



REDE DE PESQUISA
EM ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE



NOTA TÉCNICA No 2 – 2026: Proposta de Indicadores para Monitoramento e Avaliação na APS ¹

Severina Alice da Costa Uchoa (UFRN), Elaine Tomasi (UFPEL), Geraldo Cunha Cury (UFMG), Fúlvio Borges Nedel (UFSC), Ricardo Heinzelmann (UFSM), Allan Claudius Queiroz Barbosa (UFMG).

1. Apresentação

A presente Nota Técnica tem como objetivo propor - a partir do princípio de que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, conforme demonstrado por evidências científicas nacionais e internacionais - um conjunto de indicadores para o Monitoramento e Avaliação (M&A) da APS.

Alinhados às necessidades de gestores e profissionais de saúde em um contexto dinâmico em contínuas transformações, os indicadores desta proposta partem dos princípios preconizados pela APS, tais como a base territorial, acesso universal, primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, participação comunitária e abordagem familiar e são organizados nas dimensões de *estrutura, processo e resultados*.

É importante destacar que esta proposição é coerente com a visão da Rede de Pesquisa em APS em propor caminhos e alternativas para superar dificuldades históricas, e se insere no debate atual acerca da nova metodologia de cofinanciamento federal proposta para a APS (2025), que introduz componentes de avaliação territorial e de qualidade.

2. Breve Contexto da APS

¹ Nota Técnica elaborada para Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde (Rede APS), setembro de 2025. Os(as) autores(as) agradecem Anya P.G.F. Vieira-Meyer (Fiocruz-Ceará) pelas contribuições. E a SAPS/MS e OPAS pelo apoio financeiro.

A compreensão acerca do monitoramento e avaliação da qualidade na APS tem sido abordada desde 1998 por acadêmicos, gestores e profissionais. Diversas iniciativas buscaram institucionalizar o M&A na APS ao longo dos anos.

Em 1998, foi criado o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que fornecia dados sobre cadastramento populacional e indicadores de atenção nos territórios.² No mesmo ano, instituiu-se o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, um instrumento nacional de M&A das ações e serviços de saúde, estabelecido entre as três esferas de gestão.³ Entre 1999 e 2002, esse pacto foi aprimorado com a inclusão de indicadores mais sintéticos e estratégicos, permitindo uma análise mais adequada às diferentes realidades regionais e locais.

Entre 2001 e 2002, o Ministério da Saúde realizou um estudo nacional que avaliou o processo de implantação do PSF, enfocando a infraestrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes, à luz dos princípios e diretrizes do programa. O estudo incluiu mais de 13 mil equipes de saúde da família e mais de 2.500 equipes de saúde bucal, abrangendo cerca de 70% dos municípios brasileiros, resultando em um relatório publicado em 2004.⁴

Em 2003, foi criada a Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) do Ministério da Saúde. Em seguida, os Estudos de Linha de Base (ELB) do Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, posteriormente denominado Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), investigaram aspectos relacionados à qualidade da atenção, incluindo acesso e efetividade das ações de saúde. Investindo também em instrumentos para a avaliação, ainda naquela década o Ministério da Saúde pública em portaria a Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

A partir de 2011, novas diretrizes para a avaliação da qualidade da atenção básica foram discutidas com a participação de diversas entidades acadêmicas e da sociedade civil, culminando na criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).⁵ O PMAQ-AB foi estruturado em quatro fases: 1) *Adesão e Contratualização*; 2. *Desenvolvimento*; 3. *Avaliação Externa* e 4. *Recontratualização*. O processo ocorreu em três ciclos - 2011/12, 2013/14 e 2015/19 - permitindo comparações ao longo do tempo e consolidando uma política robusta de

² <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>

³ <https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000200013>

⁴ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf

⁵ <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq>

avaliação e monitoramento da APS no Brasil, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos serviços oferecidos à população.

Esta política foi interrompida em 2019 ao instituir-se uma forma de financiamento da APS que retornou ao antigo modelo de pagamento por cumprimento de metas, chamada Previne Brasil⁶. Retomando esforços para a avaliação da AB, em 2024 a realização do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁷ teve como objetivo realizar um diagnóstico das condições de infraestrutura e da oferta de ações e serviços, iniciativa que pode fortalecer a institucionalização da avaliação em saúde no Brasil.

Com efeito, a introdução desta nova metodologia de cofinanciamento através da Portaria GM/MS nº 3.493/2024, mantendo a capitação ponderada e agregando dois novos componentes (Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial e o Componente de Qualidade) permite o desenvolvimento de um sistema mais abrangente de M&A na APS, alinhado com os princípios fundamentais da APS e capaz de capturar tanto dimensões de processo quanto de resultados.

Neste contexto, a literatura registra diversas abordagens e bases teóricas para a avaliação da efetividade de políticas e programas de saúde (HARTZ e SILVA, 2005; ANGLEMYER et al., 2014). Na APS, o M&A tem sido um instrumento essencial para a qualificação dos serviços de saúde em diversos países. Modelos internacionais, como os adotados no Reino Unido, Canadá, Portugal e Austrália, demonstram que a avaliação sistemática da APS contribui para a melhoria da qualidade assistencial e para o fortalecimento da coordenação do cuidado (MENDES, 2015; NORMAN, 2019).

As evidências internacionais consolidadas por Starfield et al. (2005) demonstram que sistemas de saúde organizados a partir de uma APS robusta apresentam melhores indicadores de saúde populacional, maior equidade no acesso e menores custos. As reformas europeias analisadas por Giovanella e Stegmüller (2014) apontam para a centralidade da avaliação contínua como mecanismo de fortalecimento da APS e coordenação do cuidado. No contexto brasileiro, a recente metodologia de cofinanciamento federal representa oportunidade de alinhamento entre incentivos financeiros e princípios da APS, criando ambiente favorável para implementação de sistemas de M&A mais abrangentes e orientados por evidências.

⁶<https://portalfns.saude.gov.br/esclarecimento-sobre-o-novo-modelo-de-financiamento-a-atencao-primaria/#:~:text=O%20Previne%20Brasil%20%C3%A9%20um,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.>

⁷ <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/censo-das-ubs>

3. Proposição de Indicadores para M&A na APS

À luz da discussão feita, esta nota técnica, elaborada pela Rede APS, parte inicialmente da organização da APS, conforme seus princípios (Alma Ata, 1978 e Starfield, 2002) e as dimensões da qualidade – estrutura/processo/resultados (Donabedian, 1966), considerando sua aplicabilidade para gestores e profissionais de saúde.

É importante destacar que esta proposição considera as oportunidades e limitações criadas pelos novos componentes de financiamento federal, buscando complementar e ampliar o escopo de avaliação para além dos indicadores vinculados ao financiamento, garantindo uma perspectiva mais abrangente dos princípios fundamentais da APS.

Os quadros 1 a 8 apresentam um conjunto de 17 indicadores vinculados aos princípios da APS. São descritas as fórmulas de cálculo, fonte de dados e observações gerais sobre sua natureza e funcionalidade. Esses indicadores podem ser incorporados ao M&A de forma gradual, conforme capacidade técnica local, sendo recomendável iniciar com aqueles de maior factibilidade operacional.

Quadro 1. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS
Dimensão/Princípio/Atributo: ACESSO E PRIMEIRO CONTATO

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE DOS DADOS	OBSERVAÇÕES
1.1 Cobertura populacional efetiva	$(\text{População cadastrada com dados atualizados nos últimos 12 meses} / \text{População do território}) \times 100$	e-SUS APS + IBGE	Substitui "cadastro completo" - foca na atualização Indicador expresso em porcentagem
1.2 Resolutividade da APS	$(\text{Consultas resolvidas na APS sem encaminhamentos por mês} / \text{Total de})$	e-SUS APS	Evita fragmentação do cuidado Indicador expresso em porcentagem

	consultas APS por mês) × 100		
--	---------------------------------	--	--

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 2. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS
Dimensão/Princípio/Atributo: EQUIDADE

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE DOS DADOS	OBSERVAÇÕES
2.1 Equidade no pré-natal por raça/cor	Percentual de gestantes negras com ≥ 7 consultas / Percentual de gestantes brancas com ≥ 7 consultas	e-SUS APS (quesito raça/cor)	Indicador de equidade racial É recomendável que se faça o mesmo cálculo para pessoas indígenas e pessoas amarelas, seguindo categorias definidas pelo IBGE. Indicador expresso em razão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 3. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS
Dimensão/Princípio/Atributo: LONGITUDINALIDADE

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE DOS DADOS	OBSERVAÇÕES
3.1 Acompanhamento de condições crônicas	(Pessoas com DM/HAS com ≥ 2 consultas/ano / Total de pessoas com	e-SUS APS (SISAB)	Indicador expresso em porcentagem

	DM/HAS cadastradas) × 100		
--	---------------------------	--	--

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 4. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS
Dimensão/Princípio/Atributo: COORDENAÇÃO DO CUIDADO

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE DOS DADOS	OBSERVAÇÕES
4.1 Contrarreferência efetiva	(Encaminhamentos com retorno documentado / Total de encaminhamentos) X 100	e-SUS APS + SISREG	Comunicação entre níveis da atenção em saúde Indicador expresso em porcentagem
4.2 Registro de monitoramento glicêmico de pacientes com diabetes mellitus	(Número de pessoas com diabetes mellitus com HbA1c registrado nos últimos 12 meses/ Número de pessoas com diabetes mellitus cadastradas) X 100	e-SUS	Indicador expresso em porcentagem
4.3 Equidade no controle glicêmico por raça/cor*	Proporção de pessoas negras com diabetes mellitus com níveis glicêmicos verificados e registrados anualmente / Percentual de pessoas brancas com diabetes com níveis glicêmicos verificados e	e-SUS APS (quesito raça/cor)	Equidade no controle DM Indicador expresso em razão É recomendável que se faça o mesmo cálculo para pessoas indígenas e pessoas amarelas, seguindo

	registrados anualmente		categorias definidas pelo IBGE.
4.4 Percentual de encaminhamentos para especialistas focais	(Número de encaminhamentos para especialistas focais ao longo de um mês/Total de usuários atendidos em consulta médica na UBS ao longo de um mês) X 100	e-SUS APS e SISREG	Indicador expresso em porcentagem

Fonte: elaborado pelos autores

Quadro 5. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS
Dimensão/Princípio/Atributo: INTEGRALIDADE

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE DOS DADOS	OBSERVAÇÕES
5.1 Cobertura vacinal de rotina	(Crianças de 2 anos de idade com esquema vacinal completo / Crianças de 2 anos de idade no território) × 100	SI-PNI + e-SUS	É recomendável que se faça o mesmo cálculo para crianças de outras faixas etárias. Indicador expresso em porcentagem
5.2 Ações de promoção da saúde	Número de grupos educativos ativos/ 1000 habitantes no território	e-SUS APS (Ficha Atividade Coletiva)	Indicador expresso em taxa populacional

5.3 Multimorbidade em idosos	(Número de idosos com ≥ 2 condições crônicas acompanhados / total de idosos residentes no território) X 100	e-SUS APS Cadastro	Complexidade do cuidado Fonte de dados para residentes no território: cadastrados no e-SUS. Indicador expresso em porcentagem
-------------------------------------	--	-----------------------	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 6. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS
Dimensão/Princípio/Atributo: ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE DOS DADOS	OBSERVAÇÕES
6.1 Cobertura de ACS efetiva	Nº de ACS na equipe cadastrados no CNES/nº de pessoas cadastradas pela equipe no E-SUS X 100	CNES + e-SUS	Proporção de ACS conforme população cadastrada, identificando possíveis áreas descobertas Indicador expresso em porcentagem
6.2 Visitas domiciliares qualificadas	Visitas com registro de plano de cuidados / Total de visitas X 100	e-SUS APS	Qualifica a visita Indicador expresso em porcentagem

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 7. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS
Dimensão/Princípio/Atributo: PARTICIPAÇÃO POPULAR

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE DOS DADOS	OBSERVAÇÕES
7.1 Participação em ações coletivas	Percentual da população que participou de atividades da UBS	e-SUS	Engajamento comunitário Indicador expresso em porcentagem

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 8. INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS
Dimensão/Princípio/Atributo: TRABALHO

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE DOS DADOS	OBSERVAÇÕES
8.1 Formação dos profissionais	Percentual de profissionais de nível superior da UBS com formação especializada na área (Médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade; Enfermeiros e Odontólogos em Saúde da Família)	CNES (campo CBO)	Identificação de especialistas registrados no CNES Indicador expresso em porcentagem Este indicador pode ser calculado por categoria profissional. Exemplo: % de médicos na equipe com CBO médico de família e comunidade registrado no CNES.

8.2 Tempo de permanência dos profissionais	Tempo médio de permanência dos profissionais de nível superior na mesma UBS	CNES (campo data de entrada)	
8.3 Vínculo	Percentual de profissionais com vínculo concursado	CNES (campo vínculo)	Este indicador pode ser calculado por categoria profissional (e.g., médico, enfermeiro, técnico de enfermagem), por nível de formação (e.g., nível superior, nível médio) ou para a totalidade dos profissionais da UBS.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A construção deste conjunto de indicadores levou em conta que o uso de métricas pode gerar situações indesejadas, tais como perda de foco, o que pressupõe um desenho que reduza efeitos desta natureza (MANHEIM, 2023). Ou seja, é possível que um número crescente de métricas comprometa a clareza analítica e gere ruído informativo, o que reforça a utilização de indicadores em menor quantidade e mais direcionados ao objeto de análise (MEYER & GUPTA, 1994), sem, contudo, perder a perspectiva multidimensional da APS.⁸

⁸ É importante destacar a importância que tem o cadastramento na construção de indicadores locais. Os princípios de universalidade, integralidade, participação popular e base territorial, que a APS compartilha com o SUS, demandam a existência de informação confiável sobre a população como um todo, sem o risco de invisibilizar grupos específicos. Em sua especificidade, o foco na questão local e o trabalho com a comunidade organizada sob a noção de território-vivo, exigem que a APS produza, ela própria, grande parte da informação sobre a população sob sua responsabilidade. Para o conhecimento da população e não apenas dos usuários, é de suma importância o cadastramento da população residente na área de abrangência. Logicamente, quanto mais atualizado o cadastro, maior sua capacidade de oferecer indicadores pertinentes à realidade vivenciada válidos. Neste sentido, nesta Nota Técnica o cadastro é considerado o registro da população residente na área, que só está completo quando toda a população está cadastrada e essa completude deve ser buscada e atualizada continuamente. Portanto, nas tabelas, com exceção do indicador 1.1, tratamos como intercambiáveis os termos *população do território* e *população cadastrada* quando aparecem no denominador dos indicadores propostos.

Por esta razão, a utilização/adoção destes indicadores deve ser iniciada a partir daqueles com maior factibilidade, sendo ampliada sua utilização conforme capacidade técnica local.

4. Considerações Finais

Esta proposta de indicadores para Monitoramento e Avaliação na APS enfrenta desafios estruturais, operacionais e políticos que precisam ser superados para garantir que gerem informações qualificadas e possam subsidiar o aprimoramento das políticas e práticas na APS.

Com efeito, diferentes desafios (como por exemplo: Precarização do trabalho na APS, Fragmentação dos sistemas de informação, Baixa capacidade institucional para análise de dados, Equidade no acesso à APS e dificuldades em áreas vulneráveis, Alinhamento entre financiamento e qualidade assistencial, dentre outros) exigem um conjunto de estratégias (Fortalecimento da formação e capacitação das equipes de APS, Integração e interoperabilidade dos sistemas de informação, Ampliação do uso de tecnologias digitais, Revisão e aprimoramento dos modelos de financiamento da APS, Promoção da equidade no acesso à APS) que devem se somar ao conjunto de indicadores propostos.

Portanto, a Rede APS sugere, para que os indicadores propostos sejam implementados de forma adequada, que eles sejam validados em municípios previamente selecionados antes de sua adoção em larga escala. Um estudo piloto é condição *sine qua non* para identificar limitações operacionais e calibrar/ajustar estes indicadores, visando aferir adequadamente a realidade cotidiana.

Por fim, é fundamental estabelecer que os indicadores devem ser utilizados prioritariamente para apoio à gestão e adesão das equipes, estabelecendo metas compatíveis com o contexto local e baseadas no contexto nacional.

Espera-se que gestores(as), pesquisadores(as) e profissionais de saúde possam utilizar e adaptar esses indicadores, fortalecendo a APS em todo o país. Com um sistema de M&A bem estruturado e integrado, a APS poderá alcançar maior efetividade, equidade e qualidade, consolidando-se como eixo central do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantindo o cuidado integral à população.⁹

⁹ Além dos indicadores listados nos quadros de Dimensão/Princípio/Atributo 1 a 8, os autores destacam um conjunto de indicadores adicionais que podem ser incorporados por gestores e profissionais da APS em suas iniciativas de M&A, de acordo com suas possibilidades, prioridades e disponibilidade de dados, tais como: (1) Acessibilidade temporal - consultas para demanda espontânea agendadas em até 48h/total de

5. Referências Bibliográficas

ANGLEMYER, A.; HORVATH, H. T.; BERO, L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 11 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria SAPS/MS nº 161, de 10 de dezembro de 2024. Estabelece a metodologia de cálculo do Componente Vínculo e Acompanhamento Territorial para as equipes de Saúde da Família, equipes de Atenção Primária e as equipes vinculadas. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 11 dez. 2024.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 44, n. 3, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743-8, 1988.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. *J Manag Prim Health Care*, v. 5, n. 1, p. 101-113, 2014.

HARTZ, Z. M. D. A.; SILVA, L. M. V. D. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 275 p.

MANHEIN, D. Building less-flawed metrics: Understanding and creating better measurement and incentive systems. *Patterns (NY)*. 2023 Oct 13;4(10):100842. doi: [10.1016/j.patter.2023.100842](https://doi.org/10.1016/j.patter.2023.100842)

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

consultas; (2) Taxa de mortalidade infantil em famílias beneficiárias do Bolsa Família; (3) Acesso de populações específicas - Atendimentos a quilombolas, indígenas, ribeirinhos / População estimada destes grupos; (4) Teleconsultoria resolutiva - Teleconsultorias que evitaram encaminhamento / Total de teleconsultorias; (5) Análise de óbitos - Percentual de óbitos ocorridos no território e discutidos em equipe; (6) Análise de ICSAP - Percentual de ICSAP ocorridas no território e discutidas em equipe; (7) Abordagem familiar - Famílias com pelo menos um membro acompanhado / Total de famílias cadastradas; (8) Funcionamento do Conselho Local de Saúde - Reuniões realizadas / Reuniões previstas no ano; (9) Resposta a demandas comunitárias - Demandas respondidas / Total de demandas registradas; (10) Satisfação geral dos usuários - Percentual de usuários que recomendam a UBS; (11) Acessibilidade digital - Percentual de usuários que conseguem agendar por meios digitais (12) Resolução de reclamações - Reclamações resolvidas em até 30 dias / Total de reclamações.

MEYER, M. W., & GUPTA, V. (1994). The performance paradox. *Research in Organizational Behavior*, 16, 309-369.

NORMAN, A. H. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1945, 2019.

PAHO – Pan American Health Organization. *The Essential Public Health Functions in the Americas: A Renewal for the 21st Century. Conceptual Framework and Description*. Washington: DC, 2020. 118 p.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.