO	Santa Isabel	521935	3821	R\$ 1.894,58	R\$ 22.734,96
GO	Santa Rita do Araguaia	521940	9110	R\$ 4.517,04	R\$ 54.204,48
GO	Santa Rita do Novo Destino	521945	3367	R\$ 1.669,47	R\$ 20.033,64
GO	Santa Rosa de Goiás	521950	2200	R\$ 1.090,83	R\$ 13.089,96
GO	Santa Tereza de Goiás	521960	3207	R\$ 1.590,14	R\$ 19.081,68
GO	Santa Terezinha de Goiás	521970	8386	R\$ 4.158,06	R\$ 49.896,72
GO	Santo Antônio da Barra	521971	4886	R\$ 2.422,64	R\$ 29.071,68
GO	Santo Antônio de Goiás	521973	6593	R\$ 3.269,03	R\$ 39.228,36
GO	Santo Antônio do Descoberto	521975	76871	R\$ 38.115,20	R\$ 457.382,40
GO	São Domingos	521980	13305	R\$ 6.597,06	R\$ 79.164,72
GO	São Francisco de Goiás	521990	6265	R\$ 3.106,40	R\$ 37.276,80
GO	São João da Paraúna	522005	1312	R\$ 650,53	R\$ 7.806,36

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 13/11/2019 | Edição: 220 | Seção: 1 | Página: 97

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019

Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando o disposto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização;

Considerando a necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde a fim de garantir a universalidade do SUS;

Considerando a necessidade de implantação de ações estratégicas que atendam às necessidades e prioridades em saúde, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômicas e espacial, entre outras;

Considerando o reconhecimento da Estratégia Saúde da Família como orientadora da Atenção Primária à Saúde e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde no país;

Considerando a importância da territorialização e da adscrição das pessoas aos serviços da Atenção Primária à Saúde e o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população assistida;

Considerando a necessidade de ampliação da capacidade instalada e abrangência da oferta dos serviços da Atenção Primária à Saúde com atuação de equipes multiprofissionais;

Considerando os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, que são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural;

Considerando a necessidade da valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde para o alcance de resultados em saúde; e

Considerando a necessidade de revisar equitativamente a forma de financiamento federal de custeio referente à Atenção Primária à Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde - APS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Art. 2º O Título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, "Do Custeio da Atenção Básica", passa a vigorar com as seguintes alterações:

"TÍTULO II DO CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"

Seção I

Do Custeio da Atenção Primária à Saúde

Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

I - capitação ponderada;

II - pagamento por desempenho; e

III - incentivo para ações estratégicas.

Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados e repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Seção II

Da Capitação Ponderada

Art. 10. O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar:

I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);

II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;

III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e

IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Parágrafo único. O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

Art. 11. Para fins de repasse do incentivo financeiro será considerada a população cadastrada na eSF e na eAP até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal.

§1º O limite de cadastro por município ou Distrito Federal corresponde ao resultado da multiplicação do número de suas eSF e eAP, credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe estabelecido no Anexo XCIX, não podendo ultrapassar a população total definida pelo IBGE.

§ 2º No caso em que o limite de cadastro por município ou Distrito Federal seja ultrapassado, serão priorizadas no cálculo para definição do incentivo financeiro, as pessoas cadastradas que atendem aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico.

§ 3º No caso de municípios ou Distrito Federal com população total definida pelo IBGE inferior a quantidade potencial de pessoas cadastradas por equipe conforme definido no Anexo XCIX, e que possua 1 (uma) eSF credenciada e cadastrada no SCNES, o município ou Distrito Federal fará jus:

I - ao recebimento do valor correspondente ao quantitativo de pessoas cadastradas, aplicado os critérios previstos nesta Seção; e

II - ao recebimento do valor relativo à diferença entre o quantitativo potencial de pessoas cadastradas estabelecido no Anexo XCIX e o quantitativo de pessoas cadastradas de que trata o inciso I, atribuído à diferença somente o peso do critério classificação geográfica.

§ 4º O incentivo financeiro de que trata o inciso II do § 3º será transferido apenas ao município ou Distrito Federal que cadastrar a totalidade da população definida pelo IBGE.

Art. 12. O valor do incentivo financeiro da capitação ponderada será transferido mensalmente e recalculado simultaneamente para todos os municípios ou Distrito Federal a cada 4 (quatro) competências financeiras, observado o disposto no parágrafo único do art. 10.

Art. 12-A. O peso por pessoa cadastrada de que trata o parágrafo único do art. 10 corresponde a:

I - 1,3 (um inteiro e três décimos) para as pessoas que atendam aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica ou perfil demográfico;

II - 1 (um inteiro) para as pessoas que não se enquadrem o inciso I do caput; e

III - 1 (um inteiro), 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos) ou 2 (dois inteiros), de acordo com a classificação geográfica do município ou Distrito Federal, observada a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE nos termos do §4º deste artigo.

§1º O critério de vulnerabilidade socioeconômica contempla pessoas cadastradas beneficiárias:

I - do Programa Bolsa Família (PBF);

II - do Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou

III - de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos.

§2º O critério de perfil demográfico por faixa etária contempla pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais.

§3º Nos casos em que a pessoa cadastrada se enquadrar tanto na vulnerabilidade socioeconômica quanto no perfil demográfico, o peso de 1,3 (um inteiro e três décimos) será aplicado uma única vez.

§4º O critério de classificação geográfica será estabelecido por município ou Distrito Federal, observada a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE:

I - município urbano: peso 1 (um);

II - município intermediário adjacente: peso 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos);

III - município rural adjacente: peso 1,45 (um inteiro e quarenta e cinco décimos);

IV - município intermediário remoto: peso 2 (dois); e

V - município rural remoto: peso 2 (dois).

§ 5º A pontuação do município ou Distrito Federal para definição do cálculo de repasse será obtida pela multiplicação dos pesos estabelecido nos incisos I e II do caput pelos pesos previstos no §4º e pelo quantitativo da população cadastrada, observado o limite estabelecido no art. 11.

§6º O valor total a ser repassado por município ou Distrito Federal será a multiplicação da pontuação estabelecida no §5º pelo valor per capita definido em ato do Ministério da Saúde.

Art. 12-B. A transferência do incentivo financeiro de custeio referente à capitação ponderada está condicionada:

I - ao credenciamento das eSF e eAP pelo Ministério da Saúde;

II - ao cadastro das eSF e eAP no SCNES pela gestão municipal ou Distrito Federal; e

III - à ausência de irregularidades que motivem a suspensão da transferência conforme disposto na PNAB (Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação 2).

Parágrafo único. No caso de cadastro de eSF ou eAP no SCNES referente a um novo credenciamento, o incentivo financeiro da capitação ponderada será transferido ao município ou Distrito Federal mensalmente até o 2º (segundo) recálculo subsequente de que trata o art. 12, observado o limite estabelecido no art. 11, considerando:

I - a quantidade potencial de pessoas cadastradas por equipe conforme o Anexo XCIX; e

II - o critério de classificação geográfica.

Seção III

Do Pagamento por Desempenho

Art. 12-C. O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES.

§1º O valor do pagamento por desempenho será calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe.

§ 2º O incentivo financeiro do pagamento por desempenho repassado ao município ou Distrito Federal corresponde ao somatório dos resultados obtidos por equipe, nos termos do § 1º.

Art. 12-D. Para o pagamento por desempenho deverão ser observadas as seguintes categorias de indicadores:

I - processo e resultados intermediários das equipes;

II - resultados em saúde; e

III - globais de APS.

Parágrafo único. Os indicadores de que trata o caput deverão considerar ainda a relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade.

Art. 12-E. O valor do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será transferido mensalmente e recalculado simultaneamente para todos os municípios ou Distrito Federal a cada 4 (quatro) competências financeiras.

Parágrafo único. No caso de cadastro de eSF ou eAP no SCNES referente a um novo credenciamento, o incentivo financeiro do pagamento por desempenho será transferido ao município ou Distrito Federal mensalmente até o 2º (segundo) recálculo subsequente de que trata o caput, considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por eSF e eAP.

Art. 12-F. Ato do Ministro de Estado da Saúde definirá os indicadores e as metas para o pagamento por desempenho, após pactuação na CIT.

§ 1º Cabe ao Ministério da Saúde a realização do cálculo dos indicadores para a transferência do incentivo de pagamento por desempenho.

§ 2º A especificação técnica dos indicadores será definida em ficha de qualificação a ser disponibilizada no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

Seção IV

Incentivo para Ações Estratégicas

Art. 12-G. O cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas deverá considerar:

- I - as especificidades e prioridades em saúde;
- II - os aspectos estruturais das equipes; e
- III - a produção em ações estratégicas em saúde.

Art. 12-H. O incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

- I - Programa Saúde na Hora;
- II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- IX - Microscopista;
- X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);

XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;

XII - Programa Saúde na Escola (PSE);

XIII - Programa Academia da Saúde;

XIV- Programas de apoio à informatização da APS;

XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;

XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e

XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Parágrafo único. As transferências financeiras observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das respectivas ações, programas e estratégias.

Seção V

Da Suspensão da Transferência dos Incentivos Financeiros

Art. 12-I. No caso de irregularidades, o incentivo financeiro da capitação ponderada será suspenso, de acordo com o disposto na PNAB.

§1º A suspensão de que trata o caput será aplicada proporcionalmente de acordo com a irregularidade praticada por cada eSF e eAP.

§2º Para fins de suspensão de que trata este artigo, não será considerada a ausência de envio de informação sobre a produção por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica, que será monitorada por meio do cumprimento das metas do pagamento de desempenho.

§3º A suspensão de que trata o caput será equivalente a:

I - 25% (vinte e cinco por cento) por eSF para os casos de ausência do profissional auxiliar ou técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde na equipe por um período superior a 60 (sessenta) dias;

II - 50% (cinquenta por cento) por eSF e eAP para os casos de ausência do profissional médico ou enfermeiro na equipe por um período superior a 60 (sessenta) dias; e

III - 100% (cem por cento) por eSF e eAP para os casos:

a. de ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro na eSF por um período superior a 60 (sessenta) dias; ou

b. de ausência total de eSF ou eAP; ou

c. em que haja verificação de dano ao erário.

§ 4º A suspensão que trata o caput será mantida até a adequação das irregularidades identificadas, na forma estabelecida na PNAB e em normativos específicos.

Art. 12-J. O incentivo para ações estratégicas adotará as regras de suspensão estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e em normativas específicas.

Art. 12-K. Nos casos de irregularidade em que haja verificação de ocorrência de fraude ou informação irregular de cumprimento de metas e indicadores, haverá suspensão de 100% (cem por cento) da transferência de pagamento por desempenho por equipe.

Art. 12-L. O início da suspensão da transferência dos recursos de incentivo financeiro se dará mediante Portaria do Ministro de Estado da Saúde.

§1º A suspensão permanecerá até a adequação das irregularidades identificadas e não acarretará transferência retroativa.

§2º Comprovada a inexistência de irregularidade pelo Estado, município ou Distrito Federal o pagamento retroagirá à data do início da suspensão.

Seção VI

Disposições Finais

Art. 12-M. O Ministério da Saúde dará ampla divulgação dos valores dos incentivos transferidos aos municípios ou Distrito Federal.

Art. 12-N. A aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao financiamento de que tratam os art. 9º ao art. 12-L do Título II desta Portaria devem ser destinados, de forma autônoma, a ações e serviços da APS, de acordo com o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde.

Parágrafo único. A prestação de contas sobre a aplicação dos recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios referente as ações e serviços públicos de saúde da APS deverá ser realizada por meio do Relatório de Gestão da respectiva unidade da federação, conforme disposto na Lei

Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e as demais normas aplicáveis.

Art. 12-O. Os recursos orçamentários, de que tratam os art. 9º ao art. 12-L do Título II desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar as Funcionais Programáticas 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Básica em Saúde, 10.301.5019.217U - Apoio a Manutenção dos Polos de Academia da Saúde, mediante disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para as transferências de recursos estabelecidos nesta Portaria aos respectivos Fundos de Saúde, em conformidade com os processos de pagamento instruídos." (NR)

Art. 3º A transição para o modelo de financiamento de custeio da APS do SUS de que trata essa Portaria será definida pelos seguintes grupos:

I - municípios que apresentarem manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS desta Portaria; e

II - municípios que apresentarem decréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS desta Portaria.

§1º A classificação desses grupos será efetivada a partir da comparação entre os valores que o município ou Distrito Federal fez jus nas 12 (doze) competências financeiras do ano de 2019 e o resultado da aplicação das regras de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas.

§2º Para fins do disposto na parte final do § 1º:

I - a aplicação da capitação ponderada considera o quantitativo de pessoas potencialmente cadastradas, conforme o Anexo XCIX da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, aplicando os pesos estabelecidos para os critérios de vulnerabilidade socioeconômica ou perfil demográfico por faixa etária, e de classificação geográfica;

II - o pagamento por desempenho considera o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do município ou Distrito Federal;

III - incentivos para ações estratégicas considera:

a. ações e programas já credenciados e custeados pelo Ministério da

Saúde;

b. atualização do piso salarial do agente comunitário de saúde, nos

termos da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006;

c. equipes informatizadas na data de publicação desta Portaria;

d. potencial adesão ao incentivo de custeio para os municípios ou Distrito Federal com residência médica e multiprofissional; e

e. potencial implantação das adesões ao Programa Saúde na Hora

homologadas.

§ 3º A metodologia de cálculo de que trata este artigo será publicada no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

Art. 4º São etapas de transição do ano de 2020 para o grupo de municípios previsto no inciso I do art. 3º:

I - capitação ponderada - o equivalente a 100% (cem por cento) do incentivo financeiro da capitação ponderada que os municípios ou Distrito Federal fariam jus caso atendessem a todos os requisitos, nas 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2020;

II - pagamento por desempenho - o equivalente ao valor definido pela Portaria nº 874/GM/MS, de 10 de maio de 2019, nas 8 (oito) primeiras competências financeiras do ano de 2020;

III - incentivo para ações estratégicas - o incentivo financeiro equivalente aos parâmetros das portarias vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das estratégias e programas, a partir da 1º (primeira) competência financeira do ano de 2020; e

IV - incentivo financeiro per capita de transição - incentivo fixo com base na população municipal ou do Distrito Federal transferido por 12 (doze) competências financeiras do ano de 2020, calculado da seguinte forma: valor per capita fixo anual de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) multiplicado pela estimativa da população dos municípios ou do Distrito Federal, estabelecida em publicação de portaria específica do Ministério da Saúde, de acordo com os dados populacionais divulgados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

Parágrafo único. Para cálculo do 100% (cem por cento) da capitação ponderada por município ou Distrito Federal são utilizados parâmetros proporcionais à população que atende aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico por faixa etária por município ou Distrito Federal.

Art. 5º A transição para os municípios previstos no inciso II do art. 3º será a manutenção, durante 12 (doze) competências financeiras do ano de 2020, da transferência do maior valor dentre as competências financeiras do ano de 2019 do Piso de Atenção Básica, com exceção dos valores referentes às ações, programas e estratégias do incentivo para ações estratégicas.

§1º No caso de irregularidades, o valor do caput será suspenso proporcionalmente ao número de eSF e eAP cadastradas e credenciadas, considerada a competência utilizada para o cálculo de que trata este artigo, da seguinte forma:

I - 25% (vinte e cinco por cento) por eSF para os casos de ausência do profissional auxiliar ou técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde na equipe por um período superior a 60 (sessenta) dias;

II - 50% (cinquenta por cento) por eSF e eAP para os casos de ausência do profissional médico ou enfermeiro na equipe por um período superior a 60 (sessenta) dias; e

III - 100% (cem por cento) por eSF e eAP para os casos:

a. de ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro na eSF por um período superior a 60 (sessenta) dias;

b. de ausência total de eSF ou eAP ; ou

c. em que haja verificação de dano ao erário.

§ 2º A lista de municípios e o valor da transferência de que trata o caput serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

§ 3º Os municípios de que trata este artigo poderão a qualquer tempo optar por seguir as regras de custeio da APS previstas nesta Portaria.

Art. 6º A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, passa a vigorar acrescida do Anexo XCIX, nos termos do Anexo a esta Portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor em 1º de janeiro de 2020.

Art. 8º Ficam revogados:

I - da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:

a. a Seção II, Seção III, Seção IV, Seção VI, Seção VII, Seção XIII do Capítulo I do Título II; e

b. Seção II, Seção X do Capítulo II do Título II, que trata Do Custeio da Atenção Básica;

II - Portaria nº 3.947/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017;

III - Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013;

IV - Portaria nº 1.798/SE/MS, de 11 de julho de 2019; e

V - da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Seção I, Seção II, Anexo 2 e Anexo 3 do Capítulo II do Anexo XXII.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

ANEXO

DA METODOLOGIA DE CÁLCULO DA CAPITAÇÃO PONDERADA

(Anexo XCIX à Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017)

Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe - de acordo com a classificação geográfica do município (IBGE)

Classificação do município pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade I - 20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade II - 30 h
1 - Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2- Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3 - Rural Adjacente			
4 - Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5 - Rural Remoto			

Fórmula para cálculo da pontuação do município ou Distrito Federal para definição do valor total da capitação ponderada, conforme definido no § 5º do art. 12 A.

Pontuação do município ou Distrito Federal = [(população cadastrada que se enquadra na vulnerabilidade socioeconômica ou no perfil demográfico X 1,3) + (população cadastrada que não se enquadra na vulnerabilidade socioeconômica nem no perfil demográfico X 1)] X peso da classificação geográfica

Fórmula para cálculo do valor total da capitação ponderada a ser repassado por município ou Distrito Federal, conforme definido § 6º do art. 12 A.

Valor total da capitação ponderada = pontuação do município ou Distrito Federal X valor per capita

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, considerando:

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, alterando a Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução CIT Nº 21, de 27 de julho de 2017 Consulta Pública sobre a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). agosto de 2017; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 31 de agosto de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e

as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

CAPÍTULO I

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XV - estimular a participação popular e o controle social;

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e

XX - articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pósgraduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios;

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

IV -estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos município;

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;

XI -prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XIII -desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

XV -garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;

XVII -alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e

IX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

Art. 11 A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo a esta Portaria.

Art. 12 Fica revogada a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas , produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1 - Princípios

- **Universalidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- **Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- **Integralidade:** É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2 - Diretrizes

- **Regionalização e Hierarquização:** dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- **Territorialização e Adscrição:** de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adscritos a ele. Para efeitos desta portaria, considerase Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - **População Adscrita:** população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- **Cuidado Centrado na Pessoa:** aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e

tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2 - A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam

as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b) Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3 - INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1 Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

3.2 Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

a. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outro ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-x para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

i) - População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: $\text{População}/2.000$.

iv) - Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

- Padrões Ampliados -ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros

estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;
- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;
- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;
- Relação de serviços disponíveis; e
- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4 - Tipos de Equipes:

1 - Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2 - Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou

técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria pro-fissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersectoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios.

5 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

a.a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b.o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c.o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d.o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

e.cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e h.cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5 - EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde às populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6 - ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1 - Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas

no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Nasf - AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1 - Equipe de Consultório na Rua (eCR) -equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regimentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o pro-fissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica.

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1 - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da

situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros pro-gramas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1 - Médico:

I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII - Processar filme radiográfico;

XVIII - Selecionar moldeiras;

XIX - Preparar modelos em gesso;

XX - Manipular materiais de uso odontológico.

XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII - Processar filme radiográfico;

VIII - Selecionar moldeiras;

IX - Preparar modelos em gesso;

X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersectorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos

e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII - Processar filme radiográfico;

XVIII - Selecionar moldeiras;

XIX - Preparar modelos em gesso;

XX - Manipular materiais de uso odontológico.

XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII - Processar filme radiográfico;

VIII - Selecionar moldeiras;

IX - Preparar modelos em gesso;

X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV -Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.-Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II - Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III - Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV - Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V - Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção

Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5. DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I - Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II - Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III - Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V - Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI - O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo

como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1- consulta ou procedimento imediato;

1. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII - Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII - Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX - Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI - Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da

mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII - Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de aceitação deste termo (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
- c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e
- d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII - Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV - Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV - Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI - Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII - Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII - Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX - Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6. DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I - Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III - Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV - Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V - Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I - Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

1. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

1. O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

1. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

4.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASFAB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos

incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS (EACS) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir os dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;

a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;

b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e

c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:

a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III - O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV - Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, con-forme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II: O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e < >- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de pro-fissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2-Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e-enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo, acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

RICARDO BARROS

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde
