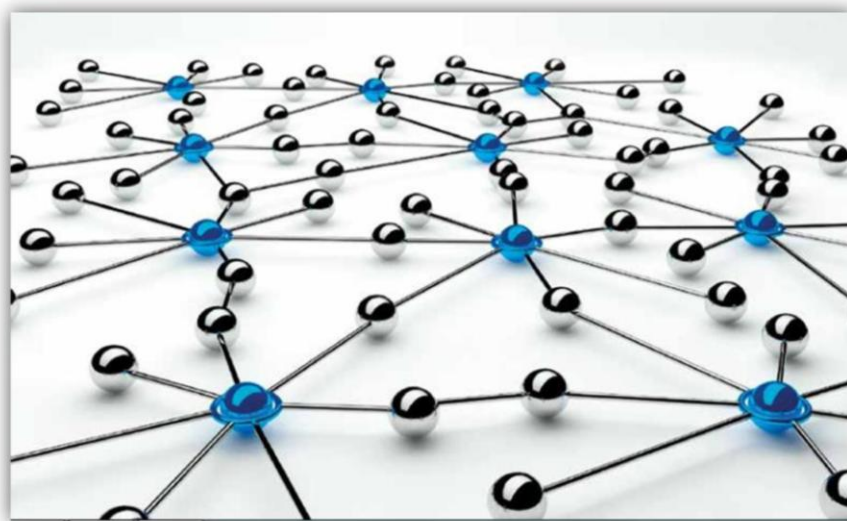


**OFICINA 6 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



Guia do Participante

**ESPÍRITO SANTO/ES
2017**

SUMÁRIO

1 Apresentação

2 Objetivos de aprendizagem

3 Desenvolvimento

4 Programação

5 Roteiro de atividades

6 Orientações para o período de dispersão

7 Avaliação

Anexos

OFICINA 6 – 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 6 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 6 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.

É recomendado material bibliográfico adicional para leitura e aprofundamento das temáticas e complementação dos objetivos propostos na oficina.

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.

MANHÃ	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
8h – 8h30min	Inscrição e entrega de material
8h30min – 9h	Acolhimento e abertura da Oficina
9h – 10h	Atividade 1 – Plenário: Dispersão da Oficina de Assistência Farmacêutica
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
TARDE	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
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 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



1 hora

DESCRIÇÃO:

1. A Oficina de Assistência Farmacêutica tinha como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da “Assistência Farmacêutica na Atenção Primária”. Para tanto, foram propostos os seguintes produtos a serem realizados no período de dispersão:

- Compreender a organização da assistência farmacêutica no município e o funcionamento da farmácia na sua Unidade Básica de Saúde, ressaltando as potencialidades, bem como as dificuldades relacionadas ao acesso ao medicamento.

Para o desenvolvimento desse produto, recomenda-se que as Equipes de Atenção Primária promovam um encontro com o farmacêutico do município para compreender como está organizada a Assistência Farmacêutica no município e, conseqüentemente, nas Unidades Básicas de Saúde, identificando as principais potencialidades e dificuldades desse processo.

- Elaborar um plano de ação para integração do cuidado farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.

Para o alcance desse produto, recomenda-se que, durante o encontro entre as Equipes de Atenção Primária e o farmacêutico do município, sejam identificadas algumas estratégias para implementação e fortalecimento do cuidado farmacêutico na Atenção Primária, fazendo uma discussão acerca da contribuição de cada um no cuidado farmacêutico, mas, principalmente, acerca das atividades que podem ser desenvolvidas de forma conjunta para implementação do cuidado farmacêutico na Unidade Básica de Saúde.

Lembre-se que antes da realização da próxima oficina, as equipes devem entregar ao Tutor um relatório sobre os produtos e preparar uma apresentação para socialização do trabalho com os demais colegas da Planificação da Atenção à Saúde.

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 5 para analisar o grau de alcance dos mesmos.



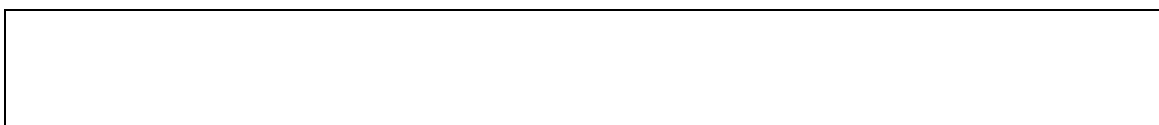
RESGATANDO OS OBJETIVOS DA OFICINA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Objetivo geral:

Desenvolver estratégias de organização e integração da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Objetivos específicos:

- Compreender a importância da assistência farmacêutica enquanto sistema de apoio das Redes de Atenção à Saúde.
- Discutir o papel da Atenção Primária à Saúde na Assistência Farmacêutica, em especial na execução das etapas do ciclo logístico.
- Discutir a atuação integrada equipe-farmacêutico no cuidado multiprofissional na Atenção Primária à Saúde.
- Discutir estratégias para implementação do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde.



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 AVALIAÇÃO¹

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**

¹ Texto elaborado por Maria Emi Shimazaki (2012).

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 **aferir o resultado** alcançado.

Já o **monitoramento** é uma **ação gerencial, contínua**, que possibilita **aferir a meta** e envolve três momentos: medir, comparar e emitir juízo de valor. Exemplificando: a meta alcançada (aferir) 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, 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).

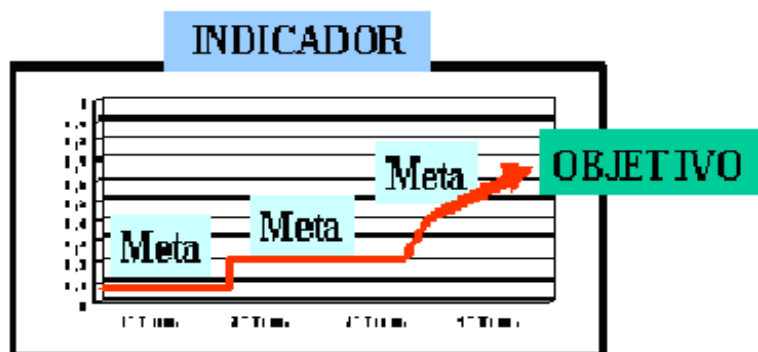


Figura 1: Indicador desdobrado em metas
Fonte: GBCR - CAMPOS, 2010.

- **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 BORDO²

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.

² 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.

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 no prontuário, 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]					
P1	Percentual de gestantes com acompanhamento no pré-natal realizado					
	Fórmula: (D÷A)x100	Meta SMS: 100%	Meta UBS: 100%	Parâmetro: >= 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 (GESTACAO DE ALTO RISCO QUE DEVE SER REFERENCIADA).					
F	Número de gestantes estratificadas como de alto risco atendidas na atenção especializada.					
P2	Percentual de gestantes de alto risco atendidas na atenção especializada					
	Fórmula: (F÷E)x100	Meta SMS: 100%	Meta UBS: 100%	Parâmetro: >= 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.					
P3	Percentual de gestantes com critério para a gestão de caso, acompanhadas segundo o plano de cuidado					
	Fórmula: $(H \div G) \times 100$	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.					
P4	Percentual de crianças menores que 2 anos inscritas na puericultura (cobertura de puericultura)					
	Fórmula: $(J \div I) \times 100$	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. $[L = (I - J) + K]$					
P5	Percentual de crianças menores de 2 anos acompanhadas na puericultura					
	Fórmula: $(M \div K) \times 100$	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. $[D = (A - B) + C]$					
P8	Percentual de hipertensos cadastrados e acompanhados de acordo com a diretriz clínica					
	Fórmula: $(D \div A) \times 100$	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.					
P9	Percentual de hipertensos de alto e muito alto risco atendidos na atenção especializada					
	Fórmula: $(F \div E) \times 100$	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.					
P10	Percentual de hipertensos acompanhados, com nível pressórico arterial adequado nos últimos 12 meses					
	Fórmula: $(G \div D) \times 100$	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.					
P11	Percentual de diabéticos cadastrados e acompanhados de acordo com a diretriz clínica					
	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.					
P12	Percentual de diabéticos de alto e muito alto risco atendidos na atenção especializada					
	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.					
P13	Percentual de usuários diabéticos acompanhados, com nível hemoglobina glicada $< 7,0\%$ últimos 12 meses					
	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.

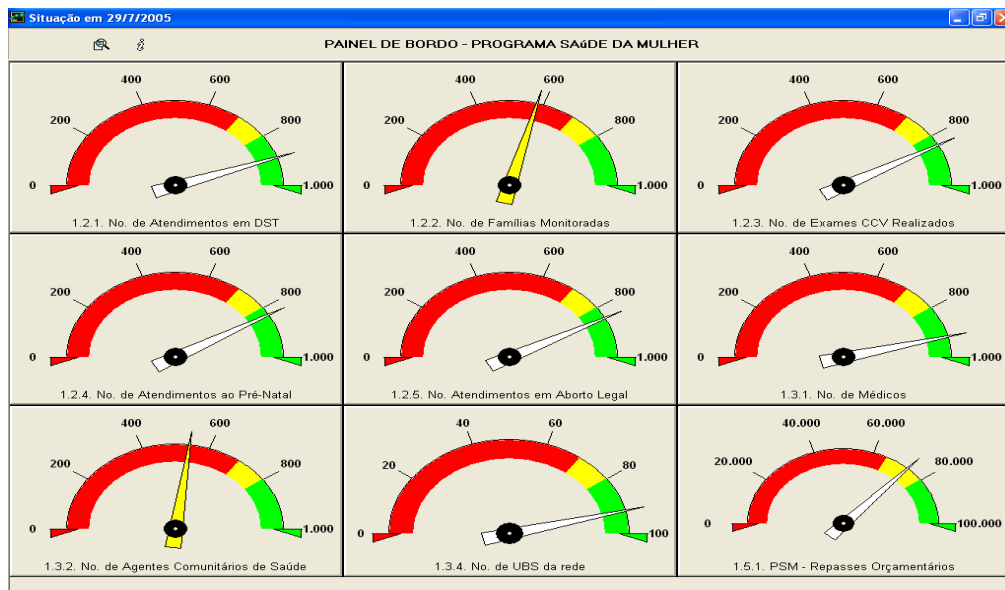


Figura 3: Painel de bordo do mapa estratégico.

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.

O monitoramento de indicadores implica em obter informações em tempo oportuno, realizar o julgamento dos resultados e corrigir problemas e rumos. Este processo abrange tanto indicadores do PES quanto os constantes dos pactos intergestores (PMAQ, SISPACTO, PQAUS) e tem por finalidade acompanhar a evolução das metas pactuadas anualmente para que, a cada quadrimestre, seja possível avaliar as ações programadas e propor medidas de intervenção que promovam o alcance da referida meta.

Um indicador importante a ser acompanhado, que contribui diretamente para a redução da mortalidade infantil e materna é: Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida, acompanhados no 3º Ciclo do PMAQ, que configura-se como uma estratégia na qual são realizadas atividades de atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN) pelos profissionais de nível superior.

A primeira semana de vida do recém-nascido constitui num momento propício para que o médico e o enfermeiro realizem o atendimento clínico do bebê e da puérpera; a verificação da Caderneta de Saúde da Criança; identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e também da puérpera; além da avaliação do estado vacinal BCG e contra a Hepatite B, identificação da triagem neonatal (teste do pezinho) realizada no hospital, caso contrário, a própria equipe de AB deverá realiza-la. Além dessas primeiras ações, outras deverão ser desenvolvidas pelos ACS, técnicos de enfermagem e outros profissionais da AB, como: o cadastro do RN, o auxílio dos familiares nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, orientação e realização das demais imunizações, estabelecimento e reforço da rede de apoio à família.

Outros indicadores do PMAQ também deverão ser considerados inicialmente na análise, para fins de diagnóstico dos processos de trabalho das equipes objetivando um monitoramento e avaliação de que caminho e atividades devemos nos debruçar mais positivamente para alcance de uma melhor organização e qualificação da atenção a população adscrita do território. Entre eles, selecionamos para essa primeira aproximação os relacionados abaixo:

1. Eixo: Acesso e continuidade do cuidado.

- 1.1. Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
- 1.2. Percentual de atendimentos de demanda espontânea
- 1.3. Percentual de atendimentos de consulta agendada
- 1.4. Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada

1.5. Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero

1.6. Cobertura de primeira consulta odontológica programática

2. Eixo: Coordenação do cuidado

2.1. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida

3. Eixo: Resolutividade

3.1. Percentual de encaminhamentos para serviço especializado

3.2. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

4. Eixo: Abrangência da oferta de serviços.

4.1. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica

4.2. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Para monitorar os indicadores do PMAQ acesse:
www.dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Ainda considerando o perfil epidemiológico/Redes de Atenção que estão sendo organizadas na nossa região é de extrema importância pela sua gravidade estabelecer como indicadores Prioritários/Estratégicos o acompanhamento e avaliação de alguns deles que já estão contemplados no SISPACTO.

- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade;
- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária;
- 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;
- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos;
- Proporção vacinas selecionadas Calendário Nac. Vacinação p/ menores 2 anos;
- Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.

Para mais informações consultar o Manual Instrutivo do SISPACTO.

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 their form of health care systems. In: SALTMAN, R.B; FIGUEIRAS, J; SAKELLARIDES, C. **Critical challenges for healthcare reform in Europe**. Buckingham, Open University Press, 1998, p.339-361.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality approach to its assessment. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Arch. Patol. Med, 1990.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev. 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; MAMMOR, 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 – MAPPFOR
- 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:

Matriz 1 - Pactuação das metas com as equipes de Atenção Primária à Saúde	
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
Matriz 2 - Implementação das metas pactuadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde	
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
Matriz 3 - Monitoramento das metas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde	
Coluna c	Apresenta a meta pactuada pela equipe

Coluna d	O responsável pela aferição da meta, ou seja, a pessoa que terá a atribuição de conferir a meta alcançada pela equipe
Coluna e	O prazo para aferição da meta
Coluna f	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.

Considerando que se trata da última oficina da Planificação, os processos supracitados serão acompanhados nos territórios em momentos de avaliação da tutoria.

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!

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

AVALIAÇÃO DA OFICINA 6

1) QUEM ESTÁ AVALIANDO?

Preencha os itens a seguir sobre você e sua instituição:

Município onde trabalha: _____

Função que exerce: _____

Formação: _____

2) COMO ACOLHEMOS VOCÊ?

Avalie os aspectos relacionados à estrutura da Oficina:

Itens	Excelente	Bom	Regular	Ruim
Recepção				
Acolhimento				
Organização				
Instalações				

3) COMO FOI A OFICINA PARA VOCÊ?

Avalie a Oficina, a partir dos seguintes itens:

Itens	Excelente	Bom	Regular	Ruim
Metodologia				
Conteúdo				
Material didático				
Exposições dialogadas				
Trabalhos em Grupo				
Plenários				
Facilitadores				
Carga Horária				

4) QUAL O SEU NÍVEL DE APROVEITAMENTO NESSA OFICINA?

Atribua um conceito/nota ao seu aproveitamento:

- (1) Ótimo - 8,0 a 10,0 (2) Bom - 6,5 a 7,9
(3) Regular - 5,0 a 6,4 (4) Ruim - 0,0 a 4,9

5) COMO VOCÊ AVALIA A IMPORTÂNCIA DA SUA PARTICIPAÇÃO NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE?

- (1) Fundamental (2) Importante
(3) Não é importante (4) Não tenho elementos suficientes para avaliar

6) COMPARTILHE CONOSCO A SUA AVALIAÇÃO E NOS AJUDE A MELHORAR NOSSOS ENCONTROS

Para facilitar, utilize PALAVRAS-CHAVES para responder os itens a seguir:

a) O que NÃO foi BOM?	b) O que FOI BOM?
c) O que PODE MELHORAR?	d) Suas SUGESTÕES?
e) Suas PREOCUPAÇÕES?	

Grato pela sua colaboração!



ANEXO

ANEXO – MATRIZES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE³

MATRIZ 1 - PACTUAÇÃO DE METAS COM AS EQUIPES DA APS

Indicador (Coluna a)	Parâmetro (Coluna b)	Situação do indicador no último ano (Coluna c)	Meta Pactuada (Coluna d)	Responsável (Coluna e)	Prazo (Coluna f)	Fonte (Coluna g)
(Número de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES em 2016/ 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 2016	80% de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES em 2015	_____ % de gestantes residentes no território, acompanhadas no pré-natal pela equipe de saúde, conforme a diretriz clínica da SES em 2016			

³ 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.

<p>(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 2016/ Número total de gestantes residentes no território) x 100</p>	<p>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 2016</p>	<p>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 2015</p>	<p>___% 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</p>			
---	---	---	---	--	--	--

<p>(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 2016/ Número total de gestantes residentes no território) x 100</p>	<p>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 2016</p>	<p>___% 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 2016</p>				
---	---	---	--	--	--	--

MATRIZ 2 - IMPLEMENTAÇÃO DAS METAS PACTUADAS PELAS EQUIPES DA APS

Meta Pactuada (Coluna d)	Ação (Coluna h)	Responsável (Coluna i)	Prazo (Coluna j)	Local (Coluna k)	Padronização (Coluna l)
____% 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, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES em 2016					

<p>___% 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 2016</p>					
---	--	--	--	--	--

MATRIZ 3 - MONITORAMENTO DAS METAS PELAS EQUIPES DA APS

Meta Pactuada (Coluna c)	Responsável (Coluna d)	Prazo (Coluna e)	Fonte (Coluna f)	Meta Alcançada (Coluna m)	Status da Meta Alcançada (Coluna n)	Ação para melhoria, correção ou manutenção (Coluna o)
_____% 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, estratificadas por grau de risco, conforme a diretriz clínica da SES em 2016						

___% 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 2016						
--	--	--	--	--	--	--