

## OFICINA 5

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Guia do Participante  
PIAUI – 2017

## **PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

### **Cooperação Técnica Interinstitucional Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS**

Presidente: Michele Caputo Neto

Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva

Coordenador Técnico de Núcleos: René José Moreira dos Santos

**José Wellington Barroso de Araújo Dias**

Governador do Estado do Piauí

**Florentino Alves Veras Neto**

Secretário Estadual de Saúde do Piauí

#### **Equipe Gestora da SES/PI**

**Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé**

*Superintendente de Atenção à Saúde*

**Alderico Tavares**

*Superintendente de Assistência à Saúde*

**Welton Luiz Bandeira de Sousa**

*Superintendente de Gestão e Administração*

**Ana Maria M. Neiva Eulálio Amorim**  
*Dir. de Controle, Aval. Reg. e Auditoria*

**José Elói Lamim Lages**  
*Diretoria de Unidade de Planejamento*

**Francisco das Chagas Cacau**  
*Diretoria de Unidade de Administração*

**Tatiana Vieira Sousa Chaves**  
*Diretoria de Unidade de Vigilância Sanitária*

**José Richardson da Rocha Soares**  
*Diretoria de Unid. de Gestão de Pessoas*

**Juliana Veras de Souza**  
*Diretora do FUNSAÚDE*

**Herlon Clístenes Lima Guimarães**  
*Dir. de Vig. e Atenção à Saúde*

**Ivo Lima Viana**  
*Diretoria de Organização Hospitalar*

**Jean de Sousa Batista**  
*Diretoria de Assistência Farmacêutica*

**Graciene Silva Nazareno**  
*Assessoria de Comunicação*

*Revisão e Sistematização do Documento*  
**Iolí da Silva Piauilino**  
**Norma Sueli Marques da Costa Alberto**

## **PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

### **CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS**

Consultor: Eugênio Vilaça Mendes

Consultores da Tutoria: Marco Antônio Bragança de Matos e Rubia Pereira Barra

Gerente da Atenção Primária à Saúde: Maria José de Oliveira Evangelista

Gerente da Atenção Especializada: Eliana Maria Ribeiro Dourado

### **ORGANIZADORES DOS GUIAS DE ESTUDO**

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

Marco Antônio Bragança de Matos

Maria Zélia Soares Lins

Rubia Pereira Barra

## **FACILITADORES DO CONASS**

Ademilde Machado Andrade  
Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães  
Ana Angélica Ribeiro de M. e Rocha  
Ana Maria Cavalcanti  
Ana Paula Oliva Reis  
Carla Pintas Marques  
Carla Ulhoa André  
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante  
Cleide Aparecida de Oliveira  
Denize Aparecida Silva  
Eliana Maria Ribeiro Dourado  
Eliane Regina da Veiga Chomatas  
Jane Monteiro Neves  
Leane de Carvalho Machado  
Lidia Maria Tonon  
Lore Lamb  
Marco Antônio Bragança de Matos  
Maria Ângela Leite Chaves

Maria Cecília Moreira Domênico  
Maria José de Oliveira Evangelista  
Maria Zélia Soares Lins  
Marta Oliveira Barreto  
Nereu Henrique Mansano  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes  
Regina Helena Arroio Nicoletti  
Regina Márcia Maestrello Bolis  
PaulaMeira  
Rosane de Lucca Maerschner  
Roseane Belchior Carneiro Siqueira  
Rubia Pereira Barra  
Sandra Denise de Moura Sperotto  
Severino Azevedo de Oliveira Junior  
Sônia Maria Souza  
Tereza Cristina Lins Amaral  
Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra  
Viviane Rocha de Luiz  
Wagner Fulgêncio Elias

## PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

### FACILITADORES DO PIAUÍ

Aglauph Cristine Rodrigues Marques  
Aline Jeane Costa Sousa  
Ana Cristina Portela de Brito  
Ana Flávia Azevedo do Nascimento  
Ana Mayara Barros Oliveira  
Antônia Jocileide Neves da Silva  
Antônia Kamila de Sousa Rocha  
Armando Lopes da Silva  
Berenice Diniz Amaral Sousa  
Caroline Fernandes Ferreira  
Christianne de Alencar Vieira  
Cláudia Graciano de Carvalho  
Cláudia Oliveira Melo  
Cleide Maria Melo de Oliveira  
Daiana Carvalho de Sousa  
Dilia Sávia de Sousa Falcão  
Edna de Brito Amaral  
Edvone Benevides Sabino  
Eliandra de Andrade Silva  
Ester Jaime de Sousa Pereira  
Fábio Mota Machado  
Fernanda Pinto da Silva  
Francisco Charles Alves de Lima  
Francisco Ítalo de Moraes Vieira  
Franksinara Mesquita Oliveira  
Geovania Vieira de Brito  
Gessika Aline de Sousa Cerqueira  
Gilberto Marcelo Mendes Bezerra Junior  
Gilmara de Carvalho Cardoso  
Gracyanne Maria Oliveira Machado  
Hellen Natashy Araújo Magalhães  
Iarley de Brito Vasconcelos  
Ieldna Cristina de Paiva Vasconcelos  
Inez Maria Dourado dos Santos Moraes  
Irla Caroline Luz Aguiar Santos  
Jaina Carolina Meneses Calcado  
Jamila da Silva Rodrigues  
João José Costa e Silva  
Joara Cunha Santos Mendes Gonçalves Val  
Joze da Silva Oliveira  
Juliana Maria Sousa  
Julyara Fernanda de Sousa Leite  
Karliane de Araújo Lima Uchoa  
Laina Carvalho de Vasconcelos  
Lanna Agda Furtado Gomes  
Leno Bezerra dos Santos  
Liliane França de Carvalho  
Lucélia Soares da Silva  
Mailson Silva de Oliveira  
Manoel do Espírito Santo Monteiro  
Márcia Alcioneide da Silva  
Márcia Sousa de Moraes  
Maria do Carmo Apoliano de Brito  
Maria Edna Batista Teixeira da Silva  
Maria Gabriela Cardoso Teles Monteiro  
Maysa Raquel Vieira Gramosa  
Melicia Galeno Spíndola  
Monika Amorim Bajurd  
Monique de Aquino Ferreira  
Nathalia Sormento Andrade  
Olavo Félix dos santos  
Onofre Coelho de Moraes Júnior  
Paula Darcyene de Oliveira Araújo  
Renata Maria Silva Santos  
Rosana Bastos do Espírito Santo  
Ruth Fialho Ferreira  
Silvana Thereza de Castro Pires Rebelo  
Simone da Silva Freitas  
Simone Gaspar  
Taylon Oliveira de Andrade  
Thiago Luiz Lima da Silva  
Tiago Leoncio Alves de Araújo  
Valdomiro da Silva Amorim  
Valtânia Leite Barros  
Vanessa Cristina de Castro Aragão  
Vanessa Elenia de Brito Masullo  
Viviane Pinheiro Alves de Almeida  
Zenilda Horrana de Araújo  
Zenira Martins Silva  
Zilmar Silva Neres  
Zoraia Ibiapina Tapety

## SUMÁRIO

1 Apresentação.....	7
2 Objetivos de aprendizagem.....	8
3 Desenvolvimento .....	8
4 Programação .....	9
5 Roteiro de atividades .....	10
6 Orientações para o período de dispersão .....	24
7 Avaliação .....	25
Anexos.....	26

## OFICINA 5 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

---

### 1 APRESENTAÇÃO

A avaliação da situação de saúde da população decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção primária à saúde. Daí a importância de se compreender os processos avaliativos como integrantes do processo de trabalho e essenciais para orientação das práticas de saúde.

O monitoramento pode ser definido como o acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços.

Nesse sentido, o foco da discussão na Oficina 5 será “monitoramento e avaliação”, entendendo que são essenciais para a implantação, consolidação e redirecionamento do trabalho em saúde na perspectiva de se galgar melhores resultados sanitários.

Considerando que a necessidade de mudanças significativas no processo de trabalho em saúde pressupõe a elaboração de um novo perfil profissional, fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competências, a Oficina traz como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da “capacidade de monitorar e avaliar as ações de saúde na Atenção Primária a partir do painel de bordo”.

## 2 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Para o alcance da competência proposta, serão desencadeadas algumas etapas do processo de aprendizagem, representadas pelos seguintes objetivos:

### 3.1 Objetivo geral:

Utilizar o painel de bordo como ferramenta de monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Primária.

### 3.2 Objetivos específicos:

- Compreender os fundamentos sobre monitoramento e avaliação.
- Reconhecer a importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Primária.
- Definir os indicadores e metas relacionadas às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde.
- Elaborar a matriz para o monitoramento das metas pactuadas na Atenção Primária à Saúde.
- Elaborar o plano para operacionalização das metas pactuadas.

## 3 DESENVOLVIMENTO

O processo de formação será integrado, articulado e em estreita relação com a realidade local, por meio de uma abordagem educacional mais participativa e colaborativa, valorizando a integração ensino-serviço. Desta forma, os métodos de ensino-aprendizagem utilizados objetivam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos participantes, a partir de um conjunto de estratégias educacionais, que resultará na apresentação de produtos concretos.

Assim, a oficina 5 está estruturada de forma a trabalhar com algumas estratégias para estimular a participação ativa de todos no processo de construção coletiva do conhecimento. São propostos alguns trabalhos em grupos, seguidos de compartilhamento dos produtos e exposições para sistematização das informações trabalhadas.

Recomenda-se, como material bibliográfico adicional, o **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**, do Ministério da Saúde, para leitura e aprofundamento das temáticas e complementação dos objetivos propostos na oficina. Arquivo disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf).



## 4 PROGRAMAÇÃO

A programação da oficina está organizada em turnos com carga horária de 4 horas/aula, durante os quais serão realizadas atividades conforme os objetivos de aprendizagem já apresentados. O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta. Poderá ser readequado de acordo com o ritmo de trabalho do grupo.

<b>MANHÃ</b>	
<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADES PROGRAMADAS</b>
8h – 8h30min	Inscrição e entrega de material
8h30min – 9h	Acolhimento e abertura da Oficina
9h – 10h	Atividade 1 – Plenário: Dispersão da Oficina de Organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na APS.
10h – 10h15min	Atividade 2 - Exposição dialogada: A Oficina de Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde
10h15min – 10h30min	Café com prosa (deslocamento para os grupos)
10h30min – 12h30min	Atividade 3 – Trabalho em grupo com plenário interno: Como monitorar e avaliar as ações de saúde na Atenção Primária?
12h30min – 13h30min	Intervalo para almoço
<b>TARDE</b>	
<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADES PROGRAMADAS</b>
13h30min – 13h45min	Dinâmica de aquecimento nos grupos
13h45min – 15h	Atividade 4 - Trabalho em grupo com plenário externo: Construindo um painel de bordo
15h – 15h30min	Atividade 5 – Plenário do trabalho em grupo: Construindo um painel de bordo
15h30min – 15h45min	Café com prosa
15h45min – 16h30min	Atividade 6 – Exposição dialogada: Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde
16h30min – 17h	Orientações para o período de dispersão
17h - 17h30min	Avaliação da oficina
17h30min	Encerramento

## 5 ROTEIRO DE ATIVIDADES

### MANHÃ

#### ATIVIDADE 1 - PLENÁRIO: DISPERSÃO DA OFICINA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



1 hora

#### DESCRIÇÃO:

1. A Oficina de Organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde tinha como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da “capacidade de organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na Atenção Primária à Saúde”. Para tanto, foram propostos os seguintes produtos a serem realizados no período de dispersão:

- A implantação/implementação do acolhimento na Atenção Primária à Saúde.
- A implantação da classificação de risco na Atenção Primária à Saúde.
- A identificação e estratificação de risco dos grupos prioritários: gestantes, crianças menores de dois anos, hipertensos e diabéticos, conforme critérios estabelecidos nas diretrizes clínicas.
- A programação para os grupos prioritários, conforme parâmetros estabelecidos nas diretrizes clínicas.
- A agenda local para atenção aos grupos prioritários.

2. Nessa atividade, os participantes socializarão os produtos de dispersão, dando destaque às facilidades e dificuldades para sua realização e, principalmente, à aplicação prática do aprendizado ao cotidiano de trabalho da Atenção Primária à Saúde.

3. Ao final, o coordenador do plenário fará o resgate dos objetivos da Oficina 4 para analisar o grau de alcance dos mesmos.



## **RESGATANDO OS OBJETIVOS DA OFICINA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Objetivo geral:

- Analisar os modelos de atenção e os macroprocessos relacionados para a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na Atenção Primária à Saúde.

Objetivos específicos:

- Discutir a organização atual da Atenção Primária à Saúde para atendimento aos eventos agudos e condições crônicas.
- Compreender o Modelo de Atenção aos Eventos Agudos.
- Compreender o Modelo de Atenção às Condições Crônicas proposto para o Sistema Único de Saúde.
- Discutir os macroprocessos relacionados à organização da atenção aos eventos agudos na Atenção Primária à Saúde (acolhimento, classificação de risco).
- Discutir os macroprocessos relacionados à organização da atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (estratificação de risco, programação, agenda).

### **ATIVIDADE 2 - EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A OFICINA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



15 minutos

#### **DESCRIÇÃO:**

Será apresentada a proposta da oficina de monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde, sua relação com as demais oficinas da Planificação, a competência proposta, as etapas de aprendizagem, a metodologia e, principalmente, a importância da construção do painel de bordo para a Atenção Primária à Saúde.

### ATIVIDADE 3 - TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO EXTERNO: COMO MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA?



**2 horas**

#### DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Cada grupo contará com o apoio de facilitadores nessa atividade para a mediação do trabalho proposto. Antes de dar início, deve-se eleger um coordenador e um relator para a atividade, lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções em algum momento. Veja a seguir o papel desses atores no grupo:



#### **RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO**

O coordenador é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto. Já o relator é responsável por sintetizar as ideias e discussões do grupo e apresentá-las em plenário, seja este interno ou externo.

Registre aqui as pessoas que exercerão as funções de coordenador(a): \_\_\_\_\_  
e de relator(a): \_\_\_\_\_ nessa primeira atividade.

Passo 2 – Mais uma vez vamos nos reportar aos cenários da Planificação. Conhecemos o município de Boa Fé, onde Catarina, nossa adolescente gestante mora com os pais. O município não conseguiu se organizar como Boa Esperança, onde a irmã de Catarina mora, no entanto com a adesão do Estado à Planificação da Atenção à Saúde, a região de Esperança foi eleita para iniciar o processo e o município indicou a Unidade Básica de Saúde de Sinhazinha (cenário da Oficina 4) como Laboratório. Passaram-se alguns meses e já foram realizadas algumas oficinas. Vamos acompanhar o que se passa agora nesse município.



### **Diante de tanta informação, como gerenciar nossos resultados?**

Com a Planificação da Atenção à Saúde, o Estado de Esperança definiu as Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil, e Hipertensão e Diabetes como prioritárias para organização.

Com a realização das oficinas, o município de Boa Fé avançou consideravelmente no cadastro das famílias e todas as equipes já utilizam o prontuário eletrônico com base nas diretrizes clínicas disponibilizadas pelo Estado para as Redes prioritárias.

Romeu, coordenador municipal da Atenção Primária de Boa Fé e membro do grupo condutor da Planificação, convidou as equipes para uma reunião e solicitou que cada uma apresentasse sua experiência sobre monitoramento e avaliação nos territórios adscritos. No entanto, somente duas equipes quiseram apresentar, dentre elas a Unidade Laboratório Sinhazinha.

Romeu constatou que tinha equipes que apenas monitoravam mensalmente os indicadores. Outras avaliavam as ações trimestralmente, mas não tinham o hábito de monitorar os indicadores. De forma geral, as equipes trabalhavam com muitos indicadores e nunca tinham parado para pensar numa ferramenta que permitisse visualizar as ações desenvolvidas, de modo que monitorando e avaliando possibilitasse reduzir a mortalidade materno-infantil e as complicações cardiovasculares em seus territórios.

A Unidade Laboratório, por ter avançado mais rapidamente na implantação dos processos, mostrou alguns instrumentos de monitoramento que foram construídos para acompanhar a estratificação de risco, no entanto era necessário avançar mais.

Luciana, enfermeira da Unidade Laboratório, disse que já tinha ouvido falar que, em Boa Esperança, as equipes tinha iniciado a construção de um painel de bordo para acompanhar os indicadores. Ronaldo, médico da equipe, desabafou: “Nós avançamos muito na organização dos processos, passamos a fazer coisas que antes não fazíamos, temos muita informação, mas se não gerenciarmos tudo isso não teremos subsídio para tomar nossas decisões sanitárias. Precisamos pensar em uma forma de monitorar e avaliar nossas ações de forma sistemática”.

A coordenadora da Vigilância em Saúde retificou: “Acho que temos muitos Sistemas de Informação, dados sobre algumas coisas e outras não. Está na hora de melhorar os

registros e transformar esses dados em informação, mas isso não é uma prática diária das equipes”.

Romeu, reflexivo diante de tantas questões, colocou que, além de tudo isso, a Secretaria deveria pactuar metas com as equipes, pois, na Especialização que estava cursando, ouvia recorrentemente: “Quem não mede, não gerencia”.

Passo 3 – Diante do caso, discuta no grupo as seguintes questões:

a) Baseado no relato acima e na experiência de cada um, existe diferença entre monitoramento e avaliação? Se sim, especifique.

---

---

b) Qual a importância de monitorar e avaliar as ações na Atenção Primária à Saúde para a gestão, as equipes e a comunidade?

---

---

c) Considerando que o Estado elegeu duas Redes prioritárias, quais indicadores devem constar no painel de bordo de Boa Fé, tendo como objetivo a redução da mortalidade materno-infantil e das complicações cardiovasculares?

---

---

Passo 4 – Para melhor compreensão acerca da importância do monitoramento e avaliação, leia o texto de apoio sobre a temática, atentando-se para as orientações gerais sobre leitura coletiva no Box a seguir.



#### **ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA:**

Recomenda-se uma **leitura paragrafada**, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, entretanto **é facultada** aos que desejarem contribuir. É importante que seja realizada em **voz alta** para que todos acompanhem.

Cada participante deve **destacar** os **termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos**, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos. A **responsabilidade** em esclarecer os termos é

**compartilhada** entre os membros do grupo e seus facilitadores. O relator deve **registrar no papel craft** os termos identificados pelo grupo.

O **registro do processo de trabalho** do grupo deverá ser feito pelo relator em **papel afixado na parede** para que todos possam visualizar a **produção coletiva**.

Passo 5 – Compreendida as orientações, o grupo deve proceder à leitura do texto de apoio, conforme orientado:



### TEXTO DE APOIO – O MONITORAMENTO E A AVALIAÇÃO<sup>1</sup>

Segundo Contandriopoulos (1997), a avaliação é uma atividade tão antiga quanto à humanidade, banal e inerente ao processo de aprendizagem. Consiste em fazer um **juízo de valor** a respeito de uma intervenção, com o objetivo de **ajudar na tomada de decisões** (CHEN, 1990). Segundo Tanaka (2001), **avaliar é medir, comparar e emitir juízo de valor**. A avaliação é uma ação, após um ciclo, que possibilita **aferrir o resultado** alcançado.

Já o **monitoramento** é uma **ação gerencial, contínua**, que possibilita **aferrir a meta** e envolve três momentos: medir, comparar e emitir juízo de valor. Exemplificando: a meta alcançada (aferrir) está distante da meta pactuada (comparar) e, portanto, o desempenho não foi satisfatório (emitir juízo de valor), obrigando o gerente a tomar medidas para corretivas (ação gerencial). Esta ação deve ser rotineira e, portanto, de fácil entendimento e execução pelos gerentes, pois possibilita a correção imediata dos problemas identificados.

O **sistema gerencial** tem enorme importância para as organizações. Para a direção possibilita traduzir os objetivos estratégicos em indicadores mensuráveis, desdobrados em metas a serem alcançadas. Possibilita aos gerentes medir o desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas, e implementar ações de prevenção, melhoria ou correção. Para os colaboradores permite conhecer o que é esperado para suas funções, monitorar o próprio desempenho, identificar oportunidades de melhoria e implementar ações de prevenção, melhoria ou correção. Por fim, propicia a melhoria contínua, pois não basta atingir as metas e se acomodar diante dos resultados alcançados. É necessário evoluir continuamente adotando de forma proativa medidas de melhorias e de inovação.

O sistema gerencial é composto por:

- **Indicador:** é a unidade que permite medir o alcance do objetivo. É expresso por número absoluto ou por uma relação (percentual, coeficiente, taxa, entre outras). Deve ser balanceado,

<sup>1</sup> Texto elaborado por Maria Emi Shimazaki (2012).

ou seja, ponderado em função dos resultados. O balanceamento deve analisar se o indicador tem alta, média ou baixa contribuição para o alcance dos resultados. O indicador possibilita a pactuação de meta com as equipes, que deve ser monitorada periódica e sistematicamente.

▪ **Meta:** é o objetivo traduzido de forma qualitativa e quantitativa, num determinado lugar e tempo. É o indicador (o que se quer medir) com valores definidos (quanto) em um determinado tempo (quando) em um determinado local (onde). Uma meta tem como requisitos ser: específica, mensurável, atingível, realizável e temporal. É constituída por quatro partes: um objetivo (o que), um valor (quanto), um local (onde) e um prazo (quando). Exemplo: reduzir o coeficiente de mortalidade infantil (o que), no município de São Lucas (onde), de 10/1000 nascidos vivos para 9/1000 nascidos vivos (quanto), até dezembro de 2013 (quando).

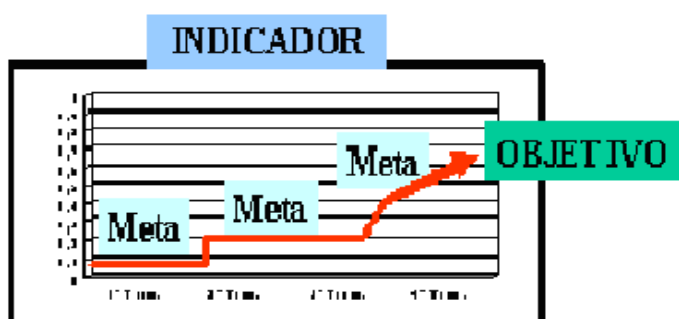


Figura 1: Indicador desdobrado em metas  
Fonte: GBCR - CAMPOS, 2010.

- **Parâmetro:** é o valor referencial para estabelecer comparabilidade para analisar a meta alcançada. A partir do parâmetro pode-se aferir se a meta está de acordo, abaixo ou acima do valor esperado. O parâmetro pode ser uma padronização previamente estabelecida, ou um valor médio de uma série histórica, ou uma meta pactuada;
- **Fonte:** é o sistema, ou arquivo, ou planilha ou banco de dados a partir dos quais se pode obter a medição dos indicadores.
- **Periodicidade:** é a frequência de medição do indicador a partir da fonte. Pode ser: diária, semanal, quinzenal, mensal, trimestral, semestral, anual.
- **Modo de exibição:** é a forma de exibição dos valores dos indicadores (gráficos, tabelas, histogramas, entre outros). No painel de bordo (vide figura 2), para facilitar a visualização rápida e a compreensão, a exibição é feita por cores: vermelho (ex: a meta alcançada está muito distante da meta pactuada), amarelo (ex: a meta alcançada está distante da meta pactuada) e verde (ex: a meta alcançada está próxima ou igual à meta pactuada).
- **Responsável:** é a pessoa que tem a responsabilidade de monitorar o desempenho, ou seja, o alcance da (s) meta (s).



## PAINEL DE BORDO<sup>2</sup>

O painel de bordo é uma ferramenta que possibilita a medição de desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas, com capacidade de programar ações de prevenção ou correção, permitindo a extração de relatórios para tomada de decisão, buscando a melhoria contínua dos resultados em saúde.

É constituído por indicadores balanceados - nas perspectivas de processo, gestão e financiamento - com foco no alcance dos resultados para a sociedade (Kaplan e Norton, 2004).

A utilização de indicadores é fundamental para o alcance dos objetivos de uma organização, seja ela pública ou privada. Em razão disto, no campo da administração, diversas ferramentas são utilizadas para apoiar as empresas ou instituições, no sentido de estabelecer objetivos, metas, indicadores, bem como seu monitoramento e avaliação.

O painel de bordo elenca, para cada objetivo estratégico, uma série de dados a serem coletados nos prontuários, cadastros, registros coletivos e sistemas de informação, tais como: número de pessoas cadastradas, número de consultas agendadas e realizadas, número de pessoas acompanhadas por cada programa estratégico (mulher, criança, hipertenso, diabético), dentre outros.

Como exemplo, segue parte do painel de bordo do município de Fortaleza, que, na construção do seu mapa estratégico, firmou, dentre outros, o compromisso perante a sociedade de reduzir a mortalidade materna e infantil e a mortalidade prematura por doenças cardiovasculares.

### Quadro 1: Painel de Bordo da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Ceará, 2016.

**DADOS A SEREM COLETADOS / INDICADOR**  
(Fonte para coleta de dados - Prontuário Eletrônico)

**Objetivo Estratégico: Reduzir a mortalidade infantil e materna**

A	Número total de gestantes inscritas no PROGRAMA DE SAÚDE INTEGRAL DA MULHER.
B	Número total de gestantes inscritas no PROGRAMA DE SAÚDE INTEGRAL DA MULHER agendadas no período para acompanhamento do pré-natal.
C	Número total de gestantes inscritas no PROGRAMA DE SAÚDE INTEGRAL DA MULHER que compareceram no período para acompanhamento do pré-natal.
D	Número de gestantes inscritas no PROGRAMA DE SAÚDE INTEGRAL DA MULHER com acompanhamento realizado no período conforme checklist de acompanhamento do pré-natal. $[D = (A - B) + C]$

<sup>2</sup> Texto adaptado do Módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde, vinculado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde na Atenção Primária, promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em 2016.

<b>P1 Percentual de gestantes com acompanhamento no pré-natal realizado</b>						
Fórmula:	$(D÷A) \times 100$	Meta SMS:	100%	Meta UBS:	100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$ 75,0% a 94,9% $< 75,0\%$
E	Número de gestantes inscritas no PROGRAMA DE SAÚDE INTEGRAL DA MULHER e estratificadas como de Alto Risco (GESTAÇÃO DE ALTO RISCO QUE DEVE SER REFERENCIADA).					
F	Número de gestantes estratificadas como de alto risco atendidas na atenção especializada.					
<b>P2 Percentual de gestantes de alto risco atendidas na atenção especializada</b>						
Fórmula:	$(F÷E) \times 100$	Meta SMS:	100%	Meta UBS:	100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$ 75,0% a 94,9% $< 75,0\%$
G	Número de gestantes inscritas que apresentam critério para gestão de caso.					
H	Número de gestantes com critério para gestão de caso acompanhadas segundo o plano de cuidado.					
<b>P3 Percentual de gestantes com critério para a gestão de caso, acompanhadas segundo o plano de cuidado</b>						
Fórmula:	$(H÷G) \times 100$	Meta SMS:	100%	Meta UBS:	100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$ 75,0% a 94,9% $< 75,0\%$
I	Número total de crianças menores que 2 anos cadastradas no prontuário eletrônico.					
J	Número de crianças menores que 2 anos inscritas no PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA.					
<b>P4 Percentual de crianças menores que 2 anos inscritas na puericultura (cobertura de puericultura)</b>						
Fórmula:	$(J÷I) \times 100$	Meta SMS:	100%	Meta UBS:	100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$ 75,0% a 94,9% $< 75,0\%$
K	Número de crianças menores que 2 anos inscritas no PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA agendadas no período para acompanhamento da puericultura.					
L	Número de crianças menores que 2 anos inscritas no PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA que compareceram no período para acompanhamento da puericultura.					
M	Número de crianças menores que 2 anos inscritas PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA com acompanhamento realizado no período conforme checklist de acompanhamento da puericultura. $[L = (I - J) + K]$					
<b>P5 Percentual de crianças menores de 2 anos acompanhadas na puericultura</b>						
Fórmula:	$(M÷K) \times 100$	Meta SMS:	100%	Meta UBS:	100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$ 75,0% a 94,9% $< 75,0\%$

### Objetivo Estratégico: Reduzir a mortalidade prematura por doenças cardiovasculares

A	Número de hipertensos inscritos no PROGRAMA DO HIPERTENSO / DIABÉTICO.					
B	Número de hipertensos inscritos no PROGRAMA DO HIPERTENSO / DIABÉTICO agendados no período para acompanhamento.					
C	Número de hipertensos inscritos no PROGRAMA DO HIPERTENSO / DIABÉTICO que compareceram no período para acompanhamento.					
D	Número de hipertensos inscritos no PROGRAMA DO HIPERTENSO / DIABÉTICO com acompanhamento realizado conforme checklist de acompanhamento do hipertenso. $[D = (A - B) + C]$					
<b>P8 Percentual de hipertensos cadastrados e acompanhados de acordo com a diretriz clínica</b>						
Fórmula:	$(D÷A) \times 100$	Meta SMS:	30%	Meta UBS:	100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$ 75,0% a 94,9% $< 75,0\%$

E	Número de hipertensos acompanhados e estratificados como de alto e muito alto risco.						
F	Número de hipertensos estratificados como de alto e muito alto risco atendidos na atenção especializada.						
<b>P9 Percentual de hipertensos de alto e muito alto risco atendidos na atenção especializada</b>							
	Fórmula: $(F÷E) \times 100$	Meta SMS: 100%	Meta UBS: 100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$	75,0% a 94,9%	$< 75,0\%$	
G	Número de usuários hipertensos acompanhados e com nível pressórico arterial adequado nos últimos 12 meses, de acordo com os critérios definidos na diretriz clínica.						
<b>P10 Percentual de hipertensos acompanhados, com nível pressórico arterial adequado nos últimos 12 meses</b>							
	Fórmula: $(G÷D) \times 100$	Meta SMS: 100%	Meta UBS: 100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$	75,0% a 94,9%	$< 75,0\%$	
H	Número de diabéticos inscritos no PROGRAMA DO HIPERTENSO / DIABÉTICO.						
I	Número de diabéticos inscritos no PROGRAMA DO HIPERTENSO / DIABÉTICO agendados no período para acompanhamento.						
J	Número de diabéticos inscritos no PROGRAMA DO HIPERTENSO / DIABÉTICO que compareceram no período para acompanhamento.						
K	Número de diabéticos inscritos no PROGRAMA DO HIPERTENSO / DIABÉTICO com acompanhamento realizado conforme checklist de acompanhamento do diabético.						
<b>P11 Percentual de diabéticos cadastrados e acompanhados de acordo com a diretriz clínica</b>							
	Fórmula: $(K÷H) \times 100$	Meta SMS: 30%	Meta UBS: 100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$	75,0% a 94,9%	$< 75,0\%$	
L	Número de diabéticos acompanhados e estratificados como de alto e muito alto risco.						
M	Número de diabéticos estratificados como de alto e muito alto risco atendidos na atenção especializada.						
<b>P12 Percentual de diabéticos de alto e muito alto risco atendidos na atenção especializada</b>							
	Fórmula: $(M÷L) \times 100$	Meta SMS: 100%	Meta UBS: 100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$	75,0% a 94,9%	$< 75,0\%$	
N	Número de usuários diabéticos acompanhados e com hemoglobina glicada dentro da meta terapêutica para a faixa etária nos últimos 12 meses.						
<b>P13 Percentual de usuários diabéticos acompanhados, com nível hemoglobina glicada <math>&lt; 7,0\%</math> últimos 12 meses</b>							
	Fórmula: $(N÷K) \times 100$	Meta SMS: 100%	Meta UBS: 100%	Parâmetro: $\geq 95,0\%$	75,0% a 94,9%	$< 75,0\%$	

Os indicadores do painel de bordo são representados em três cores: verde, amarelo e vermelho, que são vinculadas às metas pactuadas, conforme série histórica de cada equipe, da seguinte forma: o indicador ficará verde quando o resultado alcançado for  $\geq$  a 95% do que foi pactuado; amarelo, de 75% a 94,9%; e vermelho se  $<$  que 75%, permitindo ao gestor uma avaliação capaz de subsidiar as tomadas de decisões.

A figura a seguir mostra os principais indicadores das diversas áreas técnicas reunidos num único Painel.

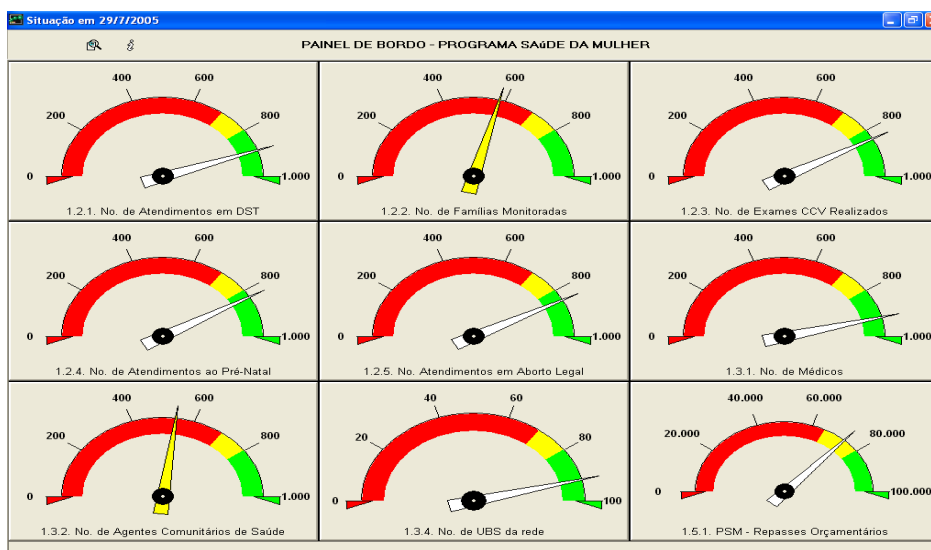


Figura 3: Painel de bordo do mapa estratégico.

As características apresentadas no painel de bordo diferenciam-se de outros processos e instrumentos existentes. É preciso estar atento, pois após a emissão de um aviso, muitas vezes o gestor precisará aprofundar o conhecimento sobre o problema ou aspecto sinalizado, para definir uma tomada de decisão que, com base na situação atual, visa a determinação de providências a tomar objetivando atingir o que foi pactuado como meta.

O painel possibilita, portanto, o aprimoramento constante dos processos de trabalho, uma vez que depende dos macroprocessos instituídos, da estratificação de risco, do uso adequado do prontuário, da epidemiologia, das ações de apoio a todo o sistema, tais como a assistência laboratorial, farmacêutica e informática.

Experiências com o painel de bordo têm mostrado como principais resultados desse movimento de monitoramento e avaliação contínua um maior envolvimento dos gestores no processo de avaliação da produção das Equipes de Atenção Primária; compromisso das áreas técnicas no acompanhamento dos grupos prioritários: gestante, criança, hipertensos e diabéticos; utilização das diretrizes clínicas de estratificação de risco dos grupos prioritários; melhor planejamento das ações de prevenção com base na série histórica fornecida pelos dados do Painel de Bordo; maior empoderamento dos gestores locais na organização das ações de saúde do seu território.

Deve-se considerar que, assim como em outras organizações, a importância de visualizar de forma balanceada os resultados atingidos é mais que uma medida tática ou operacional, é uma necessidade de se ter uma gerência estratégica fundamentada no equilíbrio, permitindo o envolvimento de todos os níveis gerenciais, garantindo o foco e possibilitando o alinhamento gerencial e conceitual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República – Casa Civil, **Decreto Nº 7.508** de 28 de junho de 2011.
- CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001.
- CHEN, TH. Theory-driven evolution. Beverly Hills: Sage, 1990.
- CAMPOS, G. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Sup. 12: 1865-1874. São Paulo, 2007.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- CONTANDRIOPOULUS, A. P. e cols. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In HARTZ, Z. M. A. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.
- CONTANDRIOPOULUS, A.P; LAURISTIN, M; LEIBOVICH, E. Values, norms and there form of health care systems. In: SALTMAN, R.B; FIGUEIRAS, J; SAKELLARIDES, C. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham, Open University Press, 1998, p.339-361.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality approach to its assessment. Ann Harbor, Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. The seven pilares of quality. Arch. Patol. Med, 1990.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Revv. Adm. Públ., 26: 9-19, 1992.
- HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7: 419 – 421, 2002.
- KAPLAN, R.; NORTON, D. Kaplan e Norton na prática. Rio de Janeiro: Elsevier. 2004.
- JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos**. 235f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, BA, 2006.
- LOMAS, J; CONTANDRIOPOULUS, A.P. Regulating limits to medicine: towards harmony in public and self-regulation. In: EVANS, R.G; MORRIS, L.B; MAMROR, T.R. Why are some people healthy and others not? The determinants of health populations. The New York, Aldine de Gruyter, 1994, p. 253-283.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, E. V. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- PAULO, Luiz Fernando Arantes. O PPA como instrumento de planejamento e gestão estratégica. **Revista do Serviço Público**, v. 61, n. 2, p. 171-187, 2014.
- SALIBA, Nemre Adas et al. Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão= Health municipal plan: analyse of management's instrument. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 1, 2013.
- Site da SEPOG – MAPFOR
- SEIWERT, Lothar J. Se tiver pressa, ande devagar. **São Paulo: Fundamento Educacional**, 2004.
- TANAKA, O. Y. Avaliação do programa de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

-----

Passo 6 – Após a leitura, o grupo deve retomar as respostas dadas aos questionamentos do estudo de caso no Passo 3.

Passo 7 - Ao final, o relator deverá sistematizar a discussão do grupo e elaborar a síntese da pergunta-chave: “Por que monitorar e avaliar na Atenção Primária à Saúde?” para apresentação em plenário.

## **TARDE**

### **DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS**



**15 minutos**

#### **DESCRIÇÃO:**

Os facilitadores conduzirão uma dinâmica para aquecer os participantes no início da tarde.

### **ATIVIDADE 4 - TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO EXTERNO: CONSTRUINDO UM PAINEL DE BORDO**



**1 hora e 15 minutos**

#### **DESCRIÇÃO:**

Passo 1 - Nessa atividade, a turma continuará dividida em grupos de trabalho, conforme a atividade anterior. Antes de dar início à leitura, cada grupo deve eleger um novo coordenador e um novo relator para a atividade, desde que sejam pessoas que ainda não tenham exercido essas funções. Registre aqui o nome das pessoas eleitas para coordenador(a):\_\_\_\_\_ e relator(a):\_\_\_\_\_.

Passo 2 – O objetivo dessa atividade é colocar em prática o que foi discutido no texto de apoio, na perspectiva de ajudar as equipes de Boa Fé na construção do seu painel de bordo, no que se refere à atenção materno-infantil.

Passo 3 – Para tanto, serão utilizadas três matrizes, conforme orientações a seguir:

<b>Matriz 1 - Pactuação das metas com as equipes de Atenção Primária à Saúde</b>	
Coluna a	Apresenta o indicador proposto para a APS
Coluna b	Apresenta o parâmetro, ou seja, o valor referencial para o estabelecimento da meta
Coluna c	Analisa a situação do indicador, ou seja, os valores alcançados pela equipe no último ano
Coluna d	A partir da análise da situação do indicador alcançado, do parâmetro e das condições de enfrentamento pela equipe, definir a meta a ser pactuada
Coluna e	O responsável pela aferição da meta, ou seja, a pessoa que terá a atribuição de conferir a meta alcançada pela equipe
Coluna f	O prazo para aferição da meta
Coluna g	A fonte na qual será feita a verificação da meta
<b>Matriz 2 - Implementação das metas pactuadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde</b>	
Coluna d	Apresenta a meta pactuada pelas equipes da APS
Coluna h	Apresenta a ação para alcançar a meta pactuada
Coluna i	Define o responsável pela ação para alcançar a meta pactuada
Coluna j	Define o prazo para realização da ação
Coluna k	Define o local para a realização da ação
Coluna l	Define se há necessidade de padronização de um procedimento para a realização da ação, por meio de um protocolo, procedimento operacional padrão, nota técnica, entre outros
<b>Matriz 3 - Monitoramento das metas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde</b>	
Coluna d	Apresenta a meta pactuada pela equipe
Coluna e	O responsável pela aferição da meta, ou seja, a pessoa que terá a atribuição de conferir a meta alcançada pela equipe
Coluna f	O prazo para aferição da meta
Coluna g	A fonte na qual será feita a verificação da meta
Coluna m	Apresenta a meta alcançada pela equipe
Coluna n	Apresenta o status da meta alcançada pela equipe. Sinalizar se a meta alcançada estiver conforme, abaixo ou acima da meta pactuada
Coluna o	Ação para manutenção, correção ou melhoria; responsável pela ação; prazo para a realização da ação

Passo 4 – Cada grupo ficará responsável pelo preenchimento das matrizes (em anexo) referentes a apenas um dos indicadores propostos.

Passo 5 – Cada relator terá um tempo determinado para apresentação da sistematização das matrizes acerca das matrizes em plenário.

### **ATIVIDADE 5 – PLENÁRIO DO TRABALHO EM GRUPO: CONSTRUINDO UM PAINEL DE BORDO**



30 minutos

#### **DESCRIÇÃO:**

Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese das matrizes da atividade 6, referente ao indicador que ficou responsável. O coordenador do plenário conduzirá a discussão e a sistematização será realizada na atividade seguinte.

### **ATIVIDADE 6 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



45 minutos

#### **DESCRIÇÃO:**

Será realizada uma breve exposição com o objetivo de possibilitar maior compreensão sobre o monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde a partir da construção de um painel de bordo.

## **6 ORIENTAÇÕES PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO**



A dispersão é o momento em que os participantes retornam às atividades nos territórios por um período de 30 a 40 dias até a realização da próxima oficina. Nesse intervalo, as equipes aprofundarão a discussão dos temas abordados com o apoio da tutoria.

Cada oficina estabelece produtos a serem desenvolvidos no período de dispersão, que decorrem da aplicação prática da teoria apreendida e que se somam às atividades de tutoria nos territórios, quando serão desencadeados os processos descritos abaixo nas unidades de saúde para construção do painel de bordo:

- A definição dos indicadores;
- A pactuação de metas com as equipes da APS;
- A implementação das metas pactuadas;
- O monitoramento das metas pactuadas pelas equipes de APS.



## 7 AVALIAÇÃO DA OFICINA



É chegada a hora de avaliar a Oficina. É muito importante termos a percepção de cada participante sobre o dia de trabalho. Sua avaliação nos permite garantir a manutenção das boas estratégias e a readequação daquelas que não conseguiram atingir ou atingiram parcialmente os objetivos propostos. Obrigada por contribuir!

# **ANEXO**

---

**ANEXO – MATRIZES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>3</sup>**

**MATRIZ 1 - PACTUAÇÃO DE METAS COM AS EQUIPES DA APS**

<b>Indicador (Coluna a)</b>	<b>Parâmetro (Coluna b)</b>	<b>Situação do indicador no último ano (Coluna c)</b>	<b>Meta Pactuada (Coluna d)</b>	<b>Responsável (Coluna e)</b>	<b>Prazo (Coluna f)</b>	<b>Fonte (Coluna g)</b>
1. (Número de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES em 2017/ Número total de gestantes residentes no território) x 100	100% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)	80% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2016)	_____% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)			
2. (Número de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES em 2017/ Número total de gestantes residentes no território) x 100	100% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)	0% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2016)	_____% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)			

<sup>3</sup> Matrizes extraídas da Oficina – Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QualificaAPSUS Ceará, sob consultoria de Maria Emi Shimasaki. Ceará, 2016.

3. (Número de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES, com plano de cuidados monitorados semanalmente pela equipe de saúde em 2017/ Número total de gestantes residentes no território) x 100	100% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES, com plano de cuidados monitorados semanalmente pela equipe de saúde (em 2017)	____% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES, com plano de cuidados monitorados semanalmente pela equipe de saúde (em 2017)				
---	--	---	--	--	--	--

**MATRIZ 2 - IMPLEMENTAÇÃO DAS METAS PACTUADAS PELAS EQUIPES DA APS**

<b>Meta Pactuada (Coluna d)</b>	<b>Ação (Coluna h)</b>	<b>Responsável (Coluna i)</b>	<b>Prazo (Coluna j)</b>	<b>Local (Coluna k)</b>	<b>Padronização (Coluna l)</b>
____% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)					
____% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)					
____% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES, com plano de cuidados monitorados semanalmente pela equipe de saúde (em 2017)					

**MATRIZ 3 - MONITORAMENTO DAS METAS PELAS EQUIPES DA APS**

<b>Meta Pactuada (Coluna d)</b>	<b>Responsável (Coluna e)</b>	<b>Prazo (Coluna f)</b>	<b>Fonte (Coluna g)</b>	<b>Meta Alcançada (Coluna m)</b>	<b>Status da Meta Alcançada (Coluna n)</b>	<b>Ação para melhoria, correção ou manutenção (Coluna o)</b>
____% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)						
____% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)						
____% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES, com plano de cuidados monitorados semanalmente pela equipe de saúde (em 2017)						

**ANEXO – MATRIZES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>4</sup>**

**MATRIZ 1 - PACTUAÇÃO DE METAS COM AS EQUIPES DA APS**

<b>Indicador (Coluna a)</b>	<b>Parâmetro (Coluna b)</b>	<b>Situação do indicador no último ano (Coluna c)</b>	<b>Meta Pactuada (Coluna d)</b>	<b>Responsável (Coluna e)</b>	<b>Prazo (Coluna f)</b>	<b>Fonte (Coluna g)</b>
1. (Número de hipertensos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde/Número total estimado de hipertensos no território) x 100	100% de hipertensos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)	___ % de hipertensos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2016)	_____% de hipertensos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)			
2. (Número de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica/Número total de hipertensos acompanhados) x 100	100% de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)	___ % de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2016)	_____% de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)			
3. (Número de hipertensos estratificados como alto e muito alto risco, acompanhados pela atenção ambulatorial especializada/Número total de hipertensos estratificados como alto e muito alto risco) x 100	100% de hipertensos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES, acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2017)	_____% de hipertensos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES, acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2016)	_____% de hipertensos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES, acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2017)			

<sup>4</sup> Matrizes extraídas da Oficina – Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QualificaAPSUS Ceará, sob consultoria de Maria Emi Shimasaki. Ceará, 2016.

4. (Número de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde, com controle de nível pressórico arterial, de acordo com as metas terapêuticas/Número total de hipertensos acompanhados) x 100	100% de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde, com controle de nível pressórico arterial, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)	___% de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde, com controle de nível pressórico arterial, conforme a diretriz clínica da SES (em 2016)	___% de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde, com controle de nível pressórico arterial, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)			
5. (Número de diabéticos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde/Número total estimado de diabéticos no território) x 100	100% de diabéticos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)	___ % de diabéticos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2016)	___% de diabéticos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)			
6. (Número de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica/Número total de diabéticos acompanhados) x 100	100% de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)	___ % de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2016)	___% de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)			
7. (Número de diabéticos estratificados como alto e muito alto risco, acompanhados pela atenção ambulatorial especializada/Número total de diabéticos estratificados como alto e muito alto risco) x 100	100% de diabéticos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES, acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2017)	___% de diabéticos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES, acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2016)	___% de diabéticos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES, acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2017)			
8. (Número de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde, com controle metabólico, de acordo com as metas terapêuticas/Número total de diabéticos acompanhados) x 100	100% de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde, com controle metabólico, de acordo com as metas terapêuticas (em 2017)	___% de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde, com controle metabólico, de acordo com as metas terapêuticas (em 2016)	___% de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde, com controle metabólico, de acordo com as metas terapêuticas (em 2017)			

**MATRIZ 2 - IMPLEMENTAÇÃO DAS METAS PACTUADAS PELAS EQUIPES DA APS**

<b>Meta Pactuada (Coluna d)</b>	<b>Ação (Coluna h)</b>	<b>Responsável (Coluna i)</b>	<b>Prazo (Coluna j)</b>	<b>Local (Coluna k)</b>	<b>Padronização (Coluna l)</b>
____% de hipertensos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)					
____% de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)					
____% de hipertensos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2017)					
____% de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde, com controle de nível pressórico arterial conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)					
____% de diabéticos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)					
____% de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)					
____% de diabéticos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2017)					
____% de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde, com controle metabólico, de acordo com as metas terapêuticas (em 2017)					



**MATRIZ 3 - MONITORAMENTO DAS METAS PELAS EQUIPES DA APS**

Meta Pactuada (Coluna d)	Responsável (Coluna e)	Prazo (Coluna f)	Fonte (Coluna g)	Meta Alcançada (Coluna m)	Status da Meta Alcançada (Coluna n)	Ação para melhoria, correção ou manutenção (Coluna o)
_____% de hipertensos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)						
_____% de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)						
_____% de hipertensos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2017)						
_____% de hipertensos acompanhados pela equipe de saúde, com controle de nível pressórico arterial conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)						
_____% de diabéticos residentes no território, inscritos e acompanhados pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)						
_____% de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde e estratificados por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES (em 2017)						
_____% de diabéticos estratificados como alto e muito alto risco, conforme a diretriz clínica da SES acompanhados pela atenção ambulatorial especializada (em 2017)						
_____% de diabéticos acompanhados pela equipe de saúde, com controle metabólico, de acordo com as metas terapêuticas (em 2017)						