

MANUAL IMPULSO PREVINE



1
PREVINE
BRASIL

2
CADASTROS

3
INDICADORES DE
DESEMPENHO

4
INCENTIVOS
ESTRATÉGICOS

5
EXTRAS

PARTE 1 PREVINE BRASIL 6**1.1. O que é o Previne Brasil? 6****1.2. O que o novo modelo busca? 15****PARTE 2 CADASTROS 16****2.1. Que sistema será utilizado para os cadastros das pessoas acompanhadas pelas equipes? 16****2.2. Para a capitação ponderada é necessário que as equipes estejam cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)? 16****2.3. Que tipo de cadastro valerá para a capitação ponderada? 16****2.4. Os cadastros passam por alguma validação na base de dados federal? 17****2.5. O que é o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe? 18****2.6. Há valores de capitação diferentes para diferentes pessoas cadastradas? 19****2.7. Há limite de pessoas cadastradas por equipe para o cálculo da capitação ponderada? 19****2.8. Por que cadastros somem? Quais são os critérios para serem listados como inconsistentes? 20****2.9. Caso as equipes estejam incompletas, haverá alteração nos valores? 21****2.10. Caso o potencial de cadastro não seja alcançado, haverá complementação financeira? 21****2.11. Caso o potencial de cadastro seja superado, haverá complementação financeira? 23****PARTE 3 INDICADORES DE DESEMPENHO 24****3.1. Quais são os indicadores vigentes? 24***3.1.1. Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação..... 24**3.1.2. Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV..... 24**3.1.3. Indicador 3: Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico..... 24**3.1.4. Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico..... 24*

3.1.5. Indicador 5: Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>haemophilus influenzae</i> tipo b e Poliomielite inativada	25
3.1.6. Indicador 6: Percentual de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida em cada semestre.....	25
3.1.7. Indicador 7: Percentual de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.....	25
3.2. Qual a forma correta de registrar os dados que contarão para os indicadores?	26
3.3. Cálculo dos Indicadores	26
3.4. Os indicadores não condizem com a realidade conhecida. Como identificar problemas?	30
3.5. Como organizar o trabalho das equipes para melhorar os indicadores de forma assertiva?	32
3.5.1. Definir meta a ser vencida no quadrimestre para cada indicador.....	32
3.5.2. Entender o “tempo” do indicador.....	34
3.5.3. Busca nominal por usuário (e etapas mais eficientes do processo de trabalho!).....	39
3.6. Outras rotinas para melhoria recomendadas.....	45
PARTE 4 INCENTIVOS ESTRATÉGICOS	48
4.1. Incentivos permanentes	48
4.2. Incentivos de transição	48
EXTRAS SISTEMA E REGISTROS DE ACOMPANHAMENTO	50
A. O que é o e-Gestor?	50
B. Sistemas úteis para acompanhamento do Previne Brasil:.....	50
C. Quando os dados do envio são apresentados no SISAB?	50
D. Como acompanhar a produção realizada?	50
E. Há discrepância de dados entre os sistemas de Prontuário Eletrônico e divulgados pelo governo federal. Por que há divergência de informações?.....	44
F. Como resolver situação com números de cartões SUS diferentes e dados divergentes?.....	44
Referências gerais.....	46

Para quem é este documento?

A equipe da ImpulsoGov, organização sem fins lucrativos que trabalha lado a lado com estados e municípios para aprimorar a coleta e análise de dados dos serviços de saúde, desenvolveu o **Manual Impulso Previne** para apoiar *gestoras públicas, técnicas e profissionais de assistência em saúde* que tenham dúvidas em relação ao novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde, o Previne Brasil.

O documento serve de suporte à plataforma **impulsoprevine.org**, o **primeiro assistente virtual para a gestão do Previne Brasil**. Ele foi baseado em uma pesquisa realizada com gestoras em 2020 e atualizada em 2021, e aborda: *o que é o novo modelo* e aspectos-chave dos três componentes do programa: i. *cadastros*, ii. *indicadores de desempenho*, iii. *incentivos estratégicos*, além de esclarecer dúvidas sobre os *sistemas* utilizados em sua gestão.

i. capitação ponderada	ii. pagamento por desempenho	iii. incentivo para ações estratégicas
------------------------------	---------------------------------------	--

Tem sugestões ou comentários sobre o Manual Previne?

Envie sua opinião para contato@impulsogov.org.

Ficaremos felizes em aperfeiçoá-lo!

PARTE 1

PREVINE BRASIL

1.1. O que é o Previne Brasil?

O programa Previne Brasil foi instituído pela [Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019](#) e posteriormente atualizado pela publicação da [Portaria 102 de 20 de janeiro de 2022](#). O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) altera algumas formas de repasse das transferências de recursos para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios:

- i. Capitação ponderada
- ii. Performance em indicadores de desempenho
- iii. Adesão a incentivos para ações estratégicas.

*Regulamentado pela Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007.

ANTES

Piso de Atenção Básica – PAB fixo

População residente X
valor per capita
(entre \$23 e \$28*)

Piso de Atenção Básica – PAB variável

Credenciamento e implantação de estratégias e programas: eSF, eSB, ACS, ESFR, UBSF, eCR, NASF, etc.

*de acordo com a distribuição dos municípios em quatro faixas, considerando o PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.

AGORA

Modelo atual (misto)

i. Pagamento por nº de cadastrados (considerando quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe)

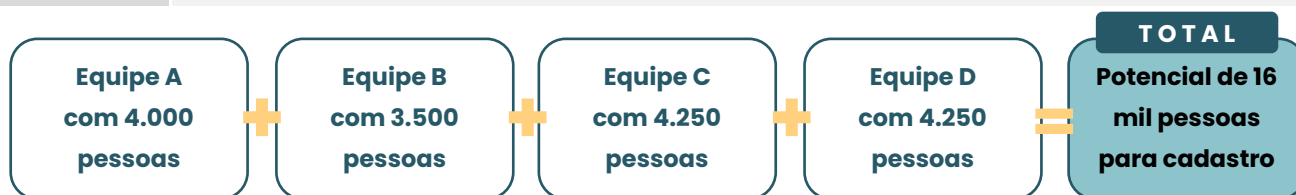
ii. Pagamento por desempenho

iii. Incentivo para ações estratégicas

i. capitação ponderada

Com o Previne Brasil, a **capitação passou a ser ponderada**: o pagamento ocorre de acordo com o número de **cadastrados**, considerando o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP). As equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes de Consultório na Rua (eCR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) também tem seus cadastros contabilizados.

Critérios	Peso por pessoa cadastrada	O que representa?
SEM critério socioeconômico E demográfico	1	Valor base de capitação
COM critério socioeconômico OU demográfico	1,3	30% a mais do valor base de capitação
Ajuste de classificação territorial	Urbano: 1	Municípios intermediário adjacente e rural adjacente receberá 1,45 vezes mais por pessoa cadastrada do que no município urbano.
	Intermediário adjacente: 1,4545 Rural adjacente: 1,4545	
	Intermediário remoto: 2 Rural remoto: 2	Município rural remoto ou intermediário remoto receberá 2 vezes mais por pessoa cadastrada do que no município urbano.
Exemplo	Município Urbano com 4 eSF e potencial de cadastros de 4 mil pessoas/eSF.	



Equipes com profissional ausente por 60 dias receberão de 50 a 75% do valor per capita nas devidas competências e receberão o recurso do pagamento por desempenho de acordo com o alcance das metas dos indicadores.

Para que os cadastros sejam remunerados, as variações devem estar dentro do limite do município:

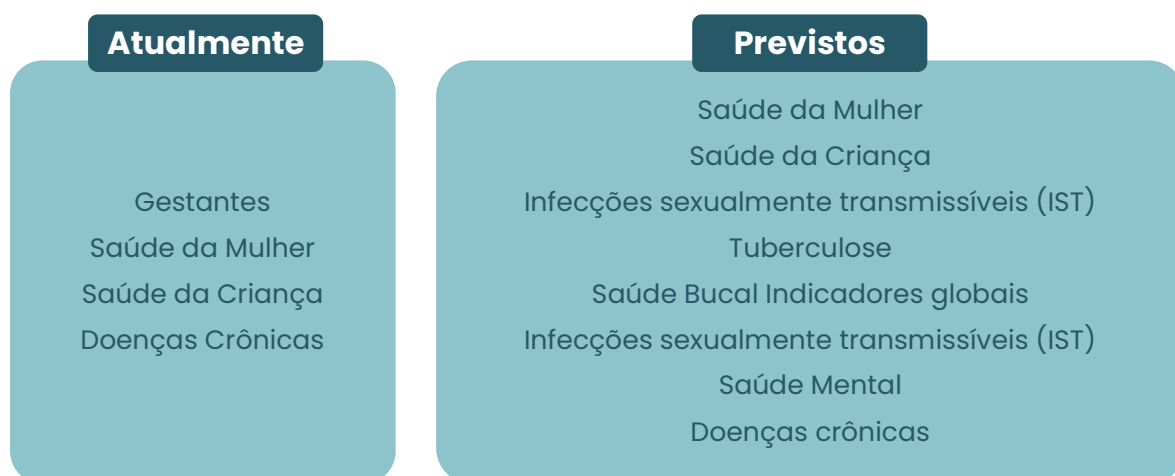
Limite do município =
nº de equipes X parâmetro
de cadastro por equipe

ii. pagamento por desempenho

O **pagamento por desempenho** baseia-se em um conjunto de **indicadores acompanhados de forma sistemática**. O acesso às suas informações permite a avaliação dos dados agregados por equipe, tendo, portanto, prioritariamente, o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) como principal fonte de dados.

A avaliação do desempenho das equipes Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no conjunto dos indicadores é consolidada em um Indicador Sintético Final (ISF), que determina o **valor do incentivo financeiro** a ser transferido ao município. O ISF corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos indicadores selecionados. Esse indicador é aferido a cada 04 meses com repercussão financeira para os 04 meses subsequentes. Esse ciclo se repete quadrimestralmente.

Serão **21 indicadores de desempenho a serem implementados gradualmente**, para monitorar as ações dos serviços de saúde. Os indicadores serão implementados em fases:



A portaria [Portaria n 102 de 20 de janeiro de 2022](#) estabeleceu que, a partir de janeiro de 2022, ocorrerá a transição escalonada do cumprimento dos indicadores de desempenho do Previne Brasil.

Para o financiamento no **primeiro quadrimestre de 2022**, será considerado:

- 1- O percentual de alcance real das metas dos indicadores 1 (consultas pré-natal)
- e 2 (exames de HIV e sífilis em gestantes)

2- O percentual de alcance de 100% das metas do restante dos indicadores, considerando a apuração do ISF obtido no terceiro quadrimestre de 2021.

Para o financiamento no **segundo quadrimestre de 2022**, será considerado:

1- o percentual de alcance real para das metas dos indicadores 1 (consultas pré-natal), 2 (exames de HIV e sífilis em gestantes), 3 (atendimento odontológico em gestantes), 4 (citopatológico) e 5 (vacinação infantil);

2 - o percentual de alcance de 100% das metas dos indicadores 6 e 7 (acompanhamento de hipertensos e diabéticos), considerando a apuração do ISF obtido no primeiro quadrimestre de 2022.

Para o financiamento no **terceiro quadrimestre de 2022**, será considerado o percentual de alcance real das metas de todos os sete indicadores, considerando a apuração do ISF obtido no segundo quadrimestre de 2022.

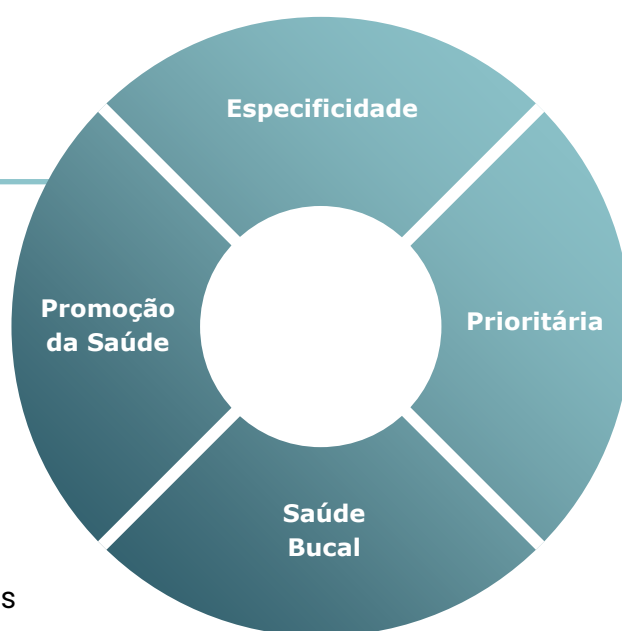
iii. incentivo para ações estratégicas

O **Incentivo para Ações Estratégicas** considera as especificidades e prioridades em saúde, assim como aspectos estruturais e de produção assistencial das equipes e unidades de saúde, por meio de adesão da gestão municipal a programas, estratégias e serviços, ou o cumprimento de requisitos definidos pelo Ministério da Saúde.

A implantação de tais ações estratégicas também visa qualificar as ações e serviços da APS no município, o que pode impactar positivamente nos resultados alcançados nos indicadores acompanhados no Pagamento por Desempenho.

As ações estratégicas são divididas em quatro categorias, agrupadas de acordo com suas características. São elas:

Para cada ação, o município solicitante precisará cumprir alguns requisitos. Uma vez que o município seja elegível, ele receberá o financiamento referente a sua adesão, que poderá ser em parcela única, ou mensalmente.



Os quadros a seguir, demonstram as ações e seus requisitos de acordo com as suas categorias.

Prioritárias		
Ação	Requisitos	Financiamento
Programa Saúde na Hora	<ul style="list-style-type: none">Equipes cadastradas no CNESPelo menos 2 equipes (podendo ser eSF 40h e eAP 20h ou 30h)Gerente de UBS cadastrado no CNESProntuário Eletrônico (PEC ou outro) implementado	R\$15.000,00 à R\$ 59.866,00 mensais por unidade. <i>*A depender da quantidade de equipes e carga horária.</i>
Programa Informatiza APS	<ul style="list-style-type: none">Ter pelo menos 1 equipe cadastrada no CNES	R\$850,00 à R\$2.300,00 mensais por equipe. <i>*A depender da tipologia IBGE e tipo de equipe (eSF ou eAP).</i>
Incentivo às residências	<ul style="list-style-type: none">Programas de Residências regularizados nas comissõesProfissionais precisam estar vinculados ao respectivo programa e cadastrados como profissional residente na equipe que receberá o incentivo	R\$1.500,00 à R\$4.500,00 mensais por residente. <i>*A depender da categoria profissional.</i>

Saúde Bucal		
Ação	Requisitos	Financiamento
Equipes de Saúde Bucal (eSB)	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais cadastrados no CNES Ter pelo menos um profissional dentista e um técnico OU auxiliar em saúde bucal 	R\$7.000,00 para implantação e R\$1.226,50 à R\$3.278,00 mensais. *A depender da tipologia da eSB.
Unidade Odontológica Móvel (UOM)	<ul style="list-style-type: none"> Ter pelo menos uma eSB vinculada à uma eSF ou eAP cadastrada Solicitar credenciamento da UOM para o MS 	R\$3.500,00 para implantação e R\$4.680,00 mensais.
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	<ul style="list-style-type: none"> Unidade devidamente cadastrada no CNES Mínimo de 3 cirurgiões-dentistas e um auxiliar de saúde bucal por consultório Mínimo de 40h semanais de oferta de serviços por consultório Mínimo de 3 consultórios na unidade 	R\$60.000,00 à R\$120.000,00 para implantação e R\$8.250,00 à R\$19.250,00 mensais. *A depender do tipo de CEO.
Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	<ul style="list-style-type: none"> Município com qualquer quantitativo de população pode aderir ao serviço Cadastro de um serviço próprio ou vinculação à um serviço privado para prestação de serviço Mínimo de um cirurgião-dentista ou protético dentário com CH de atuação no SUS cadastrado no CNES 	R\$7.500,00 à R\$22.500,00 mensais. *A depender da quantidade de próteses produzidas no mês.

Promoção da Saúde		
Ação	Requisitos	Financiamento
Programa Saúde na Escola (PSE)	<ul style="list-style-type: none"> Pactuação com Secretaria de Educação para adesão das escolas participantes e renovação a cada dois anos Assinatura de termo de compromisso entre os dois setores Escolas públicas do território que tenham a partir de um educando matriculado 	A partir de R\$5.676,00 mensais. *De acordo com o número de educandos matriculados nas escolas pactuadas.
Programa Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais cadastrados e vinculados à uma equipe no CNES Construção dos polos ocorrem por meio de Emenda Parlamentar Ter pelo menos um profissional 40h ou dois 20h de categoria não médica e não enfermeira. 	R\$3.000,00 mensais para cada polo implantado.

Especificidades		
Ação	Requisitos	Financiamento
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Cadastrar os profissionais no CNES e vincular à uma EACS Possuir pelo menos um ACS no território e um profissional enfermeiro responsável 	R\$1.550,00 mensais por ACS.
Consultório na Rua (eCR)	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais cadastrados no CNES Ter pelo menos 4 profissionais, sendo dois deles: Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo ou - Terapeuta Ocupacional E os outros dois: Agente Social, Técnico ou aux. enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, Educador Físico Formação em Arte e Educação 	R\$19.900,00 à R\$35.200,00 mensais por equipe. *A depender da tipologia.
Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	<ul style="list-style-type: none"> Municípios que possuam população em comunidades ribeirinhas. 	R\$70.000,00 mensais para UBSF que tenham profissionais do Programa Mais Médicos, R\$80.000,00 mensais para UBSF sem Saúde Bucal e R\$90.000,00 mensais para UBSF com Saúde Bucal.
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	<ul style="list-style-type: none"> Ter, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde bucal e um bioquímico ou técnico de laboratório Outros profissionais adicionais: ACS, Microscopista, Aux. ou téc. enf, técnico em saúde bucal, profissional de nível superior dentre enfermeiro/e ou previstos na categoria NASF 	A partir de R\$10.695,00 mensais por equipe, acrescido de R\$1.014,00 à R\$2.500,00 por profissional adicional e R\$2.230,00 para Saúde Bucal, e mais R\$2.673,75 adicionais para embarcações para deslocamento.
Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)	<ul style="list-style-type: none"> Possuir equipamentos com pessoas privadas de liberdade no território Possuir pelo menos cinco profissionais com carga horária de 6h semanais, sendo: Médico, Enfermeiro, aux. ou téc. enf, cirurgião-dentista, aux. ou téc. de saúde bucal 	R\$3.957,50 à R\$42.949,96 mensais. *A depender da tipologia da eAPP (quantidade de profissionais e carga horária).
Saúde dos adolescentes em privação de liberdade	<ul style="list-style-type: none"> Ter adolescentes em complexos socioeducativos em qualquer quantitativo Possuir equipe vinculada ao complexo para atender a população Possuir Plano Operativo e Plano de Ação Anual e encaminhar à Coordenação Geral da Saúde dos Adolescentes e Jovens. 	R\$3.208,50 a R\$10.695,00 mensais *A depender do quantitativo de adolescentes nos centros e formato (semiliberdade).

Característica municipal	Ação Estratégica Elegível
Municípios com população vivendo em comunidades ribeirinhas	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiza APS; • Programa Saúde na Escola; • Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; • Unidade Básica de Saúde Fluvial; • Equipe de Saúde da Família Ribeirinha; • Microscopista.
Até duas equipes, sem profissionais adicionais (além da equipe mínima), sem especificidades e sem cirurgião dentista	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiza APS; • Programa Saúde na Escola; • Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.
Até duas equipes, sem especificidades, com profissionais adicionais (além da equipe mínima) e com cirurgião dentista	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiza APS; • Programa Saúde na Escola; • Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; • Equipe de Saúde Bucal (eSB); • Unidade Odontológica Móvel; • Laboratório Regional de Prótese Dentária; • Academia da Saúde; • Equipe de Consultório na Rua.
Duas ou mais equipes, com profissionais adicionais (além da equipe mínima), sem especificidades	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiza APS; • Programa Saúde na Escola; • Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; • Equipe de Saúde Bucal (eSB); • Unidade Odontológica Móvel; • Laboratório Regional de Prótese Dentária; • Academia da Saúde; • Equipe de Consultório na Rua; • Centro de Especialidades Odontológicas.
Duas ou mais equipes, com profissionais adicionais (além da equipe mínima), com especificidades (sistema prisional adulto e jovem)	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiza APS; • Programa Saúde na Escola; • Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; • Equipe de Saúde Bucal (eSB); • Unidade Odontológica Móvel; • Laboratório Regional de Prótese Dentária; • Academia da Saúde; • Equipe de Consultório na Rua; • Centro de Especialidades Odontológicas; • Equipe de Atenção Primária Prisional.
Duas ou mais equipes, com profissionais adicionais (além da equipe mínima), com especificidades (sistema prisional adulto e jovem) e com profissionais residentes nas equipes	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiza APS; • Programa Saúde na Escola; • Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; • Equipe de Saúde Bucal (eSB); • Unidade Odontológica Móvel; • Laboratório Regional de Prótese Dentária; • Academia da Saúde; • Equipe de Consultório na Rua; • Centro de Especialidades Odontológicas; • Equipe de Atenção Primária Prisional; • Formação Profissional; • Saúde dos adolescentes em privação de liberdade.

<p>Duas ou mais equipes, profissionais adicionais (além da equipe mínima), possibilidade de equipes com funcionamento de pelo menos 60h semanais, sem especificidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiza APS; • Programa Saúde na Escola; • Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; • Equipe de Saúde Bucal (eSB); • Unidade Odontológica Móvel; • Laboratório Regional de Prótese Dentária; • Academia da Saúde; • Equipe de Consultório na Rua; • Centro de Especialidades Odontológicas; • Saúde na Hora.
<p>Duas ou mais equipes, com profissionais adicionais (além da equipe mínima), possibilidade de equipes com funcionamento de pelo menos 60h semanais com especificidades (sistema prisional adulto e jovem)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiza APS; • Programa Saúde na Escola; • Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; • Equipe de Saúde Bucal (eSB); • Unidade Odontológica Móvel; • Laboratório Regional de Prótese Dentária; • Academia da Saúde; • Equipe de Consultório na Rua; • Centro de Especialidades Odontológicas; • Equipe de Atenção Primária Prisional; • Saúde na Hora; • Saúde dos adolescentes em privação de liberdade.
<p>Duas ou mais equipes, profissionais adicionais (além da equipe mínima), possibilidades de equipes com funcionamento de pelo menos 60h semanais, com especificidades e com profissionais residentes nas equipes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiza APS; • Programa Saúde na Escola; • Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; • Equipe de Saúde Bucal (eSB); • Unidade Odontológica Móvel; • Laboratório Regional de Prótese Dentária; • Academia da Saúde; • Equipe de Consultório na Rua; • Centro de Especialidades Odontológicas; • Equipe de Atenção Primária Prisional; • Saúde na Hora; • Saúde dos adolescentes em privação de liberdade; • Formação Profissional.

1.2. O que o novo modelo busca?

O novo modelo de financiamento visa consolidar a APS como um potente ordenador do sistema de saúde, impactando efetivamente na saúde da população. Para tanto, três critérios passam a ser monitorados para o repasse de valores:

- **Número de pessoas acompanhadas nos serviços de saúde** (principalmente quem recebe benefícios sociais, crianças e idosos);
- **Produção para melhora das condições de saúde da população**, com o impedimento do agravamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, além da redução de mortes de crianças e mães;
- **Adesão a programas** como “Saúde Bucal” e “Saúde na Hora”, que ampliam o horário de atendimento dos serviços à população, abrindo durante o almoço, à noite ou aos fins de semana.

Com base nestes critérios, serão aplicados pesos extras ao valor repassado por usuário cadastrado, com base nos dados de identificação e acompanhamento, gerados nos serviços de saúde, referentes a públicos-alvo selecionados.

A Portaria GM/MS Nº 2.254, de 3 de setembro de 2021, em conjunto com a Nota Técnica Nº 798/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS formalizou também o maior valor transferido do Piso de Atenção Básica em 2019 (ano de mudança do programa) como referência para os repasses de capitação ponderada e indicadores de desempenho. A mudança veio diante de demandas dos municípios para evitar perdas nas transferências de financiamento.

CADASTROS

2.1. Que sistema será utilizado para os cadastros das pessoas acompanhadas pelas equipes?

As equipes poderão registrar as informações de cadastro por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS) – as fichas utilizadas pelas unidades e posteriormente digitadas no eSUS-AB – o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ou sistemas próprios/terceiros, diretamente conectados ao eSUS-AB. Os cadastros serão monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

2.2. Para a capitação ponderada é necessário que as equipes estejam cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)?

Sim. Para que as pessoas cadastradas sejam contabilizadas para cálculo do repasse financeiro, *primeiramente as equipes precisam estar credenciadas pelo Ministério da Saúde e cadastradas no SCNES.*

Até 2021, apenas as *equipes de Saúde da Família (eSF)* e *equipes de Atenção Primária (eAP)* foram consideradas para cálculo do parâmetro de capitação. Decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 26 de agosto de 2022 estabeleceu que novas equipes deverão compor o cálculo do parâmetro a partir de 2022: *equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)*, *equipes de Consultório na Rua (eCR)* e *equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)*.

2.3. Que tipo de cadastro valerá para a capitação ponderada?

Para o cálculo da capitação ponderada serão utilizados os cadastros individuais e cadastros simplificados.

O *cadastro individual pode ser feito por todos os profissionais das equipes*, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde.

Já o cadastro simplificado pode ser feito durante o contato com o cidadão nos serviços de atenção primária pelos profissionais das equipes nos sistemas de prontuário eletrônico.

Lembrando que *apenas serão contabilizados cadastros com o preenchimento do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou um CPF válidos.*

2.4. Os cadastros passam por alguma validação na base de dados federal?

Sim. As validações dos cadastros são as mesmas que ocorrem para os outros dados/fichas enviadas ao SISAB.

As validações são: validação das **informações de profissionais (CBO e CNS)**, **equipes (INE)** e **estabelecimentos (CNES)**; **data da realização do cadastro**; e **duplicidade do registro enviado**, além da validação de **dado do paciente (CNS)**.

Existem casos em que o cadastro é reprovado, de forma que a ficha enviada é invalidada, ou seja, não será processada para a base de informações do SISAB. Atualmente há 6 motivos para reprovação e uma mesma ficha pode apresentar mais de uma invalidação, são elas:

- **Registro duplicado:** O registro possui data de atendimento, CNES, INE e CNS iguais a ficha processada anteriormente.
 - **Ação recomendada:** identificar sobreposições de equipamentos que estão conectadas ao envio de dados para o Centralizador Nacional.
- **Data inválida:** A data de atendimento é seguinte a data de envio.
 - **Ação recomendada:** conferir a configuração de Data/Hora do equipamento em que operado o e-SUS APS, como também, verificar o campo Data/hora no Sistema Próprio, para que não seja permitido o registro de atendimentos em datas futuras.
- **CNES inválido:** O número de CNES informado não se encontra na base do SCNES, diverge do município indicado ou não se trata de um tipo de unidade da APS.
 - **Ação recomendada:** verificar se o número do CNES informado da unidade na aplicação local do e-SUS ou Sistema Próprio é igual, está cadastrado, ativo e integra tipo de unidades da APS no SCNES da competência analisada e realizar as atualizações necessárias.
- **INE inválido:** O número de INE informado não está ativo ou não existe na base do SCNES.
 - **Ação recomendada:** para resolver, o procedimento é o mesmo do CNES, com exceção de se atentar agora ao número informado do INE.
- **Profissional inválido (PROF):** O CNS e/ou CBO informado do profissional não se encontra na base no SCNES, difere dos dados cadastrados no SCNES ou não é associado a tipos de unidades da APS.
 - **Ação recomendada:** o procedimento é o mesmo do CNES e INE inválido, atentando-se a competência do PROF.
- **CBO Incompatível:** O CBO informado não está habilitado a preencher a ficha, de acordo com suas atribuições.
 - **Ação recomendada:** analisar se o CBO do profissional informado na aplicação local do e-SUS ou Sistema Próprio está apropriado a preencher

a ficha/registro (Atendimento Individual, Procedimento, Cadastro individual e Domiciliar, Atividades Coletivas, Atendimento Odontológico etc.) informado. De acordo com o conjunto de regras disponível em: <https://integracao.esusab.ufsc.br/ledi/documentacao/regras/cbo.html>

Para mais informações, acesse a Nota Técnica Explicativa do Relatório de Validação, no link:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/envio/RelValidacao.xhtml>

Para consulta ao SCNES, acesse:

<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

2.5. O que é o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe?

Esse é o *potencial de pessoas cadastradas por equipe que será considerado para cálculo da capitação ponderada*. Não é um quantitativo obrigatório ou quantitativo máximo de pessoas cadastradas por equipe, trata-se de um *parâmetro médio de pessoas por equipe dentro de cada município*. Esse parâmetro considera a classificação geográfica do município (de acordo com a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE) e os tipos de equipes que o município possui.

Exemplo

Um município urbano tem 4 equipes de Saúde da Família. De acordo com a Portaria do novo financiamento, para essa classificação geográfica (urbano) e para esse tipo de equipe (eSF), o quantitativo potencial de pessoas cadastradas é de 4 mil pessoas por equipe.

Classificação do município pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade I – 20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade I – 30h
1. Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2. Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3. Rural Adjacente			
4. Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5. Rural Remoto			

Conforme decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 26 de agosto de 2021, ainda deverão ser definidos os limites do quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipes de Atenção Primária (eAP), equipe de Saúde da Família (eSF), eSF Ribeirinha (eSFR), equipes de Consultório na Rua (eCR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP).

2.6. Há valores de capitação diferentes para diferentes pessoas cadastradas?

Sim – há o chamado critério de ponderação. *O valor-base anual por pessoa cadastrada é de R\$ 50,50. O valor atribuído às pessoas com vulnerabilidade socioeconômica, com até 5 anos ou com 65 anos ou mais representam, é multiplicado por 1,3 (peso de ponderação).* Isso ocorre porque, em geral, entre essa parcela da população há maior prevalência de doenças e, portanto, maior demanda do sistema de saúde.

O critério de vulnerabilidade socioeconômica contempla pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Primária (eAP) ou de Saúde da Família Rural (eSFR) que sejam beneficiárias:

1. do Programa Bolsa Família (PBF) – atualmente Auxílio Brasil;
2. do Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou
3. de benefício previdenciário no valor de até dois salários-mínimos.

Contempla também *todas as pessoas cadastradas nas equipes de Consultório na Rua (eCR) ou equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP).*

Além disso, o valor do repasse também é ponderado pelo peso da classificação geográfica do município, conforme os critérios do IBGE. Assim, a soma dos valores por cadastro, já ajustados pelos pesos de critérios de vulnerabilidade social ou perfil demográfico, é multiplicada pelo peso da classificação do município, sendo 1 para municípios urbanos, 1,45455 para municípios intermediários ou rurais adjacentes e 2 para municípios intermediários ou rurais remotos. A justificativa é que esses *municípios possuem diferentes dificuldades e, portanto, custos para garantir o acesso à saúde à sua população a depender de sua configuração territorial.*

2.7. Há limite de pessoas cadastradas por equipe para o cálculo da capitação ponderada?

Para o cálculo da capitação ponderada não há limite de pessoas cadastradas por equipe, entretanto há limite de pessoas cadastradas por município. Para fins do

repassse, esse limite por município será igual ao número de equipes multiplicado pelo Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, conforme tabela acima. Conforme decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 26 de agosto de 2021, o limite de pessoas cadastradas por município, a partir de 2022, será sempre igual ao potencial de cadastro das equipes. Assim, de forma diferente do que foi anteriormente estabelecido nas regras do programa, a população estimada pelo IBGE não servirá de limite.

Assim, os municípios que superaram a projeção de população de 2019 no cadastramento receberão pelos cadastros que extrapolaram a projeção populacional, desde que estejam dentro do parâmetro das equipes. Se o município cadastrar mais pessoas do que seu limite, serão priorizados para o cálculo de pagamento por capitação os cadastros ponderados (ver **2.6. Há valores de capitação diferentes para diferentes pessoas cadastradas?**).

2.8. Por que cadastros somem? Quais são os critérios para serem listados como inconsistentes?

No cadastro do cidadão, caso haja alguma inconsistência, o sistema mostrará mensagem na tela indicando os campos que deverão ser corrigidos. Se não houver inconsistência, o sistema salvará os dados e voltará para a tela anterior.

É possível gerar um relatório de inconsistências (por meio do Módulo “Transmissão de Dados” do perfil de Administrador), que permite a visualização do tipo de incoerência em relação ao cidadão, seu núcleo familiar, vínculo com responsável familiar e domicílio.

Com estas informações, é possível realizar as adequações para manter a consistência do cadastro do território, permitindo maior fidedignidade nas informações em relação aos indivíduos, assim como, as famílias adscritas no território da equipe.

O vídeo [“Cadastre Já – Acompanhamento dos cadastros válidos”](https://www.youtube.com/watch?v=Uy9ujSCaIQw) (<https://www.youtube.com/watch?v=Uy9ujSCaIQw>) da SAPS explica como realizar cadastros válidos. Na área do e-Gestor/SISAB, também há o relatório de inconsistências, que auxilia na identificação de cadastros não validados. A imagem abaixo demonstra como acessá-lo.

SISAB

Relatório de Cadastros não validados

Filtros para consulta:

CNES + INE

Quadrimestre*: 2021 Q1

Como deseja visualizar?

Ver em tela

Download

Limpar Filtros

Relatório de Inconsistências de Cadastro Individual

Relatório de Inconsistências de Cadastro Individual

Procurar:

CNES	Nome UBS	INE	CNS formato inválido	CNS não consta no CADSUS	Dt Nascimento Divergente	Possui vínculo com outra equipe	Detalhar
0		0	0	0	0	1.467	Q
0		0	0	0	0	8	Q
0		0	0	0	0	289	Q
0		0	0	0	0	25	Q
0		0	0	0	0	130	Q
0		0	0	0	0	259	Q
0		0	0	0	0	174	Q
0		0	0	0	0	124	Q
0		0	0	0	0	345	Q
0		0	0	0	0	226	Q

Exibindo de 1 a 10 de 26 registros

Anterior 1 2 3 Próximo

2.9. Caso as equipes estejam incompletas, haverá alteração nos valores?

O **valor transferido da capitação** será suspenso em:

- **25% por eSF para os casos de ausência do profissional auxiliar ou técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde** na equipe por mais que 60 dias;
- **50% por eSF e eAP para os casos de ausência de profissional médico ou enfermeiro na equipe, pelo mesmo período; ou**
- **100% por eSF e eAP em caso de ausência simultânea de profissionais médicos e enfermeiros na eSF por um período superior a 60 dias**, ausência total de equipe ou dano ao erário.

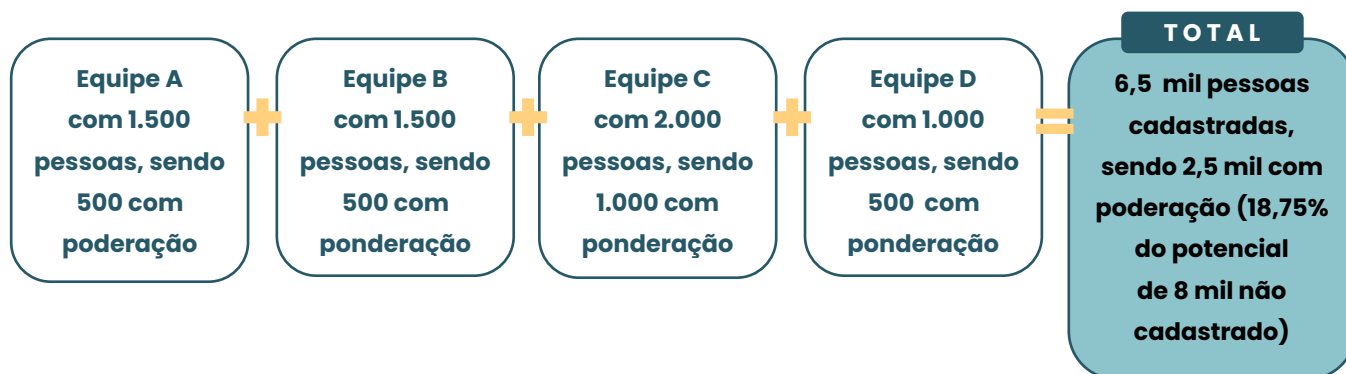
2.10. Caso o potencial de cadastro não seja alcançado, haverá complementação financeira?

Conforme Portaria GM/MS nº 2.254/2021, **municípios que não tiverem atingido o potencial de cadastro deverão receber um incentivo financeiro para fazerem busca ativa e aumentarem os cadastros**. A complementação financeira representará entre 10% e 50% dos recursos que seriam destinados à população não cadastrada caso ela o estivesse, conforme regras abaixo:

Diferença entre o quantitativo potencial de cadastro e a população cadastrada	Percentual a ser transferido
Menor ou igual a 60% do quantitativo potencial de cadastro	50%
maior que 60% e menor ou igual a 70% do quantitativo potencial de cadastro	40%
Maior que 70% e menor ou igual a 80% do quantitativo potencial de cadastro	30%
Maior que 80% e menor ou igual a 90% do quantitativo potencial de cadastro	20%
Maior que 90%, mas menor que 100% do quantitativo potencial de cadastro	10%

Exemplo 1

Município Rural Remoto com 4 eSF e potencial de cadastros de 2 mil pessoas/eSF – 8 mil no total – que tenha apenas 6,5 mil pessoas cadastradas (81,25% do potencial), sendo 2,5 mil no critério de ponderação



Desta forma, obtêm-se o seguinte cálculo de transferência mensal:

$$\text{R\$} = \frac{\text{R\$ } 50,50}{12} \times \left\{ 4 \text{ mil} + \left(2,5 \text{ mil} \times 1,3 \right) + \left(1,5 \text{ mil} \times 20\% \right) \right\} \times 2$$

EM QUE:	
R\$	Valor total do componente de capitação
50,50	Valor per capita transferido anualmente
12	Meses
4 mil	Pessoas cadastradas sem ponderação
2,5 mil	Pessoas cadastradas com ponderação
1,3	Peso atribuído pela ponderação
1,5 mil	Pessoas não cadastradas (18,75% do potencial)
20%	Percentual a ser transferido, considerando 81,25% do potencial de cadastro alcançado (ou 18,75% do potencial não cadastrado)
2	Peso demográfico associado à tipologia Rural remoto

2.11. Caso o potencial de cadastro seja superado, haverá complementação financeira?

Conforme Portaria GM/MS nº 2.254/2021, **caso o município tenha resultado acima de 7 no Indicador Sintético Final (ISF) do componente de Indicadores de Desempenho e tenha extrapolado o quantitativo potencial de cadastro** das equipes, ele **receberá o pagamento de capitação também pelo excedente** da população atendida.

Neste caso, os municípios não só ultrapassaram seu potencial de cadastro, mas também atingiram uma boa assistência a um conjunto superior ao parâmetro de atendimento das equipes.

Exemplo 1

Município Rural Remoto com 4 eSF e potencial de cadastros de 2 mil pessoas/eSF – 8 mil no total – que tenha 8,5 mil pessoas cadastradas, sendo 2,5 mil no critério de ponderação, e ISF com nota 7

O cálculo de transferência mensal ficaria desta forma:

$$\text{R\$} = \frac{\text{R\$ } 50,50}{12} \times \left\{ 6 \text{ mil} + \left(2,5 \text{ mil} \times 1,3 \right) + 500 \right\} \times 2$$

EM QUE:	
R\$	Valor total do componente de capitação
50,50	Valor per capita transferido anualmente
12	Meses
6 mil	Pessoas cadastradas sem ponderação
2,5 mil	Pessoas cadastradas com ponderação
1,3	Peso atribuído pela ponderação
500	Pessoas cadastradas a mais, que serão contadas na capitação pelo resultado igual ou acima de 7 no ISF
2	Peso demográfico associado à tipologia Rural remoto

O excedente de cadastros pode ser remunerado também pelo credenciamento de novas equipes – como é de praxe, mediante solicitação do município ao Ministério da Saúde na área restrita do eGestor.

PARTE 3

INDICADORES DE DESEMPENHO

3.1. Quais são os indicadores vigentes?

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

Por que esse indicador?	O acompanhamento adequado da gestante ao longo do pré-natal, com consultas em quantidade e qualidade suficiente (entre outros elementos), é capaz de identificar problemas pré-existentes e aqueles desenvolvidos ao longo da gestação, propiciando diagnóstico precoce e tratamento apropriado. Isso aumenta as chances de uma gravidez saudável com o desenvolvimento correto do feto e um parto no tempo certo.
O que mostra?	A capacidade da equipe de captar precocemente a gestante bem como acompanhá-la ao longo da gestação.

3.1.2. Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

Por que esse indicador?	As infecções por HIV e sífilis são duas das doenças mais ameaçadoras ao feto, já que podem ser transmitidas verticalmente. A interrupção do ciclo de transmissão gestante->feto pode ser feita, com terapia de eficácia reconhecida, se identificada em momento oportuno.
O que mostra?	Além do acompanhamento demonstrado no indicador anterior, destaca os exames de maior impacto na saúde do feto e do recém-nascido.

3.1.3. Indicador 3: Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico

Por que esse indicador?	Doenças bucais podem gerar problemas gestacionais como a indução do parto prematuro, entre outros, prejudicando potencialmente a saúde e o desenvolvimento do bebê. A saúde bucal deve ser observada na gestante como parte importante do cuidado pré-natal.
O que mostra?	Demonstra a capacidade de coordenar o cuidado da gestante entre a equipe de saúde da família e a equipe de saúde bucal para o efetivo acompanhamento pré-natal, mesmo que essas pessoas estejam em ambientes físicos distintos.

3.1.4. Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico

Por que esse indicador?	O câncer cérvico-uterino é o único completamente identificado anteriormente ao seu desenvolvimento e tem uma história natural bem conhecida, incluindo seus agentes causadores. Contudo, o número desse tipo de câncer ainda é acima do esperado para um país que oferece cobertura universal de rastreamento.
O que mostra?	A capacidade da equipe de realizar vigilância ativa da população adscrita (por meio de captação de mulheres que não tenham ido espontaneamente à unidade para

aplicação do exame), de facilitar o acesso (ofertando o serviço a todas as mulheres na idade preconizada que frequentam a unidade, independentemente do motivo) e de aplicar esse exame em quantitativo compatível com a população de rastreamento adscrita.

3.1.5. Indicador 5: Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada

Por que esse indicador?	Em um cenário de resistência de alguns pais a aplicarem vacina nos seus filhos, o que tem gerado crescentes epidemias de doenças antes controladas, é fundamental monitorar a cobertura vacinal, principalmente no primeiro ano de vida, em que o sistema imunológico ainda está pouco desenvolvido. A verificação dessas duas vacinas se dá como uma forma mais fácil de monitorar a adesão da criança ao calendário vacinal.
O que mostra?	A capacidade de todos os profissionais em acompanhar a sua população adscrita de crianças, realizar captação para vacina nas consultas e dialogar com os pais sobre a importância da imunização.

3.1.6. Indicador 6: Percentual de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida em cada semestre

Por que esse indicador?	A hipertensão é um dos problemas crônicos de saúde mais prevalentes na população brasileira. Além disso, é um elemento importante de aumento do risco cardiovascular, principalmente se não estiver devidamente acompanhada e compensada. Além de aumentar a mortalidade, sobretudo em pessoas idosas, é fator importante de hospitalização e custos do sistema de saúde.
O que mostra?	Evidencia o contato entre a pessoa hipertensa e o serviço de saúde com realização de consulta médica ou de enfermagem e a efetiva verificação de pressão arterial duas vezes ao ano (uma por semestre). Destaca-se, contudo, que, para um cuidado efetivo da pessoa hipertensa, mesmo que compensada, é necessário que a quantidade de aferições seja, no geral, maior que essa. Ainda, verifica se a equipe consegue minimizar o subdiagnóstico da doença, evitando que pessoas hipertensas não sejam diagnosticadas devido à natureza pouco sintomática da doença.

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

Por que esse indicador?	O diabetes mellitus é um transtorno metabólico de alta prevalência na população brasileira. Ele compõe um dos fatores de risco cardiovascular e sua importância vem aumentando devido às complicações agudas e crônicas. Por ser uma condição sensível à Atenção Primária à Saúde, o bom manejo dessa doença contribui para a diminuição das complicações e morte. A mensuração de hemoglobina glicada é o exame padronizado mais adequado para o acompanhamento de longo prazo desse problema de saúde.
--------------------------------	--

O que mostra?

Demonstra o acompanhamento regular, pela equipe de saúde, das pessoas com diabetes mellitus bem como a realização do exame padronizado de acompanhamento dessa doença, de maneira complementar à glicose sérica ou glicemia capilar, quando estes também forem necessários.

3.2. Qual a forma correta de registrar os dados que contarão para os indicadores?

O Ministério da Saúde (MS) produziu o documento orientador: [“Como a equipe de saúde pode melhorar os indicadores de desempenho”](#), o qual descreve cada indicador, suas justificativas e como a equipe de saúde pode melhorar o desempenho em cada um deles. Além disso, o Ministério da Saúde produziu três (3) Guias de Qualificação dos Indicadores, indicando a forma adequada para preenchimento, além de indicar o responsável por esse município.

Guia para Qualificação dos Indicadores – PEC	Guia para Qualificação dos Indicadores – CDS	Guia para Qualificação dos Indicadores – Thrift
LINK	LINK	LINK
Destinado aos municípios que utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão, fornecido pelo próprio Ministério.	Destinado aos municípios que utilizam a Coleta de Dados Simplificada, realizada em ficha de papel.	Destinado aos municípios que utilizam prontuário próprio.
Consultar em: https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/pagamentodesempenho/		

3.3. Cálculo dos Indicadores

O cálculo de todos os indicadores é uma fração formada pelo:

Número de procedimentos/atendimentos realizados na população-alvo com condição clínica identificada;

População alvo estimada OU População-alvo informada

- **Numerador** baseado no número de procedimentos/atendimentos realizados na população-alvo com condição clínica identificada;
- **Denominador**, apresentado em duas formas:
 - Estimado: calculado a partir de uma estimativa da população-alvo de cada indicador no município, feita a partir de bases de dados de diferentes fontes, como a Pesquisa Nacional de Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com a correção da proporção do parâmetro de cadastro definido para o município;

- Informado: população-alvo com condição de saúde clínica identificada no cadastro e/ou durante o atendimento no município, a depender do indicador.

Os dois valores são apresentados para todos os indicadores, mas para o cálculo de resultado no indicador prevalece o valor que for maior. O objetivo é combater falhas de cadastramento de usuários e a falta de atualização das características demográficas e de perfil epidemiológico da população dependente do SUS.

Exemplo

No Brasil, a estimativa de pessoas com diabetes é de 9,4 milhões de pessoas, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, ajustada pelo parâmetro de cadastro das equipes implantadas (denominador estimado). Mas, até abril de 2021, os municípios só cadastraram e fizeram a identificação da condição clínica de 4,0 milhões de pessoas diabéticas. Além disso, foram registradas, no último quadrimestre, 1.251.259 solicitações de hemoglobina glicada para pessoas com diabetes feitas por equipes de Atenção Primária.

Relatório quadrimestral de indicadores				
Painel Indicador Dados sujeitos à alteração Unidade Geográfica: Brasil Indicador: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada Dados Preliminares: Mostrar: 10 registros por página		Acompanhe a evolução dos indicadores: < 20,0% ≥ 20,0% e < 35,0% ≥ 35,0% e < 50% ≥ 50%		
				Procurar: <input type="text"/>
Numerador	Denominador Informado	Denominador Estimado	2021 Q1	
1.251.259	4.047.976	9.484.056	13 %	

Além dos componentes de cálculo, as Notas Técnicas N° 01, 02, 03, 04 e 05/2022-DESF/SAPS/MS definem outras métricas essenciais para avaliação dos indicadores:

- **Cada indicador possui parâmetros** (que indicam a performance ideal que se espera alcançar para cada indicador, conforme literatura) e metas (pontos de partida mínimos para cada processo, acordados entre os gestores do SUS na Comissão Intergestores Tripartite - CIT).
- Para **cada um dos sete indicadores foram atribuídos pesos com valores de 1 ou 2**, cuja soma total é igual a 10. A atribuição de pesos diferentes considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas, bem como o nível de dificuldade no atingimento das metas, que traduzem o esforço da gestão e equipes para realização das ações, programas e estratégias.
- **Se o resultado de um determinado indicador para aquele município for 30% e a meta for 60%, a nota final para esse indicador será 5,0 (50% da nota máxima possível, já que o resultado foi 50% da meta proposta)**. Caso o valor atribuído for maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será 10,0.
- **A partir dos indicadores, será produzido um Indicador Sintético Final (ISF), que determinará o valor a ser transferido para o município**. O cálculo do ISF consiste na soma das notas de cada indicador e da divisão do resultado por 10 (soma dos pesos).

Detalhes sobre os parâmetros, metas e pesos, pontuação dos indicadores e cálculo do valor final do componente foram definidos para 2020 e prorrogados até 2021, conforme abaixo:

Ações estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta	Peso
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	>=100%	45%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=100%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=100%	60%	2
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%	1
Saúde da Criança	Cobertura vacinal de Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada	>=95%	95%	2
Doenças crônicas	Percentual de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	>=100%	50%	2
	Percentual de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	>=100%	50%	1

O valor do incentivo financeiro mensal do componente será calculado para cada município e Distrito Federal multiplicando:

- I. o resultado do ISF;
- II. o valor máximo do incentivo de pagamento por desempenho por equipe, considerando os diferentes valores para diferentes equipes; e
- III. o quantitativo de equipes credenciadas e cadastradas no SCNES no quadrimestre avaliado, considerando seus tipos.

Desta forma, obtêm-se o seguinte cálculo:

$$\text{R\$ Municipal} = \left\{ \frac{\text{ISFM}}{10} \times \left(\text{R\$ (máximo)} \times \text{Nº equipes} \right) \right\} + \text{R\$ (máximo)} \times \text{Nº equipes novas}$$

EM QUE:	
ISFM	%ISF Municipal
R\$ (máximo)	Portaria GM/MS nº 2.713/2020
Nº equipes	Equipes eSF e eAP homologadas e com mais de 2 (dois) quadrimestres de funcionamento
Nº equipes novas	Equipes eSF e eAP homologadas e com até 2 (dois) quadrimestres de funcionamento deve-se pagar resultado potencial de 100% (cem por cento do alcance dos indicadores por tipo de equipe)

Conforme [Portaria nº 2.713, de 6 de outubro de 2020](#), o valor máximo por tipo de equipe para o cálculo do incentivo de desempenho é:

Tipo de equipe	Valor máximo
Saúde da Família (eSF)	R\$ 3.225,00
Atenção Primária Modalidade I 20h	R\$ 1.612,50
Atenção Primária Modalidade II 30h	R\$ 2.418,75

3.4. Os indicadores não condizem com a realidade conhecida. Como identificar problemas?

Passo 1: Entenda qual é o problema no seu município	
Os municípios com indicadores com mau desempenho costumam ter dois tipos de problemas:	<p>a. O numerador registrado não indica o número de atendimentos/procedimentos realizados no município;</p> <p>b. O denominador informado da população-alvo para o município está muito distante do denominador estimado.</p>
É indicado extrair no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) o relatório de Indicadores de Desempenho (ver figura abaixo), com os valores para cálculo dos indicadores e analisar*	<p>a. Se a diferença entre numerador e denominador informado é grande;</p> <p>b. Se a diferença entre denominador informado e denominador estimado é grande.</p>

Acesse:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>

***Figura: Como extrair relatório de Indicadores de Desempenho no SISAB**

Nesta tela, em Filtros para Consulta

1. Selecionar um indicador por vez

2. Selecionar o Nível de Visualização por equipes e o último quadrimestre disponível

3. Clicar em VER EM TELA

4. Depois, clicar em Download

Como deseja visualizar?

Ver em tela | Download | Limpar Filtros

Repita o processo com todos os indicadores

Passo 2: Extraia relatórios por equipe	
Extração de relatórios com os resultados a nível de equipe no perfil do gestor:	<p>a. da visão geral dos indicadores calculados</p> <p>b. dos valores para cálculo dos indicadores – numerador, denominador informado e denominador estimado.</p>
É preciso, por exemplo, avaliar:	<p>a. se há alguma equipe que chama a atenção por ter desempenho excelente ou péssimo em todos os indicadores ou se todas vão muito bem ou muito mal em um grupo de indicadores; ou</p> <p>b. se os resultados são heterogêneos entre as equipes e diferentes indicadores.</p>
O primeiro caso: equipe e/ou grupo de indicadores que chamam a atenção	<p>Equipes com resultados péssimos em todos os indicadores devem ser acompanhadas mais de perto pela Coordenação – quanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • registro; • acompanhamento de inconsistências, • planejamento da rotina; e • monitoramento da produção nos moldes do Previnê Brasil – porque podem afetar em grande proporção os resultados obtidos pelo município no novo modelo de financiamento.
O segundo caso: resultados diferentes entre equipes	<p>A forma de atendimento preconizada na gênese do programa devem ser (re)trabalhadas entre as equipes e, se necessário, no município como um todo, com o objetivo de evitar perda de dados, inconsistências e negligência no registro de cadastro e de produção.</p>

Apenas os gestores possuem perfis autorizados a extrair os relatórios mencionados. Para auxiliar na extração dos valores para cálculo a nível municipal e a nível de equipe, pode ser utilizado o [Roteiro de Navegação no E-gestor](#) do Ministério da Saúde.

Passo 3: Faça avaliações longitudinais dos indicadores	
Avaliação longitudinal (entre quadrimestres)	Indicada para avaliar os padrões e respostas a ações de capacitação, planejamento de rotina, monitoramento de inconsistências e de produção e reorganização do fluxo implementadas.
Os resultados do primeiro quadrimestre de 2021 (janeiro a abril) já foram disponibilizados:	É importante analisar esses resultados tão cedo tenham sido divulgados, para orientar o planejamento do quadrimestre e corrigir possíveis erros ainda no quadrimestre em questão.

3.5. Como organizar o trabalho das equipes para melhorar os indicadores de forma assertiva?

3.5.1. Definir meta a ser vencida no quadrimestre para cada indicador.

Use a alternativa digital para cálculo de metas e acompanhamento de monitoramento: [planilha modelo de monitoramento](#)

Escreva aqui:

Data de monitoramento	T – Número de semanas que faltam para o fim do quadrimestre	N – Número de equipes em situação de avaliação do município

Ação:		Multiplique as colunas A e B e encontre o		Divida o resultado anterior (C) pelo Número de semanas que restam até o fim do quadrimestre (T) e encontre:	Divida o resultado anterior (D) pelo Número de equipes em situação de avaliação do município (N) e encontre:
Resultado x Indicador	A – Denominador usado no último quadrimestre ¹ Lembrando: o maior entre o estimado e o identificado	B – Meta vigente do indicador em casas decimais Exemplo: se for 60%, escreva 0,6	C – Resultado de pessoas que precisam ser atendidas para bater a meta até o fim do quadrimestre no município $A \times B = C$	D – Quantidade de pessoas que precisam ser atendidas para bater a meta até o fim do quadrimestre por semana $C / T = D$	E – Quantidade de pessoas que precisam ser atendidas e devidamente registradas por equipe por semana $D / N = E$
Pré-Natal					
Sífilis/HIV em gestantes					
Atendimento Odontológico em gestantes					
Citopatológico					
Cobertura vacinal de Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada					
Consulta e aferição de Pressão em pessoas com hipertensão					
Consulta e solicitação de Hemoglobina Glicada para pessoas com diabetes					

3.5.2. Entender o “tempo” do indicador.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, as avaliações de dados (fechamento para cálculo dos indicadores) ocorrem sempre a cada 4 meses, nos meses finais dos quadrimestres, mas os indicadores colhem informações em tempos diferentes, porque dependem de condições que possuem tempos diferentes.

A tabela e os cronogramas abaixo exemplificam as medições, bem como sugerem o momento ideal de acompanhamento (no mês inicial e no meio do quadrimestre).

Quadro 7 – Indicador de Pagamentos por Desempenho, por período de aferição e granulidade					
Indicador	Avaliação	Medição	Granulidade	Fonte de origem	Fonte de controle
Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	A cada 4 meses	Últimas 42 semanas	Municipal	SISAB	SINASC
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	A cada 4 meses	Últimas 42 semanas	Municipal	SISAB	SINASC
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	A cada 4 meses	Últimas 42 semanas	Municipal	SISAB	SINASC
Cobertura de exame citopatológico	A cada 4 meses	Últimos 36 meses	Municipal	SISAB	IBGE
Cobertura vacinal de Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada	A cada 4 meses	Últimos 12 meses	Municipal	SISAB + SI-PNI	SINASC
Percentual de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida em cada semestre	A cada 4 meses	Últimos 12 meses	Municipal	SISAB	PNS
Percentual de diabéticos com consulta e solicitação de hemoglobina glicada no semestre	A cada 4 meses	Últimos 12 meses	Municipal	SISAB	PNS

Fonte: Portaria nº102 de 20 de janeiro de 2022

Quadrimestre	1Q				2Q				3Q			
Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Monitoramento mínimo sugerido				(Medição SISAB)				(Medição SISAB)				(Medição SISAB)

Indicadores de Gestantes - Pré-Natal, Sífilis/HIV ou Atendimento Odontológico:

Tempo mínimo (12 semanas) e máximo (42 semanas) para resultado do indicador	Ano vigente												Ano seguinte											
	1Q				2Q				3Q				1Q				2Q				3Q			
Indicador \ Período	1Q				2Q				3Q				1Q				2Q				3Q			
Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
DUM identificada no início do 1º Q																								
DUM identificada no fim do 1º Q																								
DUM identificada no início do 2º Q																								
DUM identificada no fim do 2º Q																								
DUM identificada no início do 3º Q																								
DUM identificada no fim do 3º Q																								

Cobertura do Citopatológico:

Tempo do indicador*	Ano antepassado (36 meses anteriores)												Ano retrasado (24 meses anteriores)												Ano passado (12 meses anteriores)												Ano vigente													
Quadrimestre	1Q			2Q			3Q			1Q			2Q			3Q			1Q			2Q			3Q			1Q			2Q			3Q																
MESES	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SET	OUT	NOV	DEZ		
Busca por exame no início do 1º Q																																																		
Busca por exames no fim do 1º Q																																																		
Busca por exames no início do 2º Q																																																		
Busca por exames no fim do 2º Q																																																		
Busca por exames no início do 3º Q																																																		
Busca por exames no fim do 3º Q																																																		
Busca por exames no fim do 3º Q																																																		

*Contando retroativamente a partir da **captação da usuária**.

Cobertura vacinal de Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada:

Tempo mínimo (6 meses) e máximo (12 meses) para resultado do indicador	Ano vigente												Ano seguinte											
	1Q				2Q				3Q				1Q				2Q				3Q			
Indicador \ Período	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Nascimento no início do 1ºQ																								
Nascimento no fim do 1ºQ																								
Nascimento no início do 2ºQ																								
Nascimento no fim do 2ºQ																								
Nascimento no início do 3ºQ																								
Nascimento no fim do 3ºQ																								

Obs.: Neste caso, há diferença entre o tempo ideal de acompanhamento por protocolo - recomendação de completar a cobertura vacinal das duas vacinas em 6 meses e o tempo utilizado no indicador.

Consulta e aferição de Pressão em pessoas com hipertensão:	Períodos para aferição para resultado do indicador	Ano vigente												Ano seguinte											
	Indicador\ Período	1Q				2Q				3Q				1Q				2Q				3Q			
	Meses	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	Aferição no início do 1ºQ																								
	Aferição no fim do 1ºQ																								
	Aferição no início do 2ºQ																								
	Aferição no fim do 2ºQ																								
	Aferição no início do 3ºQ																								
	Aferição no fim do 3ºQ																								

Pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	Tempo para resultado do indicador	Ano vigente												Ano seguinte											
	Indicador\ Período	1Q				2Q				1Q				2Q				1Q				2Q			
	Meses	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	Solicitação no início do 1ºQ																								
	Solicitação no fim do 1ºQ																								
	Solicitação no início do 2ºQ																								
	Solicitação no fim do 2ºQ																								
	Solicitação no início do 3ºQ																								
	Solicitação no fim do 3ºQ																								

3.5.3. Busca nominal por usuário (e etapas mais eficientes do processo de trabalho!)

De forma geral, o processo de trabalho do Previne é orientado por uma busca nominal por usuário.

Aqui estão as recomendações de **organização do processo de trabalho** em relação aos indicadores – do processo mais simples/responsivo ao mais robusto/trabalhoso.

INDICADOR	CASO 1 Mais simples – exige menor mobilização da equipe, e a resposta é mais “rápida” <i>I.e. Checagem de registros que já deveriam contar e correção se necessários</i>	CASO 2 (se houver)	CASO 4 Mais difícil – exige maior organização, e a resposta é mais incerta e a longo prazo <i>I.e. Busca ativa</i>
Pré-Natal	Gestantes até a 12ª semana de gestação <ul style="list-style-type: none"> • Convocar gestantes identificadas a partir da busca ativa para a abertura do pré natal antes do fechamento da 12ª semana • Monitoramento nominal rigorosa da frequência de consultas durante o pré-natal e acompanhamento de inconsistências no registro dos atendimentos • Monitoramento do encerramento da gestação no sistema 		Grande proporção de gestantes não identificadas distancia o município do atingimento da meta <ul style="list-style-type: none"> • Acionamento da equipe, priorizando os ACS na busca ativa de gestantes no território com estimativa de gestação no máximo até a 18ª semana, que não tenham realizado abertura do Pré-Natal na equipe de referência • Cadastro, monitoramento nominal rigoroso da frequência de consultas de pré-natal e acompanhamento de inconsistências no registro de atendimento. • Monitoramento do encerramento da gestação no sistema

INDICADOR	CASO 1 Mais simples – exige menor mobilização da equipe, e a resposta é mais “rápida” <i>I.e. Checagem de registros que já deveriam contar e correção se necessários</i>	CASO 2 (se houver)	CASO 4 Mais difícil – exige maior organização, e a resposta é mais incerta e a longo prazo <i>I.e. Busca ativa</i>
Sífilis/HIV em Gestantes	<i>Gestantes no último trimestre da gestação em diante (a partir da 26ª semana)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento nominal da solicitação e avaliação de AMBOS os exames e acompanhamento de inconsistências no registro de atendimento • Monitoramento do encerramento da gestação no sistema 	<i>Gestantes em qualquer Semana da gestação</i> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento nominal da solicitação de AMBOS os exames e acompanhamento de inconsistências no registro de atendimento, do momento presente em diante • Monitoramento do registro do encerramento da gestação no sistema 	<i>Grande proporção de gestantes não identificadas distância o município do atingimento da meta</i> <ul style="list-style-type: none"> • Acionamento da equipe, priorizando os ACS na busca ativa de gestantes no território com estimativa de até 18ª semanas de gestação, que não tenham realizado abertura do Pré-Natal na equipe de referência • Identificação, abertura do pré natal e verificação nominal da solicitação e avaliação de AMBOS os exames. Acompanhamento de inconsistências no registro de atendimento • Monitoramento do encerramento da gestação no sistema

INDICADOR	CASO 1 Mais simples - exige menor mobilização da equipe, e a resposta é mais “rápida” <i>I.e. Checagem de registros que já deveriam contar e correção se necessários</i>	CASO 2 (se houver)	CASO 4 Mais difícil - exige maior organização, e a resposta é mais incerta e a longo prazo <i>I.e. Busca ativa</i>
Atendimento Odontológico em gestantes	Gestantes no último trimestre da gestação em diante (a partir da 26ª semana) <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento nominal da realização de consulta odontológica • Monitoramento do encerramento da gestação no sistema 	Gestantes em qualquer semana da gestação <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento nominal da realização da consulta odontológica • Monitoramento do registro do encerramento da gestação no sistema 	Grande proporção de gestantes não identificadas distância o município do atingimento da meta <ul style="list-style-type: none"> • Acionamento da equipe, priorizando os ACS na busca ativa de gestantes no território com estimativa de até 18ª semanas de gestação, que não tenham realizado abertura do Pré-Natal na equipe de referência • Identificação, abertura do pré-natal se não há, e verificação nominal da consulta odontológica • Monitoramento do encerramento da gestação no sistema

INDICADOR	CASO 1 Mais simples – exige menor mobilização da equipe, e a resposta é mais “rápida” <i>I.e. Checagem de registros que já deveriam contar e correção se necessários</i>	CASO 2 (se houver)	CASO 4 Mais difícil – exige maior organização, e a resposta é mais incerta e a longo prazo <i>I.e. Busca ativa</i>
Cobertura do Citopatológico	<p>Usuária realizou último exame até 3 anos atrás, entre o mês subsequente ao do quadrimestre e o último mês do quadrimestre vigente, por prontuário físico ou arquivo de unidade <i>(Ex. se o quadrimestre fecha agosto de 2021, buscar de setembro de 2018 até agosto de 2021)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> No relatório do SISAB (quadro 3) checar se o nome da usuária consta como “Sim” na coluna “Entrou no numerador?” no relatório de detalhamento nominal do indicador no último quadrimestre Em caso negativo, solicitar imediatamente coleta de exame e acompanhar inconsistências no registro. 	<p>Usuária realizou último exame há mais de 3 anos, a contar do último mês do quadrimestre vigente, por prontuário físico ou arquivo de unidade, ou nunca realizou o exame <i>(Ex. se o quadrimestre fecha agosto de 2021, buscar de agosto de 2018 para trás)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> No relatório do SISAB (quadro 3) checar se o nome da usuária consta independente de estar assinalada como “Sim” na coluna “Entrou no numerador?” Solicitar que a usuária realize o exame até o último mês do quadrimestre Contextualização: Já estão identificadas e já passaram pelo procedimento de coleta, mas estarão fora do indicador no quadrimestre atual a identificação 	<p>Grande proporção de mulheres adultas não identificadas distância o município do atingimento da meta</p> <ul style="list-style-type: none"> Acionamento da equipe, priorizando os ACS para busca ativa de mulheres adultas (entre 25 e 64 anos) no território, que não tenham cadastro na equipe de referência Acolhimento, cadastro e realização do exame até o último mês do quadrimestre Contextualização: São mais fáceis de sensibilizar porque já estão identificadas e já passaram pelo procedimento de coleta, mas estarão fora do indicador no quadrimestre atual a identificação

INDICADOR	CASO 1 Mais simples – exige menor mobilização da equipe, e a resposta é mais “rápida” <i>I.e. Checagem de registros que já deveriam contar e correção se necessários</i>	CASO 2 (se houver)	CASO 4 Mais difícil – exige maior organização, e a resposta é mais incerta e a longo prazo <i>I.e. Busca ativa</i>
Cobertura vacinal de Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada	<i>Crianças com até 6 meses com esquema vacinal completo dos dois imunizantes, por prontuário físico ou carteira de vacinação</i> <ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento nominal da cobertura vacinal de cada um dos imunizantes no PEC e no SI-PNI e correção de inconsistências no registro Se não houver registro no PEC, mas houver na carteira vacinal, registrar no prontuário eletrônico como atendimento tardio 	<i>Crianças com até 6 meses e nenhuma dose, por prontuário físico ou carteira de vacinação</i> <ul style="list-style-type: none"> Capitação, cadastro e acompanhamento nominal da cobertura vacinal 	<i>Grande proporção de crianças com até 1 ano não identificadas distância o município do atingimento da meta</i> <ul style="list-style-type: none"> Acionamento da equipe, priorizando os ACS para busca ativa de crianças com até 5 meses Acompanhamento nominal da cobertura vacinal no PEC e no SI-PNI

Caso necessário, você pode desenvolver seu instrumento de monitoramento de frequência nominal. Esta etapa é especialmente útil para os indicadores que possuem contingente populacional reduzido no grupo-alvo e/ou associados entre si, como os indicadores de gestantes e de vacinação em crianças de até 1 ano. Abaixo sugerimos um modelo de cabeçalho para estruturar as planilhas de acompanhamento nominal.

AC S	Equipe de Referência	Nome Completo	DUM	DPP	Data da 12ª semana	Data PN1	Data PN2	Data PN3	Data PN4	Data PN5	Data PN6	Data PN Completo	Data avaliação Sífilis/HIV	Data de Avaliação Odontológica	Data finalização da gestação

						2 meses		4 meses		6 meses			
ACS	Equipe de Referência	Nome Completo	CNS ou CPF	Data de nascimento	1ª Consulta de Puericultura	Polio D1	Penta D1	Polio D2	Penta D2	Polio D3	Penta D3	Data Polio/penta Completo	

Caso as equipes do município tenham acesso a recursos de informática e internet, recomendamos o uso de planilhas compartilhadas com contadores automáticos, de forma a favorecer a troca de informações de status em tempo real entre as equipes, evitar desatualização dos dados, facilitar a identificação de erros e minimizar o retrabalho de coordenação e monitoramento.

Caso não haja acesso a computadores, o acompanhamento pode ser estruturado em papel, no formato de tabelas.

3.6. Outras rotinas para melhoria recomendadas

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

- Realizar vigilância ativa das pessoas adscritas à equipe, estando atento aos sinais de gestação;
- Acompanhar proativamente o quantitativo de consultas de pré-natal por cada gestante (por meio de relatórios de sistema de informação ou controle manual);
- Agendar consulta subsequente à anterior para as gestantes, acompanhando possíveis faltas e acionando a gestante por meio telefônico ou presencial (domicílio) para entender o motivo;
- Agenda aberta para a gestante, evitando reservas de dia/período que não permitam à gestante escolher o melhor dia/período para ela, evitando absenteísmo.

Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

Além das ações descritas para o indicador anterior, adicionalmente é importante:

- Solicitar a primeira bateria desses exames logo na primeira consulta de pré-natal;
- Acionar o ACS para averiguar se os exames foram feitos e, caso não tenham, desenvolver estratégias para facilitar o acesso aos exames.
- Dar preferência aos testes rápidos;
- Caso não haja teste rápido disponível, ter noção dos tempos necessários entre solicitação, marcação no laboratório e realização do exame na realidade da sua rede de atenção;

Indicador 3: Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico

- Marcar consulta com a equipe de saúde bucal já no primeiro contato pré-natal da equipe de saúde da família (preferencialmente no momento da confirmação da gestação, inserindo esse elemento como mais um no checklist básico de primeira consulta);
- Manter vaga aberta na agenda da equipe de saúde bucal em quantidade proporcional ao total de gestantes acompanhadas pelas equipes de saúde da família (tais vagas deverão ser ocupadas por outras pessoas caso não sejam por gestantes);
- Criar canal de comunicação direto entre as equipes (e-mail, chat, prontuário eletrônico, telefone ou outro disponível) para verificar o encaminhamento e retorno, mesmo que ambas as equipes estejam no mesmo ambiente físico.

Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico

- Ter dados populacionais para mensuração da oferta necessária ao rastreamento adequado para toda a população feminina na faixa etária;
- Ter controle individualizado dessa população, e não por quantitativo total, evitando realizar o exame sempre para as mesmas mulheres e deixando outras de fora do programa de rastreamento;

Indicador 5: Cobertura vacinal de Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada

- Realizar captação das crianças logo após o nascimento, de preferência no momento do teste do pezinho e/ou consulta puerperal, marcando a primeira consulta de puericultura para a primeira semana de vida;
- Orientar sobre a importância das vacinas já nas consultas de pré-natal e continuar ao longo das consultas de puericultura;
- Manter acompanhamento dos faltosos (atraso no calendário vacinal) individualmente e fazer busca ativa;
- Manter contato com creches para verificação do calendário vacinal, acompanhamento conjunto e diálogo colaborativo entre as partes.

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

Manter acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão adscritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento;

- Criar um fluxo para propiciar o constante monitoramento de pressão arterial (PA) dos usuários na USF com a finalidade de que pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) tenham o hábito de monitorar a sua PA;
- O agendamento das consultas de acompanhamento deve ser feito não só para o médico, mas também para o enfermeiro da equipe. Ambos podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento);
- Orientar o cidadão com hipertensão sobre a importância das consultas de acompanhamento e a verificação da PA no serviço, mesmo que esta não esteja descompensada;

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

- Manter acompanhamento nominal das pessoas com diabetes adscritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento;
- O agendamento das consultas de acompanhamento deve ser feito não só para o médico, mas também para o enfermeiro da equipe. Ambos podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento);
- Orientar o cidadão com diabetes sobre a importância das consultas de acompanhamento, dos exames laboratoriais e de levar os resultados no retorno;
- Flexibilizar agenda sem reservar período para esse público, possibilitando a consulta no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença.

INCENTIVOS ESTRATÉGICOS

4.1. Incentivos permanentes

Os incentivos estratégicos de caráter **permanente** podem ser conhecidos por meio do Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS): basta acessar <https://aps.saude.gov.br/> e consultar os itens na seção “Ações, Programas e Estratégias”, ao fim da página.

Iniciativas como o **Programa Saúde na Hora** foram atualizadas de acordo com as regras do Previne Brasil a partir da [Portaria nº 397, de 16 de março de 2020](#) e os municípios já podem solicitar a adesão ao programa para garantir o recebimento de valor adicional.

O mesmo caso se aplica ao **Informatiza APS**, atualizado por meio da [Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019](#) e o programa de Residência multiprofissional, por meio da [Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019](#).

Também compõem os incentivos financeiros estratégias em regras já consolidadas, como o dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cujo valor-piso por agente foi atualizado em 2019, e o Programa Saúde na Escola (PSE).

Detalhes sobre como aderir a tais programas podem ser acessados dentro do **E-gestor AB**. (<https://egestorab.saude.gov.br/>).

4.2. Incentivos de transição

A respeito dos **incentivos de transição**, isto é, de caráter temporário, tanto a **capitação ponderada** quanto o componente de **indicadores de desempenho** tiveram autorizados complementação de recursos equivalentes a 100% do potencial de cadastro e do potencial de desempenho.

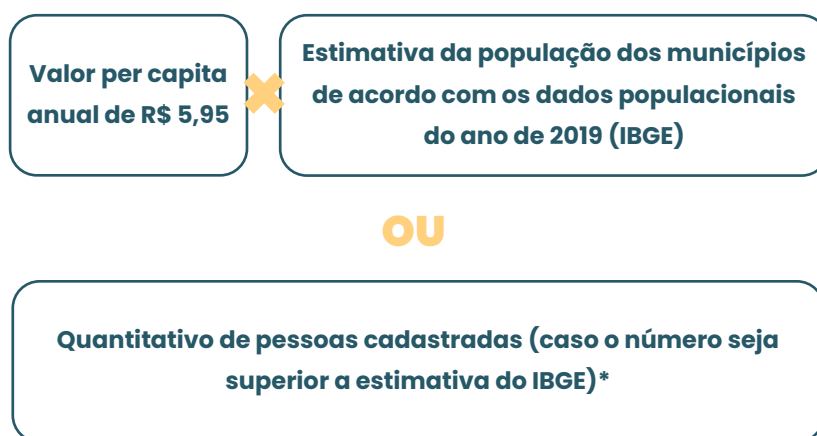
O incentivo de capitação foi prorrogado até a competência financeira de agosto de 2021, conforme definido pelas Portarias nº166, de 27 de janeiro de 2021 e nº 985, de 17 de maio de 2021.

O pagamento por 100% dos indicadores de desempenho foi previsto prorrogado até dezembro de 2021, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 26 de agosto de 2021 (pendente formalização até a finalização deste manual).

Ambos os pagamentos levaram em consideração os parâmetros do programa.

Além destas complementações, houve o **incentivo financeiro com base em critério populacional (de capitação)** e o **incentivo financeiro de fator de correção**.

O primeiro propunha uma compensação pelo total da população residente, transferido nas 4 primeiras competências financeiras do ano de 2021 e posteriormente prorrogado para as 8 primeiras competências (conforme a Portaria nº 985, de 17 de maio de 2021). O incentivo foi calculado considerando o maior número entre duas opções – estimativa da população residente no território (similar ao modelo anterior – PAB fixo) ou quantitativo de pessoas cadastradas:



Por meio da [Portaria do Ministério da Saúde nº 247, de 9 de fevereiro de 2021](#), autorizou-se que o cálculo do incentivo financeiro da capitação no ano de 2021 poderia ultrapassar a população definida pelo IBGE, quando o município ou Distrito Federal possuir quantitativo de pessoas cadastradas superior à população total definida pelo IBGE.

Já o **incentivo financeiro de fator de correção** propôs eliminar a possibilidade de que houvesse decréscimo nas transferências em relação ao maior valor transferido no último ano do modelo antigo – 2019. Ele foi transferido até abril de 2021 e reinstituído pela Portaria GM/MS Nº 2.254, de 3 de setembro de 2021, em conjunto com a Nota Técnica Nº 798/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS.

Os documentos consideram o Piso de Atenção Básica em 2019 (ano de mudança do programa) como referência para os repasses de capitação ponderada e indicadores de desempenho e o incentivo será transferido apenas aos municípios que apresentarem decréscimo dos valores na comparação das regras de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas. A lista de municípios que receberam esse valor é definida a cada quadrimestre pelo Ministério da Saúde.

EXTRAS

SISTEMA E REGISTROS DE ACOMPANHAMENTO

A. O que é o e-Gestor?

O e-Gestor AB (Atenção Básica) é uma plataforma WEB criada pelo governo federal para **centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica** – AB, bem como um aglutinador de informações próprias para os gestores estaduais e municipais. O e-Gestor AB conta com um módulo de Acesso Público, onde estarão disponíveis relatórios públicos e demais informações para os gestores, sem a necessidade de login e senha.

B. Sistemas úteis para acompanhamento do Previne Brasil:

Confira a listagem dos sistemas que serão acessados pela plataforma e-Gestor AB (1ª versão):

- Programa Saúde na Escola
- SISAB – Sistema de informação para a Atenção Básica
- Controle de uso do e-SUS AB
- SAÚDE NA HORA – Sistema de Adesão ao Programa Saúde na Hora
- SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

C. Quando os dados do envio são apresentados no SISAB?

Os dados são processados uma vez por mês, após o fechamento da competência do cnes, (conforme cronograma disponível em <https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Cronograma>) e disponibilizados no SISAB após 5 dias.

D. Como acompanhar a produção realizada?

A seguir, há um quadro-resumo dos melhores relatórios para monitoramento e avaliação da produção potencialmente útil por cada indicador.

Indicador	Relatório eSUS-AB/PEC (visão administrativa)	Relatório SISAB/e-Gestor (pública/administrativa)	Periodicidade mínimas sugerida de extração para acompanhament o
Pré-Natal	<p>Relatório Operacional de Gestantes PEC > Relatórios > Operacionais > Gestante e Puérpera ></p> <p>Observe o Sexo + DUM + DPP + Data de último atendimento de forma periódica e conte quantas gestantes atendem aos critérios do indicador</p>		Quinzenal
Sífilis/HIV em gestantes	<p>Relatório de Produção de Atendimento Individual PEC > Relatórios > Produção > Atendimento Individual ></p> <p>Identificar o mínimo comum a esses três filtros: Resumo de produção (Identificado) + Sexo (feminino) + Problemas / Condições avaliadas (Gestante) + Exames solicitados e avaliados (Sorologia Sífilis/HIV ou Outros exames solicitados e avaliador (Diversos códigos)</p> <p>Observe sempre a quantidade de registros identificados na linha “Resumo de produção”</p>		Bimestral
Atendimento Odontológico em gestantes	<p>Relatório de Produção de Atendimento Odontológico PEC > Relatórios > Produção > Atendimento Odontológico ></p> <p>Identificar o mínimo comum a esses três filtros: Resumo de produção (Identificado) + Sexo (feminino) +</p>		Bimestral

Dados gerais / Condições avaliadas (Gestante) +
Tipo de atendimento (qualquer)

Observe sempre a quantidade de registros
identificados na linha “Resumo de produção”

Cobertura do
Citopatológico

Relatório de Produção validada

Nível de visualização: município

Município: selecionar o município em questão

Competência: selecionar as competências
disponíveis para o quadrimestre vigente

Linha: Procedimento

Coluna: Competência

Filtros adicionais:

Sexo: Feminino

Idade: de 25 a 64 anos

Relatório nominal de Detalhe do indicador

Indicador: Cobertura de citopatológico

Nível de visualização: município e/ou CNES + INE

Estado: selecionar o estado em questão

Município: selecionar o município em questão

Opção de quadrimestre: selecione o último
disponível

Visão das Equipes: Considerar equipes avaliadas
para componente de desempenho

Detalhe do indicador 

Esse relatório serve como lista nominal para
convocação via busca ativa por visitas domiciliares
ou ações estratégicas entre quadrimestres.

Sugestão: comparar os relatórios entre
quadrimestres para buscar as mulheres que foram
“perdidas” de um quadrimestre a outro.

Bimestral

<p>Cobertura vacinal de Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada</p>	<p>Relatório de Produção de Vacinação PEC > Relatórios > Produção > Vacinação</p> <p>Identificar o mínimo comum a esses três filtros: Resumo de produção + Faixa etária + Imunobiológico + Dose</p> <p>Observe sempre a quantidade de registros identificados na linha “Resumo de produção”</p>	<p>Bimestral</p>
<p>Consulta e aferição de Pressão em pessoas com hipertensão</p>	<p>Relatório de Produção validada Nível de visualização: município Estado: selecionar o estado em questão Município: selecionar o município em questão Competência: selecionar as competências disponíveis para o quadrimestre vigente Linha: Procedimento Coluna: Competência Filtros adicionais: Procedimento: Aferição de PA</p> <p>Relatório nominal de Detalhe do indicador 🔍 Indicador: Percentual de pessoas hipertensas com consulta e aferição de pressão semestral Nível de visualização: município e/ou CNES + INE Estado: selecionar o estado em questão Município: selecionar o município em questão Opção de quadrimestre: selecione o último disponível Visão das Equipes: Considerar equipes avaliadas para componente de desempenho Detalhe do indicador 🔍</p>	<p>Bimestral</p>

Exemplo de Relatório Operacional do eSUS-AB

Exemplo de Relatório de detalhe do indicador do SISAB

[illegible]

E. Há discrepância de dados entre os sistemas de Prontuário Eletrônico e divulgados pelo governo federal. Por que há divergência de informações?

O eSUS-AB/PEC e/ou sistemas de prontuário privado são os sistemas de “entrada” dos dados para o financiamento, isto é, que as equipes inserem diretamente no sistema de Prontuário Eletrônico. O relatório analítico sintético desses dados é o Relatório Consolidado de Cadastros Individuais, obtido por meio do perfil de profissional de equipe de Atenção Básica.

O relatório mostra o consolidado do estado de cadastro individual, além de conter as informações registradas por meio da ficha de Cadastro Individual, como também do Aplicativo do e-SUS APS Território, quando este estiver em uso. Há também analíticos de produção (atendimento individual, procedimentos) e operacionais (de cadastro territorial e relativo a alguns grupos-alvo dos indicadores – população com diabetes e com hipertensão e gestantes).

O e-Gestor/SISAB é o sistema de “saída” dos dados, isto é, que o Ministério da Saúde contabiliza para cálculo do desempenho no programa, a partir dos dados inseridos no Relatório de detalhamento de Indicadores de Desempenho por equipe.

Após o envio dos dados do sistema de prontuário para o servidor nacional, os dados são validados na base do SISAB, portanto pode ocorrer diferença entre o número enviado no eSUS-AB/PEC e o apresentado no SISAB, por inconsistências de cadastro.

F. Como resolver situação com números de cartões SUS diferentes e dados divergentes?

É possível excluir o cadastro do cidadão com um dos CNS, clicando no botão “Excluir”. Será apresentada uma mensagem solicitando a confirmação desta exclusão. O cadastro do cidadão só poderá ser excluído se não houver nenhum registro de atendimento ou outros registros vinculados ao cidadão no sistema.

Além disso, não poderão ter os cadastros excluídos aqueles cidadãos que foram vinculados à família, dentro do cadastro de território, feitos por meio das fichas de CDS ou pelo Aplicativo e-SUS AB território. No caso do cidadão ter registros vinculados ao seu cadastro, não será possível excluir o mesmo, neste caso é possível inativar o cadastro do cidadão.

Ao resolver uma situação de duplicidade do cadastro é necessário que o profissional esteja atento aos possíveis registros vinculados ao cidadão, de forma a não trazer ou minimizar o prejuízo no cuidado longitudinal.

Referências gerais

- [FAQ do Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde](#): FAQ sobre o novo modelo de financiamento produzido pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).
- [Portal da SAPS – Tire dúvidas](#): Material da Secretaria de Atenção Primária à Saúde com perguntas e respostas sobre o Previne Brasil.
- [Previne Brasil – Orientações em vídeo e material de apoio](#): Live produzida pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para orientar os municípios sobre a nova política desde sua criação até aspectos práticos.
- [Portaria nº2.979, de 12 de novembro de 2019](#), que institui o Programa Previne Brasil.
- [Portaria 102 de 20 de janeiro de 2022](#), que atualiza o Programa Previne Brasil.

