



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BEATRIZ CARVALHO FERREIRA

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU, SERGIPE**

SÃO CRISTÓVÃO  
2024

BEATRIZ CARVALHO FERREIRA

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU, SERGIPE**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. José Antônio Barreto Alves Fakhouri.

Linha de Pesquisa: Gestão e Cuidado no contexto do SUS e as políticas em Saúde e Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

SÃO CRISTÓVÃO

2024

BEATRIZ CARVALHO FERREIRA

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU, SERGIPE**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. José Antônio Barreto Alves Fakhouri.

Linha de Pesquisa: Gestão e Cuidado no contexto do SUS e as políticas em Saúde e Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Aprovada em: 05 / 02 / 2024

Banca examinadora:

---

Juliana de Oliveira Musse Silva – Doutora em Enfermagem

---

Marco Aurélio de Oliveira Góes – Doutor em Enfermagem

---

José Antônio Barreto Alves Fakhouri – Doutor em Enfermagem

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

F383a Ferreira, Beatriz Carvalho  
Análise dos indicadores de desempenho da atenção primária em  
saúde no município de Aracaju, Sergipe / Beatriz Carvalho Ferreira ;  
orientador José Antônio Barreto Alves Fakhouri. – São Cristóvão, SE,  
2024.  
43 f. : il.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de  
Sergipe, 2024.

1. Enfermagem. 2. Atenção primária à saúde - Aracaju. 3. Acesso  
aos serviços de saúde. I. Fakhouri, José Antônio Barreto Alves, orient. II.  
Título.

CDU 616-083:614(813.7)

## RESUMO

**Introdução:** O Acesso aos serviços de saúde ofertados pela Rede de Saúde integra o Princípio da Universalidade do Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde é considerada a principal porta de entrada, que, por sua vez, possui papel fundamental na qualidade de vida da população. Assim, mediante reformas no repasse financeiro para os municípios, o Governo Federal instituiu estratégias que visavam a ampliação do acesso populacional à Atenção Básica, o Previne Brasil, que coordena o quantitativo de usuários atendidos e cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde e, por meio deste, torna-se possível analisar os resultados alcançados pelos serviços primários de saúde do município ou região. **Objetivo:** Analisar os indicadores de desempenho do Previne Brasil, no município de Aracaju, Sergipe, nos anos de 2021 e 2022. **Método:** Estudo epidemiológico descritivo, com coleta de dados compilados e retrospectivos, referentes aos relatórios de indicadores de desempenho do município de Aracaju–SE. A amostragem foi composta por relatórios dos anos de 2021 e 2022, com 21 relatórios para cada ano, num total de 42 relatórios com informações de todas as unidades básicas que prestam atendimento no município de Aracaju, totalizando 44 unidades. Os dados obtidos através dos relatórios dos indicadores de desempenho foram tabulados e analisados por estatísticas descritivas como média, desvio padrão, mínimo e máximo para variáveis quantitativas e frequências para as qualitativas. **Resultado:** Observou-se que o município de Aracaju apresentou, nos anos estudados, resultados abaixo das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Os piores resultados apresentados, no ano de 2021, foram nos indicadores de citopatológico, imunização e de percentual de pessoa com hipertensão com pressão arterial aferida no semestre. No ano de 2022 os indicadores obtiveram melhores resultados quando comparados ao ano anterior, principalmente nos indicadores relacionados ao pré-natal, no entanto, o indicador de citopatológico continuou com resultados negativos. **Considerações Finais:** Os dados do presente estudo demonstraram que a capacidade de cobertura populacional das equipes de saúde que atuam na Atenção Básica no município de Aracaju não reflete o acesso efetivo da população aracajuana aos serviços da APS.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde; Cobertura de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Access to health services offered by the Health Network integrates the Principle of Universality of the Unified Health System and Primary Health Care is considered the main gateway, which, in turn, plays a fundamental role in the quality of life of the population. Thus, through reforms in the financial transfer to municipalities, the Federal Government instituted strategies aimed at expanding population access to Primary Care, Previne Brasil, which coordinates the number of users served and registered in Basic Health Units and, through this, it becomes possible to analyze the results achieved by the primary health services of the municipality or region.

**Objective:** To analyze the performance indicators of Previne Brasil, in the municipality of Aracaju, Sergipe, in the years 2021 and 2022. **Method:** Descriptive epidemiological study, with collection of compiled and retrospective data, referring to the reports of performance indicators in the municipality of Aracaju–SE. The sampling consisted of reports from the years 2021 and 2022, with 21 reports for each year, in a total of 42 reports with information from all basic units that provide care in the city of Aracaju, totaling 44 units. The data obtained through the performance indicator reports were tabulated and analyzed using descriptive statistics such as mean, standard deviation, minimum and maximum for quantitative variables and frequencies for qualitative variables.

**Result:** It was observed that the municipality of Aracaju presented, in the years studied, results below the targets established by the Ministry of Health. The worst results presented, in the year 2021, were in the indicators of cytopathology, immunization and percentage of people with hypertension with blood pressure measured during the semester. In 2022, the indicators obtained better results when compared to the previous year, especially in indicators related to prenatal care, however, the cytopathological indicator continued with negative results.

**Final Considerations:** The data from this study demonstrated that the population coverage capacity of the health teams working in Primary Care in the city of Aracaju does not reflect the effective access of the Aracajuan population to PHC services.

**Descriptors:** Primary Health Care; Healthcare Financing; Effective Access to Health Services; Health Services Coverage

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO.....</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>18</b>
<b>5.1</b>	<b>Delineamento do estudo.....</b>	<b>18</b>
<b>5.2</b>	<b>Local e período do estudo.....</b>	<b>18</b>
<b>5.3</b>	<b>População, amostra e coleta de dados .....</b>	<b>18</b>
<b>5.4</b>	<b>Operacionalização do estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>5.5</b>	<b>Procedimento para análise dos dados.....</b>	<b>20</b>
<b>5.6</b>	<b>Aspectos éticos e legais.....</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>38</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal e prioritária porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso aos serviços integra o princípio doutrinário da Universalidade e determinadas condições e fatores podem exercer influência na utilização destes, ou na entrada dos indivíduos no Sistema (MARTINS et al., 2019). Assim, a APS exerce um papel fundamental na redução do risco de adoecer e morrer e, em consequência, na qualidade de vida da população. Dessa forma, os diferentes atores e setores da saúde devem articular-se para integração de estratégias de promoção à saúde, tendo em vista ser um direito universal (SOUZA et al., 2020).

O acesso à saúde refere-se à possibilidade de utilização dos serviços disponíveis para obter tratamento ou ações desejadas pelo indivíduo. Os obstáculos geográficos, financeiros, organizacionais, dentre outros, influenciam e condicionam o alcance da população à Rede de Saúde. Portanto, para garantir a possibilidade de obtenção dos serviços necessários, no tempo e local oportunos, é imprescindível remover os potenciais obstáculos ao acesso (ALMEIDA et al., 2017). No Brasil, a saúde é dever do Estado e direito do cidadão (BRASIL, 1988), dessa forma, Políticas de Saúde são estabelecidas para garantir a saúde da população. Entretanto, as fragilidades estruturais do sistema de saúde e a heterogeneidade dos municípios brasileiros imprimem diferentes padrões e podem resultar em dificuldade de oferta adequada de serviços para os cidadãos (MASSUDA, 2020).

Diante da necessidade de implantação de políticas para promoção de ações de Atenção Básica à saúde, o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), tem sido a principal estratégia do governo federal para alcançar a universalidade do acesso à saúde, por proporcionar a expansão da APS (TASCA et al., 2020). Desde 1998 até 2018, a ESF foi adotada por mais de 95% dos municípios brasileiros, resultando em efetiva melhora nas condições de saúde da população e em consistente aumento da cobertura de serviços de APS no Brasil. Dessa forma, o crescimento da cobertura nos municípios está associado ao aumento no acesso a serviços de saúde, redução de internações hospitalares por condições sensíveis à APS, e melhoria nos resultados, evidenciada pela queda da

mortalidade infantil em todas as regiões do país, beneficiando populações mais vulneráveis e gerando impacto positivo na redução de iniquidades no país (MASSUDA, 2020).

Entretanto, apesar de os indicadores de saúde apontarem melhoria na qualidade e acesso à APS, a cobertura populacional ainda não atingiu os níveis almejados para representar, em absoluto, a universalidade da saúde, fato evidenciado principalmente em regiões distantes dos centros urbanos (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). Além disso, a cobertura populacional estimada na Atenção Básica é medida atualmente através do Indicador de cobertura normatizado pela Resolução n.º 8, de 24 de novembro de 2016. O indicador visa o monitoramento do acesso dos indivíduos aos serviços na Atenção Básica, entretanto, este se restringe a aferir o potencial de oferta de ações e serviços e não o acesso efetivamente proporcionado pela APS (BRASIL, 2016).

Ademais, ainda na busca por implantar estratégias para atender as prioridades em saúde e a ampliar o acesso populacional aos serviços oferecidos pela Atenção Básica, em 2019, o governo federal instituiu mudanças no financiamento da APS com o Previne Brasil. Dentre as mudanças estabelecidas, implementou-se quatro diferentes blocos de custeio, dentre eles a Capitação Ponderada, que visa o repasse de verbas conforme a quantidade de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da APS (BRASIL, 2019a). Dessa forma, o bloco da Capitação Ponderada estimula a busca ativa de usuários da Atenção Básica e proporciona, teoricamente, o aumento do acesso populacional à APS (BRASIL, 2021a). O segundo grande bloco de custeio do Previne Brasil é o Pagamento por Desempenho, que traduz em forma de indicadores de desempenho a produção das equipes de saúde da Atenção Básica. O componente do Pagamento por Desempenho estabeleceu sete indicadores que consideram as condições de saúde prioritárias para a população brasileira. Para a construção dos indicadores, calcula-se a razão entre o número de pessoas atendidas nos critérios de cada indicador e o número de indivíduos cadastrados nas equipes de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2021a).

Assim, ao considerar que o cálculo da cobertura populacional estimado na Atenção Básica não demonstra o acesso efetivo da população aos serviços de saúde ofertados na APS e que os indicadores de desempenho determinam o quantitativo de

pessoas atendidas e cadastradas na rede, pode-se buscar uma estimativa do acesso populacional aos serviços ofertados na Atenção Básica de saúde, por meio da composição dos indicadores de desempenho. Logo, a partir do ineditismo dessa estratégia de monitorização, é pertinente investigar os indicadores de desempenho do Previne Brasil, no município de Aracaju, estado de Sergipe. A partir disso, pretende-se responder à questão “Como vem ocorrendo o desempenho da Atenção Primária no município de Aracaju, segundo os indicadores de desempenho do Previne Brasil?”

## 2 JUSTIFICATIVA

Os dados do presente estudo poderão produzir evidências para orientação de novas estratégias ao nível de gestão municipal que visem a ampliação do acesso populacional aos serviços ofertados pela APS no município de Aracaju, bem como ofertar indicadores para gestão de outros locais. Além disso, poderá incentivar os profissionais que atuam na Atenção Básica a desenvolver aprimoramento no acolhimento, assistência e busca ativa dos usuários da rede básica de saúde. Dessa forma, poderá propiciar melhorias no acesso aos serviços de saúde da APS.

A abordagem do presente estudo se destaca pela proposta de analisar o acesso à APS a partir dos indicadores de desempenho do programa de financiamento do governo federal denominado Previne Brasil, cujos dados nesse contexto, até onde é conhecido, ainda são inexistentes na literatura. Portanto, os resultados obtidos poderão somar evidências à literatura preexistente, preenchendo, assim, possíveis lacunas no conhecimento sobre a temática.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar os indicadores de desempenho do Previne Brasil, no município de Aracaju, Sergipe, nos anos de 2021 e 2022.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Descrever os indicadores do componente de pagamento por desempenho do Previne Brasil em Aracaju;

Caracterizar os indicadores de pagamento por desempenho no município de Aracaju.

#### 4 REFERENCIAL TEMÁTICO

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, foi um marco para os Cuidados Primários em Saúde, na qual evidenciou a APS como estratégia principal do sistema de saúde de um país (ALMA-ATA, 1978). Atrelado a isso, em 1988 a Constituição Federal incorporou a concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, que integra saúde, previdência e assistência. As proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceram o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação de um SUS universal, público, participativo, descentralizado e integral (BRASIL, 1988; PAIM, 2013).

O SUS, enquanto resultado desse movimento, reivindicava que o Estado assumisse compromissos com a saúde da população e constituiu um avanço para o setor no país, à medida que reconhecia que o acesso aos serviços e ações de saúde deveriam ser ofertados de maneira universal e igualitária, numa rede hierarquizada (VIEIRA, 2009). Anteriormente à implantação do SUS, inexistia um serviço de saúde voltado aos cuidados básicos. Naquela época, a atenção especializada era o foco da assistência, direcionada aos serviços de urgência e, em locais específicos, ao controle de endemias (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A partir da reforma na oferta de serviços de saúde, desenvolveu-se a consciência da necessidade de integração dos cuidados primários de saúde, dessa forma, em 1994 instituiu-se o Programa de Saúde da Família (PSF). Este, por sua vez, ocasionou mudanças graduais e, pouco a pouco, o programa destacou-se como eixo norteador da base do SUS e foi considerado o marco mais importante da APS (ANDERSON, 2019).

A evidente capacidade do PSF na organização e orientação do Sistema de Saúde, na busca por respostas às necessidades de saúde da população e na contribuição na mudança do modelo assistencial vigente, proporcionou o seu reconhecimento como Estratégia Saúde da Família (ESF), enunciada em 2006 na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (ARANTES; SHIMIZU; MERCÁN-HAMANN, 2016). A primeira versão da PNAB publicada em 2006 reconhece a ESF como uma importante estratégia para reorganizar as práticas na APS e reorientar o sistema de saúde brasileiro, por meio de assistência com referência e

contrarreferência, articulando a rede com os demais níveis de complexidade, com vistas à garantia da integralidade e continuidade do cuidado. Dessa forma, contempla-se um modelo pautado no trabalho em equipe e priorizam-se as famílias do seu território, com acolhimento e estabelecendo vínculos, para desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, além do tratamento e reabilitação quando necessários (GARUZI et al., 2014; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Os efeitos da APS são avaliados mediante indicadores de saúde, dentre eles, as internações por condições sensíveis à APS (ICSAP) que são medidas diretas e indiretas dos serviços primários em saúde, bem como das atividades hospitalares e da relação entre ambos. Esses indicadores são descritos como um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de internações hospitalares e são úteis para a avaliação do Sistema de Saúde, bem como para o planejamento e busca por maior resolutividade no primeiro nível de atenção (GAMA; SILVA, 2022). Espera-se, portanto, que as atividades desenvolvidas na rede básica de saúde, como a prevenção de doenças, o diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento de patologias agudas e crônicas, resultem na redução das internações hospitalares por esses problemas e, em consequência, na melhoria dos indicadores de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

Melhores indicadores de saúde evidenciam a valorização da saúde populacional e, dessa forma, a priorização das condições básicas de vida. Portanto, a APS é reconhecidamente um componente importante do Sistema de Saúde, por objetivar ofertar maior eficiência no fluxo dos usuários nos sistemas, tratamento mais efetivo das condições de saúde, eficiência do cuidado e utilização de práticas preventivas. Tais feitos diminuem as hospitalizações desnecessárias, aumentam a satisfação dos usuários e diminuem as iniquidades sobre o acesso aos serviços de estado geral de saúde (GALVÃO et al., 2019; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para a APS ser eficaz e alcance bons indicadores, é necessário que seus serviços sejam ofertados em todo o território brasileiro, em outras palavras, sua cobertura deve ser expressiva, ampla e difundida em todos os municípios do país (GARNELO et al., 2018). Estima-se que desde a implantação da ESF a cobertura proposta pela APS era de aproximadamente 10% (ANDERSON, 2019), no entanto, conforme o relatório de cobertura da Atenção Básica, divulgado pelo Departamento

de Saúde da Família (DSF) em novembro de 2023, estima-se que cerca de 79,6% da população esteja coberta pelos serviços primários, aproximando-se de 170 milhões de pessoas (BRASIL, 2023).

Os dados referentes à cobertura evidenciam o importante avanço alcançado pela APS, entretanto, demonstram também que ainda há um longo percurso a percorrer para que as desigualdades e iniquidades no contexto da saúde pública sejam superadas (GARNELO et al., 2018). Dentre as desigualdades evidenciadas na cobertura e acesso aos serviços primários, ressaltam-se importantes diferenças entre as áreas urbanas e rurais. Estas, por sua vez, refletem estágios de desenvolvimento socioeconômico ineficientes e contribuem ainda mais com disparidades no que se refere às condições e ao acesso a uma série de itens básicos para a qualidade de vida. O acesso à saúde pode ser considerado um dos determinantes fundamentais da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

O acesso aos serviços dispostos pela APS é um direito universal de todos os indivíduos e está pautado no princípio da Universalidade do SUS, entretanto, essa não é a realidade de uma expressiva parcela dos brasileiros (MENDES; MARQUES, 2014; RIBEIRO; SCATENA, 2019). Compreende-se como acesso a viabilidade de usufruir dos serviços de saúde ofertados, sem que barreiras impeçam ou dificultem esse contato. Além disso, o acolhimento e o vínculo estão diretamente ligados ao acesso por serem potenciais barreiras impostas entre os usuários e as equipes de saúde primária (GARUZI et al., 2014). Dessa forma, ainda que equipes de saúde estejam disponíveis nos territórios, propiciando adequada cobertura populacional, o acesso à saúde pode estar prejudicado por haver alguma barreira que impossibilite o indivíduo de usufruir as ofertas da Rede (GARNELO et al., 2018).

Para viabilizar o acesso adequado da população à APS, os gestores públicos adotaram diversas medidas, dentre elas a ESF, que foi considerada um marco estratégico da APS e teve como um dos objetivos a ampliação do acesso e cobertura populacional (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Além dela, diversas outras ações foram desprendidas durante a existência da APS, como o monitoramento e avaliação da qualidade, serviços de telemedicina e telessaúde, programas e ações, bem como modelos de financiamento (CHAVES; SCHERER; CONILL, 2023). Dessa forma, a

estratégia mais recente proposta pelo Governo Federal, está voltada a mudanças no repasse financeiro da esfera federal para os municípios brasileiros, o programa Previne Brasil, cujos objetivos principais são induzir o acesso aos serviços, proporcionar cobertura efetiva da APS e aumentar a qualidade da assistência (BRASIL, 2019a, 2021a).

Portanto, para alcançar os objetivos principais do Previne Brasil, o modelo de financiamento baseia-se em quatro critérios de repasse para os municípios: a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, o incentivo para ações estratégicas e o incentivo com base em critério populacional (BRASIL, 2019a, 2021b). Dentre os critérios de custeio, os maiores blocos são a capitação ponderada e o pagamento por desempenho. Assim, segundo o Ministério da Saúde, o foco da capitação ponderada é a ampliação do acesso e do vínculo da população às equipes de saúde da rede básica, cujos esforços estarão voltados para a qualificação da busca ativa, identificação e cadastro dos indivíduos que usam os serviços e, principalmente, daqueles que não têm acesso à APS (BRASIL, 2021a).

O Pagamento por Desempenho, o segundo maior bloco de custeio, tem em vista monitorar e avaliar o processo de trabalho da APS, bem como contribuir para o acesso, qualidade e resolutividade dos serviços prestados e o aprimoramento das ações no âmbito da APS, além disso, tentar trazer maior transparência aos investimentos na área da saúde (BRASIL, 2021a). Em outras palavras, esse bloco de repasse financeiro traz indicadores que monitoram e avaliam a produção dos profissionais da APS. Para a definição dos indicadores, foram consideradas as condições de saúde mais prevalentes no Brasil e julgadas de maior relevância clínica e epidemiológica, dessa forma, foram elencados sete indicadores que atendem a critérios técnicos especificados pela Portaria GM/MS n.º 3.222/2019 (BRASIL, 2022).

Os indicadores estabelecidos segundo a Portaria GM/MS n.º 3.222/2019 passaram por alterações e aperfeiçoamento normatizadas a partir da Portaria n.º 102/2022 que entraram em vigor no ano de 2022, assim, os indicadores selecionados para os anos de 2020 e 2021 eram: I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natais realizadas, sendo a 1<sup>a</sup> até a 20<sup>a</sup> semana de gestação; II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; IV - cobertura de exame

citopatológico; V - cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; VI - percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e VII - percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2019).

Entretanto, após as alterações instituídas pela Portaria n.º 102/2022, para aprimorar as informações fornecidas pelos indicadores de desempenho, estes passaram a ser regidos da seguinte maneira: I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natais realizadas, sendo a 1<sup>a</sup> (primeira) até a 12<sup>a</sup> (décima segunda) semana de gestação; II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; IV - proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; V - proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada; VI - proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e VII - proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (BRASIL, 2022b).

Ademais, para o cálculo de cada um dos sete indicadores de desempenho, utilizam-se os Numeradores e Denominadores. Os numeradores são constituídos pelo número de pessoas atendidas dentro de cada indicador, cuja origem dos dados é a produção das equipes que prestam serviço na rede básica. Os denominadores referem-se ao quantitativo real ou estimado de pessoas que deveriam ter acessado os serviços de saúde dentro de cada uma das sete condições de saúde prioritárias. Por fim, com vistas à garantia de bons resultados nos indicadores de desempenho, torna-se essencial que sejam adotadas ações para ampliação da qualidade, oferta e acesso aos serviços (BRASIL, 2021a).

## 5 MÉTODO

### 5.1 Delineamento do estudo

Estudo epidemiológico descritivo, com coleta de dados compilados e retrospectivos, referentes aos relatórios de indicadores de desempenho sob domínio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Aracaju–SE.

A epidemiologia descritiva refere-se a estudos e atividades epidemiológicas cujos componentes descritivos são muito mais fortes que seus componentes analíticos ou que claramente se enquadram na área descritiva do espectro descritivo-analítico. As principais características da epidemiologia descritiva podem ser classificadas sob os títulos pessoas, lugar e tempo. A epidemiologia descritiva preocupa-se em descrever a distribuição de variáveis sem considerar as possíveis relações causais ou a comprovação de hipóteses. Além disso, podem ser usados para medir riscos ou tendências mediante indicadores de saúde, bem como gerar hipóteses, monitorar políticas públicas de saúde, dentre outros aspectos voltados à pesquisa em saúde (PORTA; INTERNATIONAL EPIDEMIOLOGICAL ASSOCIATION, 2008).

### 5.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em Aracaju, mediante levantamento dos indicadores de desempenho cadastrados nos anos de 2021 a 2022. A escolha desse período deveu-se ao início dos registros efetivos de indicadores de desempenho do programa Previne Brasil. O ano de 2020 foi desconsiderado para esta análise por ser considerado pelo Ministério da Saúde como período de transição entre os programas de financiamento do Governo (BRASIL, 2019a) e pelo impacto da pandemia do COVID-19 no atendimento da rede básica de saúde (DAUMAS et al., 2020; MEDINA et al., 2020). A coleta de dados foi realizada em outubro de 2023.

### 5.3 População, amostra e coleta de dados

A população do estudo correspondeu ao total de registros dos sete indicadores de desempenho do Previne Brasil, apresentados pela SMS de Aracaju, no período de 2021 e 2022. A amostra foi composta pelos relatórios de todas as unidades básicas de saúde que realizam atendimento no município de Aracaju. Foram excluídas

unidades básicas que não estavam inseridas nos relatórios de indicadores de desempenho, totalizando uma unidade excluída. A amostragem foi composta por sete relatórios de cada quadrimestre dos anos de 2021 e 2022, sendo 21 relatórios para cada ano, num total de 42 relatórios, cujo conteúdo trouxe informações de todas as unidades básicas que prestam atendimento no município de Aracaju, totalizando 44 unidades.

Os dados de registros dos indicadores de desempenho obtidos através da SMS foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel®*, por tipo de indicador (Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natais realizadas, sendo a 1<sup>a</sup> até a 20<sup>a</sup> semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente; Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada no semestre) e apresentando as seguintes variáveis: unidade de saúde, numerador (equivalente ao quantitativo de pessoas atendida para cada indicador, em cada unidade), denominador (equivalente ao quantitativo de pessoas cadastradas na unidade básica de saúde que se encaixa nos critérios do indicador), parâmetro (número de pessoas que deveriam ser atendidas), meta (número mínimo de atendimento a ser atingido), indicador (resultado da razão do número de pessoas atendidas pelo número de pessoas cadastradas) e situação (meta atendida ou não atendida).

#### **5.4 Operacionalização do estudo**

Foram solicitados à SMS de Aracaju os relatórios dos indicadores de desempenho do município e localizados os indicadores de todas as 44 unidades básicas de saúde presentes e ativas em Aracaju, durante os quadrimestres de 2021 e 2022. Após a etapa de identificação dos indicadores, foram analisados os resultados de cada unidade básica, caso alguma unidade não estivesse registrada no relatório ou não possuísse o cálculo do indicador, a mesma seria desconsiderada para o estudo.

## 5.5 Procedimento para análise dos dados

Os dados obtidos através dos relatórios dos indicadores de desempenho foram tabulados no *Microsoft Excel®* e, em seguida, reorganizados no *software Jamovi®*, versão 2.2, para cálculo de estatísticas descritivas. As variáveis quantitativas foram analisadas por meio de medida central, como média, mediana e moda. E de dispersão, como desvio padrão, mínimo e máximo. A variável qualitativa foi analisada por meio de frequência.

## 5.6 Aspectos éticos e legais

O presente trabalho comprehende a análise de informações extraídas de banco de dados de acesso restrito, sob domínio da SMS de Aracaju e, portanto, não houve contato direto com participantes ou seus prontuários. Foram estudados os dados previamente compilados pela SMS e atendidas as recomendações éticas da Resolução n.º 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, campus São Cristóvão, para apreciação ética e recebeu avaliação favorável sob registro do CAAE n.º 73126623.7.0000.5546 e número do parecer 6.306.367.

Por tratar-se de uma pesquisa com base de dados compilados e sem contato direto com participantes ou seus prontuários, foi cedida a dispensa para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os autores se comprometeram com a segurança dos dados através do Termo de Compromisso para Utilização de Dados. Os dados foram cedidos pelo Centro de Educação Permanente da Saúde da Secretaria de Saúde do município de Aracaju.

Dentre os riscos do estudo, destacou-se a possibilidade de quebra da confidencialidade dos dados que ocasionassem a identificação do profissional ou dos usuários da unidade básica de saúde. Para contornar esse risco, todos os dados obtidos foram registrados apenas com códigos, para garantir a anonimização, e os pesquisadores se comprometeram a manter o armazenamento seguro de todos os documentos relacionados à pesquisa durante o acesso, análise e publicação das informações referentes ao estudo. Tendo em vista também que se trata de dados retrospectivos compilados, houve o risco de existirem informações tabuladas de forma

errada, ignorada ou em branco. Para contornar esse risco, foram desconsideradas as informações ignoradas ou em branco.

Somente os pesquisadores tiveram conhecimento e acesso às informações obtidas e se comprometeram a manter o sigilo dos pacientes e profissionais ao publicar os resultados. O pesquisador responsável manterá em arquivo sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, todos os dados obtidos durante a realização da pesquisa.

## 6 RESULTADOS

Os resultados alcançados pelo município de Aracaju nos indicadores, conforme o cálculo realizado pelo Ministério da Saúde, serão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1 – Resultados alcançados pelo município de Aracaju nos indicadores de Pagamento por Desempenho no ano de 2021 e 2022**

Indicador	Meta (%) 2021	Q1 (%) 2021	Q2 (%) 2021	Q3 (%) 2021	Meta (%) 2022	Q1 (%) 2022	Q2 (%) 2022	Q3 (%) 2022
<b>1 – Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natais realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação</b>	60	49,06	48,86	50,72	45	47,26	46,36	45,66
<b>2 - Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV</b>	60	47,85	47,86	64,04	60	62,19	71,30	73,34
<b>3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado</b>	60	20,98	27,73	30,02	60	41,93	48,59	60,59
<b>4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS</b>	40	3,47	5,54	8,52	40	10,18	12,56	14,71
<b>5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite Inativada</b>	95	28,23	28,89	31,18	95	69,47	75,18	75,32
<b>6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre</b>	50	7,32	12,65	19,70	50	50,05	35,35	41,67
<b>7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre</b>	50	61,80	67,75	68,21	50	42,90	36,00	34,97

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Legenda: Q1: quadrimestre 1; Q2: quadrimestre 2; Q3: quadrimestre 3

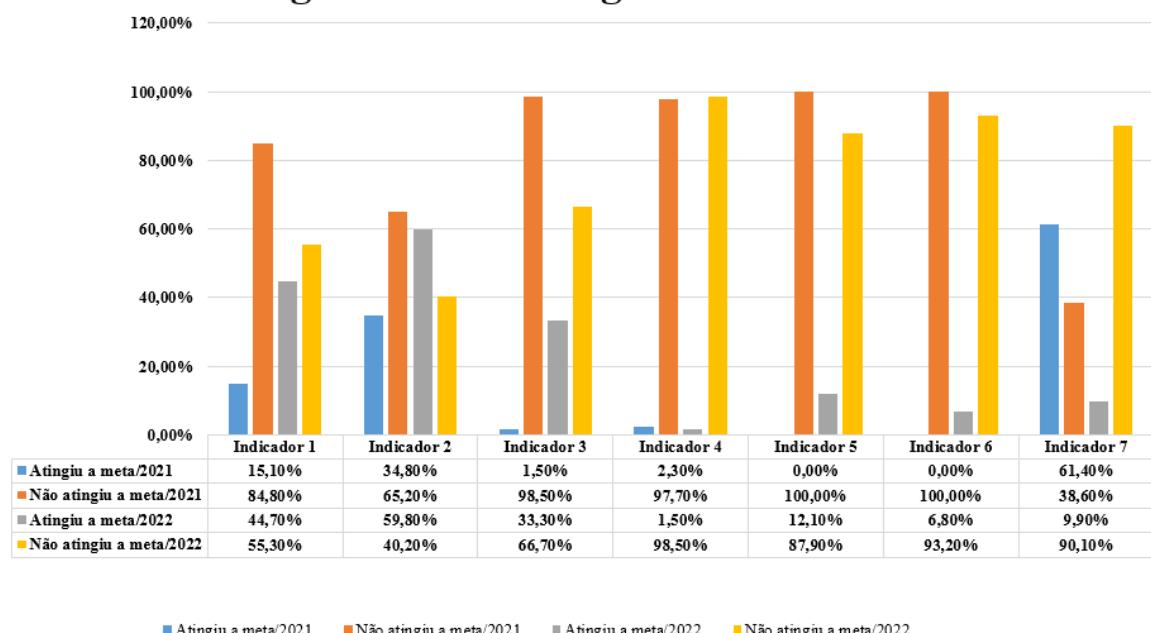
Observa-se que no último quadrimestre (Q3) de 2021, todos os indicadores obtiveram melhores resultados, além disso, nos indicadores 2 e 7 nota-se que a meta estabelecida foi atingida. Em contrapartida, os indicadores 4, 5 e 6 demonstram resultados muito aquém do desejado, em todos os quadrimestres do ano de 2021.

Em relação ao ano de 2022, observa-se que o município de Aracaju conseguiu atingir a meta nos indicadores 1, 2 e 3, além de apresentar melhora considerável nos indicadores 5 e 6, ainda que não tenham obtido êxito nas metas estabelecida, exceto no Q1 do indicador 6. Por outro lado, apesar de apresentada uma leve melhora nos resultados do indicador 4, observa-se que o município continuou a enfrentar grande dificuldade na cobertura de exame citopatológico.

Portanto, o município de Aracaju, no ano de 2022, apresentou melhores resultados em relação ao ano de 2021, no entanto, em ambos os anos é possível observar um desempenho geral abaixo do esperado. A frequência de unidades básicas do município de Aracaju que atingiram as metas estabelecida pelo Ministério da Saúde durante os anos de 2021 e 2022 está representada na Figura 1.

Figura 1 – Frequência de unidades de saúde com metas atingidas e não atingidas nos anos de 2021 e 2022, no município de Aracaju

### Metas Atingidas e Não Atingidas de 2021 e 2022



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Ao analisar a frequência na qual as 44 unidades básicas de saúde atingiram as metas durante os anos de 2021 e 2022, observa-se que para o indicador 1 do ano de 2021 apenas 15,10% conseguiram atingir a meta, enquanto os outros 84,80% não obtiveram êxito. Já no ano de 2022, observou-se que 44,70% conseguiram atingir a meta estabelecida e 55,30% não conseguiram.

Em relação ao indicador 2, no ano de 2021, o dobro de unidades conseguiu atingir o resultado esperado quando comparado ao indicador 1 no mesmo ano, logo, 34,80% alcançaram a meta de 60% das gestantes cadastradas com realização de exame para sífilis e HIV, enquanto 65,20% não conseguiram chegar no resultado esperado. No ano de 2022, o mesmo indicador teve uma melhora considerável, com 59,80% das unidades que atingiram a meta e 40,20% que não conseguiram êxito.

Ao considerar o indicador 3, no ano de 2021, quase a totalidade das unidades (98,50%) alcançou resultado negativo e apenas 1,50% conseguiu atingir a meta. Para o mesmo indicador, no ano de 2022, apesar de não ser o ideal, 33,30% conseguiram atingir a meta, demonstrando uma melhora considerável quando comparada ao ano anterior, de maneira que 66,70% totalizaram o quantitativo de metas não atingidas.

Ao considerar o indicador 4, observa-se que apenas 2,30% das unidades, no ano de 2021, conseguiram atingir a meta estabelecida para a realização de exame citopatológico, enquanto 97,70% não conseguiram atingir a meta. Para o mesmo indicador, no ano seguinte, o resultado foi ainda pior, no qual apenas 1,50% das unidades chegaram na meta estabelecida e 98,50% não obtiveram o resultado desejado.

Para o indicador 5, no ano de 2021, nenhuma unidade conseguiu atingir a meta de imunização, logo, 100% das unidades não obtiveram êxito no resultado. Ao avaliar o ano posterior, observa-se uma pequena melhora no resultado, no qual 12,10% conseguiram atingir a meta de imunização, enquanto 87,90% não atingiram a meta.

Para os indicadores de doenças crônicas, o indicador 6 também apresentou 100% das unidades que não conseguiram atingir a meta em 2021, já em 2022 um quantitativo de 6,80% conseguiu atingir a meta, enquanto 93,20% não obteve o resultado esperado. Para o indicador 7, o ano de 2021 apresentou 61,40% das unidades com a meta atingida e apenas 38,60% não conseguiram atingir a meta, ao passo que no ano seguinte o desempenho das unidades cai bruscamente e apenas 9,90% obtiveram o resultado esperado e 90,10% foram não exitosos.

A Tabela 2 apresenta a média do total da população cadastrada em equipes de saúde do município de Aracaju no ano de 2021 e 2022, e a média de atendimentos no mesmo ano, para cada indicador.

Tabela 2 – Média de cadastro populacional e de atendimentos para cada indicador, em Aracaju, nos anos de 2021 e 2022

Indicador	Média População Cadastrada 2021	Média População Atendida 2021	Média População Cadastrada 2022	Média População Atendida 2022
<b>1 – Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natais realizadas, sendo a 1<sup>a</sup> até a 12<sup>a</sup> semana de gestação</b>	1.804 (Dp = 134)	894 (Dp = 74,5)	1.754 (Dp = 215)	815 (Dp = 114)
<b>2 - Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV</b>	1.804 (Dp = 134)	964 (Dp = 210)	1.754 (Dp = 215)	1.201 (Dp = 45,2)
<b>3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado</b>	1.804 (Dp = 134)	477 (Dp = 115)	1.754 (Dp = 215)	871 (Dp = 68,8)
<b>4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS</b>	190.118 (Dp = 2.622)	11157 (Dp = 4.957)	194.970 (Dp = 5.775)	24.430 (Dp = 5.137)
<b>5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite Inativada</b>	62.425 (Dp = 76.813)	5.013 (DP = 266)	1.843 (DP = 234)	1346 (DP = 115)
<b>6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre</b>	32.600 (Dp = 2.918)	4.430 (Dp = 2.420)	67.068 (Dp = 22.502)	27.494 (Dp = 7.020)
<b>7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre</b>	14.791 (Dp = 1.430)	9.782 (Dp = 1.426)	26.726 (Dp = 7.471)	9.930 (Dp = 1.853)

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Ao considerar o quantitativo de cadastro dos usuários e número de atendimentos, no ano de 2021, para os indicadores relacionados ao pré-natal, observou-se no município de Aracaju uma média de 1.804 (Dp = 134) gestantes cadastradas por quadrimestre, com o quantitativo máximo de gestantes cadastradas por unidade de saúde de 126 e o mínimo de 6. Em média de 894 (Dp = 74,5) gestantes realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal, com a primeira consulta até a vigésima semana de gestação, enquanto uma média de 964 (Dp = 210) realizaram exames para sífilis e HIV e em média 477 (Dp = 115) obtiveram atendimento odontológico. O máximo de atendimentos por unidade básica de saúde nos indicadores 1, 2 e 3, foi respectivamente de 75, 77 e 33, enquanto o mínimo de atendimentos foi de 1, 2 e 0, nos respectivos indicadores.

No ano de 2022, para os mesmos indicadores, notou-se que uma média de 1.754 (Dp = 215) gestantes cadastradas por quadrimestre. Ao analisar o quantitativo de gestantes cadastradas por unidade de saúde, observou-se o máximo de 116 e o mínimo de 8. Uma média de 815 (Dp = 114) gestantes que realizaram pelo menos 6

consultas de pré-natal, com a primeira consulta até a décima segunda semana de gestação, enquanto uma média de 1.201 ( $D_p = 45,2$ ) realizaram exames para sífilis e HIV e em média 871 ( $D_p = 68,8$ ) obtiveram atendimento odontológico. O máximo de atendimentos contabilizados nos critérios do MS, por unidade de saúde, nos indicadores 1, 2 e 3, respectivamente, foi de 59, 77 e 55 e o mínimo de 2, 4 e 1.

Em relação ao indicador 4, o quantitativo médio, por quadrimestre, de mulheres cadastradas em unidades básicas de saúde do município de Aracaju, que se encaixavam nos critérios para realização do exame citopatológico, foi de 190.118 ( $D_p = 2.622$ ) para o ano de 2021 e 194.970 ( $D_p = 5.775$ ) para o ano de 2022. Quando analisada a média de mulheres que realizaram o exame nos mesmos anos, obteve-se 11.157 ( $D_p = 4.957$ ) para o ano de 2021 e 24.430 ( $D_p = 5.137$ ) para 2022. Ao considerar a análise por unidade básica de saúde, no ano de 2021, obteve-se que quantitativo máximo de mulheres cadastradas foi de 9.655 e o mínimo de 1.392, enquanto o número máximo de realização de exames citopatológicos em mulheres que se enquadravam nos critérios de análise foi de 800 e o mínimo de 67. Já no ano de 2022, observou-se o número máximo de mulheres cadastradas em unidade básica de saúde foi de 9.987 e o mínimo de 1.373, ao passo que o máximo de realização de citopatológico foi de 1.380 e o mínimo de 142.

Em análise do indicador 5, a média de crianças cadastradas em equipes de saúde da APS com idade adequada para imunização no ano de 2021 foi de 62.425 ( $D_p = 76.813$ ) e de imunizados foi de 5.013 ( $DP = 266$ ). Enquanto no ano de 2022 a média de cadastrados foi de 1.843 ( $DP = 234$ ) e de imunizados foi de 1346 ( $DP = 115$ ). A análise por unidade de saúde no ano de 2021 demonstrou um quantitativo máximo de crianças cadastradas no ano de 2021 de 1.077 e mínimo de 44, enquanto o máximo de crianças imunizadas foi de 299 e o mínimo de 28. No ano de 2022, a análise resultou no máximo de 151 e mínimo de 5 cadastradas e máximo de 111 e mínimo de 2 imunizadas, por unidade de saúde.

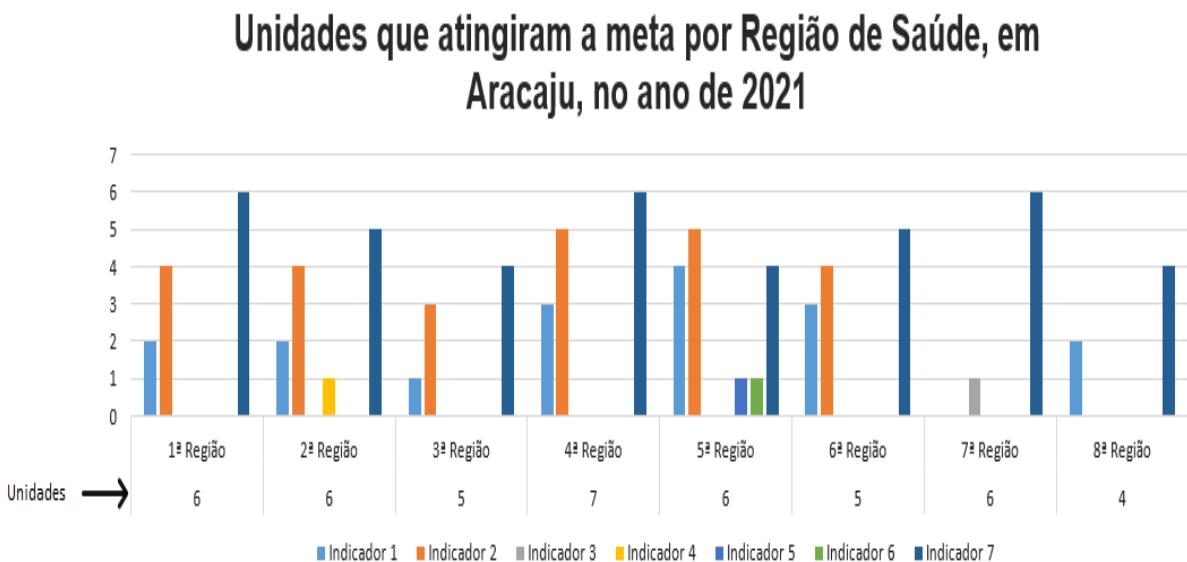
Em relação ao indicador 6, a média populacional de usuários cadastrados nas unidades de saúde com hipertensão no ano de 2021 foi de 32.600 ( $D_p = 2.918$ ), já em relação à média de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, no mesmo ano, foi de 4.430 ( $D_p = 2.420$ ), sendo o número máximo de cadastros por unidade de 1.442 e mínimo de 172, enquanto o número máximo de

atendimentos nos critérios foi de 380 e o mínimo de 5. Para o ano de 2022, a média de usuários cadastrados com hipertensão foi de 67.068 ( $D_p = 22.502$ ) e a média de hipertensos com consulta e aferição de PA no semestre foi de 27.494 ( $D_p = 7.020$ ), em relação ao número máximo de hipertensos cadastrados por unidade, obteve-se o quantitativo de 3.575 e mínimo de 306 e para os atendimentos nos critérios do indicador, obteve-se 1.513 e o mínimo de 163 por unidade.

Por fim, para as análises do indicador 7 obteve-se no ano de 2021 uma média de 14.791 ( $D_p = 1.430$ ) usuários com diabetes cadastrados na APS e uma média de 9.782 ( $D_p = 1.426$ ) pessoas com diabetes que tiveram consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. O número máximo de cadastros por unidade de saúde no município foi de 688 e o mínimo de 79, enquanto o número máximo de atendimentos nos critérios do indicador foi de 492 e o mínimo de 52. Os resultados do ano de 2022 apontam que a média de usuários com diabetes cadastrados em Aracaju foi de 26.726 ( $D_p = 7.471$ ) e a média de consultados com hemoglobina glicada solicitada no semestre foi de 9.930 ( $D_p = 1.853$ ). Ao analisar o número máximo de cadastros por unidade, observa-se no ano de 2022, 1.320 e o mínimo de 120, enquanto o número máximo de atendimentos nos critérios do MS foi de 517 e o mínimo de 69, por unidade.

O município de Aracaju é composto por oito regiões de saúde, com número de unidades básicas que variam entre 4 e 7 unidades por região. A maior concentração de unidades básicas está nos bairros cujo quantitativo populacional varia entre 20 a 30 mil habitantes e o maior número de equipes por unidade está concentrado na segunda e oitava região de saúde (SOUZA et al., 2022). As regiões 1 e 3 são compostas por bairros cuja população possui maiores condições socioeconômicas, com menor dependência do SUS. Já as regiões 2, 4, 6, 7 e 8 abrangem bairros periféricos, cujos habitantes possuem menores condições socioeconômicas e maior SUS dependência e a região 5 comprehende a região central, com população economicamente estável (INAGAKI et al., 2014). Ao analisar as regiões de saúde do município de Aracaju, no ano de 2021, observou-se que as regiões 2, 4, 5 e 6 obtiveram maior número de unidades com a meta atingida, conforme Figura 2.

Figura 2 – Número de Unidades que atingiram a meta por Região de Saúde, em Aracaju, no ano de 2021

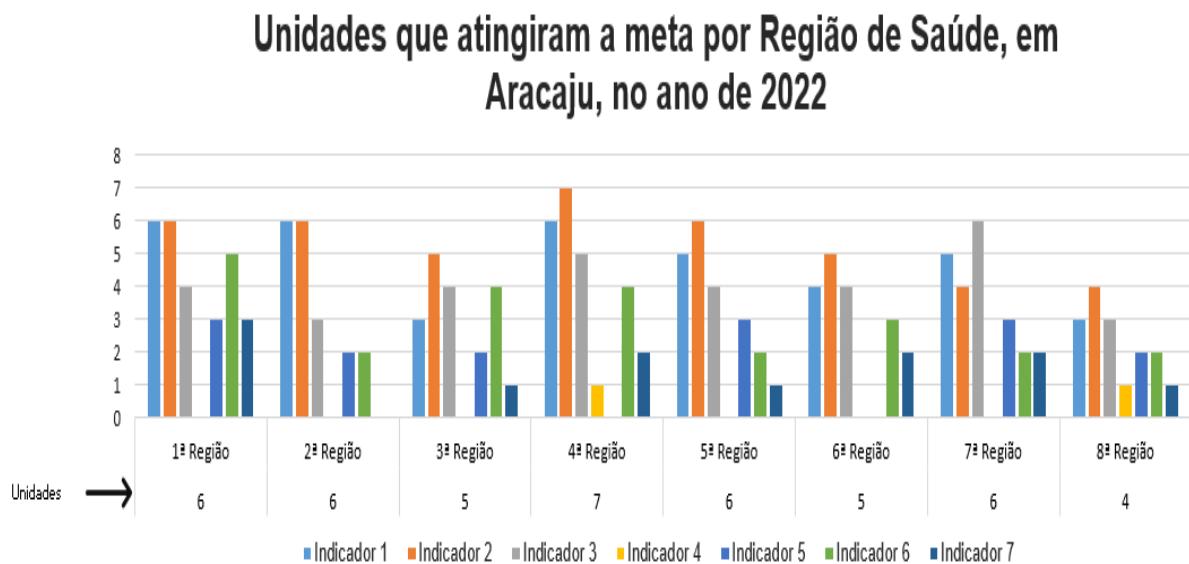


Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Destaca-se que as regiões de saúde com melhor desempenho foram a 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup>, situadas na zona oeste, centro e norte do município, respectivamente. A 3<sup>a</sup> região, localizada na zona centro-sul e as 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> regiões, localizadas na zona norte de Aracaju, possuem as unidades com os piores resultados do município. Ressalta-se que, ao avaliar os resultados do indicador 3, apenas uma unidade situada na zona norte, 5<sup>a</sup> região de saúde, conseguiu atingir a meta no último quadrimestre do ano. Em relação ao indicador 4, apenas uma unidade situada na zona de expansão de Aracaju, 2<sup>a</sup> região de saúde, obteve êxito, atingindo a meta nos três quadrimestres do ano. Por fim, para o indicador 6, apenas uma unidade da 5<sup>a</sup> região, localizada na zona central da capital, conseguiu atingir a meta no último quadrimestre do ano.

No ano de 2022, a análise apontou um desempenho geral superior ao ano anterior, com destaque para as regiões 1 e 8, conforme Figura 3.

Figura 3 – Número de Unidades que atingiram a meta por Região de Saúde, em Aracaju, no ano de 2022



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Para análise do indicador 4, apenas uma unidade da 4<sup>a</sup> região, localizada na zona oeste, e uma unidade da 8<sup>a</sup> região localizada na zona norte conseguiram atingir a meta no último quadrimestre do ano. Para o indicador de imunização, nenhuma unidade da 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> região, localizadas nas zonas norte e oeste, conseguiu atingir a meta em nenhum dos quadrimestres do ano de 2022. Para o indicador de diabetes, as regiões com maior número de unidades com meta atingida em pelo menos 1 quadrimestre do ano de 2022 foi a 1<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> regiões de saúde. Apenas uma unidade da 1<sup>a</sup> região, uma unidade da 2<sup>a</sup> região e 1 unidade da 5<sup>a</sup> região conseguiram atingir a meta nos 3 quadrimestres do ano, duas com localização na zona de expansão e uma no centro de Aracaju.

## 7 DISCUSSÃO

Segundo o último relatório de cobertura da Atenção Básica emitido em 2023 pelo Ministério da Saúde, o município de Aracaju contava com 141 Equipes de Saúde da Família (eSF) e 15 Equipes de Atenção Primária (eAP) cadastradas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Conforme o mesmo relatório, a estimativa populacional para Aracaju era de 672.614 habitantes e a cobertura da APS foi apontada em 95,32% (BRASIL, 2023). Entretanto, os dados do presente estudo demonstram que a capacidade de cobertura das equipes que atendem na APS pode não refletir o acesso real dos usuários aos serviços, uma vez que os relatórios dos indicadores de desempenho trouxeram, em sua grande maioria, resultados aquém da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, para assegurar que os resultados dos relatórios reflitam o acesso efetivo da população, deve-se analisar quais fatores estão influenciando nos resultados negativos dos indicadores do Previne Brasil. A adesão populacional aos serviços de saúde abrange o conceito de acesso e está relacionada à acessibilidade geográfica dos usuários, à burocracia de atendimento, aos recursos humanos e materiais disponíveis para a assistência, à organização do serviço, ao preparo e capacidade profissional, a longitudinalidade do cuidado pelas equipes de saúde, relação entre o profissional e paciente, ao vínculo, acolhimento e comunicação, além do conhecimento da população sobre seus direitos e serviços ofertados no SUS, dentre outros (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; REINERS et al., 2008; SILVA et al., 2013).

Para o atendimento ser contabilizado no indicador, além da necessidade de atendimento realizado, o usuário deverá estar vinculado a uma equipe de saúde da APS, mediante um cadastro individual completo (FCI), cadastro simplificado por meio do módulo “Cidadão” do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e usuários identificados a partir das Fichas de Atendimento Individual (FAI), Ficha de Visita Domiciliar (FVD) ou Ficha de Procedimento (FP), bem como os dados de identificação do cidadão devem estar corretos no cadastro (BRASIL, 2021c).

Além disso, para que os registros realizados pelos profissionais da APS sejam contabilizados na produção da equipe, a data de registro não pode ser posterior à data de envio, bem como os envios não poderão ultrapassar o prazo de 120 dias após o

registro do procedimento. Dessa forma, para a avaliação do quadrimestre, apenas os dados recebidos no prazo de processamento do quadrimestre serão considerados. O processo para contabilizar o atendimento no indicador também conta com a validação das informações de profissionais, equipes e estabelecimentos conforme os dados registrados no SCNES. Em caso de discordância entre dados enviados e os registros no SCNES, o atendimento não é contabilizado no indicador (BRASIL, 2020).

Ao considerar os critérios para a validação dos atendimentos na contagem do indicador, vale ressaltar que cabe aos gestores municipais conhecerem as Normas, Notas Técnicas e Portarias emitidas pelo MS para um bom desempenho do município. Além disso, devem proporcionar treinamentos e capacitações aos profissionais que atuam na APS, a fim de compartilhar os requisitos para validação dos dados e potencializar os resultados, não apenas dos indicadores de desempenho, como também da captação ponderada, o qual é considerado um bloco de custeio de grande relevância para o financiamento da Atenção Básica no município.

Portanto, estabelecer indicadores com muitas regras exige mudanças de processo que levarão tempo para serem assimiladas por todas as partes envolvidas, dessa forma, tais apontamentos demonstram que a utilização dos indicadores como forma de repasse financeiro pode gerar déficit financeiro para os municípios, somado a isso, municípios que possuem problemas estruturais poderão ter mais dificuldades em atingir os objetivos estabelecidos pelos indicadores (SOARES, 2022). Além disso, estudos apontaram que a baixa qualidade das informações registradas, a falta de padronização dos registros ou a inadequação dos mesmos nos sistemas de informação são limitações apontadas para a análise da situação de saúde da população (ANDRADE et al., 2020; LOPES; MONTEIRO; SANTOS, 2020; OLIVEIRA; FERRARI; PARADA, 2019; TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021).

No tocante aos registros dos procedimentos e atendimentos, o prontuário do usuário, seja ele físico ou digital, é primordial para os registros da condição de saúde do cidadão, bem como dos procedimentos realizados em sua assistência (TEICHMANN et al., 2018). Ressalta-se que, quando utilizado o prontuário digital, o tempo de serviço é um fator importante para o uso adequado dos recursos eletrônicos e registros no PEC. Quanto maior o tempo de serviço, maior a familiaridade com o sistema e menor as chances de erro (SANTOS et al., 2021; TEICHMANN et al., 2018;

THUM; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019). No município de Aracaju os registros são feitos através do PEC, dessa forma, essa ferramenta torna-se um importante aliado para o registro da produção da equipe na assistência ao indivíduo, entretanto, se mal utilizada pelos profissionais, os registros podem não ser validados pelo MS para a contagem nos indicadores de desempenho.

A execução de ações supervisionadas e avaliadas pelas equipes que atuam na APS proporcionam transparência à população quanto ao investimento realizado no setor da saúde, além de fornecer dados para a análise da qualidade do acesso aos serviços oferecidos pelo SUS, possibilitando a implementação de correções e/ou aperfeiçoamento das ações e serviços ofertados na APS (BRASIL, 2022b). O objetivo de monitorar os indicadores de desempenho é definir e orientar o processo de pagamento por desempenho, bem como incentivar financeiramente os municípios e Distrito Federal. Além disso, visa apoiar a definição de prioridades e o planejamento de ações para a melhoria da qualidade da APS, bem como reconhecer os resultados alcançados e a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção. Outro objetivo é tornar a gestão da APS mais transparente e incentivar a participação das pessoas, divulgando metas e resultados alcançados (BRASIL, 2022b).

O componente de pagamento por desempenho incentiva os usuários a inscreverem-se no sistema de informação, reduzindo as falhas no tratamento e visa o controle de doenças crônicas, ações de rastreamento, aprimorando a prescrição de medicamentos e redução de internações sensíveis à atenção primária. O monitoramento e avaliação de indicadores de desempenho pactuados pelo Ministério da Saúde também promove o uso de prontuários eletrônicos de pacientes e cuidados longitudinais e coordenados (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2023). Dessa forma, o programa de financiamento vigente demonstra-se alinhado aos objetivos da Atenção Básica, por buscarem potencializar a assistência por meio da definição de prioridades e do planejamento das ações, a fim de melhorar a qualidade da APS.

Por outro lado, alguns autores acreditam que a lógica de financiamento vigente da APS põe em risco o princípio da cobertura ao reconhecer apenas demandas estabelecidas e estratificadas. O programa também foca na busca por uma base de clientes padronizada, modificando a lógica de adscrição anteriormente estabelecida. Além disso, critica-se o modelo que foca exclusivamente na avaliação do que pode

ser alcançado e o resultado baseia-se em critérios padronizados e biomédicos que não conseguem dar conta da variabilidade das situações vivenciadas. Por fim, acredita-se que o programa de financiamento vigente pode agravar o subfinanciamento da saúde pública no Brasil e reverter conquistas históricas na expansão da cobertura de serviços e na redução das desigualdades (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2023; MASSUDA, 2020; MENDES; MELO; CARNUT, 2022; MIRANDA, 2021; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Os indicadores selecionados para o componente de pagamento por desempenho atendem às ações de Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. As áreas escolhidas consideram a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde da população. O primeiro indicador, definido como “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natais realizadas, sendo a 1<sup>a</sup> até a 12<sup>a</sup> semana de gestação” demonstra a capacidade de captação das gestantes usuárias da rede básica de saúde, em sua área de abrangência, para a realização precoce do pré-natal, tem como principal objetivo a redução da mortalidade do neonato e da mãe. Portanto, esse indicador busca mensurar o acesso das gestantes ao acompanhamento pré-natal na APS com início preconizado pelo ministério da Saúde (BRASIL, 2022c).

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, o acompanhamento pré-natal deve iniciar imediatamente ao diagnóstico da gestação e com realização de pelo menos seis consultas. O pré-natal é importante para o desenvolvimento saudável do bebê e da mãe, por ter em vista prevenir e/ou identificar precocemente acometimentos e doenças maternas e/ou fetais (BRASIL, 2012). Diversos problemas e doenças crônicas devem ser acompanhados desde o primeiro trimestre da gestação, para que o desenvolvimento saudável do bebê seja assegurado. Dessa forma, é perceptível a relevância de um pré-natal de qualidade e iniciado o mais cedo possível.

De maneira complementar, o indicador descrito por “Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV” visa verificar a realização dos exames para detecção da Sífilis e do HIV na assistência à mulher grávida, medida considerada muito importante para o controle, tratamento e prevenção dos agravos associados. Dessa forma, a detecção de Sífilis e HIV são consideradas requisitos para a qualidade

do pré-natal realizado na APS e mede, portanto, parte do processo de cuidado ao pré-natal realizado na APS (BRASIL, 2022c).

O último indicador relacionado a assistência ao pré-natal é “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”. O objetivo é verificar se a gestante assistida na APS tem realizado atendimento odontológico na perspectiva do cuidado integral e compartilhado a esse público. Este é um importante requisito para a qualidade do pré-natal realizado na APS. Sendo assim, o indicador visa incentivar o acesso da gestante à atenção em saúde bucal no contexto da APS enquanto etapa de rotina do pré-natal. O indicador apresenta uma avaliação do cuidado à gestante, através da realização de consultas com o cirurgião-dentista durante o pré-natal (BRASIL, 2022d).

Ainda no âmbito de saúde da mulher, o câncer de colo de útero é considerado um importante problema de saúde pública, com taxa de incidência e mortalidade passíveis de redução por meio de ações programadas. O rastreamento do câncer de colo de útero é uma medida de redução da incidência e mortalidade e é atribuição da APS. As equipes de saúde desse nível de assistência devem conhecer o método de rastreio, sua periodicidade e a idade preconizada, além de orientar e encaminhar para tratamento as mulheres conforme os resultados dos exames e garantir seu seguimento (BRASIL, 2016).

O indicador “Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS” é o que mede a proporção de mulheres entre 25 e 64 anos atendidas na APS que realizaram, pelo menos, um exame citopatológico do colo do útero nos últimos três anos, em comparação com o total de mulheres na mesma faixa etária estimadas no município. A APS aspira desenvolver ações para prevenir o câncer do colo do útero, mediante ações educativas e de promoção da saúde, vacinação e rastreamento. O exame citopatológico é uma das principais estratégias para prevenir e controlar o Câncer de Colo de Útero, uma vez que permite identificar lesões precursoras e lesões malignas nos estágios iniciais, tornando o tratamento mais efetivo (BRASIL, 2022e).

Para garantir que o indicador de coleta de citopatológico na APS obtenha resultados satisfatórios, além de garantir que os registros das informações de saúde estejam completos e validados, algumas estratégias poderão ser planejadas pelos

gestores e/ou profissionais da APS, como orientar as usuárias acerca da importância da realização do exame a cada três anos, controlar o seguimento das mulheres com exame alterado, com verificação periódica, construir protocolos de atenção à saúde da mulher, flexibilizar a agenda para esse público, bem como estabelecer incentivo financeiro por desempenho para os profissionais (BRASIL, 2022e).

Os dados do indicador de coleta de citopatológico na APS de Aracaju indicam baixa cobertura do rastreio de câncer de colo de útero no município, apesar da quantidade de equipes existentes. Dessa forma, é necessário investigar quais os motivos da baixa cobertura de citopatológico e quais medidas serão necessárias para reverter o quadro atual. Além disso, é necessário assegurar que além da realização do exame para rastreio do câncer de colo de útero, ocorra a avaliação do exame, no qual a usuária com resultado alterado receba o encaminhamento e tratamento adequado em tempo hábil, bem como seja garantido o seguimento dessa mulher pela APS.

Estudos apontam que o rastreio oportunista é o que tem maior predominância na assistência à saúde da mulher em locais com alta incidência de câncer de colo de útero, ou seja, nesses locais, espera-se que a usuária busque o serviço, fato que gera múltiplos exames numa mesma usuária que não necessaria do exame e limita a abrangência do mesmo para aquelas que necessitariam (NAVARRO et al., 2015; PATERRA et al., 2020; VALE et al., 2010).

No tocante à saúde da criança, há o indicador “Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite Inativada”, cujo objetivo é mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreviníveis mencionadas, através do cumprimento do esquema básico de vacinação contra penta e pólio no primeiro ano de vida. Os marcadores são utilizados para compor o indicador, conforme as recomendações do Programa Nacional de Imunização, cujo objetivo é combater a mortalidade infantil através da imunidade das crianças (BRASIL, 2022f).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 1973 e coordenou a vacinação no território brasileiro, para reduzir a morbimortalidade por doenças

imunopreviníveis (BRASIL, 2022k; BRASIL, 2013). A vacina Pentavalente foi incluída no calendário vacinal em 2012 e é responsável por conferir proteção contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b. A idade preconizada para receber a vacinação é aos dois, quatro e seis meses de idade. O reforço é feito a partir dos 12 meses, com a vacina DTP (difteria, tétano e pertússis) (SOUZA et al., 2020; BRASIL, 2019b).

Em relação à poliomielite, esta é uma doença causada pelo poliovírus, com aspecto clínico amplo, que vai desde a sintomas semelhantes a quadros virais até a paralisia do indivíduo acometido. No Brasil, a imunização contra essa doença existe desde 1980 e não há circulação do poliovírus desde 1990. Trata-se de uma doença infectocontagiosa que pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária, no entanto, o maior acometimento ocorre em crianças. O calendário vacinal preconiza a imunização aos dois, quatro e seis meses de idade, com reforço aos 15 meses (FRANCO et al., 2020).

O Brasil tem apresentado declínio progressivo na cobertura vacinal a partir de 2016, principalmente na imunização infantil (FRANCO et al., 2020; SOUZA et al., 2020; BRASIL, 2019b; BRASIL, 2019c). Chama a atenção a diminuição da oferta de poliomielite inativada e de vacinas pentavalentes, o que pode levar a uma situação epidemiológica descontrolada no Brasil. Alarmantemente, entre 2020 e 2021, o número de vacinas inativadas contra a poliomielite e pentavalentes administradas a crianças com menos de 1 ano de idade diminuiu em mais de um milhão de doses (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2023). Os dados do presente estudo corroboram esses achados e demonstram a baixa cobertura vacinal no município de Aracaju. Dessa forma, o Previne Brasil trouxe, a partir do indicador de imunização infantil, a proposta de retomar a imunização adequada da população infantil para a Poliomielite e Pentavalente.

Em relação às doenças crônicas, há o indicador de “Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre”, cujo objetivo é identificar o contato entre a pessoa com hipertensão arterial e o serviço de saúde para atendimento e realização do procedimento de aferição da PA, o que permite avaliar se a condição está controlada, visando prevenir a morbimortalidade (BRASIL, 2022h). Por fim, também no âmbito das doenças crônicas, há o indicador de “Proporção de

pessoas com diabetes que têm consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre”, cujo objetivo é identificar o contato entre a pessoa com diabetes e o serviço de saúde para o atendimento e solicitação do exame de hemoglobina glicada, para avaliar os níveis glicêmicos e determinar se a condição está controlada, para prevenir a morbimortalidade (BRASIL, 2022i).

As doenças crônicas são importantes fatores de risco para a morbimortalidade por acometimento cardiovascular e evidencia-se como principais condições crônicas não transmissíveis a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM). Estas apresentam um desafio de saúde pública, por acarretarem inúmeras deficiências e incapacidades físicas e funcionais nos indivíduos com a doença descompensada. Além disso, necessita de recursos financeiros para garantir o controle, prevenção, tratamento e acompanhamento dessas condições de saúde (LOPES; JUSTINO; ANDRADE, 2021). Para melhorar o acompanhamento dos indivíduos com doenças crônicas e prevenir os inúmeros acometimentos decorrentes dessas condições, os indicadores de desempenho relacionados a HAS e DM, visam estruturar um acompanhamento mais adequado para essa população.

A transparência que os indicadores de desempenho apresentam, ao apontar os resultados alcançados pelas equipes atuantes na APS, auxiliam a identificar que existem fragilidades carentes de investigação e permitem o aperfeiçoamento das estratégias de gestão utilizadas na Atenção Básica. No entanto, apesar da coerência dos indicadores de desempenho e dos benefícios que os indicadores podem trazer ao serem utilizados como ferramenta de gestão, inclusive para mensurar o acesso da população aos serviços ofertados na APS, as diversas regras para validação e apuração dos dados na contabilização dos indicadores pode prejudicar o resultado real da produção das equipes da APS.

Dessa forma, para utilizar os indicadores de desempenho como ferramenta que mensure o acesso da população à APS é necessário que a gestão municipal assegure que todas as regras de validação e apuração dos dados estejam sendo cumpridas de maneira segura, a fim de viabilizar resultados alinhados com a realidade do município.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou o acesso da população à APS do município de Aracaju segundo os indicadores de desempenho do Previne Brasil, cujos dados apontaram que a capacidade de cobertura populacional das equipes de saúde que atuam na Atenção Básica no município não reflete o acesso da população aracajuana aos serviços ofertados segundo os indicadores de desempenho. Dessa forma, o Previne Brasil pode ser utilizado como uma ferramenta para monitorar o acesso da população aos serviços da APS, entretanto, ainda não pode ser utilizado como única ferramenta de análise por haver limitações na apuração dos dados, que acabam invalidados e não contabilizados para o indicador.

Assim, é necessário que as limitações na apuração dos indicadores sejam diminuídas, para que o componente do Pagamento por Desempenho seja considerado uma ferramenta refletiva da realidade do acesso populacional aos serviços da Atenção Básica. No entanto, considera-se que os indicadores de desempenho possam ser utilizados juntamente com os relatórios de cobertura da Atenção Básica emitidos pelo MS, para confrontar a capacidade de cobertura relatada e o desempenho obtido através dos indicadores.

Por fim, ressalta-se que o presente trabalho não conseguiu identificar quais as fragilidades que impedem as unidades de atingir a meta estabelecida pelos indicadores de desempenho. Além disso, é pertinente investigar qual o diferencial entre as unidades e regiões de saúde e o que leva unidades com características semelhantes a atingir a meta enquanto outras não? Destaca-se que a maioria das unidades que obtiveram melhores resultados não trabalhavam com horário estendido, mas apresentavam perfil populacional com maior vulnerabilidade socioeconômica e situavam-se nas periferias da capital, enquanto regiões com resultados insatisfatórios apresentavam grande número de unidades com atendimento em horário estendido, porém, com perfil populacional socioeconomicamente mais estáveis.

## 9 REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à APS: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1337–1349, jun. 2009.
- ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 15 maio 2017.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da APS no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2180–2180, 1 out. 2019.
- ANDRADE, M. V. et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, p. e0104, 10 jan. 2020.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499–1510, maio 2016.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 e 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 21 jun. 2018.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.**, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 1 fev. 2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z. Pentavalente**. Brasília, 2019b. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/pentavalente>>. Acesso em: 08 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z. Poliomielite**. Brasília, 2019c. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/poliomielite>>. Acesso em: 08 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **NOTA TÉCNICA n.º 1/2022-SAPS/MS**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2022c. Acesso em: 1 fev. 2023c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **NOTA TÉCNICA n.º 2/2022-SAPS/MS**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2022d. Acesso em: 1 fev. 2023d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **NOTA TÉCNICA n.º 3/2022-SAPS/MS**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2022e. Acesso em: 1 fev. 2023e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **NOTA TÉCNICA n.º 4/2022-SAPS/MS**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2022f. Acesso em: 1 fev. 2023f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **NOTA TÉCNICA n.º 5/2022-SAPS/MS**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2022g. Acesso em: 1 fev. 2023g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **NOTA TÉCNICA n.º 6/2022-SAPS/MS**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2022h. Acesso em: 1 fev. 2023h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **NOTA TÉCNICA n.º 7/2022-SAPS/MS**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2022i. Acesso em: 1 fev. 2023i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **NOTA TÉCNICA n.º 12/2022-SAPS/MS**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2022b. Acesso em: 1 fev. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Sistema de Informação em Saúde Para a Atenção Básica – SISAB. **NOTA TÉCNICA EXPLICATIVA – Relatório de Cadastro**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2021c. Acesso em: 20 dez. 2023c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **NOTA TÉCNICA EXPLICATIVA. Relatório de Validação**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2020. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **RESOLUÇÃO N° 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016**. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 24 nov. 2016. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008\\_24\\_11\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008_24_11_2016.html).  
Acesso em: 1 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA n.º 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 23 nov. 2019. Disponível em:  
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 8 fev. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA N° 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 10 dez. 2019. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 9 fev. 2023b. BRASIL.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA N° 102, DE 20 DE JANEIRO DE 2022**. Altera a Portaria GM/MS n.º 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 jan. 2022. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102\\_21\\_01\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102_21_01_2022.html). Acesso em: 9 fev. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento do APS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_financiamento\\_aps.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf). Acesso em: 9 fev. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA GM/MS N° 2.254, DE 3 DE SETEMBRO DE 2021**. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 3 set 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326>. Acesso em: 9 fev. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor AB – **INFORMAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2021b. Disponível em:  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 8 fev. 2023.

BRASIL. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>. Acesso em: 8 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed\\_rev.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev.pdf). Acesso em: 8 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 8 dez. 2023.

**BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016.** , 24 nov. 2016.

Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008\\_24\\_11\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008_24_11_2016.html)>.

Acesso em: 1 fev. 2023

**BRASIL. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 - DOU - Imprensa Nacional.** Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou>>. Acesso em: 8 fev. 2023.

**BRASIL. PORTARIA GM/MS Nº 102, DE 20 DE JANEIRO DE 2022.** Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102\\_21\\_01\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102_21_01_2022.html)>.

Acesso em: 7 out. 2023.

**CHAVES, A. C. C.; SCHERER, M. D. DOS A.; CONILL, E. M. O QUE CONTRIBUI PARA A RESOLUBILIDADE NA APS SAÚDE? REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA, 2010-2020.** Periódicos. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-que-contribui-para-a-resolubilidade-na-atencao-primaria-saude-revisao-integrativa-da-literatura-20102020/18645?id=18645>. Acesso em: 8 fev. 2023.

COSTA, N. DO R.; SILVA, P. R. F. DA; JATOBA, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 08–20, 28 abr. 2023.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da APS na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00104120, 26 jun. 2020.

FRANCO, M. A. E. et al. Causas da queda progressiva das taxas de vacinação da poliomielite no Brasil / Causes of the progressive fall in polyomyelitis vaccination rates in Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 18476–18486, 14 dez. 2020.

INAGAKI, A. D. DE M. et al. Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p. 535–540, dez. 2014.

GALVÃO, J. R. et al. Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 25 nov. 2019.

GAMA, J. V. P.; SILVA, M. A. M. DA. Análise das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde na região sul do estado do Rio de Janeiro durante a pandemia da COVID-19: um estudo de caso. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 13, n. 1, p. 19–25, 29 jun. 2022.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81–99, set. 2018.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 144–149, fev. 2014.

LOPES, F. R. L.; MONTEIRO, K. S.; SANTOS, S. How data provided by the Brazilian information system of primary care have been used by researchers. **Health Informatics Journal**, v. 26, n. 3, p. 1617–1630, set. 2020.

LOPES, M. DA S.; JUSTINO, D. C. P.; ANDRADE, F. B. DE. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTêmICA E DIABETES MELLITUS. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 40–56, 16 jan. 2021.

MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 21 jan. 2019.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181–1188, 17 abr. 2020.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 900–916, dez. 2014.

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00164621, 11 fev. 2022.

MIRANDA, A. S. DE. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 1214–1230, 31 mar. 2021.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. DE F. A. S. [Bonding to implement the family health program at a basic health unit]. **Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P**, v. 43, n. 2, p. 358–364, jun. 2009.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00040220, 4 set. 2020.

NAVARRO, C. et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 27 fev. 2015.

OLIVEIRA, R. L. A. DE; FERRARI, A. P.; PARADA, C. M. G. DE L. Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária: estudo de coorte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3058, 18 jul. 2019.

PATERRA, T. DA S. V. et al. Manejo de mulheres com atipias no exame citopatológico de colo uterino na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2299–2306, dez. 2008.

SANTOS, L. P. R. DOS et al. e-SUS AB na cidade do Rio de Janeiro: projeto e implantação do sistema de informação em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, p. 199–204, 10 dez. 2021.

SILVA, C. S. et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 584–590, jun. 2013.

SOARES, C. S. Programa Previne Brasil: análise da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de Minas Gerais. 24 ago. 2022.

SOUSA, M. F. DE et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 82–93, 19 jun. 2020.

SOUZA, A. C. F. DE et al. ANÁLISE COMPARATIVA DA COBERTURA VACINAL DE PENTAVALENTES ENTRE OS ESTADOS DA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL. **Revista Saber Digital**, v. 13, n. 2, p. 43–54, 28 dez. 2020.

SOUZA, K. et al. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA. **Enfermagem em Foco**, v. 13, 4 ago. 2022.

TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e4, 6 jan. 2020.

TEICHMANN, P. D. V. et al. Prontuário eletrônico do paciente: percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. ago. 2018.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00029418, 11 fev. 2019.

TOMASI, E.; NEDEL, F. B.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. **APS EM REVISTA**, v. 3, n. 2, p. 131–143, 20 set. 2021.

VALE, D. B. A. P. DO et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 383–390, fev. 2010.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1565–1577, out. 2009.