

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ -EGF/GEREB/FIOCRUZ**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA**

**LARISSA DIAS PESSOA E MATHEUS DE SOUSA CUNHA**

**ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DOS INDICADORES DO PROGRAMA PREVINE  
BRASIL, NA REGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE DO DISTRITO FEDERAL: 1º  
QUADRIMESTRE DE 2022**

**BRASÍLIA/DF**

**2023**

**LARISSA DIAS PESSOA E MATEUS DE SOUSA CUNHA**

**ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DOS INDICADORES DO PROGRAMA PREVINE  
BRASIL, NA REGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE DO DISTRITO FEDERAL: 1º  
QUADRIMESTRE DE 2022**

Trabalho de Conclusão de Residência, do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola de Governo Fiocruz Brasília, como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Odete Messa Torres

Coorientadora: Sandra Pinheiro Braz

**BRASÍLIA/DF**

**2023**

O presente trabalho foi realizado com apoio de Ministério da Saúde (MS) - Código de Financiamento 001.

P475a Pessoa, Larissa Dias.  
Análise da incorporação dos indicadores do Programa Previne Brasil, na região de saúde sudoeste do Distrito Federal: 1º quadrimestre de 2022 / Larissa Dias Pessoa, Matheus de Sousa Cunha. -- 2023.  
50 f. : il.color, mapas.

Orientadora: Odete Messa Torres.  
Coorientadora: Sandra Pinheiro Braz.  
Monografia (Residência em Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica) - Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília, Escola de Governo Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2023.  
Bibliografia: f. 31-36.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Financiamento da Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Cunha, Matheus de Sousa. II. Título.

CDD 614.0981

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443  
Biblioteca Fiocruz Brasília

**LARISSA DIAS PESSOA E MATHEUS DE SOUSA CUNHA**

**ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DOS INDICADORES DO PROGRAMA PREVINE  
BRASIL, NA REGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE DO DISTRITO FEDERAL: 1º  
QUADRIMESTRE DE 2022**

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado à Escola de Governo Fiocruz  
como requisito para obtenção do título de  
Especialista em Atenção Básica.

Aprovado em 15/03/2023.

**BANCA EXAMINADORA**

*Me. Osvaldo Peralta Bonetti*  
Membro da Banca

*Ma. Etel Matiello*  
Membro da Banca

*Esp. Sandra Pinheiro Braz*  
Coorientadora

 Documento assinado digitalmente  
ODETE MESSA TORRES  
Data: 18/04/2023 10:49:52-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

*Dra. Odete Messa Torres*  
Orientadora

## RESUMO

A atenção primária é reconhecida como porta de entrada do SUS, coordenadora e ordenadora da rede de atenção, proporcionando uma prática da atenção integral à saúde<sup>10,11</sup>. O financiamento da APS tem composição tripartite. A partir da publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, criou-se o Piso da Atenção Básica (PAB) que se constitui como componente federal de recursos financeiros destinados a APS, sendo composta pela parte fixa do PAB e o PAB variável<sup>12</sup>. O programa “Previne Brasil”, instituído por meio da Portaria 2.979 em novembro de 2019, substitui os critérios utilizados no PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS<sup>16,17</sup>. Diante do exposto, o estudo tem o objetivo de identificar as Regiões Administrativas (RAs) da Região Sudoeste do Distrito Federal (DF), Arniqueiras, Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga e Vicente Pires, em relação ao alcance das metas propostas pelos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil, no 1º quadrimestre de 2022, mapeando e caracterizando as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este estudo tem caráter descritivo e exploratório de abordagem quantitativa em que se analisou os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil do âmbito do DF no período de janeiro a abril de 2022. Como resultados, podemos observar que a Região de Saúde Sudoeste conseguiu atingir apenas um indicador: “Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV na APS”. Conclusão: Levando em consideração que o novo modelo de financiamento de custeio da APS, proposto pelo Programa Previne Brasil, é um assunto novo e ainda pouco explorado, se faz necessário à análise e o monitoramento dos resultados apresentados pelos indicadores de desempenho, possibilitando a criação de estratégias para obter melhores resultados. O financiamento tem a capacidade de induzir processos de mudanças pela alocação, restrição ou retirada de recursos. No Programa Previne Brasil, o sentido individualizante é estimulado pela revogação do PAB fixo e a adesão de capitação firmado no pagamento por desempenho e na pessoa cadastrada, centralizado em algumas características clínicas.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Financiamento da Saúde, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

Primary care is recognized as the gateway to SUS, coordinator and organizer of the care network, providing a comprehensive health care practice<sup>10,11</sup>. PHC financing has a tripartite composition. From the publication of Basic Operational Standard (NOB) 01/96, the Basic Care Floor (Piso da Atenção Básica - PAB) was created as a federal component of financial resources for PHC, composed of the fixed part of the PAB and the variable PAB<sup>12</sup>. The "Previne Brasil" program, instituted through Ordinance 2,979 in November 2019, replaces the criteria used in the fixed and variable PAB for financing the costing of PHC in SUS<sup>16,17</sup>. Given the above, the study aims to identify the Administrative Regions (ARs) of the Southwest Region of the Federal District (DF), Arniqueiras, Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga, and Vicente Pires, in relation to the achievement of the goals proposed by the performance indicators of the Previne Brazil Program, in the 1st four-month period of 2022, mapping and characterizing the Basic Health Units (BHUs). This study has a descriptive and exploratory nature of quantitative approach in which the performance indicators of the Previne Brazil Program were analyzed in the scope of the Federal District in the period from January to April 2022. As results, we can observe that the Southwest Health Region was able to achieve only one indicator: "Proportion of pregnant women with tests for syphilis and HIV in PHC". Conclusion: Taking into consideration that the new model of financing the cost of PHC, proposed by the Previne Brazil Program, is a new and still little explored subject, it is necessary to analyze and monitor the results presented by the performance indicators, enabling the creation of strategies to obtain better results. The funding has the ability to induce change processes by the allocation, restriction or withdrawal of resources. In the Previne Brazil Program, the individualizing sense is stimulated by the revocation of the fixed PAB and the capitation adherence firm in the payment by performance and in the registered person, centralized in some clinical characteristics.

**Keywords:** Primary Care, Health Financing, Unified Health System

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Cronologia da PNAB, contendo os principais marcos de 2006, 2011, 2017 e 2019. 16
- Figura 2** - Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal contendo as Regiões de Saúde e as Regiões Administrativas. 20

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, por Região Administrativa. 23
- Gráfico 2** - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, por Região Administrativa. 24
- Gráfico 3** - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde, por Região Administrativa. 25
- Gráfico 4** - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde, por Região Administrativa. 26
- Gráfico 5** - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na Atenção Primária contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada, por Região Administrativa. 27
- Gráfico 6** - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. 28
- Gráfico 7** - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. 29

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Modelos de financiamentos de custeio da Atenção Primária à Saúde. 14
- Quadro 2** - Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2022, com meta, aferição, medição e profissionais envolvidos. 16

<b>Quadro 3</b>	Percentual de atingimento das metas por indicador de desempenho na Região de Saúde Sudoeste do DF, primeiro quadrimestre de 2022.	22
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

#### **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1 -</b>	Quantitativos de Equipes de Saúde da Família da Região de Saúde Sudoeste do DF, distribuição por Regiões Administrativas.	30
<b>Tabela 2 -</b>	Estimativa de pessoas residentes nas Regiões Administrativas da Região de Saúde Sudoeste do DF, não cobertas pelas Equipes de Saúde Família.	30

## LISTA DE SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>ADAPS</b>	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPS</b>	Centros de Atenção Psicossocial
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
<b>Codeplan</b>	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>eABP</b>	Equipe de Atenção Básica Prisional
<b>eAP</b>	Equipe de Atenção Primária
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>eCR</b>	Equipe de Consultório na Rua
<b>eSB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia da Saúde da Família
<b>eSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>eSFR</b>	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
<b>HAS</b>	Hipertensão
<b>LRPD</b>	Laboratório Regional de Prótese Dentária
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PAB</b>	Piso da Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PMAQ</b>	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
<b>PMM</b>	Programa Mais Médicos
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunização
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família

<b>RA</b>	Região Administrativa
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SES-DF</b>	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
<b>SF</b>	Saúde da Família
<b>SISAB</b>	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UBSF</b>	Unidade Básica de Saúde Fluvial
<b>UOM</b>	Unidade Odontológica Móvel
<b>UPA</b>	Unidades Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Cronologia da PNAB	15
2.2 Financiamento da Aps e os Possíveis Impactos	16
2.3 Região de Saúde	19
3. METODOLOGIA	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
4.1 Indicadores Pré-Natal	22
4.2 Indicador Saúde da Mulher	25
4.3 Indicador Saúde da Criança	26
4.4 Indicadores de Condições Crônicas	28
4.5 Caracterização das eSFs da Região Sudoeste	29
5. CONSIDERAÇÕES	32
6. REFERÊNCIAS	33
7. APÊNDICE A	39

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988, teve como um de seus propósitos a redemocratização do país, procurando evitar a histórica centralização do orçamento estatal e dos poderes, proporcionando o federalismo e, com ele, a distribuição de poderes entre União, Estados, Distrito Federal (DF) e municípios<sup>1,2</sup>.

A Carta Magna de 1988 instituiu a saúde como um direito fundamental de acesso universal e igualitário, a que corresponde um dever do estado mediante um sistema único, financiado pelo Orçamento da Seguridade Social. Portanto, no Brasil, saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos<sup>2</sup>.

A partir da publicação da Constituição Federal de 1988, o Estado assume a responsabilidade em prover ações e serviços públicos de saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), firmado na universalização do acesso, integralidade e igualdade da assistência, assim como a gratuidade do atendimento<sup>2</sup>.

O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e a Lei nº 8.142/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências<sup>3,4</sup>.

No cenário de mudanças estruturais, legais e políticas do SUS, sobrepondo os modelos de atenção à saúde, o SUS instaurou a necessidade de se discutir a reorientação dos modelos assistenciais existentes. Sobretudo, constatou-se a urgência de estabelecer um modelo de atenção que agregasse, integralmente, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado direcionadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos<sup>5</sup>.

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como um recurso para o desenvolvimento de atividades relacionadas à prevenção de doenças e educação em saúde. A partir desse programa, em 1994 foi proposto o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia de reestruturação da atenção à saúde<sup>6</sup>. A atenção passou a ser centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilitou às equipes que trabalham junto a estes sujeitos, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que transcendem as práticas curativas<sup>7</sup>.

Estrategicamente, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi divulgada como uma proposta de mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como base os princípios do SUS. Desta forma, os serviços passaram a buscar táticas para fortalecer uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco aos quais a população se encontra exposta, possibilitar parcerias por meio de ações intersetoriais e incentivar o controle social<sup>7</sup>.

Em 2006, foi criada e publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que indica a Saúde da Família (SF) como modelo prioritário de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS<sup>8,9</sup>.

Na PNAB, a atenção primária é reconhecida como porta de entrada do SUS, coordenadora e ordenadora da rede de atenção, proporcionando uma prática da atenção integral à saúde considerando seus determinantes biopsicossociais, ações de promoção, prevenção de danos e agravos, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada com equipe multiprofissional e destinada à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária<sup>10,11</sup>.

O financiamento da APS tem composição tripartite. A partir da publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, criou-se o Piso da Atenção Básica (PAB) que se constitui no componente federal de recursos financeiros destinados a APS, sendo composta pela parte fixa do PAB, que era calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo MS sobre a população de cada município e do DF e o PAB variável que representava a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da APS. O somatório das partes fixa e variável do PAB integrava o Teto Financeiro do Bloco da Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão<sup>12</sup>.

Entretanto, a fragilidade no financiamento da política pública de saúde no Brasil é um problema antigo e ainda carente de solução. A insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros sempre estiveram presentes<sup>1</sup>.

A APS como estratégia para nortear a organização do sistema de saúde e responder às demandas da população exige a compreensão da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la<sup>13</sup>.

Os países que defenderam a APS como base para coordenação do sistema de saúde vêm desfrutando sucesso na qualidade dos serviços prestados à população e com gastos

reduzidos. No Brasil, a partir da criação do SUS, investe-se na APS, principalmente na ESF para o incentivo na transformação no modelo de atenção à saúde<sup>14</sup>.

Nos últimos anos todos os brasileiros estiveram voltados para a crise da pandemia do coronavírus. Para combater esse cenário, o fortalecimento do SUS, especialmente na APS deveria ter sido a prioridade do governo federal<sup>15</sup>.

O programa “Previne Brasil”, instituído por meio da Portaria nº 2.979 em novembro de 2019, substituiu os critérios utilizados no PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS<sup>16,17</sup>. No lugar do PAB, foram incorporados o número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde – ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica; o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde; e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde<sup>18</sup>.

#### **Quadro 1: Modelos de financiamentos de custeio da Atenção Primária à Saúde.**

<b>PAB Fixo</b>	<b>PAB Variável</b>	<b>Previne Brasil</b>
<p>Cálculo do PAB Fixo é determinado pelos seguintes PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.</p> <p>Os valores mínimos utilizados para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido serão de R\$ 28,00 (vinte e oito reais), R\$ 26,00 (vinte e seis reais), R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) e R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano, com base nos grupos em que os municípios são distribuídos.</p>	<p>É constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:</p> <p>I - Saúde da Família;            II - Agentes Comunitários de Saúde;            III - Saúde Bucal;            IV - Compensação de Especificidades Regionais;            V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;            VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;            VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;            VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitação ponderada: Pagamento por no de cadastrados (considerando quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe);</li> <li>• Pagamento por desempenho;</li> <li>• Incentivo para ações estratégicas.</li> </ul>

Fonte: Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017, Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 e Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, adaptado, 2023.

A nova proposta de financiamento traz riscos à ESF, pois não propicia o estabelecimento de atividades orientadas para o território e para a população, fundamentais para

a melhoria da saúde e do manejo de doenças e agravos. Acrescenta-se ainda o risco de que as equipes atuem com número de pessoas cadastradas mais elevado (para possibilitar maior repasse de recursos com menor custo de contratação de profissionais e de manutenção de serviços), no dia a dia, isso pode significar menos equipes. Por fim, cadastro não pode ser considerado sinônimo de acesso e cuidado<sup>19</sup>.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico que sustenta este estudo perpassa a atenção básica no Brasil, a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o financiamento do Sistema Único de Saúde, como foco na atenção básica e a compreensão do conceito de regiões de saúde, desenvolvido no Governo do Distrito Federal (GDF).

### **2.1 Cronologia da PNAB**

O governo federal em 2006, promulgou a primeira edição da PNAB com a finalidade de instituir diretrizes organizacionais, levando em conta os princípios apresentados pelos Pactos pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS e a ampliação nacional da ESF, reiterando este modelo como prioritário na condução da APS<sup>20</sup>.

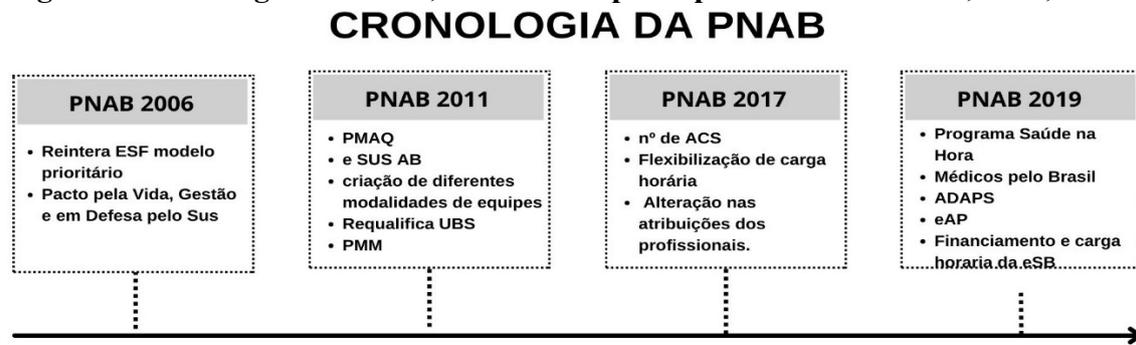
Em 2011 iniciou-se um movimento de mudança, que culminou com a publicação da segunda edição da PNAB, com as seguintes propostas: Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com reformas, ampliações, construções e informatização, no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM), dentre outros. Destaca-se a criação do e-SUS AB e a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo)<sup>21</sup>.

A terceira edição da PNAB, em setembro de 2017, reitera os princípios estabelecidos nas Políticas anteriores (2006 e 2011) e propõe modificações no arranjo das equipes, com a flexibilização da carga horária de trabalhadores da APS; a possibilidade de diminuição do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes; a não priorização da ESF do ponto de vista do incentivo financeiro, além de alterações nas atribuições específicas e comuns dos profissionais de saúde<sup>22</sup>.

A última alteração, em 2019, instituiu os seguintes programas: Programa Saúde na Hora, Programa Médicos pelo Brasil, Agência Para o Desenvolvimento da Atenção Primária à

Saúde (ADAPS), Equipe de Atenção Primária – (eAP) e dispões sobre o financiamento de Equipe de Saúde Bucal (eSB) com carga horária diferenciada <sup>20,23</sup>.

**Figura 1: Cronologia da PNAB, contendo os principais marcos de 2006, 2011, 2017 e 2019.**



Fonte: Autoral, julho de 2022.

## 2.2 Financiamento da APS e os possíveis impactos

O financiamento da APS é tripartite e responsabilidade da união, estados, municípios e DF. Trata-se de um mecanismo de transferência regular e automático dos recursos federais, com repasse fundo a fundo. Tais transferências destinam-se a custear ações e serviços de saúde, visto que cabe aos municípios a gestão e execução das ações e serviços da APS <sup>11,24</sup>.

Até o ano de 2019 o modelo de financiamento para a APS não sofreu modificações, sendo fundamentado em parâmetros de porte populacional municipal, exibindo estrutura e oferta de serviços com baixo direcionamento para a obtenção de resultados em saúde ou equidade, e sem garantia do acompanhamento real das pessoas adscritas à APS. Existiu um claro esforço para avaliar e monitorar resultados em saúde a partir do PMAQ, o programa tinha o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da APS<sup>25,26</sup>.

O Programa Previne Brasil, que concebeu uma transformação extensa no modelo de destinação orçamentária da Política de Atenção Básica do SUS, foi estabelecido a partir da publicação da Portaria nº 2.979/2019 do MS <sup>15</sup>. Três argumentos foram apresentados para justificar a nova política de financiamento: atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais; alcançar os grupos mais vulneráveis; garantir custo-efetividade na PNAB <sup>24</sup>.

O novo financiamento, extingue o PAB fixo – única transferência intergovernamental em saúde com base populacional. Ainda que o valor do PAB fixo estivesse defasado, sua manutenção representava alguma garantia de continuidade de recursos para a organização da

APS<sup>24</sup>. As novas mudanças no financiamento e os impactos orçamentários da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 (congelamento de gastos primários por um período de 20 anos, afetando diretamente o financiamento das áreas de saúde e educação) poderão resultar no colapso da APS e do SUS <sup>27,28</sup>.

Os repasses se conservaram mensais, passando-se a organizar em três elementos <sup>29</sup>:

(i) Captação Ponderada: pagamento por pessoa cadastrada em equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP). Além de considerar o cadastro das pessoas nas equipes de eSF e eAP, serão aplicados pesos para cada pessoa cadastrada, possibilitando uma maior equidade na alocação de recursos <sup>29</sup>.

(ii) Pagamento por Desempenho: Pagamento pelos resultados de indicadores alcançados pelos municípios com eSF e eAP, equipes de saúde bucal e equipes multiprofissionais: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª 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 <sup>29</sup>.

(iii) Incentivos para Ações Estratégicas: Pagamento por equipes, serviços ou programas da APS. Cada equipe, serviço ou programa tem seu regramento específico: Programa Saúde na Hora, Equipe de Saúde Bucal (eSB), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Microscopista, Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde, Programa de Apoio à Informatização da APS, Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico <sup>29</sup>.

**Quadro 2 - Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2022, com meta, aferição, medição e profissionais envolvidos.**

<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Aferição</b>	<b>Medição</b>	<b>Profissionais que registram os dados</b>
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;	45%	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Médico e enfermeiro.
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV na APS;	60%	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem.
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS;	60%	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Dentista
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, no quadrimestre avaliado;	95%	Quadrimestral	Últimos 12 meses	Médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem.
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;	50%	Quadrimestral	Últimos 06 meses	Médico e enfermeiro.
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre na APS;	50%	Quadrimestral	Últimos 06 meses	Médico e enfermeiro.
Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS nos últimos 36 meses;	40%	Quadrimestral	Últimos 36 meses	Médico e enfermeiro.

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 3/2022-DESF/SAPS/MS - Adaptada.

Este tipo de indução econômica gera a legitimação de comportamento em nível local que beneficia/incentiva alguns modelos de práticas em detrimento de outras, e, é nessa percepção que esta seletividade do novo tipo, levada pelo novo modelo de financiamento da APS concebeu uma descaracterização dos princípios do SUS na APS tais como um sucessivo método de focalização da assistência em prejuízo da difusão do acesso<sup>30</sup>.

## 2.3 Região de Saúde

A Regionalização surge como o compartilhamento solidário de responsabilidades das esferas de poder da administração pública e sanitárias com o objetivo de reduzir as históricas e crônicas desigualdades existentes no país desde seus primórdios e de garantia e promoção de equidade social<sup>31</sup>.

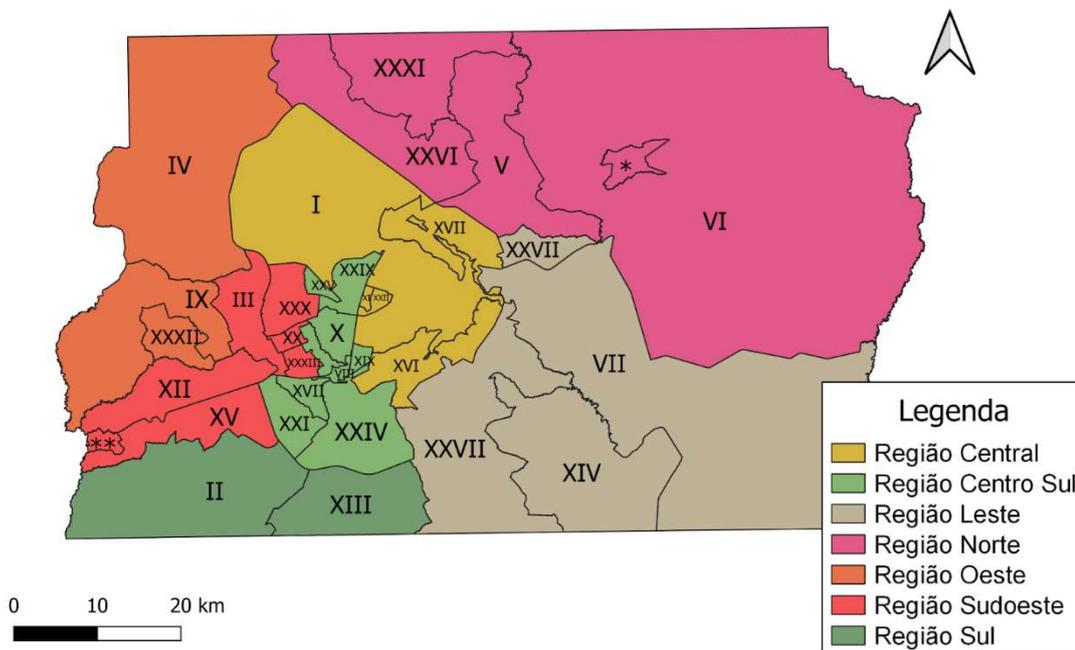
A região de saúde, tem como finalidade garantir o ingresso às ações e serviços de saúde dentro de um território determinado e disciplinado podendo ser inter-regional, de acordo com as carências de saúde. É na região que o SUS deve garantir aos cidadãos suas necessidades de saúde de acordo com as referências interfederativas e à gestão compartilhada, determinadas em acordos e consagradas no contrato<sup>32</sup>.

A APS no DF, até 2017 era prestada pelos Centros de Saúde e Postos Rurais, onde eram ofertados atendimento em ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia. Após esse período, por meio da Portaria nº 77 e da 78, de 14 de fevereiro de 2017, atualizaram a PNAB do DF e alvitaram a conversão de todas as unidades que seguiam o modelo tradicional de saúde, para o modelo de ESF<sup>35,36</sup>.

A fim de fortalecer o modelo ESF nas Regiões de Saúde, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) ofertou o curso Converte ou ConverteAPS, com a finalidade de capacitar os profissionais em eSF. Os profissionais não contemplados pela Portaria nº 77, puderam optar por se capacitarem ou exercer suas atividades em outros pontos da rede<sup>37,38</sup>.

Como forma de estruturar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do DF, o Decreto nº 39.527, de 14 de dezembro de 2018, organiza o DF em sete Regiões de Saúde, sendo elas: Central, Centro Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste<sup>39</sup>.

**Figura 2: Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal contendo as Regiões de Saúde e as Regiões Administrativas (RAs).**



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Nota: RA I Plano Piloto, RA II Gama, RA III Taguatinga, RA IV Brazlândia, RA V Sobradinho, RA VI Planaltina, RA VII Paranoá, RA VIII Núcleo Bandeirante, RA IX Ceilândia, RA X Guará, RA XI Cruzeiro, RA XII Samambaia, RA XIII Santa Maria, RA XIV São Sebastião, RA XV Recanto das Emas, RA XVI Lago Sul, RA XVII Riacho Fundo, RA XVIII Lago Norte, RA XIX Candangolândia, RA XX Aguas Claras, RA XXI Riacho Fundo 2, RA XXII Sudoeste/Octogonal, RA XXIII Varjão, RA XXIV Park Way, RA XXV Estrutural/SCIA, RA XXVI Sobradinho II, RA XXVII Jardim Botânico, RA XXVIII Itapoã, RA XXIX SIA, RA XXX Vicente Pires, RA XXXI Fercal, RA XXXII Sol Nascente/Pôr do Sol e RA XXXIII Arniqueiras.

Regiões sinalizadas com \*,\*\* ainda não são consideradas Regiões Administrativas.

A região de saúde Sudoeste do Distrito Federal, é formada por seis regiões administrativas (Águas Claras, Arniqueiras, Recanto das Emas, Taguatinga, Samambaia e Vicente Pires), com uma população estimada de aproximadamente 833.663 mil habitantes, possui 32 UBS, 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 5 Centros de Especialidades, 3 Policlínicas, 3 Unidades Pronto Atendimento (UPA), 2 Hospitais e 2 Apoio Diagnóstico/Terapia, totalizando 52 estabelecimentos de saúde<sup>40,41</sup>.

Diante do que foi exposto, o estudo tem o objetivo de identificar as RAs da Região de Saúde Sudoeste do DF, em relação ao alcance das metas propostas pelos indicadores de

desempenho do Programa Previne Brasil, no 1º quadrimestre de 2022, mapeando e caracterizando as UBS da região Sudoeste do DF.

### **3 METODOLOGIA**

Com a premissa de analisar os indicadores de desempenho da APS na região Sudoeste do DF. Este estudo tem caráter descritivo e exploratório de abordagem quantitativa em que se analisou os indicadores de desempenho de programa Previne Brasil do âmbito do DF no período de janeiro a abril de 2022<sup>42</sup>.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que integra um dos sistemas de informações da estratégia, o e-Gestor AB (Atenção Básica) uma plataforma criada para centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica e do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Como critério de seleção, foi considerado as 32 UBS localizadas na Região de Saúde Sudoeste do DF e os sete indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil: Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV na APS; Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS; Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b e Poliomielite Inativada, no quadrimestre avaliado; Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS nos últimos 36 meses.

Os indicadores de desempenho do 1º Quadrimestre de 2022 foram agrupados, posteriormente analisados por meio de estatística descritiva simples e apresentados em forma de quadros, gráficos e tabelas.

Como residentes da Atenção Básica, que desempenham papel assistencial e de gestão, tivemos contato com diversos sistemas de informações, entre eles com apoio da Gerência da UBS se destacam o e-Gestor AB, que concentra os resultados dos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil.

Diante da falta de dados disponíveis em sistemas públicos de informação das Regiões de Saúde do DF, tornou-se necessário a criação de um boletim informativo acerca dos resultados atingidos por cada RA que compõe a Região de Saúde Sudoeste do DF. Tendo o boletim como um dos produtos deste estudo (Apêndice A).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A nova política de financiamento para a APS modifica os repasses intergovernamentais, que passaram a ser calculados a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores, com o intuito de melhorar a organização da APS, proporcionando maior equidade na distribuição de recursos, com a perspectiva de gerar maior equidade do acesso a serviços e tecnologias, na eficiência e na melhoria dos resultados em saúde<sup>17,18</sup>.

**Quadro 3: Percentual de atingimento das metas por indicador de desempenho na Região de Saúde Sudoeste do DF, primeiro quadrimestre de 2022.**

Região de Saúde	Pré-Natal (6 consultas)	Pré-Natal (Sífilis e HIV)	Gestante Saúde Bucal	Cobertura citopatológico	Cobertura Pólio e Penta	Hipertensão (PA aferida)	Diabetes (Hemoglobina Glicada)
Região Sudoeste	36	63,6	27,7	8,9	78,2	15,6	4,8

Fonte: SISAB, 2023.

Nota:

Pré-natal (6 consultas): ■ <18%; ■ ≥18% e <31%; ■ ≥31% e <45%; ■ ≥45%.

Pré-natal (Sífilis e Hiv): ■ <24%; ■ ≥24% e <42%; ■ ≥42% e <60%; ■ ≥60%.

Gestante Saúde Buca: ■ <24%; ■ ≥24% e <42%; ■ ≥42% e <60%; ■ ≥60%

Cobertura Citopatológico: ■ <16%; ■ ≥16% e <28%; ■ ≥28% e <40%; ■ ≥40%

Cobertura Polio e Penta: ■ <38%; ■ ≥38% e <67%; ■ ≥67% e <95%; ■ ≥95%

Hipertensão (PA Aferida): ■ <20%; ■ ≥20% e <35%; ■ ≥35% e <50%; ■ ≥50%

Diabetes (Hemoglobina Glicada): ■ <20%; ■ ≥20% e <35%; ■ ≥35% e <50%; ■ ≥50%

Ao analisar os resultados obtidos pela Região Sudoeste, podemos verificar no Quadro 2 que apenas o indicador “Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV na APS”, com meta estabelecida de 60%, foi alcançado, apresentando 63,6%.

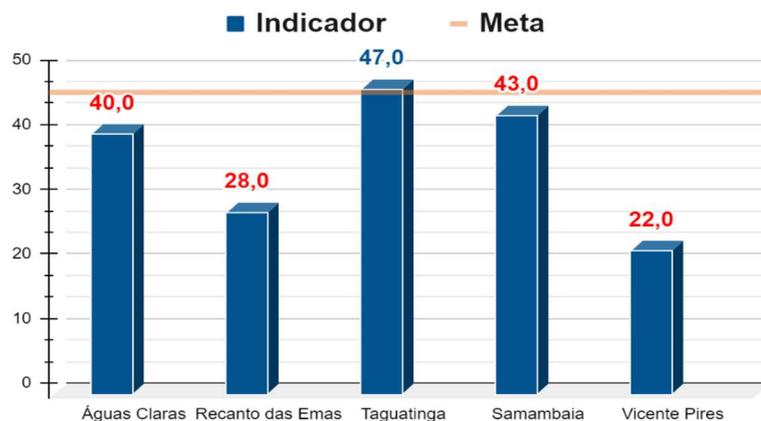
Os indicadores definidos atendem às seguintes ações estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas<sup>43</sup>.

### 4.1 Indicadores Pré-Natal

A criação de políticas de saúde com atenção à saúde das mulheres colabora para a prevenção e agravos na vida de muitas mulheres. Podemos ter hoje os cuidados durante a gestação, cuidados estes que serão voltados tanto para a saúde desta mulher como para seu bebê, com esses cuidados podemos ter a possibilidade de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil. Os cuidados pré-natais incluem a prevenção da doença, a promoção da saúde e o tratamento de problemas que possa ocorrer durante o período gestacional e após o parto<sup>44</sup>.

O MS recomenda um número mínimo de 6 consultas durante toda gravidez, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre<sup>44</sup>. Na perspectiva de acompanhamento monitoramento do cenário descrito, foi estipulado o indicador Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de Pré-Natal realizadas sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação. A meta estipulada para este indicador, conforme o Programa Previne Brasil é de 45%<sup>18</sup>.

**Gráfico 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, por Região Administrativa.**



Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 45%.

Analisando o Gráfico 1, correspondente ao indicador “proporção de gestantes com pelo menos seis consultas Pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação”, mostra que apenas a RA de Taguatinga (47,0%) atingiu a meta estabelecida, enquanto as RAs de Águas Claras (40,0%), Recanto das Emas (28,0%), Samambaia (43,0%) e Vicente Pires (22,0%) não atingiram a meta conforme estabelecido no indicador.

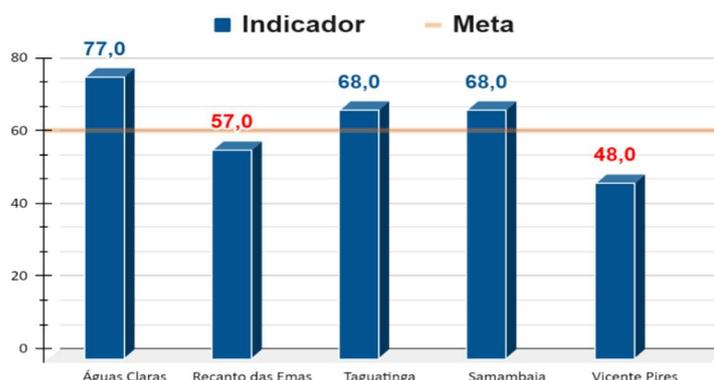
Para o MS vários fatores podem ter contribuído para o não cumprimento da meta proposta do Programa Previne Brasil na Região de Saúde Sudoeste no DF, entre eles:

dificuldade de captação das gestantes antes da 12ª semana, da mesma maneira que a continuidade do acompanhamento durante todo o período gestacional; a falta de atualização dos dados para as gestantes com a finalidade de manter o contato e o controle do número de consultas realizadas; falta de estratégias para facilitar o acesso as consultas de pré-natal<sup>45</sup>.

Todas as gestantes segundo o MS, devem realizar os testes rápidos/e ou sorologias para Sífilis e HIV na APS, devendo ser solicitados na primeira consulta e no terceiro trimestre da gestação<sup>46</sup>. A meta pactuada para este indicador é de 60%<sup>18</sup>.

Em um período de dez anos, foi observado um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes. Esse aumento pode ser justificado, em parte, pelo aumento do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. Em 2020, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,6/1.000 nascidos vivos<sup>46</sup>.

**Gráfico 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, por Região Administrativa.**



Fonte: SISAB, 2022.

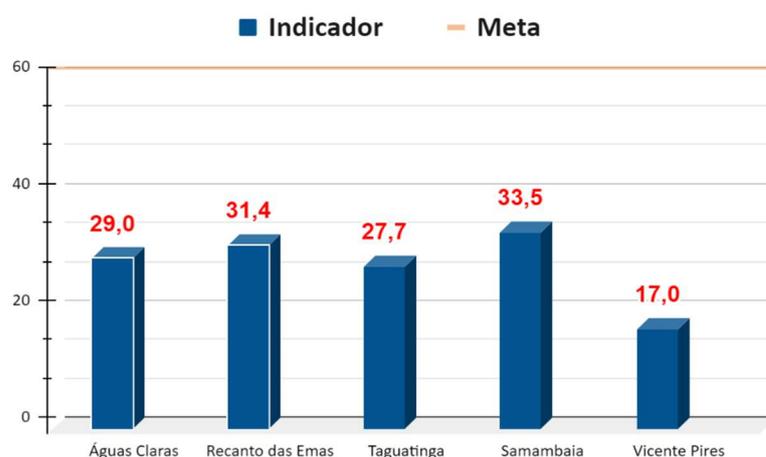
Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 60%.

Os resultados apresentados no Gráfico 2, mostram que apenas as RAs de Águas Claras (77,0%), Taguatinga (68,0%) e Samambaia (68,0%) atingiram a meta proposta para o indicador “proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV”. Já as RAs do Recanto das Emas (57,0%) e de Vicente Pires (48,0%) apresentaram resultados inferiores à meta estabelecida.

Para o alcance da meta, as equipes de saúde da APS devem solicitar os exames de Sífilis e HIV durante o pré-natal em tempo oportuno, o que possibilitará o diagnóstico e tratamento precoce, além da qualificação dos profissionais e o monitoramento contínuo das gestantes<sup>47</sup>.

É recomendado pelo MS, pelo menos um atendimento odontológico durante o pré-natal, o indicador tem como expectativa ao acesso da gestante à atenção em saúde bucal no contexto da APS enquanto rotina do pré-natal. As doenças bucais têm diferentes níveis de atividade e gravidade e, em casos mais graves, é possível ter o comprometimento sistêmica<sup>48</sup>. A meta pactuada para este indicador é de 60%<sup>18</sup>.

**Gráfico 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde, por Região Administrativa.**



Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 60%.

Ao analisar o indicador “proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado” no Gráfico 3, podemos observar que nenhuma das cinco RAs da Região Sudoeste do DF conseguiram atingir a meta de 60% estabelecida. A RA de Samambaia apresentou o melhor resultado da região (33,5%), já a RA de Vicente Pires apresentou o menor resultado (17%).

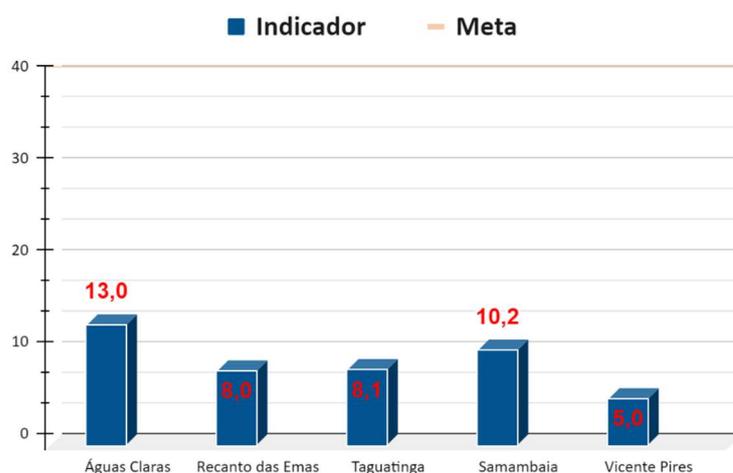
Como estratégias para melhoria dos resultados, podem ser realizados: o agendamento da consulta odontológica na primeira consulta de pré-natal com a eSF, ofertar número de vagas suficiente para atender as demandas de gestantes acompanhadas nas eSFs e construção de meios de comunicação entre as eSFs e de eSBs<sup>45</sup>.

## 4.2 Indicador Saúde da Mulher

O exame citopatológico é uma das principais estratégias de rastreamento e diagnóstico para o Câncer de Colo de Útero, o que permite o reconhecimento de lesões precursoras e/ou

malignas em estádios iniciais, proporcionando um tratamento efetivo. A APS desenvolve seu papel por meio da vacinação, rastreamento para a prevenção do câncer de colo de útero e ações de educação e promoção da saúde<sup>49</sup>. A meta atualmente pactuada para este indicador é de 40%<sup>18</sup>.

**Gráfico 4: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde, por Região Administrativa.**



Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 40%.

Com relação ao indicador “cobertura de exame citopatológico”, o Gráfico 4 mostra que nenhuma das RAs da Região Sudoeste do DF atingiram a meta proposta.

Os baixos resultados podem estar ligados a falta de busca ativa na população do território, para aquelas mulheres que procuram atendimento a falta de cadastro atualizado também pode ser um fator, além da idade para a contabilização do indicador, segundo o MS, o público-alvo são as mulheres com idade igual ou maior que 25 anos ou que tenha iniciado a vida sexual estendendo-se até os 64 anos<sup>50</sup>.

Torna se necessário a construção de estratégias com o objetivo de melhorar a cobertura de exames citopatológicos, por meio de visitas domiciliares, companhas e conscientização sobre a importância da realização do exame citopatológico<sup>45</sup>.

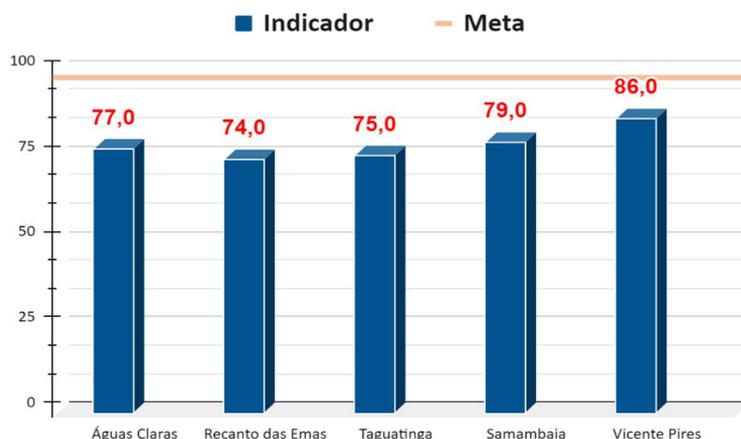
### 4.3 Indicador Saúde da Criança

Levando em consideração que as crianças são mais vulneráveis a doenças e agravos que resultem em complicações e óbitos, o esquema vacinal básico reduz a morbimortalidade

infantil. A APS tem como estratégia principal a imunização para morbidade infantil, cumprindo o calendário vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI)<sup>51</sup>.

A prática de vacinação proporciona a eliminação de agravos e doenças imunopreveníveis e é uma das intervenções em saúde mais seguras e eficientes, apresentando como elemento estratégico dos programas de saúde<sup>51</sup>. A meta atualmente pactuada para este indicador é de 95%<sup>18</sup>.

**Gráfico 5: Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na Atenção Primária contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada, por Região Administrativa.**



Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 95%.

O indicador “cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente”, avalia o acesso às ações de imunização. De acordo com a meta preconizada, nenhuma das RAs da Região Sudoeste atingiram a meta proposta. A RA de Vicente Pires obteve o melhor resultado com 86%.

Diante da realidade apresentada, estudos indicam alguns fatores que levam a baixa cobertura vacinal: o desconhecimento da população em geral sobre os imunizantes que compõem o calendário nacional de vacinação; medo que as vacinas causem reações prejudiciais a saúde; falta de comunicação entre gestores e profissionais de saúde com a população a respeito dos benefícios da vacinação e falta de informação a respeito do funcionamento das UBS <sup>53</sup>.

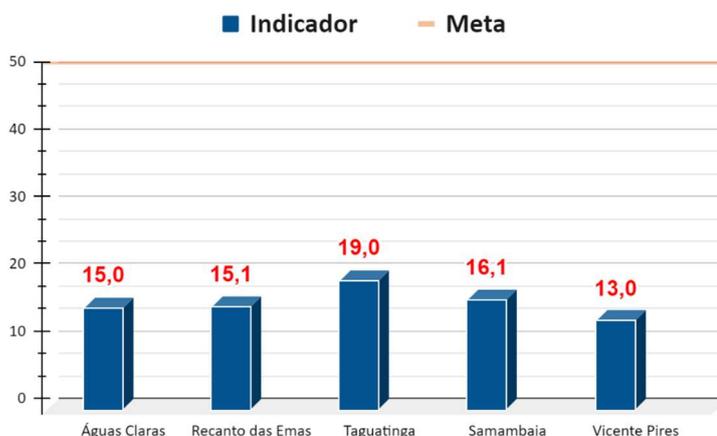
Como sugestões para a melhoria dos resultados apresentados, faz-se necessário que a APS adote medidas voltadas ao público alvo do indicador, com a captação das crianças logo após o nascimento, marcando a primeira consulta de puericultura para a primeira semana de

vida; orientações sobre a importância das vacinas desde das consultas de pré-natal e continuar ao longo das consultas de puericultura; monitorar os faltosos individualmente e realizar busca ativa; manter contato constante com as creches por meio do PSE para verificação e acompanhamento dos cartões de vacinas e ampliação dos horários e dias de funcionamento das salas de vacinas<sup>45</sup>.

#### 4.4 Indicadores de Condições Crônicas

Um dos problemas crônicos mais recorrentes na população brasileira é a hipertensão (HAS). A HAS é uma condição significativa no aumento dos riscos cardiovasculares, em especial quando essa condição não está adequadamente acompanhada e compensada. Além de aumentar a morbimortalidade, é aspecto importante de hospitalização e custos do sistema de saúde<sup>45</sup>. A meta pactuada para este indicador é de 50%<sup>18</sup>.

**Gráfico 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.**



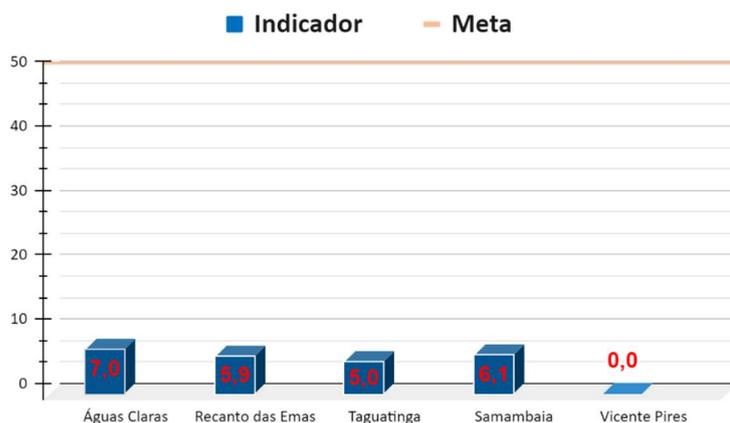
Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 50%.

O diabetes mellitus (DM) é uma alteração metabólica, considerada um sério problema de saúde pública devido sua alta prevalência na população brasileira. O DM é um dos fatores de risco cardiovascular e sua relevância vem crescendo devido às complicações agudas e crônicas. Sendo uma condição sensível à APS, o bom manejo dessa doença contribui para a diminuição das complicações e morte. A aferição da hemoglobina glicada oferece importantes

vantagens pois reflete os níveis glicêmicos de 3 meses passados<sup>45</sup>. A meta pactuada para este indicador é de 50%<sup>18</sup>.

**Gráfico 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.**



Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 50%

O Gráfico 6 e o Gráfico 7 mostram que nenhuma das RAs da Região Sudoeste atingiram as metas. De acordo com a Portaria GM/MS nº 102 de 21 de janeiro de 2022, foi proposta para 2022, a meta de 50% para o indicador de Hipertensão e 50% para o indicador de Diabetes, tais indicadores esperam mensurar se a pressão arterial (PA) e a solicitação de hemoglobina glicada estão incorporadas no processo de trabalho das equipes<sup>54</sup>.

De acordo com o MS, dentre os fatores que contribuíram para o não alcance das metas, estão: as falhas no preenchimento da ficha de cadastro individual e/ou no registro no prontuário do paciente no e-SUS pelos profissionais da eSF, estrutura física inadequada e número de profissionais insuficiente para desempenhar as atividades preconizadas pelo MS<sup>55</sup>.

Tendo por objetivo de melhorar os resultados dos indicadores de condições crônicas, algumas estratégias são necessárias: realizar e manter o acompanhamento das pessoas com HAS e DM adscritas nas eSFs, busca ativa através de ferramentas de sistemas de informação e flexibilizar as agendas, proporcionando o melhor horário para o cidadão<sup>56</sup>.

#### 4.5 Caracterização das eSFs da Região Sudoeste

De acordo com PNAB, cada eSF deve se responsabilizar por no máximo 4.000 pessoas em seu território, atendendo os parâmetros de equidade para essa definição. Recomenda-se também que o quantitativo de pessoas por equipe leve em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias do território<sup>23</sup>.

**Tabela 1. Quantitativos de Equipes de Saúde da Família da Região de Saúde Sudoeste do DF, distribuição por Regiões Administrativas.**

<b>Região Administrativa</b>	<b>Unidades Básicas de Saúde</b>	<b>Equipes</b>	<b>Incompletas</b>	<b>Completas</b>
Águas Claras	2	7	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Recanto das Emas	9	36	12 (33,3%)	24 (66,7%)
Taguatinga	7	50	7 (14%)	43 (86%)
Samambaia	13	61	10 (16,4%)	51 (83,6%)
Vicente Pires	1	8	0 (0%)	8 (100%)
Arniqueiras	0	0	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>162</b>	<b>30 (18,5%)</b>	<b>132 (81,5%)</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, adaptado 04/08/2022.

A Região Sudoeste do DF, durante o período do estudo, contemplava 162 eSF distribuídas entre as 32 UBS das seguintes RAs: Águas Claras, Recanto das Emas, Taguatinga, Samambaia, Vicente Pires e Arniqueiras. Após a análises constatou se que 30 (18,5%) das equipes estavam incompletas e 132 (81,5%) estavam completas conforme ilustrado na Tabela 1.

**Tabela 2. Estimativa de pessoas residentes nas Regiões Administrativas da Região de Saúde Sudoeste do DF, não cobertas pelas Equipes de Saúde Família.**

<b>Região Administrativa</b>	<b>População</b>	<b>eSF completas</b>	<b>Estimativa de eSF para cobertura de 100% da população</b>	<b>Estimativa de pessoas não cobertas pela eSF</b>
Águas Claras	124.015 (14,9%)	6	31	100.015 (80,6%)
Recanto das Emas	132.447 (15,9%)	24	33	36.447 (27,5%)
Taguatinga	208.177 (25%)	43	52	36.177 (17,4)
Samambaia	244.960 (29,4%)	51	61	40.960 (16,7%)
Vicente Pires	77.443 (9,3%)	8	19	45.443 (58,7%)
Arniqueiras	46.621 (5,6%)	0	12	46.621 (100%)
<b>Total</b>	<b>833.663 (100%)</b>	<b>132</b>	<b>208</b>	<b>305.663 (36,7%)</b>

Fonte: Codeplan, Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, adaptado, 2022.

Nota: Para a realização do cálculo das eSF, foi considerado apenas as equipes completas e cada eSF responsável por no máximo 4.000 pessoas, conforme a PNAB.

Levando em consideração os dados da Tabela 2, podemos observar que a Região Sudoeste do DF durante o período do estudo contava com uma população residente de 833.663 pessoas, sendo as RAs de Samambaia com 29,4% (244.960 habitantes) e Taguatinga com 25% (208.177 habitantes) contendo 54,4% da população total da região.

Sendo assim, a estimativa do total de pessoas que não estão cobertas pela eSF na Região Sudoeste é de 36,7% (305.663 habitantes), com foco especial para RA de Arniqueiras que não possui cobertura, Águas Claras com 100.015 pessoas o que corresponde a 80,6% da população da RA descoberta e Vicente Pires com 45.443 pessoas descobertas, correspondendo 58,7% da população da RA. Para que a região disponha de 100% da cobertura da eSF, seria necessário a criação de 76 novas equipes completas o que resultaria em 208 eSF.

O déficit no quantitativo de profissionais nas eSF e equipes, configura se como uma barreira no acesso ao atendimento dos usuários, resultando a busca pelo serviços em outras Regiões de Saúde, sem a criação de vínculo entre os profissionais e os usuários, conforme proposto pela PNAB. Além disso, a falta de profissionais pode gerar impactos no alcance das metas dos indicadores propostos pelo Previne Brasil<sup>57</sup>.

## 5 CONSIDERAÇÕES

Levando em consideração que o novo modelo de financiamento de custeio da APS, proposto pelo Programa Previne Brasil, é um assunto novo e ainda pouco explorado, se faz necessário a análise e o monitoramento dos resultados apresentados pelos indicadores de desempenho, possibilitando a criação de estratégias para obter melhores resultados.

O financiamento tem a capacidade de induzir processos de mudanças pela alocação, restrição ou retirada de recursos. No Programa Previne Brasil, o sentido individualizante é estimulado pela revogação do PAB fixo e a adesão de capitação firmado no pagamento por desempenho e na pessoa cadastrada, centralizado em algumas características clínicas.

Diante do que foi exposto no estudo e durante a nossa vivência profissional na APS, foi possível refletir que há uma falta de vigilância ativa na população do território, falhas no preenchimento da ficha de cadastro individual e no registro no prontuário do paciente no e-SUS pelos profissionais da eSF, estrutura inadequada, cadastros desatualizados e número de profissionais insuficiente para desempenhar as atividades preconizadas pelo MS, esses fatores geram impactos negativos nos resultados dos indicadores de desempenho, o que pode repercutir negativamente no repasse do financiamento da APS.

Uma limitação encontrada durante o estudo foi a falta de estudos/boletins/informes/documentos relacionado aos dados dos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil das Regiões de Saúde do DF, o que motivou a produção de um Boletim, como produto deste estudo (Apêndice A).

Como forma de melhoria dos resultados faz se necessário a criação de novas eSF na Região de Saúde com o objetivo de garantir a total cobertura da população residente, cursos de capacitação e educação permanente para os profissionais quanto ao registro e uso dos sistemas de informações de forma adequada, acompanhamento longitudinal da população no território adscrito e o monitoramento contínuo dos resultados. Vale ressaltar que o monitoramento dos indicadores visa apoiar a definição de prioridades e o planejamento de medidas para melhorar a qualidade APS e promover a democratização e a transparência da governança por meio da divulgação das metas e resultados alcançados.

## 6 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Financiamento do SUS na perspectiva municipal: contribuições do CONASEMS. Brasília, DF: CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2022.
2. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988 Brasília, DF: Presidência da República.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59.
4. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [citado 2006 Nov 18]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm>
5. Brehmer LC de F, Ramos FRS. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016Jan;20(Interface (Botucatu), 2016 20(56)).
6. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. Physis [Internet]. 2011;21(Physis, 2011 21(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>
7. Santos KT dos, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho M de L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011;16(Ciênc. saúde coletiva, 2011 16 suppl 1). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>
8. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde debate [Internet]. 2018Sep;42(Saúde debate, 2018 42(spe1)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União . 26 Mar 2006.

10. Mendes KMC, Carnut L, Guerra LDS. Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na Atenção Primária pelo programa Previne Brasil. *Research, Society and Development*, v. 11. 2022.
11. Coelho KTR, Ferraz CAM. Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil. O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde. *Coletânea de Pós-Graduação, Políticas Públicas*, v.5, n. 1 Brasília, 2020.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006
13. Giovanella L, Mendonça MHM de, Almeida PF de, Escorel S, Senna M de CM, Fausto MCR, et al.. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2009May;14(Ciênc. saúde coletiva, 2009 14(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>
14. Shimizu HE, Ramos MC. Evaluation of quality of the family health strategy in the Federal District. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019Mar;72(Rev. Bras. Enferm., 2019 72(2)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>
15. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2022;38(Cad. Saúde Pública, 2022 38(2)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
16. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020, v. 25, n. 4, pp. 1181-1188
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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* 2019; 11 dez.
19. Melo EA, Almeida PF et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate [online]*. 2019, v. , n. spe5, pp. 137-144

20. Gomes CBS, Gutiérrez et al. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 4.
21. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(Saúde debate, 2018 42(spe1)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
22. Silva TL e, Soares AN, Lacerda GA, Mesquita JF de O, Silveira DC. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2020Jan;44(Saúde debate, 2020 44(124)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. *Diário Oficial da União* 2019, 27 set.
24. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TW de F. Previner Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(Cad. Saúde Pública, 2020 36(9)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
25. Harzheim E, D'Avila OP, Pedebos LA, Wollmann L, Costa LGM, Cunha CRH da, et al.. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2022Feb;27(Ciênc. saúde coletiva, 2022 27(2)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>
26. Flôres GM da S, Weigelt LD, Rezende MS de, Telles R, Krug SBF. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. 2018Jan;42(Saúde debate, 2018 42(116)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811619>
27. Geremia, DS. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 30, n. 01
28. Romão ALPA. O financiamento da saúde frente ao novo regime fiscal. *R. Dir. sanit.* [Internet]. 18 de novembro de 2019 [citado 16 de fevereiro de 2023];20(1):86-106. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164206>

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo financiamento do APS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021
30. Mendes A, Carnut L. Crise do capital, Estado e neofascismo. Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política nº 57, set 2020 - dez 2020. [acesso 2022 julho 01]
31. Fernandes FMB. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017Apr;22(Ciênc. saúde coletiva, 2017 22(4)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26412016>
32. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017Apr;22(Ciênc. saúde coletiva, 2017 22(4)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>
33. Distrito Federal, Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan. Índice de vulnerabilidade social do Distrito Federal. 2020.
34. Distrito Federal, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Desenvolvimento pela Diretoria de Gestão de Informações Estratégicas - DGIE/SUPLAN/SES-DF. 2022
35. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº77, de 14 de janeiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.
36. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº78, de 14 de janeiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família
37. Marques LP, et al. Curso para Mudança do Modelo da Atenção Primária em Região de Saúde do Distrito Federal. Com. Ciências Saúde. 2018;29 Suppl 1:5153.
38. Costa JPDC, et al. Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.5, n.1, p.3189-3201jan./fev. 2022.
39. Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Decreto no 39.527, de 14 de dezembro de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.

40. Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan. Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030. Brasília, 2022.
41. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Info Saúde-DF. <https://info.saude.df.gov.br/pagina-inicial/saude-do-cidadao/>
42. Martins GA, Theóphilo CR. Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2009.
43. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 11/2022-SAPS/MS. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília/DF, 2022.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Parto. Atualizado em 07/11/2022 17h47
45. Brasil. Ministério da Saúde, Previne Brasil. Documento Orientador: Como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho [internet]. Brasília; [s.d.].
46. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 2/2022-SAPS/MS. Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. Brasília/DF, 2022.
47. Brasil. Ministério da Saúde, Subsecretaria de vigilância à saúde, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Perfil epidemiológico da sífilis no Distrito Federal, 2016 a 2020 [internet]. Brasília; 2021.
48. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 3/2022-SAPS/MS. Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde. Brasília/DF, 2022.
49. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 4/2022-SAPS/MS. Indicador 4: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde. Brasília/DF, 2022.
50. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

51. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 4/2022-SAPS/MS. Indicador 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. Brasília/DF, 2022.
52. Zorzetto R. As razões da queda na vacinação. Pesquisa FAPESP Edição 270, agosto de 2018.
53. Moraes JN, Quintilio MSV. Fatores que levam à baixa cobertura vacinal de crianças e o papel da enfermagem – Revisão literária. Revista interfaces V. 9, nº2, 21/02/2021.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.
55. Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010; 19(4): 736-44.
56. Brasil. Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação Estadual da Atenção Básica. BOLETIM INFORMATIVO - No 08/Outubro de 2020. Porto Alegre; 2020.
57. Costa JPDC, et al. Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.5, n.1, p.3189-3201 jan./fev. 2022.

## 7 APÊNDICE A



### **BOLETIM INFORMATIVO**

Nº 01/ janeiro de 2023

**Programa Previne Brasil: Monitoramento dos indicadores de desempenho da APS na Região Sudoeste do Distrito Federal, 1º Quadrimestre de 2022**



**1ª edição, Brasília, 2023.**

**Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado do Distrito  
Federal**

**É permitida a reprodução parcial  
desta publicação, desde que citada a  
fonte.**

**Boletim Informativo da Atenção  
Básica DF  
Número 01 - janeiro de 2023**

**Secretaria de Estado de Saúde**  
Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

**Superintendência da Região de Saúde  
Sudoeste**  
José Williams Cavalcante de Oliveira

**Diretoria Regional de Atenção  
Primária à Saúde**  
Júlio César Pereira Leite

**Núcleo de Vigilância Epidemiológica e  
Imunização**  
Fernanda Zamariolli de Araújo Santos

**Gerência de Planejamento  
Monitoramento e Avaliação**  
Juliana Félix Silveira

**Elaboração**

Larissa Dias Pessoa  
Matheus de Sousa Cunha  
Odete Messa Torres  
Sandra Pinheiro Braz

**Revisor**

Juliana Félix Silveira  
Larissa Dias Pessoa  
Matheus de Sousa Cunha  
Odete Messa Torres  
Sandra Pinheiro Braz

**Sumário**

Apresentação	4
Contexto	5
Resultados	8
Referências	14

### **Apresentação**

Este Boletim, intitulado "Programa Previne Brasil: Monitoramento dos indicadores de desempenho da APS na Região Sudoeste do Distrito Federal, 1º Quadrimestre de 2022", versa sobre a apresentação dos resultados obtidos a partir dos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil, no âmbito da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal (DF), entre os meses de janeiro à abril de 2022, na qual consiste um dos componentes do financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). A Região Sudoeste do DF é composta pelas Regiões Administrativas (RAs) de Águas Claras, Arniqueiras, Recanto das Emas, Samambaia e Taguatinga.

De acordo com a Portaria GM/MG nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil como novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde – APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS<sup>1</sup>. E a Portaria GM/MS nº 102 de 21 de janeiro de 2022 alterou a Portaria GM/MS nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019, que define os Indicadores de Pagamento por Desempenho, apresentando novos parâmetros, metas, pesos e indicador sintético final<sup>2</sup>.

### Contexto

Levando em consideração a Portaria GM/MS no 2.979 de 12 de novembro de 2019 e a Portaria GM/MS No 102 de 21 de janeiro de 2022<sup>1</sup>.

Os indicadores são calculados a partir dos dados registrados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), sendo monitorados a cada quadrimestre. O valor do incentivo financeiro a pagar por desempenho é definido pelo Indicador Sintético Final, e não pelos indicadores individualizados, e aplica-se às transferências de quatro meses resultantes da medição, conforme caracterizado no [Manual Instrutivo do Previne Brasil](#)<sup>2</sup>.

Cada indicador possui um parâmetro que representa o desempenho ideal a ser alcançado. As metas, por sua vez, representam os referenciais pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e são consideradas o ponto de partida para medir a qualidade da APS para o ano de 2022<sup>4</sup>.

Os numeradores dos sete indicadores são constituídos, em sua maior parte, pelo número de pessoas acompanhadas e advêm da produção das equipes da cidade. Para cada indicador são considerados critérios de atendimento quanto ao estado de saúde, desempenho e/ou vacinação avaliados até a data do quadrimestre analisado para não prejudicar municípios com capacidade reduzida ou condições desfavoráveis<sup>5</sup>.

**Quadro 1: Indicadores de desempenho e metas propostas pelo Programa Previne Brasil, 2022.**

Indicador	Meta (%)
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação	45
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde	60
Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde	40
Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na AP contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite Inativada	95
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	50
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	50

Fonte: Portaria GM/MS nº 102 de 21 de janeiro de 2022.

A monitorização dos indicadores visa: reconhecer os resultados alcançados e a eficácia ou necessidade de melhoria das estratégias de intervenção; apoiar a definição de prioridades e o planeamento de medidas para melhorar a qualidade da atenção primária; e promover a democratização e a transparência da governança por meio da divulgação das metas e resultados alcançados<sup>3,5</sup>.

A estrutura da Secretaria de Saúde do DF está organizada de acordo com o Decreto nº 39.527, de 14 de dezembro de 2018. O DF é dividido em Regiões de Saúde, cada um dos quais conta com um órgão regulador responsável pela gestão da política de saúde, tendo como coordenadora a atenção primária à saúde<sup>6</sup>.

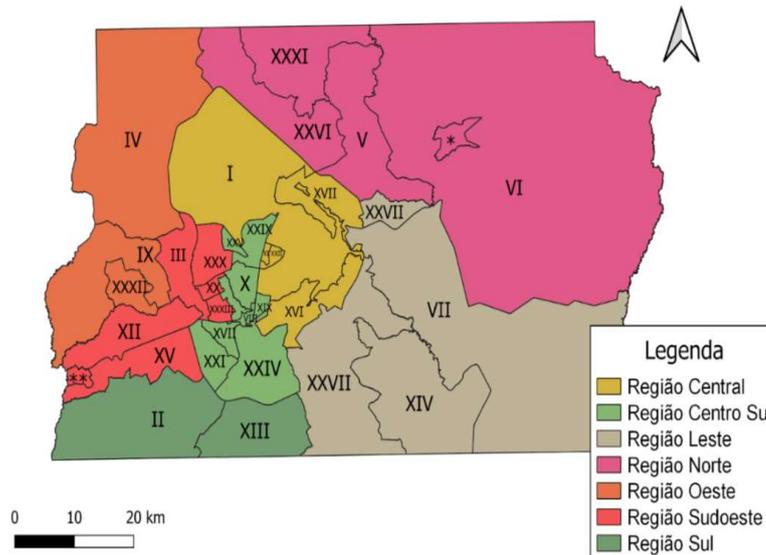
Atualmente o DF possui sete Regiões de Saúde, conforme esquema abaixo:

**Quadro 2: População residente no Distrito Federal em 2020, segundo Regiões de Saúde.**

Região de Saúde	População	%
Central	395.624	13
Centro Sul	360.314	11,8
Norte	357.582	11,7
Sul	276.294	9,1
Leste	321.218	10,5
Oeste	507.851	16,6
Sudoeste	833.663	27,3
Total	3.052.546	100

Fonte: Codeplan, Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030, 2022, Adaptado.

**Figura 1: Mapa das Regiões de Saúde do DF contendo as Regiões Administrativas (RA).**



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Nota: RA I Plano Piloto, RA II Gama, RA III Taguatinga, RA IV Brazlândia, RA V Sobradinho, RA VI Planaltina, RA VII Paranoá, RA VIII Núcleo Bandeirante, RA IX Ceilândia, RA X Guará, RA XI Cruzeiro, RA XII Samambaia, RA XIII Santa Maria, RA XIV São Sebastião, RA XV Recanto das Emas, RA XVI Lago Sul, RA XVII Riacho Fundo, RA XVIII Lago Norte, RA XIX Candangolândia, RA XX Águas Claras, RA XXI Riacho Fundo 2, RA XXII Sudoeste/Octogonal, RA XXIII Varjão, RA XXIV Park Way, RA XXV Estrutural/SCIA, RA XXVI Sobradinho II, RA XXVII Jardim Botânico, RA XXVIII Itapoá, RA XXIX SIA, RA XXX Vicente Pires, RA XXXI Fercal, RA XXXII Sol Nascente/Pôr do Sol e RA XXXIII Arniueiras.

Regiões sinalizadas com \*,\*\* ainda não são consideradas Regiões Administrativas.

De acordo com dados da Codeplan, verificou-se que a Região de Saúde mais populosa do DF é a Região Sudoeste, habitada por 27,3% (833.663 habitantes) da população do Distrito Federal, sendo a RA de Samambaia com 29,9% (244.960 habitantes) e a de Taguatinga com 25% (208.177 habitantes) da população distrital da Região Sudoeste<sup>7</sup>. Além disso, a Região de Saúde Sudoeste possui o maior número de nascimentos nos últimos 5 anos, 63.095 (28,33%)<sup>8</sup>.

A região de saúde Sudoeste do Distrito Federal, é formada por seis RAs (Águas Claras, Arniueiras, Recanto das Emas, Taguatinga, Samambaia e Vicente Pires), possui 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 5 Centros de Especialidades, 3 Policlínicas, 3 Unidades Pronto Atendimento (UPA), 2 Hospitais e 2 Apoio Diagnóstico/Terapia, totalizando 52 estabelecimentos de saúde<sup>6,9</sup>.

**Quadro 3: População residente na Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal em 2020, segundo Regiões Administrativas.**

Região Administrativa (RA)	População	%
RA3 - Taguatinga	208.177	25
RA12 - Samambaia	244.960	29,4
RA15 - Recanto das Emas	132.447	15,9
RA 20 - Águas Claras	124.015	14,9
RA 30 - Vicente Pires	77.443	9,3
RA 33 - Arnieiras	46.621	5,6
Total	833.663	100

Fonte: Codeplan, Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030, 2022, Adaptado.

## Resultados

**Quadro 4: Comparação do percentual de atingimento das metas por indicador de desempenho no Distrito Federal e na Região de Saúde Sudoeste, primeiro quadrimestre de 2022.**

	Pré-Natal 6 consultas (%)	Pré-Natal Sífilis e HIV (%)	Gestante Saúde Bucal (%)	Cobertura citopatológico (%)	Cobertura Polio e Penta (%)	Hipertensão PA aferida (%)	Diabetes Hemoglobina glicada (%)
DF	47	73	33	11	77	19	10
Região Sudoeste	36	63,6	27,7	8,9	78,2	15,6	4,8

Fonte: SISAB, 2023.

Nota:

Pré-natal (6 consultas): <18%; ≥18% e <31%; ≥31% e <45%; ≥45%.

Pré-natal (Sífilis e HIV): <24%; ≥24% e <42%; ≥42% e <60%; ≥60%.

Gestante Saúde Buca: <24%; ≥24% e <42%; ≥42% e <60%; ≥60%.

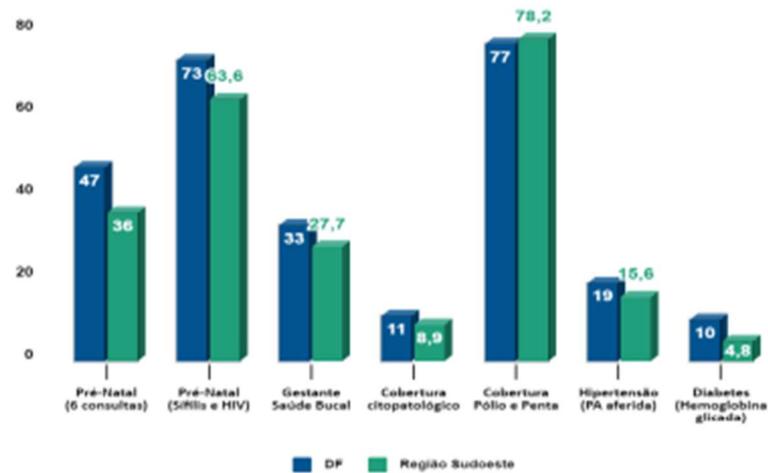
Cobertura Citopatológico: <16%; ≥16% e <28%; ≥28% e <40%; ≥40%.

Cobertura Polio e Penta: <38%; ≥38% e <67%; ≥67% e <95%; ≥95%.

Hipertensão (PA Aferida): <20%; ≥20% e <35%; ≥35% e <50%; ≥50%.

Diabetes (Hemoglobina Glicada): <20%; ≥20% e <35%; ≥35% e <50%; ≥50%.

Gráfico 1: Comparação do percentual de atingimento das metas por indicador de desempenho no Distrito Federal e na Região de Saúde Sudoeste, primeiro quadrimestre de 2022.

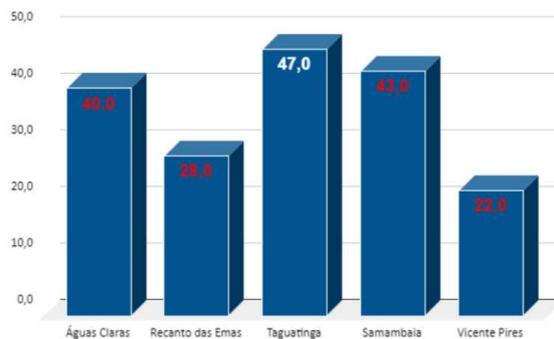


Fonte: SISAB, 2023.

Levando em consideração o Quadro 4 e o Gráfico 1, podemos observar que o DF atingiu as metas dos indicadores de Pré-natal (6 consultas) e Pré-natal (Sífilis e Hiv), a Região de Saúde Sudoeste por sua vez, atingiu apenas a meta proposta pelo indicadores Pré-natal (Sífilis e Hiv), a região ainda demonstrou bons resultados em Pré-natal (6 consultas) e Cobertura de Pólio e Penta.

Os indicadores Gestante Saúde Bucal, Cobertura citopatológico, Hipertensão (PA aferida) e Diabetes (Hemoglobina glicada) a Região de Saúde Sudoeste não obtiveram resultados de acordo com a meta estabelecida, o que necessita de estratégias para a melhoria dos resultados.

Gráfico 2: Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, por Região Administrativa.

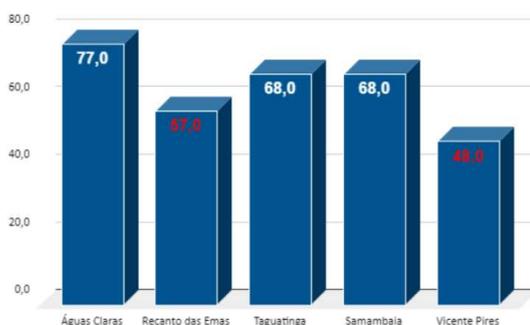


Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 45%.

O Gráfico 2, correspondente ao indicador “proporção de gestantes com pelo menos seis consultas Pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação”, mostra que apenas a RA de Taguatinga atingiu a meta estabelecida, obtendo o resultado de 47%, enquanto as RAs de Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia e Vicente Pires não atingiram a meta de 45%, conforme estabelecido no indicador.

**Gráfico 3: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, por Região Administrativa.**

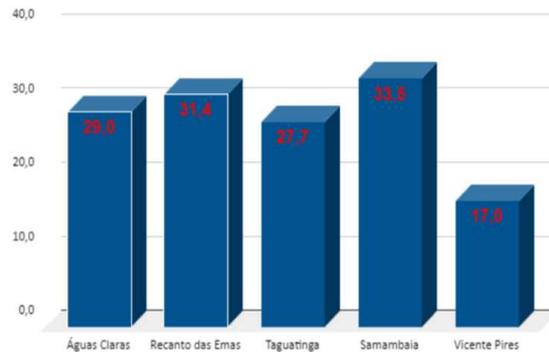


Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 60%.

Os resultados apresentados no Gráfico 3, mostram que apenas as RAs de Águas Claras, Taguatinga e Samambaia atingiram a meta de 60% proposta para o indicador “proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV”. Já a RA do Recanto das Emas (57%) e de Vicente Pires (48%) apresentaram resultados inferiores à meta estabelecida.

**Gráfico 4: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde, por Região Administrativa.**

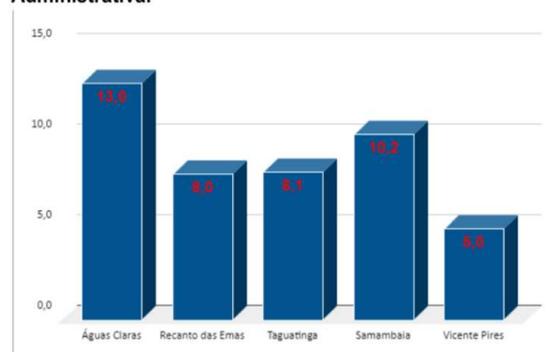


Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 60%.

Ao analisar o indicador “proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”, podemos observar que nenhuma das cinco RAs da Região Sudoeste do DF conseguiram atingir a meta de 60% estabelecida. A RA de Samambaia apresentou o melhor resultado da região (33,5%), já a RA de Vicente Pires apresentou o menor resultado (17%).

**Gráfico 5: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde, por Região Administrativa.**



Fonte: SISAB, 2022.

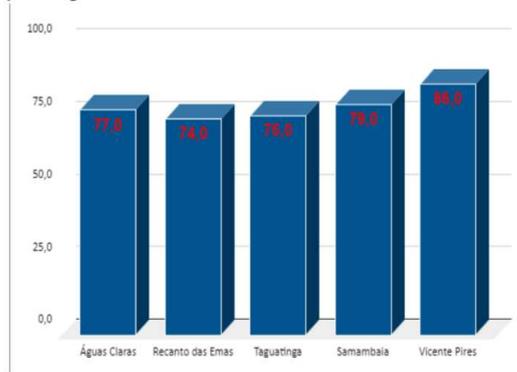
Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 40%.

Com relação ao indicador “cobertura de exame citopatológico”, o Gráfico 5 mostra que nenhuma das RAs da Região Sudoeste do DF atingiram a meta de 40% proposta, sendo necessário a construção de estratégias com o objetivo de melhorar a cobertura de exames citopatológicos na Região de Saúde.

**Gráfico 6: Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na Atenção Primária contra Difteria, Tétano,**



Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada, por Região Administrativa.

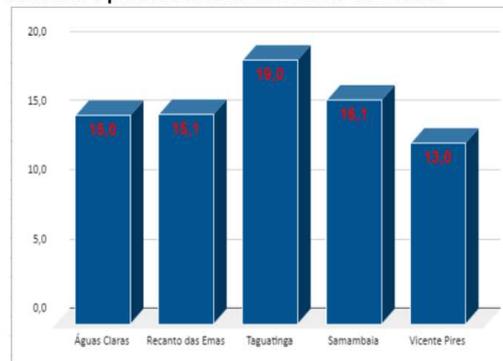


Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 95%.

O indicador “cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente”, avalia o acesso às ações de imunização. De acordo com a meta preconizada (95%), nenhuma das RAs da Região Sudoeste atingiram a meta proposta. A RA de Vicente Pires obteve 86%.

Gráfico 7: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

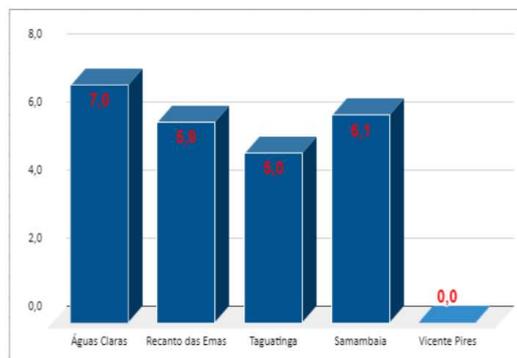


Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 50%.

Gráfico 8: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.





Fonte: SISAB, 2022.

Nota: % em vermelho, não atingiram a meta estabelecida de 50%.

Levando em consideração as atribuições da Atenção Primária à Saúde, como: vínculo, longitudinalidade e responsabilização sanitária, sendo o nível de atenção mais adequado para garantir a prevenção, promoção e cuidados às condições crônicas, o Ministério da Saúde (MS)<sup>10</sup> elencou dois indicadores relacionados a essa população: “percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre” e “percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada”.

O Gráfico 7 e o Gráfico 8 mostram que nenhuma das RAs da Região Sudoeste atingiram as metas. De acordo com a Portaria GM/MS nº 102 de 21 de janeiro de 2022, foi proposto para 2022, a meta de 50% para o indicador de Hipertensão e 50% para o indicador de Diabetes, tais indicadores esperam mensurar se a pressão arterial (PA) e a solicitação de hemoglobina glicada estão incorporadas no processo de trabalho das equipes<sup>11</sup>.

Levando em consideração os resultados dos indicadores de desempenho obtidos nas RAs da região Sudoeste do DF no 1º Quadrimestre de 2021, sabe-se que o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes é realizado em número muito maior na APS do que os apresentados nos gráficos, torna-se importante identificar as fragilidades durante o processo de trabalho. ([Guia para Qualificação dos Indicadores da APS.](#))<sup>4</sup>

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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 2019; 11 dez.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
4. Brasil. Ministério da Saúde. e-SUS APS - Guia para Qualificação dos Indicadores da Aps, 2ª Edição - versão eletrônica, Brasília 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Previne Brasil: saiba como calcular os indicadores de pagamento por desempenho em 2022.
6. Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Decreto nº 39.527, de 14 de dezembro de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.
7. Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan. Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030. Brasília, abril de 2022.
8. Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan. Plano Distrital de saúde 2020-2023. Brasília, setembro de 2019.
9. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Região Sudoeste. Brasília, 09 janeiro de 2023.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.