

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSUS EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Thiago Von-Grapp Monteiro

CONTRIBUIÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO INTEGRADA
DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO SOB A ÓPTICA DA
COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Brasília-DF,
2021

Thiago Von-Grapp Monteiro

CONTRIBUIÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO INTEGRADA
DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO SOB A ÓPTICA DA
COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola de Governo Fiocruz como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Gestão de Políticas Públicas
para Saúde.

Orientador: Dr. Allan Nuno Alves de Sousa
Coorientador: Dr. Armando Martinho Bardou
Raggio

Brasília-DF,
2021

M775c Monteiro, Thiago Von-Grapp

Contribuições para a organização da saúde na região integrada de desenvolvimento do Distrito Federal e entorno sob a óptica da coordenação do cuidado / Thiago Von-Grapp Monteiro. – Brasília : Fiocruz, 2021.
128 p. il.

Orientador: Allan Nuno Alves de Sousa

Coorientador: Dr. Armando Martinho Bardou Raggio

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2021.

1. Serviços de saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Redes Comunitárias. 4. Regionalização. I. Sousa, Allan Nuno Alves de. II. Título.

Catálogo na fonte: Aline Santos Jacob/CRB1-2639

Thiago Von-Grapp Monteiro

Contribuições para a Organização da Saúde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno sob a Óptica da Coordenação do Cuidado

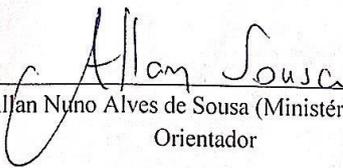
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Governo Fiocruz como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde.

Aprovado em 26/02/21.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Bruno Leonardo Alves de Andrade (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)

Ma. Simione de Fátima Cesar da Silva (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal)


Dr. Allan Nuno Alves de Sousa (Ministério da Saúde)
Orientador

Dr. Armando Martinho Bardou Raggio (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)
Coorientador

*Dedico este Trabalho a toda população da Região
Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal
e Entorno.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha Mãe, ao meu Pai e à minha Irmã, pelo apoio não só durante todo o período da residência, mas também durante o momento em que decidi percorrer esse caminho profissional.

Agradeço ao meu Orientador Allan Nuno Alves de Sousa, pela paciência, pelo companheirismo e pela maestria em me guiar durante a construção deste trabalho.

Agradeço ao meu Coorientador Armando Martinho Bardou Raggio, não só pela pelas contribuições neste trabalho, mas também pelos conselhos e pelo companheirismo tanto na minha condição de Gestor em treinamento, quanto na minha condição de Cidadão.

Agradeço à minha companheira Jéssica Fernandes, pela compreensão e por estar sempre ao meu lado, seja nos momentos bons, seja nos momentos ruins.

Agradeço ao Coordenador do Programa de Residência João Paulo Almeida Brito da Silva, pelo aprendizado dado durante o programa de residência.

Agradeço aos meus Preceptores Christiane Braga, Fernando Erick, Janaína Paschoal, José Eudes, Karla Queiroz, Luciana Maciel, Maria Katallini, Marilza Oliveira, Paloma Aparecida, Paulyane, Simone e Vilber, por todo o aprendizado.

Agradeço a todos os profissionais de saúde e gestores da SES/DF, especialmente, aos da UBS nº 01 de São Sebastião, da SUPLANS, da UBS nº 03 do Paranoá Parque, da GPMA da Região de Saúde Leste e da COAPS.

Agradeço aos meus amigos Igor Henrique, Elizabete Cristina, Erik Brito, John Peter, Victor Fellipe (*in memoriam*) e Thiago Vinícius por todo o apoio durante esse percurso.

Agradeço à Escola Fiocruz de Governo, por ter me proporcionado a experiência única de ser um residente de gestão.

“Quem elegeu a busca, não pode recusar a travessia.” (Guimarães Rosa)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a organização da rede de atenção à saúde e a integração do cuidado dos usuários que residem nos municípios e distrito os quais compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF). Trata-se de um estudo ecológico transversal no qual foram utilizados dados secundários. Dentre os achados estão: regiões de saúde restritas aos limites interestaduais; correlação entre Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, cobertura estimada de equipes de saúde da família (eSF) e número de leitos hospitalares por habitante; maioria dos entes com coberturas estimadas de eSF superiores a 70,0%; existência de poucos estabelecimentos de pronto atendimento de urgência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na região; concentração de médicos no DF; correlação entre a distância e o número de leitos com o indicador proporção de internações que ocorrem no DF; baixo número de eSF que ofertam todos os procedimentos que deveriam ser realizados, com dificuldades como infraestrutura inadequada; prontuário eletrônico pouco utilizado como meio de comunicação institucional com a atenção especializada; a Unidade Básica de Saúde (UBS) não costuma ser procurada pelos usuários em casos de urgência e relatos de que ela não atende urgência. Dentre outros pontos, sugere-se que seja feita uma integração assistencial em etapas, com fortalecimento de instância regional.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Regionalização. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the organization of the health care network and the integration of care for users who live in the municipalities and districts that make up the Integrated Development Region of the Federal District and Surroundings (RIDE/DF). This is a cross-sectional ecological study in which secondary data were used. Among the findings are: health regions restricted to interstate limits; correlation between Gross Domestic Product (GDP) per capita, estimated coverage of family health teams (eSF) and number of hospital beds per inhabitant; most of the entities with estimated eSF coverage above 70.0%; existence of few emergency care establishments within the scope of the Unified Health System (SUS) in the region; concentration of doctors in the DF; correlation between distance and number of beds with the indicator proportion of hospitalizations that occur in the DF; low number of eSF that offer all the procedures that should be performed, with difficulties such as inadequate infrastructure; electronic medical record little used as a means of institutional communication with specialized attention; the Primary Care Health Centers (UBS) is not usually sought by users in cases of urgency and reports that it does not attend urgency. Among other points, it is suggested that assistance be integrated in stages, with the strengthening of the regional corporation.

Key word: Health Services Needs and Demand. Regional Health Planning. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Itens selecionados no TabNet para extração das informações relacionadas ao quantitativo de médicos por especialidade que atendem no SUS nos municípios e distrito os quais compõem à RIDE/DF, outubro de 2020.....	43
Quadro 2. Itens selecionados no TabNet para extração das informações relacionadas ao quantitativo de profissionais não médicos de nível superior que atendem no SUS, por ocupação e por município e distrito os quais compõem à RIDE/DF, outubro de 2020.....	44
Quadro 3. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de CAPS, outubro de 2020.....	46
Quadro 4. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de estabelecimentos de saúde que prestam SADT, outubro de 2020.....	46
Quadro 5. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de pronto atendimento de urgência, referente à competência de outubro de 2020.....	46
Quadro 6. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de leitos hospitalares SUS disponíveis nos municípios e no distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020.....	47
Quadro 7. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas aos tipos de leitos hospitalares SUS disponíveis na RIDE/DF, outubro de 2020.....	48
Quadro 8. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas aos estabelecimentos com leitos SUS no DF, outubro de 2020.....	49

Quadro 9. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de internações hospitalares de moradores da RIDE/DF por município de ocorrência, janeiro de 2012 a outubro de 2020.....	49
Quadro 10. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de internações dos moradores da RIDE/DF no DF por Capítulo CID-10, janeiro de 2012 a outubro de 2020.....	50
Quadro 11. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de internações dos moradores de Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama, Padre Bernardo, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás por capítulo CID-10, janeiro de 2012 a outubro de 2020.....	50
Quadro 12. Perguntas selecionadas do banco de dados do 3º Ciclo do PMAQ relacionadas ao Módulo II.....	51
Quadro 13. Perguntas selecionadas do banco de dados do 3º Ciclo do PMAQ relacionadas ao Módulo III.....	52
Quadro 14. Resultado dos testes estatísticos para a correlação PIB <i>per capita</i> e aplicação da receita própria em saúde, 2013 a 2018.....	63
Quadro 15. Resultado dos testes estatísticos para a correlação PIB <i>per capita</i> e cobertura estimada de equipes de saúde da família, 2012 a 2018.....	65
Quadro 16. Resultado dos testes estatísticos para a correlação aplicação da receita própria em saúde e cobertura estimada de equipes de saúde da família, 2013 a 2019.....	65
Quadro 17. Resultado dos testes estatísticos para a correlação PIB <i>per capita</i> e quantitativo de leitos hospitalares SUS por habitante, 2012 a 2018.....	72
Quadro 18. Resultado dos testes estatísticos para a correlação aplicação da receita própria em saúde e quantitativo de leitos hospitalares SUS por habitante, 2013 a 2019.....	73

Quadro 19. Resultado dos testes estatísticos para a correlação cobertura estimada de equipes de saúde da família e quantitativo de leitos hospitalares SUS por habitante, janeiro 2012 a outubro 2020.....	73
Quadro 20. Resultado dos testes estatísticos para a correlação distância dos municípios que compõem a RIDE/DF em relação ao Plano Piloto, no DF, e a proporção entre o total internações desses municípios que ocorreram no DF e o total de internações que ocorreram no DF, no GO e em MG, janeiro 2012 a outubro 2020.....	77
Quadro 21. Resultado dos testes estatísticos para a correlação número de internações hospitalares SUS no DF dos municípios de Goiás e Minas Gerais os quais compõem a RIDE/DF e os seus respectivos números de leitos hospitalares SUS por habitante, janeiro 2012 a outubro 2020.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Proporção de internações hospitalares SUS por capítulo CID-10 municípios de Águas Lindas de Goiás (GO), Cidade Ocidental (GO), Luziânia (GO), Novo Gama (GO), Padre Bernardo (GO), Santo Antônio do Descoberto (GO) e Valparaíso de Goiás (GO) no DF, 2012 a 2020*.....	78
Gráfico 2. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.3.2 - Os profissionais que realizam o apoio matricial são:".....	83
Gráfico 3. Distribuição das repostas positivas das equipes de saúde da família em relação à Pergunta "II.10.2 - Em quais turnos é realizado o acolhimento?".....	84
Gráfico 4. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à Pergunta "II.10.3 - Quais dias da semana acontece?".....	85
Gráfico 5. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.10.4 - Qual(is) é(são) o(s) principal(is) fluxo(s) para o acolhimento à demanda espontânea?".....	86
Gráfico 6. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.10.5 - No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza:".....	86
Gráfico 7. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.11.2 - Quais exames são coletados/realizados na unidade?".....	87
Gráfico 8. Distribuição das equipes de saúde da família que realizam drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicação injetáveis intramusculares e endovenosas e inserção de DIU.".....	88
Gráfico 9. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família no que tange à oferta dos exames de pré-natal nos municípios e ao acesso satisfatório aos exames.....	90

Gráfico 10. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família no que tange à oferta dos exames a serem ofertados da rede de serviços de saúde nos municípios e ao acesso satisfatório ao exame.....	92
Gráfico 11. Distribuição das respostas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.3 - Qual é o fluxo institucional de comunicação?"	92
Gráfico 12. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.6 - Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos:".....	93
Gráfico 13. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.8 - Quais centrais de marcação disponíveis?"	94
Gráfico 14. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.5.1 - Na maioria das vezes, qual o primeiro serviço o(a) senhor(a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde?".....	95
Gráfico 15. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.5.2 - Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde?"	95
Gráfico 16. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.7.1 – Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?".....	96
Gráfico 17. Distribuição das respostas dos usuários os quais não procuraram a UBS na última vez que tiveram algum problema de urgência em relação à pergunta "III.7.2 - Por que motivo o(a) senhor(a) não procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?"	96
Gráfico 18. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.7.3 - Qual serviço o senhor(a) procurou da última vez que teve algum problema de urgência?"	97
Gráfico 19. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.8.4 - Onde o(a) senhor(a) costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar?"	98

Gráfico 20. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.8.5 - Na maioria das vezes, onde o(a) senhor(a) costuma realizar exames de sangue, urina e fezes?"	98
Gráfico 21. Distribuição das respostas dos usuários em relação à Pergunta "III.9.3 - Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado para outro serviço, os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde continuaram acompanhando o(a) senhor(a)?"	99
Gráfico 22. Distribuição das respostas das usuárias acerca da realização do pré-natal e de quantas consultas foram feitas.....	100
Gráfico 23. Distribuição das respostas das usuárias em relação à pergunta "III.13.4 - Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?"	100
Gráfico 24. Distribuição das respostas das usuárias em relação à pergunta “III.13.7 – Durante o pré-natal, a senhora fez:”	101
Gráfico 25. Distribuição das respostas das usuárias em relação à pergunta "III.13.10 - Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada?"	102
Gráfico 26. Distribuição das respostas das usuárias acerca da realização da consulta de puerpério e em quantos dias ela foi feita depois do parto.....	102
Gráfico 27. Distribuição das respostas das usuárias em relação à pergunta "III.14.3 - A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?"	103
Gráfico 28. Distribuição das respostas das usuárias em relação à pergunta "III.14.4 - Com qual profissional a senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?"	103

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Organização federativa dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, conforme a LC nº 163/2018.....	38
Mapa 2. Distribuição dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF em Regiões e Macrorregiões de Saúde, 2020.....	61
Mapa 3. Cobertura estimada de equipes de saúde da família nos municípios e no distrito o quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020.....	66
Mapa 4. Distribuição dos leitos hospitalares SUS dos municípios e no distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População estimada dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, em 2020, e as suas respectivas distâncias em relação à Região Administrativa do Plano Piloto, no Distrito Federal.....	57
Tabela 2. Características demográficas das Regiões Administrativas do Distrito Federal, em 2020, e as suas respectivas distâncias relação à Região Administrativa do Plano Piloto, no Distrito Federal.....	58
Tabela 3. Produto Interno Bruto <i>per capita</i> por município e distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2012 a 2018.....	60
Tabela 4. Percentual de aplicação da receita própria em saúde dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2013 a 2019*.....	62
Tabela 5. Cobertura estimada das equipes de saúde da família dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2012 a 2020.....	64
Tabela 6. Quantitativo de profissionais médicos que atendem SUS por habitante, especialidade e município e distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020.....	67
Tabela 7. Quantitativo de profissionais não médicos de nível superior que atendem SUS por ocupação e por município e distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020.....	69
Tabela 8. Quantitativo de estabelecimentos que prestam serviços especializados no SUS por tipo e por município e distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020.....	70
Tabela 9. Número de leitos hospitalares SUS por habitante dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2012 a 2020.....	71
Tabela 10. Distribuição por tipo de leito hospitalar SUS nos municípios e no distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020.....	74

Tabela 11. Número de internação hospitalares SUS por habitante, no DF, e proporção entre o total de internações no DF pelo total de internação no DF, em Goiás e em Minas Gerais dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2012 a 2020.....	75
Tabela 12. Distribuição das equipes de saúde da família e dos usuários que participaram do 3º Ciclo do PMAQ por município e distrito os quais compõem a RIDE/DF.....	78
Tabela 13. Distribuição das equipes de saúde da família e dos usuários que participaram do 3º Ciclo do PMAQ por região administrativa do DF.....	80
Tabela 14. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação às perguntas II.3.1, II.10.1, II.10.10, II.11.1, II.12.3 e II.12.7 do PMAQ, n = 422.....	81
Tabela 15. Distribuição das respostas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.36.2 - Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF nas seguintes situações".....	83
Tabela 16. Distribuição das equipes de saúde da família que atendem aos finais de semana...	85
Tabela 17. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação às perguntas sobre os motivos que dificultam a oferta dos procedimentos drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, extração de unha e inserção de DIU, n = 411.....	88
Tabela 18. Distribuição das equipes de saúde da família que afirmaram solicitar, durante a consulta de pré-natal, ABO RH; coombs indireto; dosagem de hemoglobina e hematócrito; glicemia de jejum; teste de tolerância à glicose; sorologias para HIV, sífilis, hepatite B e toxoplasmose; exame de ultrassonografia obstétrica; sumário de urina e urocultura.....	89
Tabela 19. Distribuição das respostas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.2 - Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?".....	91
Tabela 20. Distribuição das respostas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.9 - Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?".....	94

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
AMB	Área Metropolitana de Brasília
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Código de Endereçamento Postal
CF/88	Constituição Federal de 1988
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde versão 10
CIR	Comissão Intergestora Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COARIDE/DF	Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DE	Demanda Espontânea
DF	Distrito Federal
eAB	Equipe de Atenção Básica
EC	Emenda Constitucional
e-GESTOR AB	Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GDF	Governo do Distrito Federal
GM	Gabinete do Ministro
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LC	Lei Complementar
MG	Minas Gerais

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RAQ	Relatório de Atividade Quadrimestral
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIDE/DF	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RM	Região Metropolitana
RS	Região de Saúde
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
2. OBJETIVOS	25
2.1. OBJETIVO GERAL.....	25
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1. A ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	26
3.2. A REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	28
3.3. A COORDENAÇÃO DO CUIDADO POR MEIO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	31
3.4. O DESENVOLVIMENTO URBANO NO BRASIL.....	33
3.5. A REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO.....	36
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	39
4.1. DESENHO DE PESQUISA	39
4.2. DADOS E INDICADORES.....	39
4.3. COLETA DE DADOS	41
4.4. CÁLCULO DOS INDICADORES	53
4.4.1. Cobertura estimada de saúde da família.....	53
4.4.2. Número de profissionais médicos que atende SUS por habitante.....	54
4.4.3. Número de leitos hospitalares SUS por habitante	54
4.4.4. Número de internações hospitalares SUS por habitante no DF	54
4.4.5. Proporção de internações no DF.....	55

4.4.6. Proporção de internações hospitalares SUS por capítulo CID-10.....	55
4.5. ANÁLISE DE DADOS	56
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	56
5. RESULTADOS	57
6. DISCUSSÃO	104
7. CONCLUSÃO.....	115
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120

1. INTRODUÇÃO

As Regiões Integradas de Desenvolvimento são modelos de cooperação interfederativas criados para formalizar legalmente fenômenos metropolitanos que envolvem mais de um estado (60). Instituída por meio da por meio da LC nº 94/1994, a RIDE/DF teve a sua composição atualizada, abrangendo, além do DF, 33 municípios dos estados de Goiás e Minas Gerais (62, 65).

Dentro desta região, existem diversos fluxos que variam conforme o município que interage com o DF. O conjunto de 12 municípios em que esses fluxos são mais intensos é denominado de Área Metropolitana de Brasília (AMB) e, entre esses, há sete municípios que sofreram influência direta do crescimento do DF, os quais fazem parte do denominado Entorno Metropolitano (60, 62, 66). Apesar disso, há poucos estudos que envolvem o campo da saúde no contexto da RIDE/DF.

Durante o período de dois anos da residência, foi possível vivenciar espaços da gestão com temáticas diferentes, dentre elas: atenção primária à saúde, planejamento em saúde e avaliação e monitoramento de indicadores. Assim, experimentar esses aspectos contribuiu para o desejo de querer entender a dinâmica assistencial a qual ocorre na RIDE/DF, uma vez que é notória a relação que se dá em outras dimensões, por exemplo, a econômica, entre o Distrito Federal e os municípios do Goiás e de Minas Gerais que compõem a referida região.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi analisar a organização da rede de atenção à saúde e a integração do cuidado dos usuários que residem na RIDE/DF. Portanto, buscou-se construir um diagnóstico sobre a oferta de serviços dos três níveis de atenção na RIDE/DF, bem como comparar a distribuição desses serviços e analisar os fluxos assistenciais dos usuários nos serviços de atenção básica oferecidos.

Este trabalho está estruturado em quatro eixos principais: 1) Referencial Teórico, o qual abrange o arcabouço teórico que subsidiou o pensamento do estudo; 2) Aspectos Metodológicos, o qual contém a descrição detalhada das questões relacionadas ao desenho da pesquisa, aos dados e aos indicadores utilizados, à coleta, à análise de dados e aos aspectos éticos do estudo; 3) Resultados, cuja composição está composta pelos achados da pesquisa; e 4) Discussão, no qual se confronta os achados da pesquisa com outros estudos, bem como se realiza algumas reflexões.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar a organização da Rede de Atenção à Saúde e a integração do cuidado dos usuários que residem nos municípios que compõem a RIDE/DF.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir diagnóstico sobre a oferta de serviços de atenção básica e serviços especializados nos municípios que compõem a RIDE/DF, identificando sua localização e distribuição espacial;
- Comparar a distribuição dos serviços dos três níveis de atenção assistencial oferecidos aos usuários residentes da RIDE/DF;
- Analisar os fluxos assistenciais dos usuários nos serviços de atenção básica oferecidos pelos municípios da RIDE/DF.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. A ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dois importantes acontecimentos históricos exerceram marcada influência nos esforços pela construção da Atenção Básica (AB) no Brasil. O primeiro diz respeito ao Relatório Dawson, em 1920, pelo qual o governo britânico não só propôs de modo inédito a inserção de um primeiro nível assistencial para o cuidado, como também trouxe a questão das redes regionalizadas (1, 2). O segundo, já na década de 70, está relacionado à Conferência de Alma-Ata, a qual contribuiu para o amadurecimento das discussões sobre a AB no mundo (1).

Durante o século XX, o Brasil vivenciou diversos acontecimentos, dentre eles, a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Com suas raízes ainda no período da ditadura militar, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira contribuiu para a construção do texto que criou o SUS por meio da CF/88 (3). Assim, o sistema público de saúde, que antes atendia apenas a parcela da população a qual continha vínculo empregatício, passou a ser operacionalizado na lógica de um sistema universal de saúde (4).

Contudo, embora o SUS tenha sido criado no fim da década de 80, até a segunda metade da década de 90 não existia uma política nacional direcionada para a AB no Brasil (5). Nesse sentido, uma das ações do Ministério da Saúde (MS) que merece destaque é a criação do Programa Saúde da Família (PSF), visto que visava um novo rumo para o modelo assistencial do País, embora representasse a expressão de uma política de saúde restrita às pessoas de baixa renda (6, 7).

Em um primeiro momento, os repasses financeiros relacionados ao PSF eram baseados na produção (8, 6). Todavia, com a publicação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB-SUS/96), houve uma mudança desse raciocínio. Dessarte, também buscando

reduzir as desigualdades das transferências de recursos federais, a NOB-SUS/96 reformulou o *modus operandi* dos repasses financeiros por meio da introdução do Piso de Atenção Básica (PAB) cuja composição continha dois componentes: a) financiamento *per capita*; e b) incentivos financeiros aos programas considerados estratégicos para o MS (1, 6, 8, 9).

Subsequente à NOB-SUS/96, o novo modelo de Atenção Básica que estava sendo construído tornou-se uma estratégia para a organização da saúde no País, sendo realizadas ações para o seu fortalecimento, dentre elas: a implantação da saúde bucal no PSF em 2001 e o início do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família em 2003 (1, 10). Além disso, por intermédio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, a qual aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidando esse modelo nacionalmente (4, 10).

Posterior a publicação da PNAB em 2006, no ano de 2011, ocorreu uma revisão dessa política (10, 4). À vista disso, mediante a publicação da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, como uma das alterações, há a inserção do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual havia sido instituído anteriormente por intermédio da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, como um dos componentes da composição do financiamento da política de AB (11).

De acordo com a literatura, o referido programa representou um importante avanço na direção de melhoria e qualificação da AB no País (12). Assim, além de remodelar o financiamento vigente até então, ele buscou qualificar o tipo de Atenção Básica que estava sendo construída (11). Para isso, o PMAQ-AB se organizou em quatro fases: a primeira, envolvia as pactuações entre as equipes que atuam no âmbito da AB, os gestores locais e o MS; a segunda, tratava das ações que equipes, a gestão local e o MS fariam para melhorar o acesso e a qualidade da AB; a terceira, tratava da averiguação do desempenho das equipes e a

consequente certificação delas; e a quarta, estava relacionada à realização de uma outra pactuação, abordando novos indicadores e compromissos (13).

Para mais, outro relevante acontecimento para a AB no Brasil ocorreu em 2017, ano em que uma segunda revisão da PNAB foi publicada (4, 10). Desse modo, por intermédio da publicação da Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, algumas mudanças foram instituídas, dentre elas, a recomendação de inserção do Gerente de Unidade Básica de Saúde e o financiamento das Equipes de Atenção Básica (eAB), as quais, diferentemente das Equipes de Saúde da Família (eSF), não tinham a obrigatoriedade da presença do Agente Comunitário de Saúde (10).

Por fim, em 2019, instituiu-se um novo modelo de financiamento da AB no Brasil, o qual está vigente. Nesse sentido, por meio da Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o PAB Fixo e o PAB Variável deram lugar a uma forma de transferência de recursos caracterizada por três eixos: 1) Captação Ponderada, a qual é influenciada pelo quantitativo de pessoas cadastradas pelas eSF; 2) Incentivo a Ações e Programas Estratégicos, que visa estimular questões consideradas estratégicas pelo MS; e 3) Pagamento por Desempenho, o qual reflete um índice sintético de indicadores propostos (14).

3.2. A REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para além da criação do SUS, a promulgação da CF/88 instituiu o atual modelo de federalismo do país (15). Se por um lado esse federalismo se expressa de modo centralizador no que tange às políticas econômicas, por outro lado é constitucionalmente descentralizador no que diz respeito à política de saúde (16). Assim, o contexto do “Federalismo Sanitário Brasileiro” deve ser considerado para a construção de estratégias de gestão que garantam a universalidade, a equidade e a integralidade (15, 17, 18).

Diante disso, a regionalização insere-se como um caminho possível não só para reduzir as desigualdades locais, mas também para consumação da saúde enquanto direito (15, 16). Para mais, é importante destacar que se entende a descentralização e a regionalização como processos distintos. Assim, enquanto o primeiro fenômeno relaciona-se com a maior autonomia dos entes subnacionais, o segundo evento diz respeito a um processo político que abrange em seu escopo as relações entre os atores sociais, os instrumentos de planejamento e o financiamento da rede de ações e serviços de saúde no território (19, 20).

Em um primeiro momento, a descentralização prevaleceu em relação à regionalização (21). Nesse sentido, ainda que em um contexto político e econômico desfavorável ao SUS, na década de 90, a publicação das NOBs impulsionou essa tendência ao elevar o grau de autonomia dos municípios, bem como o quantitativo de recursos financeiros transferidos (15, 22, 23). Contudo, essas ações foram insuficientes para o fortalecimento da integralidade do cuidado, tendo em vista que não resultou no aumento da cooperação assistencial entre os entes (24).

Assim, visando solucionar as questões que envolvem os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, inicia-se uma segunda etapa no começo da década de 2000, e que continua até hoje, com fortes discussões acerca das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da regionalização (21, 25). Por essa perspectiva, ainda que insuficiente para garantir um trabalho coordenado entre os estados e os municípios, a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), representou um importante esforço nesse direcionamento (15, 20, 26).

Entretanto, perante às críticas do *modus operandi* do MS acerca dos processos construídos até então, iniciaram-se discussões para aprimorá-lo (19). Dessarte, a publicação das normativas referentes ao Pacto pela Saúde representaram não só um movimento nesse sentido, como também um fortalecimento da regionalização (17, 19, 26). Além disso, o referido Pacto

cria os Colegiados de Gestão Regional (CGR), aprimora o Plano Diretor de Regionalização e acrescenta uma perspectiva do processo de regionalização fora da assistência à saúde (20).

A Portaria GM/MS nº 4.279/10 foi outra normativa relevante para a temática. Ela trata das RAS e representou uma tentativa do MS de trabalhar a organização do SUS por meio de redes regionalizadas (26). Posto isso, compreende-se a RAS como um mecanismo de autorregulação do cuidado, cuja operacionalização se dá nas Regiões de Saúde (RS) por intermédio da interação dos pontos assistenciais de diferentes densidades tecnológicas, a fim de garantir o direito à saúde da população (2, 21, 27, 28).

Portanto, tais redes assistenciais não podem ser entendidas como o resultado do conjunto das redes temáticas prioritárias instituídas subsequentemente à Portaria GM/MS nº 4.279/2010 (21, 29). Ainda, a RAS é importante para o avanço na ampliação do acesso e na redução da desigualdade (2). Entretanto, há alguns entraves para a sua consolidação, dentre eles, a própria conformação de uma região de saúde, a qual pode encontrar dificuldades de criação ligada, por exemplo, ao fato de ter que extrapolar os limites territoriais de um ente (20, 28).

Adicionalmente, o Decreto nº 7.508/2011 também possui importância no que tange à regionalização. Para tanto, o referido decreto empenhou-se em reduzir as relações de interdependência entre os entes federados criando, então, o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como o instrumento jurídico responsável por conter as pactuações realizadas no âmbito das RS (16, 24, 26). Contudo, em que pese a relevância do COAP para o processo de regionalização, ele ainda é pouco utilizado nas RS (26).

Ademais, os CGR, que foram criados no Pacto pela Saúde, deram lugar às Comissões Intergestores Regionais (CIR), as quais são relevantes espaços de tomada de decisão no âmbito da gestão regional e com potencialidade para garantia do direito à saúde (16, 28). Por fim, outro ponto relevante do Decreto nº 7.508/2011 é a composição mínima das ações e

dos serviços de saúde necessária para se configurar uma RS, a qual se constitui com atenção básica, atenção especializada e hospitalar, atenção psicossocial, vigilância em saúde e urgência e emergência (24, 30).

Embora exista uma intrínseca relação entre RS e RAS, o processo de regionalização não foi capaz de amadurecer o fortalecimento dela (18, 23). Ainda há dificuldade de acesso da população à atenção especializada ambulatorial e hospitalar, bem como as distâncias entre os municípios com e sem estrutura, além da dinâmica territorial imposta pela globalização e da disponibilidade de recursos físicos, financeiros e humanos estão entre os desafios a serem enfrentados (18, 24).

Desse modo, é preciso pensar em soluções para a consolidação da regionalização e das redes assistenciais de saúde. Certamente, o fortalecimento da atenção básica é um dos caminhos possíveis, dada a sua relevância na coordenação do cuidado (31). Contudo, é necessário discutir também o papel dos demais níveis assistenciais na rede, especialmente do hospital, visto que uma atenção básica resolutive requer uma retaguarda que dialogue com ela (21).

3.3. A COORDENAÇÃO DO CUIDADO POR MEIO DA ATENÇÃO BÁSICA

Inicialmente, para entender a função que deve ser exercida pela Atenção Básica na RAS, é fundamental o aprofundamento no que tange ao tipo de Atenção Básica que está se referindo. Embora haja discussões acerca das diferenças entre as terminologias “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” (32, 33), elas não se configuram como objeto a ser tratado. Posto isso, compreende-se a Atenção Básica como um meio de garantia da saúde enquanto direito, cuja essência está no cuidado centrado no indivíduo, ordenando esse cuidado nas RAS e servindo como acesso preferencial do SUS para a população (1, 34, 35, 36).

A construção da compreensão exposta anteriormente possui raízes em um debate mais amplo: o da cobertura universal de saúde *versus* sistema universal de saúde. Nesse sentido, corrobora-se com a ideia de que há diferença entre as duas modalidades de saúde, estando dentre as características da primeira, a cidadania residual, a atenção básica seletiva e a fragmentação dos serviços; e dentre as características da segunda, a cidadania plena, a atenção básica integral e a organização dos serviços em rede, territorializados e orientados pela atenção básica (37).

Na experiência brasileira, ao sacramentar a saúde enquanto direito e, por conseguinte, como uma questão de cidadania, a CF/88 instituiu no país um sistema universal de saúde (4, 31). Assim, é inerente ao melhor desempenho desse sistema a orientação dele por intermédio de uma AB integral (37). No Brasil, o Saúde da Família, o qual se iniciou como um programa na década de 90 e tornou-se uma estratégia posteriormente, foi escolhido como modelo preferencial de organização da AB no SUS, bem como responsável por exercer função coordenadora do cuidado nas RAS (1).

Embora não fosse algo inédito, a função de coordenação do cuidado é tratada como uma diretriz pela PNAB desde a sua primeira versão, sendo reforçada por outras normativas ministeriais subsequentes (27, 30, 38). Diante disso, tal atribuição pode ser compreendida como a atuação dinâmica da AB, a qual possibilita o acesso adequado e oportuno do usuário, assim como o acompanhamento dele ao mesmo ou aos demais níveis assistenciais da rede por intermédio de fluxos de informações adequados, referência e contrarreferência (39, 40).

Para a operacionalização da referida diretriz, é essencial a integração entre os diferentes níveis de atenção, assim como também a consolidação da RAS no território (25). As discussões sobre a integração da AB aos outros níveis assistenciais não é algo recente (41). Contudo, ressalta-se que não só a AB, mas também a atenção ambulatorial especializada e, principalmente, a atenção hospitalar devem entender as respectivas funções a serem exercidas

na rede assistencial, uma vez que o cuidado centrado nas necessidades do usuário requer a atuação conjunta e coordenada de todos os pontos de atenção à saúde (21, 42).

Ademais, outro fator inerente à função de coordenação do cuidado é a consolidação da AB como porta preferencial para o acesso ao SUS (1). Porém, para que isso possa ser alcançado, as UBS precisam ser reconhecidas como locus de resolução da maior parte das demandas dos usuários, inclusive, das emergências, sendo a competição do cuidado com outros estabelecimentos uma ação que favorece a fragilização da percepção de uma AB resolutiva (21, 43).

Por fim, o cumprimento dos atributos da AB está vinculado a sua inserção em uma rede assistencial (1). Portanto, somente a expansão da AB não é suficiente para a garantia de um cuidado integral (21). Assim, considerando a relação de interdependência entre a efetivação da coordenação do cuidado e a consolidação da RAS, as poucas discussões sobre a AB nas CIR, ainda que em municípios com boa cobertura de Saúde da Família, parecem se configurar como um desafio a ser superado, visto que são espaços relevantes para a definição, por exemplo, de fluxos assistenciais (28, 44).

Não há dúvidas que de que a AB é o local mais adequado para coordenar o cuidado na rede assistencial (31). Contudo, esse atributo ainda precisa ser consolidado (39). O fortalecimento da regionalização e das equipes multiprofissionais, assim como também a participação da população e dos profissionais de saúde e a existência de uma retaguarda adequada são algumas das medidas que beneficiam a coordenação do cuidado pela AB (40). Sendo assim, o estabelecimento de uma atenção básica que corresponda a um espaço de saúde enquanto direito é uma das ações necessárias para consolidar as redes de atenção à saúde (28).

3.4. O DESENVOLVIMENTO URBANO NO BRASIL

O meio técnico-científico-informacional, termo o qual se refere a globalização, impõe desafios às políticas regionais que alcançam também o campo da saúde (18, 45). Considerando esse contexto, uma reflexão sobre o espaço urbano e organização da saúde nesse espaço se faz necessária. Assim, compreende-se o espaço urbano como sendo a organização espacial da cidade, caracterizando-se, dentre outros pontos, por ser fragmentado, por ser articulado e por refletir a sociedade (46).

Para mais, o referido espaço, sendo consequência de atos que ocorreram em um determinado período, configura-se como algo além de um produto social, mas também como uma condição e como um meio da ação humana (47, 48). Desse modo, o surgimento da cidade decorre nesse local e, portanto, trata-se de um resultado histórico-social (48, 49). Diante do exposto, infere-se que há uma relação simbiótica entre a sociedade e a formação das cidades.

No País, por questões relacionadas ao processo histórico, a ocupação do território brasileiro ocorreu no sentido litoral-interior (49). Brevemente, ressalta-se que esse processo de desenvolvimento urbano não se deu de forma homogênea em toda a extensão territorial do Brasil. Para exemplificar, por consequência da mineração e da criação de gado, o movimento de interiorização que ocorreu no final do século XVI foi mais enfático, respectivamente, na Região Sudeste do País e na Bahia (50).

Além disso, o desenvolvimento do referido processo foi influenciado por alguns fatores, dentre eles, a localização do poder político administrativo (51). Nesse sentido, se por um lado a plantação de cana-de-açúcar foi fundamental para a questão da ocupação litorânea no território brasileiro, haja vista sua importância para a exportação, por outro lado a busca por metais preciosos, especialmente o ouro, assim como também por terras para o gado, foram importantes para a ocupação do interior (52). Porém, salienta-se que a vida urbana se concentrava, especialmente, nas regiões litorânea e sublitorânea (51).

Avançando alguns anos, relevantes processos ocorreram para o desenvolvimento urbano no País. Entre 1901 e 1940, transcorre um período de transição cuja característica é o início da integração nacional e da hegemonia de São Paulo, a qual se torna uma grande metrópole nacional devido, entre outros pontos, à industrialização (51). Ainda, salienta-se que a crise ocorrida em 1929, assim como também a capacidade ociosa das indústrias, está entre os fatores que contribuíram para a aceleração da substituição de produtos manufaturados pela indústria interna (53).

Dentre as consequências da expansão industrial do referido período, além da integração nacional, especialmente por meio de rodovias, estão não só a concentração econômica, mas também a concentração espacial e o surgimento de cidades no interior do País (51). O crescimento populacional e o processo de urbanização fizeram com que as cidades médias e grandes se destacassem no desenvolvimento urbano, o qual é caracterizado, por exemplo, pela desigualdade da distribuição da população e dos níveis sociais (49).

Para mais, no Brasil, algumas normativas tentaram, de certo modo, refletir as mudanças que estavam em curso durante o referido período. Nesse sentido, ainda que previstas desde a Constituição Federal de 1937, as Regiões Metropolitanas (RMs) foram regulamentadas somente no ano de 1973 (54). Por sua vez, as RMs são um dos modelos de cooperação interfederativas do País, cuja instituição se dá pelos estados, com o objetivo de regular as funções públicas de interesse comum (54, 55, 56).

Diante do exposto, observa-se que o processo de urbanização do País possui influência da metropolização e da migração de pessoas, estando as cidades médias, cujas características excedem a questão populacional, integradas como suporte logístico às redes urbanas das metrópoles nacionais e regionais (49). Em tempo, no que tange às metrópoles, pode-se compreender que sua essência está na polarização e na centralização, em diferentes níveis, do poder econômico, social e cultural (57).

Finalizando, atualmente, há 15 Metrôpoles no Brasil, sendo que o arranjo populacional de Brasília-DF está entre uma delas e é classificada como Metrôpole Nacional, chegando a influenciar cerca de 277 cidades no Brasil (58). Ademais, destaca-se uma mudança acerca do aspecto jurídico que abrange a temática: a publicação da Lei Federal nº 13.089, de 12 de janeiro de 2015 (54). Por meio dela, instituiu-se o “Estatuto da Metrôpole”, cuja relevância fundamenta-se na ausência de ordenamento jurídico, até então, de pontos relacionados às RMs e às aglomerações urbanas, dentre eles, os instrumentos de desenvolvimento urbano (59).

3.5. A REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO

Antes de tentar compreender a organização no âmbito do SUS da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno, é necessário, inicialmente, discorrer um pouco sobre o processo histórico que culminou na formação dela, além de entender algumas questões relacionadas à metropolização as quais envolvem esse território. Assim, ressalta-se que os referidos pontos não estão desconectados da conjuntura nacional, uma vez que o processo econômico, bem como a formação social, os quais contribuíram para a dinâmica socioespacial da RIDE/DF, foram as mesmas nas demais metrôpoles nacionais (60).

Como já explanado, no século XX, o Brasil viveu um período de industrialização, o qual contribuiu para o processo de urbanização do País (49, 51). Nesse mesmo período, especificamente durante o governo de Juscelino Kubitschek, o qual caracterizou-se economicamente pelo nacional-desenvolvimentismo, ocorreram movimentações as quais viabilizaram a construção de Brasília na Região Centro-Oeste e, por conseguinte, a mudança da capital do País (61).

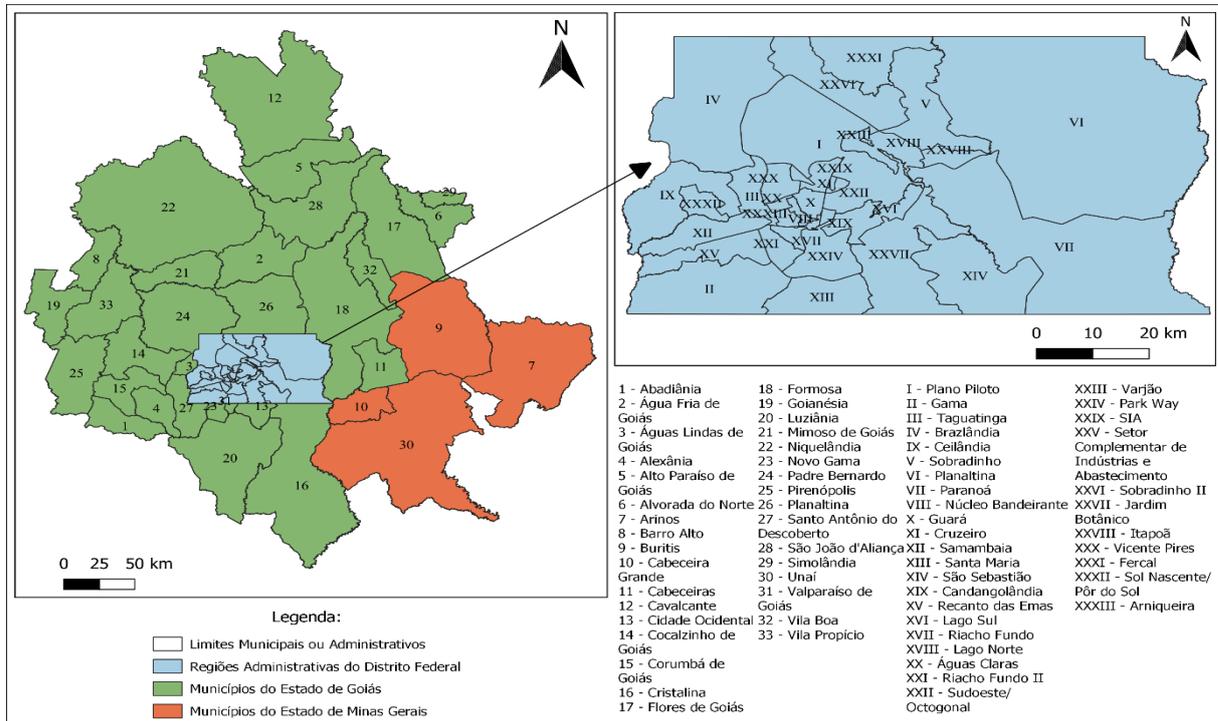
A nova região da Capital Federal passou por um desenvolvimento econômico vinculado à mineração e à agropecuária e, por conseguinte, desenvolveu uma distribuição geográfica caracterizada pela dispersão, haja vista, por exemplo, a baixa integração da economia local com a economia nacional (60). Contudo, não se pode esquecer que a construção de Brasília fazia parte de um contexto maior. Nesse sentido, o período que assistiu a nova Capital do País nascer caracterizou-se também pelo fortalecimento de rodovias, e Brasília também se beneficiou pelo fortalecimento da industrialização no País (51, 61).

Para mais, não se pode imaginar que o desenvolvimento de Brasília não contribuiria para o crescimento de uma região ao seu redor. Antes de sua inauguração, a nova Capital já era atingida pelo fenômeno de periferização, cuja extensão extrapolou os limites de sua Unidade Federativa (UF) já na década de 70, sendo a solução habitacional para as classes menos favorecidas economicamente (62). Todavia, ainda que haja um sentimento de pertencimento dos moradores dessa área do entorno de Brasília em relação a Brasília, não se pode dizer que o oposto é verdadeiro (63).

No que tange à questão jurídica do reconhecimento do fenômeno metropolitano na região de Brasília, não havia previsão legal para uma formalização envolvendo mais de um estado, então, criou-se um novo modelo de cooperação interfederativa: a RIDE (60). Instituída, inicialmente, por intermédio da Lei Complementar nº 94/1998, a composição da RIDE/DF foi atualizada pela LC nº 163/2018 e a sua regulamentação se dá por meio do Decreto nº 7.469/2011, abrangendo, assim, 34 municípios de três UF, a saber: Distrito Federal, Goiás e Minas Gerais (62, 64, 65).

Diante do exposto, o mapa 1 permite observar a localização dos municípios dos estados de Goiás e de Minas Gerais os quais compõem essa região, bem como o DF, com suas 33 Regiões Administrativas (RAs).

Mapa 1. Organização federativa dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, conforme a LC nº 163/2018



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE e do Portal de Dados Abertos.

Por fim, as interações entre os municípios da RIDE/DF não se dá de forma homogênea. Nesse sentido, embora não seja reconhecida oficialmente, a Área Metropolitana de Brasília possui uma composição formada por 12 municípios: Valparaíso de Goiás, Novo Gama, Cidade Ocidental, Luziânia, Águas Lindas de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Planaltina, Formosa, Padre Bernardo, Alexânia, Cocalzinho de Goiás e Cristalina (66). Em tempo, destaca-se que o crescimento dos sete primeiros municípios citados da AMB foi influenciado diretamente pelo desenvolvimento do DF, e, portanto, serão denominados aqui como “Entorno Metropolitano” (60, 62).

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1. DESENHO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo ecológico transversal, o qual utilizou dados de fontes secundárias. Brevemente, os estudos ecológicos são um tipo de estudo epidemiológico que, ao invés de analisarem um indivíduo, analisam, por exemplo, áreas geográficas (67, 68). Para mais, no que diz respeito ao aspecto transversal, essa determinação está relacionada ao fato de ser um recorte de um instante (69). Ainda, no que tange aos dados de fontes secundárias, essa classificação ocorre quando se utiliza informações de fontes já existentes, a exemplificar, Sistemas de Informação em Saúde (70).

Posto isso, esta pesquisa teve como unidade geográfica os municípios e distrito os quais fazem parte da RIDE/DF. Ainda, foram extraídas informações de diferentes bases de dados, a saber: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS), Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-GESTOR AB), bem como as informações da avaliação do 3º Ciclo do PMAQ. Por fim, ressalta-se que o *download* dos referidos dados ocorreu nos meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021.

4.2. DADOS E INDICADORES

Inicialmente, é importante ressaltar que, neste trabalho, compreende-se que há uma diferença conceitual entre dado e indicador. Assim, enquanto o primeiro pode ser entendido

como uma unidade primária, o segundo pode ser concebido como uma medida-síntese a qual mensura uma circunstância, sendo gerada, portanto, por intermédio dos dados (71).

Diante do exposto, com a finalidade de caracterizar os municípios e o distrito os quais compõem a RIDE/DF, utilizou-se os dados da População Estimada de 2019; o histórico do PIB *per capita* de 2012 a 2018; o histórico do Percentual Aplicado, em cumprimento à Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (EC nº 29/2000), da arrecadação de receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais nas ações e serviços públicos de saúde a que se refere a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC nº 141/2012), de 2013 a 2019; e a distância dos municípios do estado de Goiás e de Minas Gerais em relação a RA I – Plano Piloto no DF.

No que tange à compreensão do que havia disponível nos territórios para prestação de serviços no âmbito do SUS, buscou-se, referente à competência de outubro de 2020 no CNES, a quantidade de profissionais médicos que atendem no SUS; bem como o quantitativo de profissionais não médicos que atendem no SUS; a quantidade de estabelecimentos que prestam serviços especializados, especificamente, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) e Pronto Atendimentos de urgência, todos no âmbito do SUS; número de leitos hospitalares SUS, bem como suas distribuições por tipo de leito. Além disso, extraiu-se também o número de internações hospitalares que ocorreram de janeiro de 2012 a outubro de 2020, com respectivos capítulos do CID-10.

Sob a perspectiva de indicador, obteve-se o histórico da cobertura estimada de saúde da família de 2012 a 2020 e calculou-se a cobertura estimada de saúde da família referente à outubro de 2020, com base nos dados do CNES, assim como também o número de profissionais médicos que atendem SUS por habitante, o número de leitos hospitalares SUS por habitante e a proporção de internações hospitalares SUS por capítulo CID-10.

Finalmente, de modo complementar aos dados supracitados, selecionou-se as diferentes variáveis do banco de dados do 3º Ciclo do PMAQ. Assim, acerca do Módulo II – Equipes, selecionou-se questões que envolvem: Apoio Matricial para as equipes de Atenção Básica; Acolhimento à Demanda Espontânea; Oferta de Serviços, Relação da Atenção Básica com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde; e Qualificação do Cuidado da Atenção Básica a partir da Integração com o NASF. Sobre o Módulo III – Usuários, escolheu-se perguntas que envolvem: Acesso ao Atendimento; Acesso aos Serviços de Saúde: Demanda Espontânea e Urgência; Utilização – Coordenação do Cuidado; Atenção ao Pré-Natal; e Revisão de Parto.

4.3. COLETA DE DADOS

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza fontes secundárias, todas as informações estão contidas em base de dados disponíveis na internet. Posto isso, no que diz respeito ao aspecto populacional e econômico, foram utilizadas as bases da CODEPLAN e do IBGE. Assim, os dados do IBGE foram usados para determinar a população estimada de 2019 e 2020, bem como o PIB *per capita* de 2012 a 2018 nos municípios e distrito os quais compõem a RIDE/DF¹. Por sua vez, as informações da CODEPLAN, para determinar a população estimada das RAs do DF², assim como também a distância entre os municípios que compõem a RIDE/DF/DF da RA I – Plano Piloto³ e a distância entre as demais RAs e a RA I – Plano Piloto⁴.

No que tange ao percentual aplicado, em cumprimento à EC nº 29/2000, da arrecadação de receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais nas ações e

¹As Estimativas Populacionais e o PIB dos Municípios estão disponíveis em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/downloads-estatisticas.html>. Acesso em 29 jan 2021

²A planilha com as projeções populacionais de 2010 a 2020 estão disponíveis em: <http://www.saude.df.gov.br/populacao/>. Acesso em 13 jan 2021

³A distância entre os Municípios da RIDE/DF e a RA I – Plano Piloto está disponível em <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/RIDE/DF-DF.jpg>. Acesso em 12 jan 2021

⁴CODEPLAN. Disponível em: http://infodf.codeplan.df.gov.br/?page_id=274. Acesso em 13 jan 2021

serviços públicos de saúde a que se refere a LC 141/2012, utilizou-se os dados disponíveis no SIOPS para observar o histórico de 2012 a 2019⁵. Complementarmente, como o SIOPS não fornece o percentual mínimo aplicado do DF, mas informa o valor bruto, utilizou-se os Relatórios de Atividade Quadrimestral (RAQ) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)⁶, com a finalidade de identificar a receita mínima que o DF deveria aplicar em Saúde e, a partir dessa receita, calcular o percentual que o DF aplicou com as informações contidas no SIOPS.

Para observar a capacidade instalada assistencial na RIDE/DF, foi utilizado o banco de dados puro do CNES referente à competência de outubro de 2020⁷, bem como a extração de informações da referida base por meio do TabWin 4.15 e do TabNet. Diante disso, no que diz respeito ao quantitativo de eSF contido no CNES, para fins de cálculo do indicador de cobertura estimada de saúde da família referente à competência de outubro de 2020, alguns procedimentos de extração da base pura do CNES foram realizados.

As informações dos 34 entes que compõem a referida região foram estratificadas por meio do código do IBGE de cada município e distrito. Contudo, com a finalidade de não tratar o território do DF de modo homogêneo, com a finalidade de chegar ao nível de granulação dos dados em RA, foi necessário fazer outros procedimentos. Primeiramente, para encontrar o número de eSF da competência de outubro de 2020, foi utilizado o arquivo “tbEquipe202010”. Assim, por intermédio do código do IBGE, separou-se os dados dos municípios que compõem a RIDE/DF dos demais municípios do Brasil. Além disso, foram consideradas somente as eSF cujo código referente ao “Tipo de Equipe” constava como “70”, em conformidade com o

⁵A série histórica desse e de outros indicadores dos Municípios do Brasil e do Distrito Federal, no SIOPS, estão disponíveis em <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM> e <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/SerHist/ESTADO/indicdf.def>. Acesso em 11 jan 2021

⁶Os Relatórios de Atividade Quadrimestral da SES/DF estão disponíveis em <http://www.saude.df.gov.br/raq/>. Acesso em 11 jan 2021

⁷As bases de dados da competência de outubro de 2020, bem como de outras competências, estão disponíveis em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>. Acesso em 29 jan 2021

preconizado pela Portaria SAPS/MS nº 99, de 07 de fevereiro de 2020^{8,9}, bem como as eSF que não possuíam data de desativação expressa.

Outrossim, a fim de encontrar o quantitativo de eSF nas 33 Regiões Administrativas do DF, foi utilizado código do CNES dos estabelecimentos de saúde aos quais as equipes estavam vinculadas, o que correspondeu a 165 estabelecimentos. Por intermédio do referido código e utilizando como apoio o arquivo “tbEstabelecimento202010”, foi possível extrair as informações relacionadas ao endereço desses estabelecimentos. Quando não foi possível determinar a RA somente com as informações obtidas por meio desse cruzamento de dados, utilizou-se como apoio o CEP ou o nome da UBS. Em tempo, cabe salientar que os bairros denominados Asa Sul, Asa Norte e Vila Planalto foram categorizados como “RA I - Plano Piloto”, pois entendeu-se que eles estão dentro dos limites administrativos desta RA apresentados pelo Governo do Distrito Federal (GDF)¹⁰.

Para obter as informações do quantitativo de profissionais médicos que atendem no SUS, por especialidade, e de profissionais não médicos de nível superior que atendem no SUS, por Ocupação, ambos referentes à competência de outubro de 2020 e por município e distrito os quais compõem a RIDE/DF, utilizou-se a plataforma TabNet. Assim, os quadros 1 e 2 permitem observar os itens selecionados para a extração das informações no TabNet.

Quadro 1. Itens selecionados no TabNet para extração das informações relacionadas ao quantitativo de médicos por especialidade que atendem no SUS nos municípios e distrito os quais compõem à RIDE/DF, outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Informações de Saúde (TABNET)	Rede Assistencial

Continua

⁸Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Portaria SAPS/MS nº 99, de 07 de fevereiro de 2020. *Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. Diário Oficial da União [Internet]. [Acesso em 06/01/2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>.

⁹Ressalta-se que durante a escrita do trabalho a referida portaria foi revogada por intermédio da publicação da Portaria SAES/MS nº 37, de 18 de janeiro de 2021, a qual está disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-37-de-18-de-janeiro-de-2021-299987615>. Acesso em 30 jan 2021.

¹⁰Governo do Distrito Federal. *Regiões Administrativas RA I – Plano Piloto*. [Mapa] [Internet]. Brasília. Escala 1:150.000. [Acesso em: 07/01/2021]. Disponível em: <https://www.geoportal.seduh.df.gov.br/static/monografia/PLANO%20PILOTO.pdf>.

Continuação do Quadro 1

Grupo	CNES - Recursos Humanos a partir de agosto de 2007 - Ocupações Classificadas pela CBO 2002
-	Profissionais
Abrangência Geográfica	Brasil por Região, UF e Município
Municípios	310450 Arinos; 310930 Buritis; 310945 Cabeceira Grande; 317040 Unai; 520010 Abadiânia; 520017 Água Fria de Goiás; 520025 Águas Lindas de Goiás; 520030 Alexânia; 520060 Alto Paraíso de Goiás; 520080 Alvorada do Norte; 520320 Barro Alto; 520400 Cabeceiras; 520530 Cavalcante; 520549 Cidade Ocidental; 520551 Cocalzinho de Goiás; 520580 Corumbá de Goiás; 520620 Cristalina; 520790 Flores de Goiás; 520800 Formosa; 520860 Goianésia; 521250 Luziânia; 521305 Mimoso de Goiás; 521460 Niquelândia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521730 Pirenópolis; 521760 Planaltina; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522000 São João d'Aliança; 522068 Simolândia; 522185 Valparaíso de Goiás; 522220 Vila Boa; 522230 Vila Propício; 530010 Brasília
Médicos	Todas as Categorias
Períodos Disponíveis	Outubro de 2020
Atende no SUS	Sim

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 2. Itens selecionados no TabNet para extração das informações relacionadas ao quantitativo de profissionais não médicos de nível superior que atendem no SUS, por ocupação e por município e distrito, os quais compõem à RIDE/DF, outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Informações de Saúde (TABNET)	Rede Assistencial
Grupo	CNES - Recursos Humanos a partir de agosto de 2007 - Ocupações Classificadas pela CBO 2002
-	Profissionais
Abrangência Geográfica	Brasil por Região, UF e Município
Municípios	310450 Arinos; 310930 Buritis; 310945 Cabeceira Grande; 317040 Unai; 520010 Abadiânia; 520017 Água Fria de Goiás; 520025 Águas Lindas de Goiás; 520030 Alexânia; 520060 Alto Paraíso de Goiás; 520080 Alvorada do Norte; 520320 Barro Alto; 520400 Cabeceiras; 520530 Cavalcante; 520549 Cidade Ocidental; 520551 Cocalzinho de Goiás; 520580 Corumbá de Goiás; 520620 Cristalina; 520790 Flores de Goiás; 520800 Formosa; 520860 Goianésia; 521250 Luziânia; 521305 Mimoso de Goiás; 521460 Niquelândia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521730 Pirenópolis; 521760 Planaltina; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522000 São João d'Aliança; 522068 Simolândia; 522185 Valparaíso de Goiás; 522220 Vila Boa; 522230 Vila Propício; 530010 Brasília

Continua

Continuação do Quadro 2

Ocupações de Nível Superior	Assistente Social, Farmacêutico, Farmacêutico Bioquímico, Outros enfermeiros, Enfermeiro, Enfermeiro Estomaterapeuta, Enfermeiro auditor, Enfermeiro da estratégia de agente comunitário de, Enfermeiro da estratégia de saúde da família, Enfermeiro de bordo, Enfermeiro de centro cirúrgico, Enfermeiro de terapia intensiva, Enfermeiro do trabalho, Enfermeiro nefrologista, Enfermeiro neonatologista, Enfermeiro obstétrico, Enfermeiro psiquiátrico, Enfermeiro puericultor e pediátrico, Enfermeiro sanitaria, Enfermeiro saúde da família, outros Fisioterapeuta, Fisioterapeuta do trabalho, Fisioterapeuta acupunturista, Fisioterapeuta esportivo, Fisioterapeuta geral, Fisioterapeuta neurofuncional, Fisioterapeuta osteopata, Fisioterapeuta quiropraxista, Fisioterapeuta respiratória, Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Cirurgião dentista - auditor, Cirurgião dentista - clínico geral, Cirurgião dentista - dentística, Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e, Cirurgião dentista - endodontista, Cirurgião dentista - epidemiologista, Cirurgião dentista - estomatologista, Cirurgião dentista - implantodontista, Cirurgião dentista - odontogeriatra, Cirurgião dentista - odontologia do trabalho, Cirurgião dentista - odontologia para pacientes co, Cirurgião dentista - odontologista legal, Cirurgião dentista - odontopediatra, Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista, Cirurgião dentista - patologista bucal, Cirurgião dentista - periodontista, Cirurgião dentista - protesista, Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial, Cirurgião dentista - radiologista, Cirurgião dentista - reabilitador oral, Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofac, Cirurgião dentista de saúde coletiva, Cirurgião dentista de saúde da família, Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da famíl, Psicólogo Clínico, Psicólogo do Esporte, Psicólogo do Trabalho, Psicólogo Social, Psicólogo Educacional, Psicólogo Hospitalar, Psicólogo Jurídico, Psicólogo do trânsito, Psicólogo acupunturista, Médico veterinário, Biólogo, BioMédico, 1999A2-Ocup Nív.Sup CBO1994 s/correspond CBO2002, Coordenador Pedagógico, Engenheiro Agrícola, Engenheiro Agrônomo, Físico, Físico (medicina), Físico (nuclear e reatores), Musicólogo, Neuropsicólogo, Orientador Educacional, Ortopedista, Pedagogo, Professor de alunos com deficiência auditiva e sur, Professor de alunos com deficiência física, Professor de alunos com deficiência mental, Professor de alunos com deficiência múltipla, Professor de alunos com deficiência visual, Pesquisador de Clínica Médica, Pesquisador de Medicina Basica, Pesquisador em Biologia Ambiental Ecologi, Pesquisador em Biologia Animal, Pesquisador em Biologia de Microorg e Para, Pesquisador em Biologia Humana, Pesquisador em Ciências Sociais e Humanas, Pesquisador em Psicologia, Pesquisador em Saúde Coletiva, Preparador Físico, Professor da Educação de Jovens e Adulto, Professor de Artes no Ensino Médio, Professor de Educação Física Ensino Fund, Professor de Educação Física Ensino Superior, Professor de Educação Física Ensino Médio, Professor de Nutricao, Professor de técnicas e Recursos Audiovisuais, Professor de Terapia Ocupacional, Psicanalista, Psicopedagogo, Químico, Terapeuta ocupacional
Períodos Disponíveis	Outubro de 2020
Atende no SUS	Sim

Fonte: Elaboração Própria

No que tange ao número de CAPS, estabelecimentos que prestam SADT e Pronto Atendimento de urgência, todos referente à competência de outubro de 2020 e no âmbito do

SUS, utilizou-se o TabWin 4.15 para realizar a extração dessa informação. Diante disso, os quadros 3, 4 e 5 apresentam os itens selecionados para a referida extração.

Quadro 3. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de CAPS, de outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Linhas	Municípios
Colunas	Mês de Competência
Incremento	Frequência
Municípios Selecionados	310450 Arinos; 310930 Buritis; 310945 Cabeceira Grande; 317040 Unaí; 520010 Abadiânia; 520017 Água Fria de Goiás; 520025 Águas Lindas de Goiás; 520030 Alexânia; 520060 Alto Paraíso de Goiás; 520080 Alvorada do Norte; 520320 Barro Alto; 520400 Cabeceiras; 520530 Cavalcante; 520549 Cidade Ocidental; 520551 Cocalzinho de Goiás; 520580 Corumbá de Goiás; 520620 Cristalina; 520790 Flores de Goiás; 520800 Formosa; 520860 Goianésia; 521250 Luziânia; 521305 Mimoso de Goiás; 521460 Niquelândia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521730 Pirenópolis; 521760 Planaltina; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522000 São João d'Aliança; 522068 Simolândia; 522185 Valparaíso de Goiás; 522220 Vila Boa; 522230 Vila Propício; 530010 Brasília
Tipo de Estabelecimento	Centro de Atenção Psicossocial

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 4. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de estabelecimentos de saúde que prestam SADT, outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Linhas	Municípios
Colunas	Mês de Competência
Incremento	SADT/SUS
Municípios Selecionados	310450 Arinos; 310930 Buritis; 310945 Cabeceira Grande; 317040 Unaí; 520010 Abadiânia; 520017 Água Fria de Goiás; 520025 Águas Lindas de Goiás; 520030 Alexânia; 520060 Alto Paraíso de Goiás; 520080 Alvorada do Norte; 520320 Barro Alto; 520400 Cabeceiras; 520530 Cavalcante; 520549 Cidade Ocidental; 520551 Cocalzinho de Goiás; 520580 Corumbá de Goiás; 520620 Cristalina; 520790 Flores de Goiás; 520800 Formosa; 520860 Goianésia; 521250 Luziânia; 521305 Mimoso de Goiás; 521460 Niquelândia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521730 Pirenópolis; 521760 Planaltina; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522000 São João d'Aliança; 522068 Simolândia; 522185 Valparaíso de Goiás; 522220 Vila Boa; 522230 Vila Propício; 530010 Brasília

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 5. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de pronto atendimento de urgência, outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Linhas	Municípios
Colunas	Mês de Competência

Continua

Continuação do Quadro 5

Incremento	Urgência/SUS
Municípios Selecionados	310450 Arinos; 310930 Buritis; 310945 Cabeceira Grande; 317040 Unaí; 520010 Abadiânia; 520017 Água Fria de Goiás; 520025 Águas Lindas de Goiás; 520030 Alexânia; 520060 Alto Paraíso de Goiás; 520080 Alvorada do Norte; 520320 Barro Alto; 520400 Cabeceiras; 520530 Cavalcante; 520549 Cidade Ocidental; 520551 Cocalzinho de Goiás; 520580 Corumbá de Goiás; 520620 Cristalina; 520790 Flores de Goiás; 520800 Formosa; 520860 Goianésia; 521250 Luziânia; 521305 Mimoso de Goiás; 521460 Niquelândia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521730 Pirenópolis; 521760 Planaltina; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522000 São João d'Aliança; 522068 Simolândia; 522185 Valparaíso de Goiás; 522220 Vila Boa; 522230 Vila Propício; 530010 Brasília
Tipo de Estabelecimento	Pronto Atendimento

Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito ao número de leitos hospitalares SUS disponíveis nos municípios e no distrito os quais compõem a RIDE/DF, referente à competência de outubro de 2020, bem como seus respectivos tipos, também no mesmo período, foi utilizado o TabWin 4.15 para realizar essas extrações. Nesse sentido, os quadros 6 e 7 possibilitam observar os itens selecionados para obter as informações.

Quadro 6. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de leitos hospitalares SUS disponíveis nos municípios e no distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Linhas	Municípios
Colunas	Mês de Competência
Incremento	Quantidade Leito SUS
Municípios Selecionados	310450 Arinos; 310930 Buritis; 310945 Cabeceira Grande; 317040 Unaí; 520010 Abadiânia; 520017 Água Fria de Goiás; 520025 Águas Lindas de Goiás; 520030 Alexânia; 520060 Alto Paraíso de Goiás; 520080 Alvorada do Norte; 520320 Barro Alto; 520400 Cabeceiras; 520530 Cavalcante; 520549 Cidade Ocidental; 520551 Cocalzinho de Goiás; 520580 Corumbá de Goiás; 520620 Cristalina; 520790 Flores de Goiás; 520800 Formosa; 520860 Goianésia; 521250 Luziânia; 521305 Mimoso de Goiás; 521460 Niquelândia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521730 Pirenópolis; 521760 Planaltina; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522000 São João d'Aliança; 522068 Simolândia; 522185 Valparaíso de Goiás; 522220 Vila Boa; 522230 Vila Propício; 530010 Brasília

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 7. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas aos tipos de leitos hospitalares SUS disponíveis na RIDE/DF, outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Linhas	Municípios
Colunas	Tipo/Especialidade
Incremento	Quantidade Leitos SUS
Municípios Selecionados	310450 Arinos; 310930 Buritis; 310945 Cabeceira Grande; 317040 Unaí; 520010 Abadiânia; 520017 Água Fria de Goiás; 520025 Águas Lindas de Goiás; 520030 Alexânia; 520060 Alto Paraíso de Goiás; 520080 Alvorada do Norte; 520320 Barro Alto; 520400 Cabeceiras; 520530 Cavalcante; 520549 Cidade Ocidental; 520551 Cocalzinho de Goiás; 520580 Corumbá de Goiás; 520620 Cristalina; 520790 Flores de Goiás; 520800 Formosa; 520860 Goianésia; 521250 Luziânia; 521305 Mimoso de Goiás; 521460 Niquelândia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521730 Pirenópolis; 521760 Planaltina; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522000 São João d'Aliança; 522068 Simolândia; 522185 Valparaíso de Goiás; 522220 Vila Boa; 522230 Vila Propício; 530010 Brasília

Fonte: Elaboração Própria

Contudo, os dados relacionados aos leitos obtidos por meio da extração contida no quadro 7 possibilitam apenas observar a distribuição por município e distrito, não sendo possível, somente com eles, verificar as informações por RA no DF. Portanto, para isso, foi realizada uma outra extração, cujos itens selecionados então contidos no quadro 8. Após isso, fez-se um cruzamento dos números do CNES obtidos no TabWin 4.15 com os números do CNES contidos no arquivo “tbEstabelecimento202010” do banco do CNES, a fim de possibilitar a estratificação dos leitos por RA no DF.

Diante do exposto, quando não foi possível estratificar os leitos por RA com o cruzamento das informações, utilizou-se como apoio o CEP do estabelecimento de saúde, o qual também está contido no arquivo “tbEstabelecimento202010”. Por fim, os bairros “Noroeste” e “Setor Policial Sul (SPS)”, foram categorizados como sendo a Região Administrativa “RA I - Plano Piloto”, pois entendeu-se que estão dentro dos limites administrativos apresentados pelo GDF¹¹.

¹¹Governo do Distrito Federal. [Mapa] [Internet]. Brasília. Escala 1:150.000. [Acesso em: 07/01/2021]. Disponível em: <https://www.geoportal.seduh.df.gov.br/static/monografia/PLANO%20PILOTO.pdf>.

Quadro 8. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas aos estabelecimentos com leitos SUS no DF, outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Linhas	ES Nome Fantasia - DF
Colunas	Mês de Competência
Incremento	Quantidade Leitos SUS
Municípios Selecionados	530010 Brasília

Fonte: Elaboração Própria

Para obter as informações das internações hospitalares dos residentes das localidades do estudo, de janeiro de 2012 a outubro de 2020, por município de ocorrência, desde que em Goiás, Minas Gerais ou Distrito Federal, também foi utilizado o TabWin para extrair as informações do SIH. Nesse sentido, o quadro 9 permite observar quais foram os itens selecionados para consegui-las.

Quadro 9. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de internações hospitalares de moradores da RIDE/DF por município de ocorrência, janeiro de 2012 a outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Linhas	Município de Residência
Colunas	Município de Internação
Incremento	Frequência
Municípios de Residência Selecionados	310450 Arinos; 310930 Buritis; 310945 Cabeceira Grande; 317040 Unai; 520010 Abadiânia; 520017 Água Fria de Goiás; 520025 Águas Lindas de Goiás; 520030 Alexânia; 520060 Alto Paraíso de Goiás; 520080 Alvorada do Norte; 520320 Barro Alto; 520400 Cabeceiras; 520530 Cavalcante; 520549 Cidade Ocidental; 520551 Cocalzinho de Goiás; 520580 Corumbá de Goiás; 520620 Cristalina; 520790 Flores de Goiás; 520800 Formosa; 520860 Goianésia; 521250 Luziânia; 521305 Mimoso de Goiás; 521460 Niquelândia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521730 Pirenópolis; 521760 Planaltina; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522000 São João d'Aliança; 522068 Simolândia; 522185 Valparaíso de Goiás; 522220 Vila Boa; 522230 Vila Propício; 530010 Brasília
Municípios de Internação Selecionados	Todos os Municípios de MG, GO e o DF

Fonte: Elaboração Própria

Sobre o número de internações hospitalares dos residentes de municípios e distrito os quais compõem a RIDE/DF, no DF, por capítulos da Classificação Estatística Internacional

de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde versão 10 (CID-10), de janeiro de 2012 a outubro de 2020, o TabWin 4.15 também foi utilizado para obter essas informações do SIH. Assim, o quadro 10 permite verificar os itens selecionados para conseguir esses dados.

Quadro 10. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de internações dos moradores da RIDE/DF no DF por Capítulo CID-10, janeiro de 2012 a outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Linhas	Município de Residência
Colunas	Diagnóstico CID 10 (Capítulo)
Incremento	Frequência
Municípios de Residência Selecionados	310450 Arinos; 310930 Buritis; 310945 Cabeceira Grande; 317040 Unaí; 520010 Abadiânia; 520017 Água Fria de Goiás; 520025 Águas Lindas de Goiás; 520030 Alexânia; 520060 Alto Paraíso de Goiás; 520080 Alvorada do Norte; 520320 Barro Alto; 520400 Cabeceiras; 520530 Cavalcante; 520549 Cidade Ocidental; 520551 Cocalzinho de Goiás; 520580 Corumbá de Goiás; 520620 Cristalina; 520790 Flores de Goiás; 520800 Formosa; 520860 Goianésia; 521250 Luziânia; 521305 Mimoso de Goiás; 521460 Niquelândia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521730 Pirenópolis; 521760 Planaltina; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522000 São João d'Aliança; 522068 Simolândia; 522185 Valparaíso de Goiás; 522220 Vila Boa; 522230 Vila Propício; 530010 Brasília
Municípios de Internação Selecionados	530010 Brasília

Fonte: Elaboração Própria

Finalmente, ao se observar que a maioria das internações no DF se concentravam em sete municípios, realizou-se outra extração, a fim de observar a variação das internações dos residentes desses municípios no DF ao longo do tempo (quadro 11).

Quadro 11. Itens selecionados no TabWin para extração das informações relacionadas ao quantitativo de internações dos moradores de Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama, Padre Bernardo, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás por capítulo CID-10, janeiro de 2012 a outubro de 2020

Opções	Itens Selecionados
Linhas	Diagnóstico CID-10 (Capítulo)
Colunas	Ano Processamento
Incremento	Frequência
Municípios de Residência Selecionados	520025 Águas Lindas de Goiás; 520549 Cidade Ocidental; 521250 Luziânia; 521523 Novo Gama; 521560 Padre Bernardo; 521975 Santo Antônio do Descoberto; 522185 Valparaíso de Goiás;
Municípios de Internação Selecionados	530010 Brasília

Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito às informações do PMAQ, foi utilizado somente o banco de dados referente ao 3º Ciclo, cuja avaliação ocorreu entre os anos de 2017 e 2018¹². Além disso, foram somente utilizados os Módulos II e III, os quais correspondem à Avaliação das eSF e dos Usuários, respectivamente. Para o Módulo II, o número total de eSF avaliadas no Brasil foi de 38.865 equipes, com 422 eSF vinculadas a alguma UBS na RIDE/DF; por sua vez, para o Módulo III, o quantitativo total de usuários entrevistados no Brasil foi de 140.444 pessoas, com 1660 indivíduos da região do estudo. Além disso, inicialmente, foi realizado uma busca exploratória por todas as questões do referido banco e, posteriormente, selecionadas as possíveis categorias e perguntas que poderiam estar relacionadas ao estudo, chegando à relação final que está contida nos quadros 12 e 13, para o Módulo II e III, respectivamente.

Quadro 12. Perguntas selecionadas do banco de dados do 3º Ciclo do PMAQ relacionadas ao Módulo II

Categorias do Módulo II do PMAQ	Perguntas Selecionadas
II.3 - Apoio Matricial para as equipes de AB	II.3.1 - A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?
	II.3.2 - Os profissionais que realizam o apoio matricial são:
II.10 - Acolhimento à Demanda Espontânea	II.10.1 - A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?
	II.10.2 - Em quais turnos é realizado o acolhimento?
	II.10.3 - Quais dias da semana acontece?
	II.10.4 - Qual(is) é(são) o(s) principal(is) fluxo(s) para o acolhimento à demanda espontânea?
	II.10.5 - No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza:
	II.10.10 - A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?
II.11 - Oferta de Serviços	II.11.1 - A equipe coleta exames na unidade?
	II.11.2 - Quais exames são coletados/realizados na unidade?
	II.11.3 - Quais dos seguintes procedimentos sua equipe realiza?
	II.11.4 - Quais motivos dificultam a oferta do procedimento drenagem de abscesso?
	II.11.5 - Quais motivos dificultam a oferta do procedimento sutura de ferimentos?
	II.11.8 - Quais motivos dificultam a oferta do procedimento extração de unha?
	II.11.13 - Quais motivos dificultam a oferta do procedimento Inserção de DIU?

Continua

¹²A base de dados do PMAQ está disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>. Acesso em 30 jan 2021

Continuação do Quadro 12

II.12 - Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde	II.12.1 - Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?
	II.12.2 - Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?
	II.12.3 - Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada?
	II.12.3 - Qual é o fluxo institucional de comunicação?
	II.12.6 - Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos:
	II.12.7 - Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?
	II.12.8 - Quais centrais de marcação disponíveis?
	II.12.9 - Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 13. Perguntas selecionadas do banco de dados do 3º Ciclo do PMAQ relacionadas ao Módulo III

Categorias do Módulo II do PMAQ	Perguntas Selecionadas
III.5 Acesso ao atendimento	III.5.1 - Na maioria das vezes, qual o primeiro serviço o(a) senhor(a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde?
	III.5.2 - Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde:
III.7 Acesso aos Serviços de Saúde: Demanda Espontânea e Urgências	III.7.1 - Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?
	III.7.2 - Por que motivo o(a) senhor(a) não procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?
	III.7.3 - Qual serviço o senhor(a) procurou da última vez que teve algum problema de urgência?
III.8 Utilização: Qualidade nas Consultas, Vínculo, Atividades Coletivas	III.8.4 - Onde o(a) senhor(a) costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar?
	III.8.5 - Na maioria das vezes, onde o(a) senhor(a) costuma realizar exames de sangue, urina e fezes?
III.9 Utilização – Coordenação do cuidado	III.9.3 - Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado para outro serviço, os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde continuaram acompanhando o(a) senhor(a)?
III.13 Atenção ao pré-natal	III.13.3 - Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal?
	III.13.4 Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?
	III.13.7 - Durante o pré-natal, a senhora fez:
	III.13.10 - Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada?
III.14 Revisão de parto	III.14.1 - A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?
	III.14.2 - A consulta de revisão de parto (consulta de puerpério) foi feita quantos dias depois do parto?
	III.14.3 - A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?
	III.14.4 - Com qual profissional a senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?

Fonte: Elaboração Própria

4.4. CÁLCULO DOS INDICADORES

4.4.1. Cobertura estimada de saúde da família

Inicialmente, é importante ressaltar que este indicador foi calculado somente para a competência de outubro de 2020 e não foi utilizado para análise do histórico da cobertura estimada de eSF da RIDE/DF, uma vez que os dados utilizados na referida análise foram retirados dos relatórios disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do e-Gestor AB. Diante do exposto, para este indicador, o numerador utilizado correspondeu ao quantitativo de eSF encontradas no banco de dados do CNES, cujo o método de extração foi descrito anteriormente. Além disso, considerou-se que a população potencialmente coberta por cada eSF correspondia a 3.450 pessoas, conforme a Nota Metodológica do Ministério da Saúde¹³.

Em relação ao denominador, para o DF, utilizou-se a estimativa populacional calculada pela CODEPLAN¹⁴ referente ao ano de 2019, visto que além de permitir observar o indicador em um nível de granulação de Região Administrativa, o quantitativo populacional no DF não possui uma diferença grande em relação aos dados do IBGE¹⁵. Contudo, ressalta-se que não foi possível calcular este indicador para as Regiões Administrativas “Pôr do Sol” e “Arniqueira”, visto que a projeção populacional da CODEPLAN foi calculada antes da criação dessas Regiões Administrativas e, portanto, esse quantitativo consta na projeção populacional das Regiões Administrativas de “Ceilândia” e de “Águas Claras”, respectivamente¹⁶.

¹³Ministério da Saúde (BR). [Nota Metodológica]. *Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica* [Internet]. [Acesso em 07/01/2021]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf.

¹⁴A planilha com as projeções populacionais de 2010 a 2020 estão disponíveis em: <http://www.saude.df.gov.br/populacao/>. Acesso em 13 jan 2021

¹⁵Em 2019, enquanto o IBGE projetou uma população de 3.015.268 para o DF, a CODEPLAN projetou 3.012.718.

¹⁶Para mais informações, ver Plano Distrital de Saúde 2020-2023: Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Plano Distrital de Saúde 2020-2023* [Internet]. [Acesso em 13 jan 2021]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf.

Finalmente, para os demais municípios da RIDE/DF, foi utilizado a população estimada de 2019 calculada pelo IBGE.

4.4.2. Número de profissionais médicos que atendem SUS por habitante

No que diz respeito a este indicador, foi realizada uma adaptação do método contido na publicação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)¹⁷. Nesse sentido, para o numerador do indicador, foi utilizado o número de médicos que atendem SUS, o qual foi obtido por meio do TabNet, conforme extração do quadro 1. Para o denominador, foi utilizada a população estimada pelo IBGE no ano de 2020. Ao final, o resultado da divisão foi multiplicado por 1.000, a fim de obter o valor do indicador.

4.4.3. Número de leitos hospitalares SUS por habitante

Acerca deste indicador, o cálculo foi realizado considerando o método contido na publicação da RIPSA. Portanto, para o numerador do indicador, foram utilizados os dados do quantitativo de leitos hospitalares SUS disponíveis nos municípios e no distrito os quais compõem a RIDE/DF, referente à competência de outubro de 2020, o qual foi obtido do CNES por intermédio do TabWin 4.15, conforme quadro 6. Para mais, no que diz respeito ao denominador, foi considerado a estimativa populacional do ano de 2020, da mesma área geográfica do numerador, a qual foi retirada da base de dados do IBGE.

4.4.4. Número de internações hospitalares SUS por habitante no DF

¹⁷A publicação está disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em 30 jan 2021

Para o cálculo deste indicador, foi realizada uma adaptação da publicação da RIPSA. Assim, para o numerador, utilizou-se o total de internações obtido por meio do método de extração contido no quadro 10, para cada localidade da região do estudo. Para o denominador, foi utilizado a população de cada ente que compõe a RIDE/DF por ano, a qual está disponibilizada pelo IBGE. Ao final da divisão, o resultado foi multiplicado por 100, a fim de se obter o valor do indicador.

4.4.5. Proporção de internações no DF

O cálculo deste indicador foi feito para observar a proporção do total de internações nos leitos hospitalares SUS dos entes da região do estudo no DF em relação ao total de internações que ocorreram no DF, no Goiás e em Minas Gerais. Portanto, para o numerador, foi utilizado o total de internações da região do estudo no DF, o qual foi obtido por meio do método de extração contido no quadro 10. Para o denominador, foi utilizado o total de internações desses respectivos entes no DF, no Goiás e em Minas Gerais, obtidos por meio do método de extração contido no quadro 9. Ao final de divisão, o resultado foi multiplicado por 100, a fim de se obter o valor final do indicador.

4.4.6. Proporção de internações hospitalares SUS por capítulo CID-10

No que tange ao cálculo deste indicador, foi realizada uma adaptação do método contido na publicação da RIPSA. Assim, para o numerador, foi utilizado o quantitativo total de internações por capítulo CID-10, o qual foi obtido por intermédio do método de extração que consta no quadro 11, considerando somente os municípios que apresentaram o indicador proporção de internações no DF superior a 70,0%. Para o denominador, foi o utilizado o número

total de interações também obtido por meio do método de extração contido no quadro 11. Ao final da divisão, foi realizada uma multiplicação por 100, para obter o valor do indicador.

4.5. ANÁLISE DE DADOS

Para a estruturação dos bancos de dados do estudo, foi utilizado o *software Microsoft Excel Office 2019*. Os cálculos estatísticos foram realizados por intermédio do *software R*, na versão 4.0.3, cujo ambiente de desenvolvimento integrado correspondeu ao *software R Studio*, na versão 1.4.1103. Assim, utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade dos dados e o Teste de Correlação de Pearson para avaliar as correlações, com valores $< 0,4$ considerados de fraca correlação; $\geq 0,4$ e $< 0,5$, moderada correlação; e $\geq 0,5$, forte correlação¹⁸. Em ambos os testes foram considerados significativos *p-value* $< 0,05$.

Por fim, para a construção dos mapas, utilizou-se o *QGIS Desktop*, na versão 3.16.1, cujas malhas territoriais para os municípios do estado de Goiás, Minas Gerais e DF, correspondente ao ano de 2019, foram obtidas do IBGE¹⁹; e as malhas das RAs do DF, referente à proposta elaborada em 2018, com 33 RAs, foram obtidas por meio do Portal Brasileiro de Dados Abertos²⁰.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo que utilizou dados de fontes secundárias, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa.

¹⁸Hulley *et al*, 2008 *apud* 72, p. 613 (72)

¹⁹A malha territorial dos municípios do Brasil está disponível em <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/malhas-territoriais/15774-malhas.html?=&t=downloads>. Acesso em 30 jan 2021

²⁰A malha territorial das RAs do DF está disponível em <https://dados.gov.br/dataset/dados-georreferenciados-siturb-segeth/resource/c5898ba4-d1a4-49fb-9075-60f6dda74097>. Acesso em 30 jan 2021

5. RESULTADOS

Inicialmente, no que tange à distribuição demográfica das localidades participantes do estudo, observa-se, na tabela 1, que a maioria dos municípios de estado de Goiás e de Minas Gerais possuem até 50.000 habitantes e que somente o DF apresenta uma população superior a 500.000 habitantes. Destaca-se, também, que esse ente responde por, aproximadamente, 65,1% da população total da RIDE/DF (tabela 1).

Tabela 1. População estimada dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, em 2020, e as suas respectivas distâncias em relação à Região Administrativa do Plano Piloto, no Distrito Federal

Municípios/Distrito	População Estimada (n)	Proporção em Relação ao Total da RIDE/DF (%)	Distância em relação ao Plano Piloto (km)*
Abadiânia (GO)	20.461	0,4	118
Água Fria de Goiás (GO)	5.793	0,1	118
Águas Lindas de Goiás (GO)	217.698	4,6	47
Alexânia (GO)	28.010	0,6	87
Alto Paraíso de Goiás (GO)	7.688	0,2	224
Alvorada do Norte (GO)	8.705	0,2	255
Arinos (MG)	17.862	0,4	247
Barro Alto (GO)	11.408	0,2	202
Buritis (MG)	25.013	0,5	207
Cabeceira Grande (MG)	6.988	0,1	118
Cabeceiras (GO)	8.046	0,2	139
Cavalcante (GO)	9.725	0,2	310
Cidade Ocidental (GO)	72.890	1,6	42
Cocalzinho de Goiás (GO)	20.504	0,4	110
Corumbá de Goiás (GO)	11.169	0,2	128
Cristalina (GO)	60.210	1,3	119
Distrito Federal (DF)	3.055.149	65,1	0
Flores de Goiás (GO)	17.005	0,4	236
Formosa (GO)	123.684	2,6	79
Goianésia (GO)	71.075	1,5	237
Luziânia (GO)	211.508	4,5	58
Mimoso de Goiás (GO)	2.583	0,1	126
Niquelândia (GO)	46.730	1,0	260
Novo Gama (GO)	117.703	2,5	46
Padre Bernardo (GO)	34.430	0,7	106
Pirenópolis (GO)	25.064	0,5	139
Planaltina (GO)	90.640	1,9	56

Continua

Continuação da Tabela 1

Santo Antônio do Descoberto (GO)	75.829	1,6	44
São João d'Aliança (GO)	14.085	0,3	155
Simolândia (GO)	6.879	0,1	257
Unai (MG)	84.930	1,8	180
Valparaíso de Goiás (GO)	172.135	3,7	35
Vila Boa (GO)	6.312	0,1	156
Vila Propício (GO)	5.882	0,1	195
Total	4.693.793	100,0	-

Fonte: IBGE e CODEPLAN

*Para o cálculo, foi utilizada a distância da saída da sede municipal até a Rodoviária do Plano Piloto, considerando a trajetória mais curta²¹.

Ainda no que diz respeito à tabela 1, verifica-se que os municípios com menor e maior distância, tendo como ponto de referência a Rodoviária do Plano Piloto, são de Goiás, a saber: Valparaíso do Goiás, localizado a 35 km do DF, e Cavalcante, localizado a 310 km do DF, respectivamente. Contudo, ressalta-se que o DF não pode ser observado de modo homogêneo, visto que das 33 RAs que fazem parte desse ente, a maioria possui uma população superior a 50.000 habitantes e algumas estão mais distantes do Plano Piloto que alguns municípios do Goiás, a exemplificar, Brazlândia, que está a uma distância de 45 km (tabela 2).

Tabela 2. Características demográficas das Regiões Administrativas do Distrito Federal, em 2020, e as suas respectivas distâncias em relação à Região Administrativa do Plano Piloto, no Distrito Federal

Regiões Administrativas	População Estimada (n)*	Proporção em Relação à População Estimada (%)	Distância em Relação ao Plano Piloto (Km)
Águas Claras	170.636	5,6	19
Arniqueira**	-	-	-
Brazlândia	64.027	2,1	45
Candangolândia	16.338	0,5	11
Ceilândia	443.824	14,5	26
Cruzeiro	30.854	1,0	7
Fercal	9.472	0,3	24
Gama	143.688	4,7	30

Continua

²¹Essas e outras informações estão disponíveis em <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/RIDE-DF.jpg>. Acesso em 12 jan 2021.

Continuação da Tabela 2

Guará	140.560	4,6	11
Itapoã	64.747	2,1	15
Jardim Botânico	58.138	1,9	12
Lago Norte	37.127	1,2	8
Lago Sul	30.320	1,0	8
Núcleo Bandeirante	24.019	0,8	13
Paranoá	74.690	2,4	25
Park Way	23.058	0,8	15
Planaltina	196.086	6,4	38
Plano Piloto	230.310	7,5	0
Sol Nascente/Pôr do Sol**	-	-	-
Recanto das Emas	132.447	4,3	26
Riacho Fundo I	43.815	1,4	18
Riacho Fundo II	93.616	3,1	20
Samambaia	244.960	8,0	25
Santa Maria	129.271	4,2	26
São Sebastião	115.988	3,8	26
Setor Complementar de Indústrias e Abastecimento	36.770	1,2	10
SIA	2.621	0,1	11
Sobradinho	71.165	2,3	22
Sobradinho II	78.283	2,6	32
Sudoeste/Octogonal	55.258	1,8	5
Taguatinga	208.177	6,8	21
Varjão	8.829	0,3	11
Vicente Pires	73.452	2,4	20
Distrito Federal	3.052.546	100,0	-

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010 e Codeplan, Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2010-2020, 2018 e InfoDF²².

*Informações obtidas por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal²³.

**As populações estimadas de Arniqueira e Sol Nascente/Pôr do Sol estão contempladas no quantitativo populacional de Águas Claras e Ceilândia, respectivamente²⁴.

Sob a óptica econômica, entre o período de 2012 e 2018, o DF foi o ente com maior média de PIB *per capita*, com R\$73.356,09, seguido de Barro Alto (GO), que mesmo com uma

²²CODEPLAN. [Acesso em 13 jan 2021.]. Disponível em: http://infodf.codeplan.df.gov.br/?page_id=274

²³A planilha com as projeções populacionais de 2010 a 2020 estão disponíveis em: <http://www.saude.df.gov.br/populacao/>. Acesso em 13 jan 2021

²⁴Para mais informações, ver Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Plano Distrital de Saúde 2020-2023*. [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 13 jan 2021]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf.

população inferior à do DF, apresentou uma média de R\$64.233,42. Salienta-se que a maioria dos municípios da RIDE/DF apresentou uma média de até R\$20.000,00 (tabela 3).

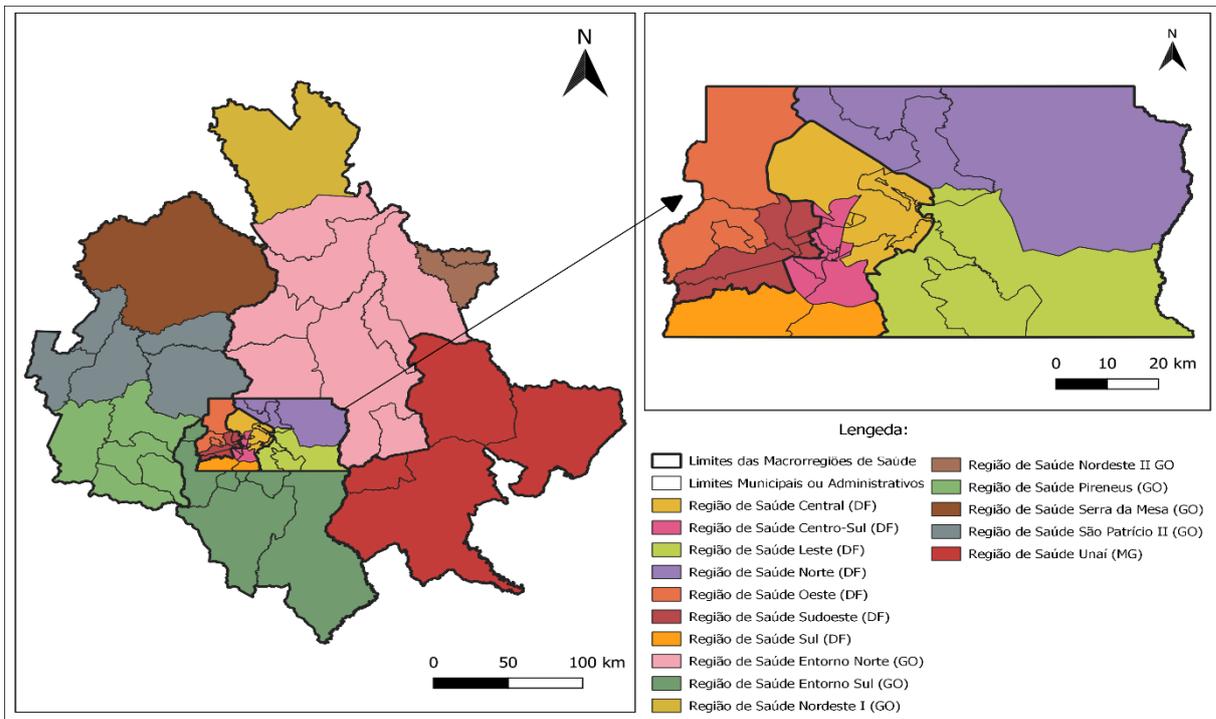
Tabela 3. Produto Interno Bruto *per capita* por município e distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2012 a 2018

Municípios/Distrito	Anos (R\$ 1,00)						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Abadiânia (GO)	11.620,07	12.660,43	15.900,94	15.994,41	15.634,01	16.162,10	16.132,95
Água Fria de Goiás (GO)	31.261,18	30.752,32	29.967,12	36.544,43	49.868,05	38.997,14	45.025,66
Águas Lindas de Goiás (GO)	6.379,68	6.945,37	7.836,24	8.250,14	8.499,41	9.110,55	9.100,34
Alexânia (GO)	19.469,62	24.782,15	25.948,70	27.954,58	52.981,60	29.198,21	29.731,85
Alto Paraíso de Goiás (GO)	13.458,06	14.447,15	16.255,80	18.751,91	21.475,33	22.030,30	22.173,34
Alvorada do Norte (GO)	11.190,66	11.311,22	12.320,18	12.725,14	13.097,19	13.773,60	14.929,92
Arinos (MG)	8.940,72	9.550,32	9.992,54	10.857,42	11.184,66	11.254,83	12.222,79
Barro Alto (GO)	52.159,84	48.199,54	56.628,81	60.320,14	70.883,93	77.275,39	84.166,32
Burititis (MG)	24.513,79	22.269,22	23.217,53	24.710,86	27.262,81	28.318,29	32.657,62
Cabeceira Grande (MG)	22.527,23	24.170,26	25.668,94	29.613,80	26.981,14	26.137,92	44.075,37
Cabeceiras (GO)	27.342,88	26.459,09	26.497,59	28.403,96	34.156,45	26.474,11	27.593,60
Cavalcante (GO)	50.884,44	37.630,03	21.428,74	25.575,13	25.303,77	24.816,84	26.121,71
Cidade Ocidental (GO)	7.469,18	8.410,76	9.342,66	9.974,17	10.791,04	11.121,43	11.394,02
Cocalzinho de Goiás (GO)	13.195,59	13.094,24	14.444,90	14.955,49	14.565,50	15.388,21	16.327,17
Corumbá de Goiás (GO)	9.369,32	10.800,31	12.668,94	13.231,23	12.960,84	14.241,53	15.791,45
Cristalina (GO)	32.714,47	34.324,57	34.957,51	36.434,14	42.507,57	41.452,93	40.300,93
Distrito Federal (DF)**	61.959,36	63.054,41	69.216,80	73.970,99	79.114,19	80.515,47	85.661,39
Flores de Goiás (GO)	7.821,85	8.255,81	8.960,94	9.122,79	9.481,13	9.092,84	8.915,44
Formosa (GO)	14.145,59	14.360,00	15.547,93	17.239,25	18.413,22	19.925,92	19.525,95
Goianésia (GO)	13.662,19	15.098,93	16.141,13	16.703,00	18.950,15	19.663,99	20.108,61
Luziânia (GO)	15.202,01	16.499,43	16.190,13	17.284,12	17.626,84	16.997,23	17.452,11
Mimoso de Goiás (GO)	17.494,69	23.875,17	17.122,93	13.647,10	15.296,88	21.658,43	21.907,95
Niquelândia (GO)	24.593,93	23.491,60	22.871,71	26.471,51	21.708,95	21.811,41	24.041,58
Novo Gama (GO)	6.123,88	6.648,65	7.170,36	7.478,03	7.508,77	8.378,66	8.403,19
Padre Bernardo (GO)	11.642,95	14.102,76	12.658,99	15.395,87	15.671,97	15.124,16	15.252,08
Pirenópolis (GO)	12.256,37	14.856,13	16.422,19	15.297,59	14.110,55	16.663,13	18.116,35
Planaltina (GO)	8.462,19	9.052,85	10.236,65	10.458,04	10.866,10	11.451,32	12.177,22
Santo Antônio do Descoberto (GO)	6.630,49	7.251,73	7.905,06	8.082,86	8.042,67	9.089,90	9.129,07
São João d'Aliança (GO)	14.569,73	14.793,12	17.399,51	18.981,05	23.177,69	23.656,17	21.887,06
Simolândia (GO)	8.767,77	9.379,29	11.158,20	12.610,11	13.212,73	14.275,85	15.144,94
Unai (MG)	25.664,13	27.371,52	26.756,62	29.428,05	37.615,70	31.826,49	38.850,78
Valparaíso de Goiás (GO)	11.151,65	11.165,47	13.210,69	14.062,61	14.676,00	15.632,37	15.538,72
Vila Boa (GO)	17.857,27	19.678,50	16.845,67	20.241,84	24.721,19	20.701,27	17.160,33
Vila Propício (GO)	26.763,51	26.184,92	25.085,91	35.664,26	37.351,39	32.021,60	28.444,32

Fonte: IBGE

Em uma perspectiva da organização de saúde na região de estudo, a partir do mapa 2, é possível observar que os 29 municípios de Goiás estão organizados em sete regiões e duas macrorregiões de saúde; os quatro municípios de Minas Gerais estão organizados em uma região e uma macrorregião de saúde; e o DF está organizado em sete regiões e três macrorregiões de saúde. Diante do exposto, entende-se que há uma fragmentação da organização de saúde da RIDE/DF, no sentido de que as delimitações das regiões, bem como das macrorregiões de saúde são restritas aos limites estaduais.

Mapa 2. Distribuição dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF em Regiões e Macrorregiões de Saúde, 2020



Fonte: Elaboração Própria a partir das informações dos sites das Secretarias de Estado de Saúde do Distrito Federal, do Goiás e de Minas Gerais²⁵

²⁵Essas e outras informações estão disponíveis em: <https://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2> e <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-saude-e-gerencias-regionais-de-saude>, para Minas Gerais; <https://www.saude.go.gov.br/unidades-de-saude/regioes-de-saude>, para Goiás; e <http://www.saude.df.gov.br/superintendencias/>; e para as regiões de saúde do DF. Acesso em 13 jan 2021. Para as macrorregiões de saúde do DF, as informações constam no Processo SEI nº 00060-00145287/2020-34.

Sobre o cumprimento da EC nº 29/2000, na tabela 4, observa-se o percentual aplicado da arrecadação de receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais nas ações e serviços públicos de saúde a que se refere a LC 141/2012, entre 2013 e 2019, dos entes que compõem a área do estudo.

Tabela 4. Percentual de aplicação da receita própria em saúde dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2013 a 2019*

Municípios/Distrito	Anos (%)						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Abadiânia (GO)	16,7	18,4	19,1	16,6	17,9	21,6	22,2
Água Fria de Goiás (GO)	15,5	15,1	15,6	16,6	16,7	17,4	17,9
Águas Lindas de Goiás (GO)	19,9	17,8	18,3	17,0	17,2	17,8	19,9
Alexânia (GO)	25,4	25,1	27,0	30,7	22,2	25,9	22,0
Alto Paraíso de Goiás (GO)	17,2	23,0	20,5	21,8	21,8	32,5	16,1
Alvorada do Norte (GO)	21,1	22,4	22,3	22,9	23,4	19,8	19,1
Arinos (MG)	20,9	21,1	20,1	15,7	23,2	23,0	23,2
Barro Alto (GO)	22,2	22,1	17,0	18,4	21,5	21,1	17,4
Buritis (MG)	17,5	18,7	18,3	18,5	20,1	19,8	23,0
Cabeceira Grande (MG)	21,9	22,0	22,1	20,7	22,5	21,7	20,2
Cabeceiras (GO)	19,3	20,3	20,2	22,9	19,8	16,1	15,7
Cavalcante (GO)	23,6	25,5	21,5	24,6	20,6	22,4	19,2
Cidade Ocidental (GO)	25,7	16,2	20,1	19,4	21,3	15,7	16,0
Cocalzinho de Goiás (GO)	19,1	19,5	21,3	21,5	20,6	20,0	18,8
Corumbá de Goiás (GO)	20,8	20,9	21,0	25,5	24,9	21,1	18,6
Cristalina (GO)	17,6	15,4	24,6	30,6	21,0	25,0	23,3
Distrito Federal (DF)**	17,3	18,4	20,6	17,5	17,3	18,2	15,9
Flores de Goiás (GO)	16,1	15,2	16,3	16,5	16,6	16,1	24,3
Formosa (GO)	15,4	17,9	18,9	16,1	20,2	16,8	16,7
Goianésia (GO)	21,7	25,5	22,8	29,4	30,1	17,8	15,5
Luziânia (GO)	18,6	19,2	20,3	17,8	18,8	16,5	16,0
Mimoso de Goiás (GO)	16,2	16,1	17,4	18,3	17,8	15,7	15,4
Niquelândia (GO)	16,5	16,3	18,9	16,0	16,8	16,2	18,3
Novo Gama (GO)	15,8	24,9	30,8	32,5	23,3	17,4	15,9
Padre Bernardo (GO)	26,8	22,0	18,9	16,4	20,5	20,8	19,2
Pirenópolis (GO)	15,4	15,1	15,3	16,0	20,7	19,1	16,6
Planaltina (GO)	33,8	34,1	37,3	35,0	28,7	33,3	32,6
Santo Antônio do Descoberto (GO)	24,4	18,9	17,0	17,9	20,5	20,9	18,5
São João d'Aliança (GO)	17,4	15,7	15,7	21,2	15,9	19,9	19,8
Simolândia (GO)	20,9	18,7	17,8	21,3	22,0	17,0	17,9
Unai (MG)	30,8	28,9	32,8	43,7	33,5	30,8	32,8
Valparaíso de Goiás (GO)	18,4	19,9	17,2	20,2	18,4	16,9	16,5

Continua

Continuação da Tabela 4

Vila Boa (GO)	17,9	18,3	15,0	20,2	19,4	18,5	19,7
Vila Propício (GO)	17,9	17,4	19,6	19,9	21,0	20,8	17,4

Fonte: SIOPS e SES/DF

*As informações foram retiradas no site do SIOPS²⁶

**O SIOPS não forneceu os valores percentuais para o DF, por este motivo, calculou-se este dado por meio da divisão da participação em valor bruto fornecida pelo SIOPS com a arrecadação de receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais informada nos Relatórios de Atividade Quadrimestral da SES/DF²⁷

Destaca-se que todos os entes da área geográfica do estudo cumpriram o mínimo determinado pela EC nº 29/2000, com a maioria dos municípios aplicando percentuais médios superiores à média do DF, a qual correspondeu a cerca de 17,9% (tabela 4). Em tempo, ressalta-se que o percentual mínimo obrigatório a ser aplicado pelo DF correspondeu, em média, a, aproximadamente, 13,0% da arrecadação da receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais.

Sobre a correlação entre o PIB *per capita* e o percentual aplicado da arrecadação de receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais nas ações e serviços públicos de saúde, não se identificou valores estatisticamente significativos (quadro 14).

Quadro 14. Resultado dos testes estatísticos para a correlação PIB *per capita* e aplicação da receita própria em saúde, 2013 a 2018

Teste Estatístico	Resultado
Kolmogorov-Smirnov	D = 1
	p-value < 0.00000000000000022
Pearson	t = 0.17644
	df = 202
	p-value = 0.8601
	Intervalo de Confiança de 95%: -0.1251712 a 0.1495296
	Correlação Estimada: 0.01241345

Fonte: Elaboração Própria

²⁶A série histórica desse e de outros indicadores dos Municípios do Brasil e do Distrito Federal, no SIOPS, estão disponíveis em <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM> e <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/SerHist/ESTADO/indicdf.def>. Acesso em 11 jan 2021

²⁷Os Relatórios de Atividade Quadrimestral da SES/DF estão disponíveis em <http://www.saude.df.gov.br/raq/>. Acesso em 11 jan 2021

Sob a óptica assistencial, um dado relevante está relacionado à cobertura estimada das eSF. Assim, observa-se, na tabela 5, que a maioria dos municípios da região de estudo apresentou médias superiores a 70,0% de cobertura estimada de eSF, com alguns municípios, inclusive, apresentando valores de 100,0%. Salienta-se que somente dois municípios apresentaram uma média inferior à do DF, cujo valor ficou em 36,6%, embora observa-se que esse ente expandiu a cobertura, saindo de 23,0%, em 2012, para 59,0% em 2020 (tabela 5).

Tabela 5. Cobertura estimada das equipes de saúde da família dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2012 a 2020

Municípios/Distrito	Anos (%)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Abadiânia (GO)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	88,0	100,0
Água Fria de Goiás (GO)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Águas Lindas de Goiás (GO)	25,3	33,0	31,0	34,0	33,2	32,4	31,7	30,0	26,0
Alexânia (GO)	71,6	70,8	67,7	80,2	79,2	78,2	100,0	100,0	100,0
Alto Paraíso de Goiás (GO)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Alvorada do Norte (GO)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Arinos (MG)	78,1	78,1	94,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Barro Alto (GO)	77,5	75,9	71,8	70,3	68,8	67,4	66,1	63,2	61,8
Buritizal (MG)	90,3	89,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cabeceira Grande (MG)	53,1	100,0	100,0	81,0	100,0	100,0	99,4	99,9	99,3
Cabeceiras (GO)	93,2	92,7	89,4	88,8	100,0	100,0	100,0	100,0	86,3
Cavalcante (GO)	73,3	100,0	100,0	100,0	70,6	100,0	100,0	100,0	100,0
Cidade Ocidental (GO)	78,5	94,7	89,7	100,0	100,0	100,0	93,0	93,9	100,0
Cocalzinho de Goiás (GO)	97,9	96,8	92,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Corumbá de Goiás (GO)	99,4	98,9	95,6	95,0	94,4	93,9	93,4	93,7	93,2
Cristalina (GO)	72,6	85,4	80,9	79,3	77,7	76,2	74,8	83,6	87,7
Distrito Federal (DF)	23,0	26,7	29,9	30,2	29,2	33,6	54,8	43,1	59,0
Flores de Goiás (GO)	83,4	100,0	100,0	98,7	96,0	93,6	100,0	100,0	100,0
Formosa (GO)	57,7	63,4	60,4	59,4	58,4	63,5	62,6	68,1	51,1
Goianésia (GO)	68,6	67,7	64,8	63,8	63,0	62,1	100,0	100,0	98,5
Luziânia (GO)	33,1	34,6	34,8	34,3	33,8	31,5	32,8	32,0	28,2
Mimoso de Goiás (GO)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Niquelândia (GO)	97,1	96,4	93,0	92,2	91,5	90,8	90,2	89,9	89,3
Novo Gama (GO)	50,0	49,2	46,9	46,0	45,3	38,2	62,7	60,7	59,6
Padre Bernardo (GO)	98,1	96,5	91,8	100,0	99,8	87,2	85,9	93,5	81,6
Pirenópolis (GO)	89,5	89,0	85,9	99,5	98,8	100,0	100,0	100,0	100,0
Planaltina (GO)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,8
Santo Antônio do Descoberto (GO)	96,9	95,6	91,3	90,0	88,7	87,5	86,4	84,3	83,1
São João d'Aliança (GO)	98,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Continua

Continuação da Tabela 5

Simolândia (GO)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Unai (MG)	39,7	39,5	33,8	37,7	45,8	53,8	53,4	53,5	49,1
Valparaíso de Goiás (GO)	68,5	67,1	63,5	62,1	60,8	59,6	56,2	67,0	63,5
Vila Boa (GO)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Vila Propício (GO)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: e-GESTOR AB

*Dado referente a competência de outubro de 2020

Enquanto se observou uma fraca correlação negativa entre o PIB *per capita* e a cobertura estimada de eSF (quadro 15), não houve valores estatisticamente significativos para a correlação percentual aplicado da arrecadação de receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais nas ações e serviços públicos de saúde e cobertura estimada de eSF (quadro 16). Ainda, por meio do mapa 3, observar-se os diferentes níveis de cobertura estimada de eSF na área geográfica do estudo, na competência de outubro de 2020.

Quadro 15. Resultado dos testes estatísticos para a correlação PIB *per capita* e cobertura estimada de equipes de saúde da família, 2012 a 2018

Teste Estatístico	Resultado
Kolmogorov-Smirnov	D = 1
	p-value < 0.00000000000000022
Pearson	t = -3.7276
	df = 236
	p-value = 0.000242
	Intervalo de Confiança de 95%: -0.3524011 a -0.1120028
	Correlação Estimada: -0.2358062

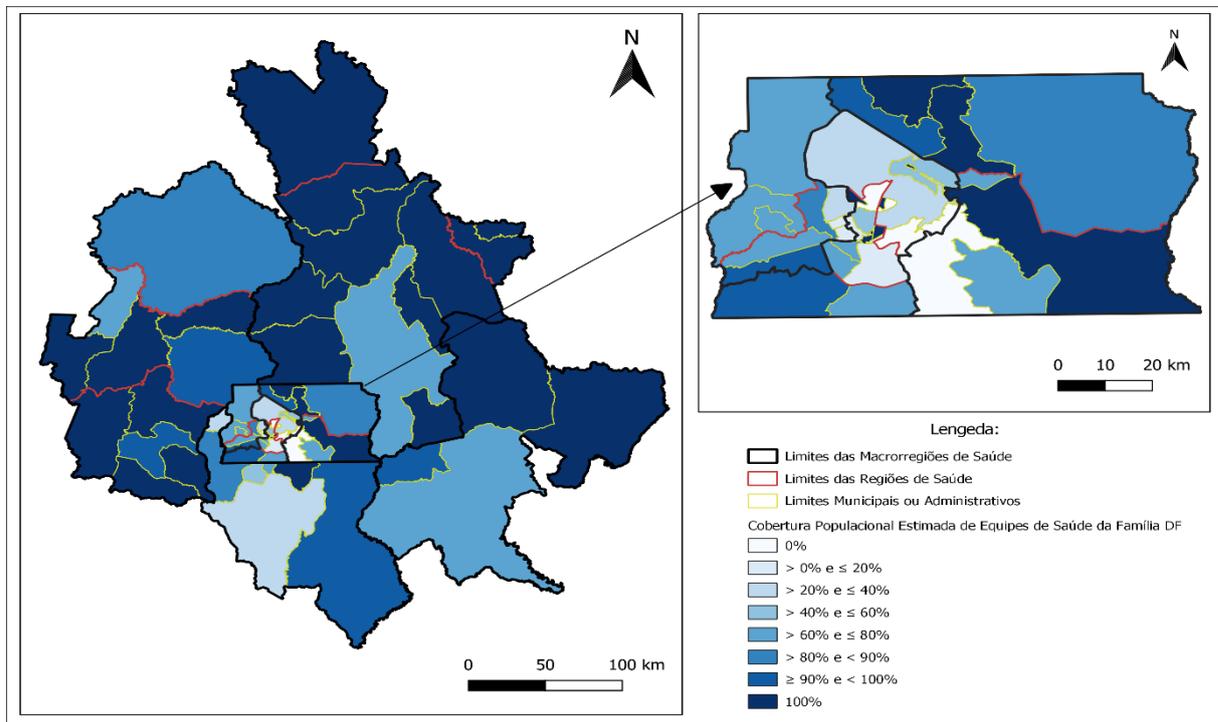
Fonte: Elaboração Própria

Quadro 16. Resultado dos testes estatísticos para a correlação aplicação da receita própria em saúde e cobertura estimada de equipes de saúde da família, 2013 a 2019

Teste Estatístico	Resultado
Kolmogorov-Smirnov	D = 0.92857
	p-value < 0.00000000000000022
Pearson	t = -1.6515
	df = 236
	p-value = 0.09997
	Intervalo de Confiança de 95%: -0.23090979 a 0.02055472
	Correlação Estimada: -0.1068865

Fonte: Elaboração Própria

Mapa 3. Cobertura estimada de equipes de saúde da família nos municípios e no distrito o quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020*



Fonte: Elaboração Própria a partir das informações do CNES referente a competência de outubro de 2020

*Os limites das RAs Arniqueira e Sol Nascente/Pôr do Sol foram mantidos apenas para reconhecer a existência deles, pois o cálculo de cobertura considera a população estimada de 2019.

Brevemente, ressalta-se que, além do DF, outros 10 entes apresentaram valores diferentes quando se comparou os dados de cobertura estimada de eSF de 2020 presentes na tabela 5 com os observados no mapa 3, sendo eles: Águas Lindas de Goiás (GO), Cabeceiras (GO), Cristalina (GO), Formosa (GO), Goianésia (GO), Luziânia (GO), Padre Bernardo (GO), Planaltina (GO), Unai (MG) e Valparaíso de Goiás (GO)²⁸. Embora haja essa diferença, é possível ter noção da capacidade instalada de equipes que há nos entes da região do estudo.

Posto isso, observa-se que o DF possui uma considerável heterogeneidade em seu território no que diz respeito a cobertura estimada de eSF (mapa 3). Assim, das 31 RAs que foi possível realizar o cálculo, somente oito apresentam 100,0% de cobertura, com algumas não

²⁸Os valores para referentes a competência de outubro de 2020 no CNES são: 29,2%, para Águas Lindas de Goiás (GO); 100,0%, para Cabeceiras (GO); 93,6%, para Cristalina (GO); 66,9%, para o DF; 70,9%, para Formosa (GO); 100,0%, para Goianésia (GO); 33,1%, para Luziânia (GO); 91,8%, para Padre Bernardo (GO); 100,0%, para Planaltina (GO); 63,3%, para Unai (MG); e 75,8%, para Valparaíso de Goiás (GO).

possuindo cobertura estimada de eSF, fato que não é observado em nenhum dos 33 municípios de Goiás e de Minas Gerais que compõem a RIDE/DF.

Acerca do quantitativo de médicos que atendem SUS, observa-se, na tabela 6, que o DF é o ente com maior número de médicos para cada 1.000 habitantes, cerca de 2,5, sendo, inclusive, o único a superar o valor total da região, de 1,9. Destaca-se, ainda, que somente este ente e o município de Barro Alto (GO) possuem a especialidade de anestesiologia. No que diz respeito à especialidade clínico geral, sete municípios, todos de Goiás, apresentam um quantitativo superior ao do DF, assim como também superior à taxa encontrada para a região.

Tabela 6. Quantitativo de profissionais médicos que atendem SUS por habitante, especialidade e município e distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020

Municípios/Distrito	Especialidades Médicas (n)						Total
	Anestesi- ologista	Clínico Geral*	Ginecologista /Obstetra	Médico de Família**	Pedia- tra	Outras ***	
Abadiânia (GO)	0,0	0,7	0,0	0,1	0,0	0,1	1,0
Água Fria de Goiás (GO)	0,0	0,9	0,2	0,0	0,2	0,7	1,9
Águas Lindas de Goiás (GO)	0,0	0,5	0,0	0,1	0,0	0,3	0,8
Alexânia (GO)	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,9
Alto Paraíso de Goiás (GO)	0,0	0,7	0,0	0,4	0,0	0,3	1,3
Alvorada do Norte (GO)	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,6
Arinos (MG)	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,6
Barro Alto (GO)	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	0,2	0,6
Buritizal (MG)	0,0	0,4	0,1	0,2	0,1	0,4	1,1
Cabeceira Grande (MG)	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3
Cabeceiras (GO)	0,0	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7
Cavalcante (GO)	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,6
Cidade Ocidental (GO)	0,0	0,5	0,0	0,4	0,0	0,2	1,2
Cocalzinho de Goiás (GO)	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,4
Corumbá de Goiás (GO)	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Cristalina (GO)	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,7
Distrito Federal (DF)	0,1	0,5	0,2	0,2	0,2	1,3	2,5
Flores de Goiás (GO)	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5
Formosa (GO)	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,1	0,8
Goianésia (GO)	0,0	0,8	0,0	0,2	0,0	0,3	1,4
Luziânia (GO)	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,7
Mimoso de Goiás (GO)	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,8
Niquelândia (GO)	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2

Continua

Continuação da Tabela 6

Novo Gama (GO)	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,5
Padre Bernardo (GO)	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2	0,8
Pirenópolis (GO)	0,0	0,6	0,0	0,2	0,1	0,1	1,0
Planaltina (GO)	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,1	0,9
Santo Antônio do Descoberto (GO)	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3
São João d'Aliança (GO)	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,4
Simolândia (GO)	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Unai (MG)	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,7
Valparaíso de Goiás (GO)	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,8
Vila Boa (GO)	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3
Vila Propício (GO)	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3
Total	0,1	0,5	0,1	0,2	0,2	0,9	1,9

Fonte: IBGE e TabNet/CNES

*Agrupamento que inclui Médicos Clínicos e Médicos Generalistas Alopatas

**Agrupamento que inclui Médicos de Família e Comunidade e Médicos da Estratégia de Saúde da Família

***Agrupamento que inclui todas as outras especialidades médicas que não foram categorizadas

Observa-se, também, na tabela 6, que o DF e o municípios de Água Fria de Goiás (GO) são os únicos a superar e alcançar a taxa de ginecologistas/obstetras e pediatras da região do estudo, respectivamente. Do agrupamento dos médicos de família, identificou-se que alguns com histórico de alta cobertura estimada de eSF não possuem nenhum médico deste agrupamento. Sobre as outras especialidades médicas, somente o DF fica acima da taxa calculada para a RIDE/DF, a qual corresponde a 0,9 médicos para cada 1.000 habitantes.

Dos profissionais de saúde não médicos de nível superior que atendem SUS, verifica-se que os profissionais das ocupações de enfermagem e de odontologia são as únicas presentes em todos os municípios e distrito do local do estudo, com a primeira sendo predominante (tabela 7). Entretanto, outras ocupações não possuem representação em alguns entes, dentre elas, as ocupações fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista.

Tabela 7. Quantitativo de profissionais não médicos de nível superior que atendem SUS por ocupação e por município e distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020

Municípios/Distrito	Ocupações Não Médicas de Nível Superior (n)					
	Enfermeiro	Fisio- terapeuta	Odontó- logo	Psicólogo	Nutri- cionista	Outras*
Abadiânia (GO)	29	5	6	5	1	10
Água Fria de Goiás (GO)	7	1	3	1	1	2
Águas Lindas de Goiás (GO)	144	35	20	20	14	48
Alexânia (GO)	25	5	10	5	5	11
Alto Paraíso de Goiás (GO)	9	3	4	2	0	2
Alvorada do Norte (GO)	10	2	3	2	1	5
Arinos (MG)	18	4	5	2	1	12
Barro Alto (GO)	20	6	5	2	1	9
Buritizópolis (MG)	33	5	11	7	1	12
Cabeceira Grande (MG)	5	3	2	1	0	1
Cabeceiras (GO)	9	1	3	1	0	3
Cavalcante (GO)	5	2	2	1	1	3
Cidade Ocidental (GO)	74	12	15	9	6	12
Cocalzinho de Goiás (GO)	25	3	6	3	1	8
Corumbá de Goiás (GO)	22	2	3	1	3	5
Cristalina (GO)	71	14	26	4	4	23
Distrito Federal (DF)	5573	1167	621	543	631	1607
Flores de Goiás (GO)	16	1	4	2	1	3
Formosa (GO)	94	24	38	19	5	36
Goianésia (GO)	73	13	36	17	6	32
Luziânia (GO)	144	24	65	35	10	66
Mimoso de Goiás (GO)	5	1	1	0	1	2
Niquelândia (GO)	24	7	21	4	1	12
Novo Gama (GO)	63	4	11	8	4	11
Padre Bernardo (GO)	23	5	17	4	2	11
Pirenópolis (GO)	31	9	7	8	4	13
Planaltina (GO)	72	7	34	7	3	28
Santo Antônio do Descoberto (GO)	45	3	14	8	3	17
São João d'Aliança (GO)	7	3	3	2	1	5
Simolândia (GO)	7	0	1	1	3	1
Unai (MG)	60	21	16	19	5	39
Valparaíso de Goiás (GO)	173	16	57	16	11	39
Vila Boa (GO)	5	0	2	0	1	3
Vila Propício (GO)	4	0	2	1	1	3
Total	6925	1408	1074	760	733	2094

Fonte: TabNet/CNES

*Agrupamento que inclui todas as outras ocupações não médicas que não foram categorizadas, pois, isoladamente, apresentaram valores inferiores aos das ocupações categorizadas.

No que diz respeito à atenção secundária, verifica-se que além do DF, somente os municípios de Cristalina (GO), Formosa (GO), Luziânia (GO), Planaltina (GO) e Valparaíso de Goiás (GO) possuem algum estabelecimento do tipo Pronto Atendimento de urgência no âmbito do SUS (tabela 8). Além disso, ainda na tabela 8, observa-se que o município do Novo Gama (GO) é o único que não possui estabelecimento de saúde que oferece SADT no âmbito do SUS e que alguns entes não possuem CAPS.

Tabela 8. Quantitativo de estabelecimentos que prestam serviços especializados no SUS por tipo e por município e distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020

Municípios/Distrito	Estabelecimentos (n)		
	CAPS	SADT	Pronto Atendimento*
Abadiânia (GO)	1	3	0
Água Fria de Goiás (GO)	0	1	0
Águas Lindas de Goiás (GO)	1	8	0
Alexânia (GO)	1	5	0
Alto Paraíso de Goiás (GO)	0	4	0
Alvorada do Norte (GO)	0	5	0
Arinos (MG)	0	1	0
Barro Alto (GO)	0	3	0
Buritizal (MG)	1	3	0
Cabeceira Grande (MG)	0	2	0
Cabeceiras (GO)	0	3	0
Cavalcante (GO)	1	1	0
Cidade Ocidental (GO)	1	1	0
Cocalzinho de Goiás (GO)	1	4	0
Corumbá de Goiás (GO)	0	3	0
Cristalina (GO)	1	13	1
Distrito Federal (DF)	18	43	6
Flores de Goiás (GO)	1	2	0
Formosa (GO)	1	5	1
Goianésia (GO)	1	8	0
Luziânia (GO)	3	6	2
Mimoso de Goiás (GO)	0	2	0
Niquelândia (GO)	1	4	0
Novo Gama (GO)	1	0	0
Padre Bernardo (GO)	1	1	0
Pirenópolis (GO)	1	4	0
Planaltina (GO)	1	16	1
Santo Antônio do Descoberto (GO)	1	11	0

Continua

Continuação da Tabela 8

São João d'Aliança (GO)	1	2	0
Simolândia (GO)	0	3	0
Unaí (MG)	1	3	0
Valparaíso de Goiás (GO)	1	6	2
Vila Boa (GO)	0	3	0
Vila Propício (GO)	0	2	0
Total	41	181	13

Fonte: TabWin/CNES

*Quantitativo referente somente aos Prontos Atendimentos de urgência

Sobre o número de leitos hospitalares SUS por habitante, nota-se, no ano de 2020, que o DF não é o ente que possui o maior quantitativo na RIDE/DF, ficando esse posto para Alvorado do Norte (GO), com uma taxa de 3,7 leitos para cada 1.000 habitantes (tabela 9). Entretanto, no âmbito do Entorno Metropolitano, o DF é o que possui a maior taxa de leitos por habitante, cujo valor é de 1,7 para cada 1.000 habitantes (tabela 9). Destaca-se, também, que alguns municípios não possuem leitos, sendo eles Cabeceira Grande (MG), Mimoso do Goiás (GO), Novo Gama (GO) e Vila Propício (GO).

Tabela 9. Número de leitos hospitalares SUS por habitante dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2012 a 2020

Municípios/Distrito	Anos (n)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Abadiânia (GO)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,4
Água Fria de Goiás (GO)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,1	2,1	2,1
Águas Lindas de Goiás (GO)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,1
Alexânia (GO)	1,6	1,5	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Alto Paraíso de Goiás (GO)	5,7	2,1	2,0	1,1	1,1	2,3	2,2	2,2	2,2
Alvorada do Norte (GO)	3,9	3,8	3,8	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
Arinos (MG)	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	0,7	0,7	0,7	1,5
Barro Alto (GO)	4,3	4,1	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0
Buritizal (MG)	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
Cabeceira Grande (MG)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cabeceiras (GO)	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	1,5	1,5
Cavalcante (GO)	1,9	1,9	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	1,6	1,3
Cidade Ocidental (GO)	0,8	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Cocalzinho de Goiás (GO)	1,2	1,1	1,4	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
Corumbá de Goiás (GO)	1,4	1,4	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3

Continua

Continuação da Tabela 9

Cristalina (GO)	0,6	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7
Distrito Federal (DF)	1,9	1,8	1,8	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5	1,7
Flores de Goiás (GO)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
Formosa (GO)	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6	0,6	0,5	0,5
Goianésia (GO)	2,5	2,8	3,2	3,3	3,4	2,5	2,1	2,5	2,4
Luziânia (GO)	0,4	0,4	0,5	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Mimoso de Goiás (GO)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Niquelândia (GO)	3,4	2,7	2,0	2,0	2,0	1,3	1,3	1,3	1,3
Novo Gama (GO)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Padre Bernardo (GO)	1,0	1,2	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Pirenópolis (GO)	2,6	2,5	2,8	3,2	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
Planaltina (GO)	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0
Santo Antônio do Descoberto (GO)	1,2	1,2	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2
São João d'Aliança (GO)	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	1,9	1,9	1,8
Simolândia (GO)	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,9	2,9	2,9
Unai (MG)	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	1,1
Valparaíso de Goiás (GO)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Vila Boa (GO)	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1
Vila Propício (GO)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	1,6	1,4	1,4	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,4

Fonte: IBGE e TabWin/CNES

*Dados referentes a competência de outubro de 2020

Identificou-se uma fraca correlação positiva entre o PIB *per capita* e o quantitativo de leitos hospitalares SUS por habitante (quadro 17), embora não se tenha observado valores estatisticamente significativos entre o número de leitos e o percentual aplicado da arrecadação de receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais nas ações e serviços públicos de saúde (quadro 18).

Quadro 17. Resultado dos testes estatísticos para a correlação PIB *per capita* e quantitativo de leitos hospitalares SUS por habitante, 2012 a 2018

Teste Estatístico	Resultado
Kolmogorov-Smirnov	D = 1
	p-value < 0.00000000000000022
Pearson	t = 2.3946
	df = 236
	p-value = 0.01742
	Intervalo de Confiança de 95%: 0.0273868 a 0.2757732
	Correlação Estimada: 0.1540123

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 18. Resultado dos testes estatísticos para a correlação aplicação da receita própria em saúde e quantitativo de leitos hospitalares SUS por habitante, 2013 a 2019

Teste Estatístico	Resultado
Kolmogorov-Smirnov	D = 1
	p-value < 0.00000000000000022
Pearson	t = 0.29628
	df = 236
	p-value = 0.7673
	Intervalo de Confiança de 95%: -0.1081447 a 0.1460859
	Correlação Estimada: 0.01928229

Fonte: Elaboração Própria

Adicionalmente, observou-se uma fraca correlação positiva entre o número de leitos hospitalares SUS por habitante e a cobertura estimada de eSF (quadro 19).

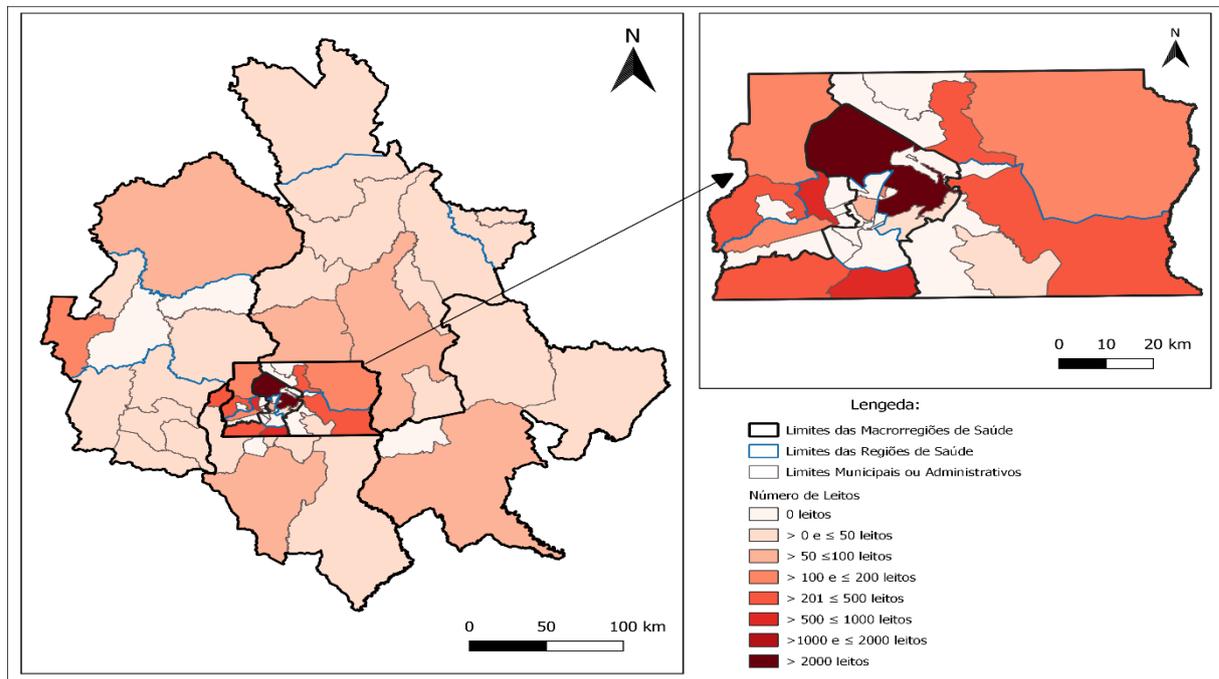
Quadro 19. Resultado dos testes estatísticos para a correlação cobertura estimada de equipes de saúde da família e quantitativo de leitos hospitalares SUS por habitante, janeiro 2012 a outubro 2020

Teste Estatístico	Resultado
Kolmogorov-Smirnov	D = 1
	p-value < 0.00000000000000022
Pearson	t = 3.8169
	df = 304
	p-value = 0.0001638
	Intervalo de Confiança de 95%: 0.1042253 a 0.3183403
	Correlação Estimada: 0.2138498

Fonte: Elaboração Própria

Por meio do mapa 4, observa-se que há uma concentração na distribuição de leitos hospitalares SUS no DF, especialmente na RA do Plano Piloto, embora algumas RAs não possuam leito. Além disso, a maioria dos entes da área geográfica do estudo possuem até 50 leitos hospitalares SUS e, dentre os municípios de Goiás e Minas Gerais, Águas Lindas de Goiás (GO) é o que possui o maior quantitativo de leitos, com cerca de 230 (tabela 10). Destaca-se que os municípios de Cabeceira Grande (MG), Mimoso de Goiás (GO), Novo Gama (GO) e Vila Propício (GO) não possuem nenhum leito.

Mapa 4. Distribuição dos leitos hospitalares SUS dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020



Fonte: Elaboração própria a partir das informações do TabWin/CNES e do CNES referente a competência de outubro de 2020

Tabela 10. Distribuição por tipo de leito hospitalar SUS nos municípios e no distrito os quais compõem a RIDE/DF, outubro de 2020

Municípios/Distrito	Tipo de Leito (n)						Hospital/ DIA	Total
	Cirúrgico	Clínico	Complementar	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialidades		
Abadiânia (GO)	0	9	0	0	0	0	0	9
Água Fria de Goiás (GO)	0	8	0	0	4	0	0	12
Águas Lindas de Goiás (GO)	11	206	0	6	7	0	0	230
Alexânia (GO)	5	15	0	7	7	0	0	34
Alto Paraíso de Goiás (GO)	0	12	0	2	3	0	0	17
Alvorada do Norte (GO)	6	13	0	7	6	0	0	32
Arinos (MG)	6	12	0	6	3	0	0	27
Barro Alto (GO)	2	10	1	6	4	0	0	23
Buritis (MG)	3	10	0	5	3	0	0	21
Cabeceira Grande (MG)	0	0	0	0	0	0	0	0
Cabeceiras (GO)	0	8	0	0	4	0	0	12
Cavalcante (GO)	0	9	0	1	3	0	0	13
Cidade Ocidental (GO)	12	13	0	5	5	0	0	35
Cocalzinho de Goiás (GO)	0	14	1	4	4	0	0	23
Corumbá de Goiás (GO)	0	12	0	0	2	0	0	14
Cristalina (GO)	4	21	3	5	8	4	0	45
Distrito Federal (DF)	1448	1420	681	633	561	419	77	5239

Continua

Continuação da Tabela 10

Flores de Goiás (GO)	0	5	0	0	2	0	0	7
Formosa (GO)	11	18	8	21	9	0	0	67
Goianésia (GO)	31	75	7	30	28	1	0	172
Luziânia (GO)	8	26	10	8	4	16	0	72
Mimoso de Goiás (GO)	0	0	0	0	0	0	0	0
Niquelândia (GO)	12	24	2	13	11	0	0	62
Novo Gama (GO)	0	0	0	0	0	0	0	0
Padre Bernardo (GO)	7	10	2	6	5	0	0	30
Pirenópolis (GO)	9	25	1	3	9	0	0	47
Planaltina (GO)	17	34	4	16	22	1	0	94
Santo Antônio do Descoberto (GO)	0	12	1	1	0	0	0	14
São João d'Aliança (GO)	0	16	0	5	5	0	0	26
Simolândia (GO)	2	10	0	3	5	0	0	20
Unai (MG)	20	32	12	17	10	0	4	95
Valparaíso de Goiás (GO)	2	7	0	9	13	1	0	32
Vila Boa (GO)	0	7	0	2	4	0	0	13
Vila Propício (GO)	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1616	2093	733	821	751	442	81	6537

Fonte: TabWin/CNES

Sobre o número de internações hospitalares SUS por habitante no DF, observa-se que os municípios que fazem parte do Entorno Metropolitano possuem, em geral, valores superiores aos de outros municípios (tabela 11). A exceção é Padre Bernardo (GO), o qual não faz parte dessa região, mas compõe a AMB e apresentou valores semelhantes aos dos municípios do Entorno Metropolitano. Salienta-se que o mesmo fenômeno foi notado no indicador proporção de internações no DF. As exceções, nesse caso, foram Planaltina (GO), o qual compõe o Entorno Metropolitano, mas apresentou o indicador inferior a 70,0%; e Padre Bernardo (GO), o qual apresentou valor superior a 70,0%.

Tabela 11. Número de internações hospitalares SUS por habitante, no DF, e proporção entre o total de internações no DF pelo total de internação no DF, no Goiás e em Minas Gerais dos municípios e do distrito os quais compõem a RIDE/DF, 2012 a 2020

Municípios/Distrito	Anos (n)										Proporção de Internações no DF (%) **
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*		
Abadiânia (GO)	0,21	0,20	0,14	0,11	0,11	0,12	0,07	0,07	0,03		3,4

Continua

Continuação da Tabela 11

Água Fria de Goiás (GO)	0,91	0,95	0,72	0,62	0,76	0,86	0,62	0,84	1,10	44,2
Águas Lindas de Goiás (GO)	2,55	3,34	3,22	2,35	2,63	3,14	3,10	3,47	2,76	79,0
Alexânia (GO)	0,13	0,24	0,31	0,27	0,21	0,19	0,16	0,23	0,15	3,0
Alto Paraíso de Goiás (GO)	1,42	1,65	1,56	1,73	1,66	2,05	1,68	2,41	1,95	46,1
Alvorada do Norte (GO)	0,99	1,17	1,06	0,70	0,49	0,21	0,39	0,45	0,28	6,1
Arinos (MG)	0,71	1,01	0,84	0,38	0,60	0,33	0,59	0,61	0,34	12,4
Barro Alto (GO)	0,03	0,04	0,05	0,07	0,06	0,04	0,03	0,04	0,01	0,9
Buritis (MG)	1,51	1,57	1,58	1,34	1,41	0,98	0,77	0,71	0,57	19,4
Cabeceira Grande (MG)	0,70	1,17	1,04	0,80	0,84	0,73	0,72	0,65	0,44	29,5
Cabeceiras (GO)	1,25	1,05	1,38	0,77	1,04	0,60	0,72	1,24	0,70	25,4
Cavalcante (GO)	0,55	0,93	1,09	0,98	0,70	0,63	0,37	0,79	0,87	18,3
Cidade Ocidental (GO)	3,78	4,13	3,85	3,43	4,06	4,43	4,45	4,68	4,10	94,9
Cocalzinho de Goiás (GO)	0,66	0,78	0,91	0,84	1,01	1,00	1,19	1,24	0,98	23,3
Corumbá de Goiás (GO)	0,11	0,12	0,02	0,04	0,09	0,08	0,01	0,17	0,08	1,9
Cristalina (GO)	1,84	1,79	1,79	1,31	1,60	1,63	1,55	1,62	1,23	38,8
Distrito Federal (DF)	5,57	5,15	4,72	4,63	4,87	5,00	5,53	6,00	4,56	99,7
Flores de Goiás (GO)	0,79	0,68	0,63	0,37	0,34	0,48	0,40	0,29	0,21	23,0
Formosa (GO)	1,34	1,66	1,30	1,13	1,21	1,15	1,03	1,21	0,70	20,6
Goianésia (GO)	0,03	0,06	0,05	0,04	0,04	0,04	0,02	0,03	0,02	0,5
Luziânia (GO)	3,63	4,26	3,59	3,40	3,89	4,08	4,41	4,43	3,76	80,9
Mimoso de Goiás (GO)	1,01	0,59	1,43	0,92	1,51	1,55	1,68	1,96	1,78	48,9
Niquelândia (GO)	0,03	0,06	0,03	0,02	0,11	0,05	0,03	0,04	0,02	1,0
Novo Gama (GO)	4,67	5,05	4,34	4,06	4,17	4,95	5,40	4,66	4,35	98,4
Padre Bernardo (GO)	2,78	3,39	3,51	3,23	3,54	3,27	3,11	3,22	2,67	70,9
Pirenópolis (GO)	0,03	0,04	0,02	0,06	0,03	0,04	0,03	0,02	0,02	0,3
Planaltina (GO)	2,45	3,09	2,97	1,96	2,13	2,03	2,01	2,32	1,83	47,9
Santo Antônio do Descoberto (GO)	3,19	3,25	2,55	2,47	3,26	2,88	2,88	3,00	2,32	79,3
São João d'Aliança (GO)	0,92	1,35	1,10	0,88	0,58	0,78	1,16	1,27	1,16	34,8
Simolândia (GO)	1,14	1,30	1,15	0,91	0,57	0,46	0,32	0,39	0,31	12,8
Unai (MG)	0,85	1,01	0,95	0,71	0,81	0,78	0,81	0,87	0,46	18,4
Valparaíso de Goiás (GO)	3,40	4,14	3,57	3,33	3,86	4,40	4,72	4,78	4,19	95,6
Vila Boa (GO)	0,87	1,35	0,95	0,96	0,69	1,08	0,93	0,89	0,51	29,6
Vila Propício (GO)	0,06	0,16	0,40	0,04	0,12	0,05	0,14	0,17	0,09	4,8
Total	4,44	4,31	3,93	3,76	4,02	4,16	4,52	4,85	3,75	84,3

Fonte: Tabwin/SIH

*Dados referentes à competência de outubro de 2020

**Proporção entre o número de internações no DF e o número de internações no DF, Goiás e Minas Gerais

Adicionalmente, identificou-se uma correlação moderada e negativa entre a distância dos municípios da região do estudo em relação ao Plano Piloto e o valor do indicador proporção de internações no DF, sendo a distância de 50 km uma linha de referência (quadro

20). As exceções a essa linha são os municípios de Padre Bernardo (GO), o qual possui o valor do indicador superior a 70,0%, embora esteja a uma distância superior a referida linha; e de Planaltina (GO), que está a uma distância inferior a 50 km, mas que possui o valor do indicador inferior a 70,0%. Observou-se, também, que há uma correlação moderada e negativa entre o número de leitos hospitalares SUS por habitante e o número de internações hospitalares SUS no DF (quadro 21).

Quadro 20. Resultado dos testes estatísticos para a correlação distância dos municípios que compõem a RIDE/DF em relação ao Plano Piloto, no DF, e a proporção entre o total internações desses municípios que ocorreram no DF e o total de internações que ocorreram no DF, no GO e em MG, janeiro 2012 a outubro 2020

Teste Estatístico	Resultado
Kolmogorov-Smirnov	D = 0.72727
	p-value = 0.00000005256
Pearson	t = -5.2667
	df = 31
	p-value = 0.00009997
	Intervalo de Confiança de 95%: -0.8337928 a -0.4500600
	Correlação Estimada: -0.6871913

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 21. Resultado dos testes estatísticos para a correlação número de internações hospitalares SUS no DF dos municípios de Goiás e Minas Gerais os quais compõem a RIDE/DF e os seus respectivos números de leitos hospitalares SUS por habitante, janeiro 2012 a outubro 2020

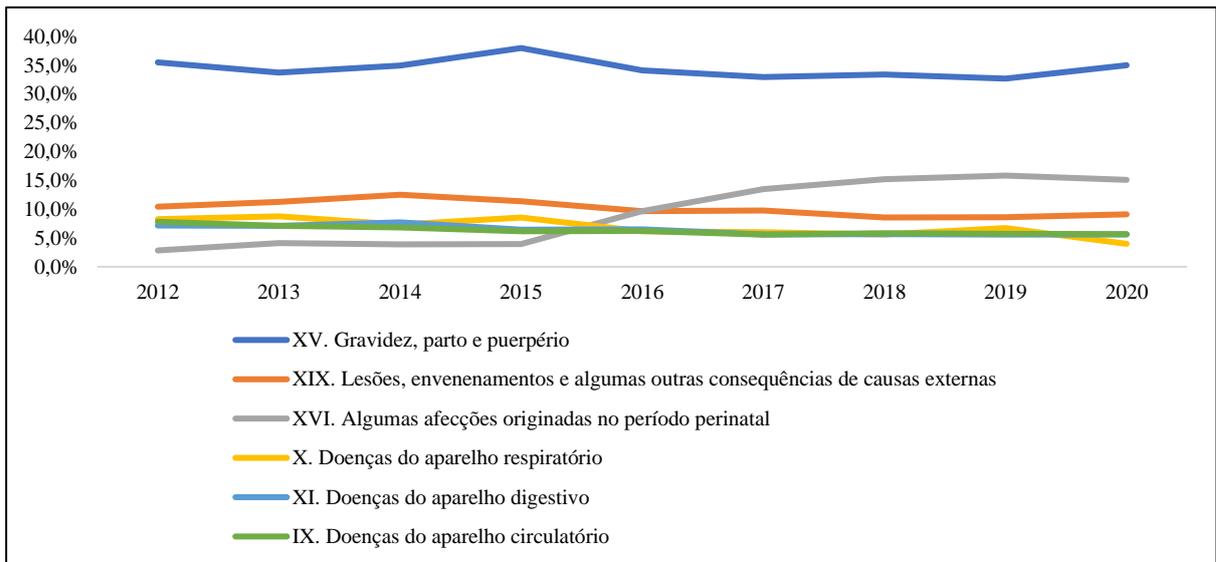
Teste Estatístico	Resultado
Kolmogorov-Smirnov	D = 0.15825
	p-value = 0.001177
Pearson	t = -8.0501
	df = 295
	p-value = 0.0000000000002048
	Intervalo de Confiança de 95%: -0.5134082 a -0.3263450
	Correlação Estimada: -0.4243943

Fonte: Elaboração Própria

Por fim, por intermédio do gráfico 1, verifica-se os capítulos CID-10 que ultrapassaram 17.000 internações entre 2012 e 2020 dos municípios que apresentaram o valor do indicador proporção de internações no DF superior a 70,0%. Nota-se que o Capítulo XV – Parto, gravidez e puerpério – foi predominante e teve poucas alterações. Além disso, observa-se que a partir de 2015, o Capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal –

aumentou, mantendo-se, desde 2017, a posição de segundo maior motivo de internação entre esses municípios no DF.

Gráfico 1. Proporção de internações hospitalares SUS por capítulo CID-10 municípios de Águas Lindas de Goiás (GO), Cidade Ocidental (GO), Luziânia (GO), Novo Gama (GO), Padre Bernardo (GO), Santo Antônio do Descoberto (GO) e Valparaíso de Goiás (GO) no DF, 2012 a 2020*



Fonte: TabWin/SIH

*Dados até outubro de 2020

No que tange aos dados relacionados ao 3º Ciclo do PMAQ, observa-se a distribuição da amostra de 422 eSF que atuam na RIDE/DF, bem como a distribuição dos 1.660 usuários que utilizam os serviços de saúde nessa região (tabela 12). Destaca-se que embora o DF seja o ente com maior quantitativo populacional, somente 138 eSF (32,7%) e 528 usuários (31,8%) fazem parte desta localidade (tabela 12).

Tabela 12. Distribuição das equipes de saúde da família e dos usuários que participaram do 3º Ciclo do PMAQ por município e distrito os quais compõem a RIDE/DF

Municípios/Distrito	Equipes de Saúde da Família		Usuários Entrevistados	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Abadiânia (GO)	4	0,9	16	1,0
Água Fria de Goiás (GO)	2	0,5	8	0,5
Águas Lindas de Goiás (GO)	18	4,3	72	4,3
Alexânia (GO)	6	1,4	24	1,4

Continua

Continuação da Tabela 12

Alto Paraíso de Goiás (GO)	3	0,7	12	0,7
Alvorada do Norte (GO)	4	0,9	16	1,0
Arinos (MG)	6	1,4	27	1,6
Barro Alto (GO)	2	0,5	9	0,5
Buritis (MG)	8	1,9	33	2,0
Cabeceira Grande (MG)	1	0,2	4	0,2
Cabeceiras (GO)	2	0,5	8	0,5
Cavalcante (GO)	3	0,7	8	0,5
Cidade Ocidental (GO)	19	4,5	76	4,6
Cocalzinho de Goiás (GO)	5	1,2	20	1,2
Corumbá de Goiás (GO)	3	0,7	12	0,7
Cristalina (GO)	12	2,8	48	2,9
Distrito Federal (DF)	138	32,7	528	31,8
Flores de Goiás (GO)	4	0,9	16	1,0
Formosa (GO)	19	4,5	80	4,8
Goianésia (GO)	12	2,8	48	2,9
Luziânia (GO)	19	4,5	73	4,4
Mimoso de Goiás (GO)	1	0,2	4	0,2
Niquelândia (GO)	11	2,6	36	2,2
Novo Gama (GO)	14	3,3	56	3,4
Padre Bernardo (GO)	9	2,1	37	2,2
Pirenópolis (GO)	7	1,7	29	1,7
Planaltina (GO)	26	6,2	105	6,3
Santo Antônio do Descoberto (GO)	18	4,3	73	4,4
São João d'Aliança (GO)	4	0,9	16	1,0
Simolândia (GO)	2	0,5	8	0,5
Unaí (MG)	9	2,1	36	2,2
Valparaíso de Goiás (GO)	27	6,4	106	6,4
Vila Boa (GO)	2	0,5	8	0,5
Vila Propício (GO)	2	0,5	8	0,5
Total	422	100,0	1660	100,0

Fonte: Ministério da Saúde

Por meio da tabela 13, verifica-se que a distribuição das eSF e dos usuários do DF não foi homogênea, visto que algumas RAs não tiveram representantes, por exemplo, Cruzeiro, Park Way e Setor Complementar de Industrias e Abastecimento, embora outras tenham concentração desses quantitativos, a exemplificar, Gama, Recanto das Emas e Samambaia.

Tabela 13. Distribuição das equipes de saúde da família e dos usuários que participaram do 3º Ciclo do PMAQ por região administrativa do DF

Regiões Administrativas	Equipes de Saúde da Família		Usuários Entrevistados	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Águas Claras	2	1,4	8	1,5
Arniqueira*	0	0,0	0	0,0
Brazlândia	3	2,2	13	2,5
Candangolândia	0	0,0	0	0,0
Ceilândia	12	8,7	48	9,1
Cruzeiro	0	0,0	0	0,0
Fercal	1	0,7	0	0,0
Gama	25	18,1	94	17,8
Guará	2	1,4	8	1,5
Itapoã	7	5,1	28	5,3
Jardim Botânico	0	0,0	0	0,0
Lago Norte	0	0,0	0	0,0
Lago Sul	0	0,0	0	0,0
Núcleo Bandeirante	1	0,7	4	0,8
Paranoá	5	3,6	20	3,8
Park Way	0	0,0	0	0,0
Planaltina	1	0,7	0	0,0
Plano Piloto	0	0,0	0	0,0
Pôr do Sol*	0	0,0	0	0,0
Recanto das Emas	21	15,2	76	14,4
Riacho Fundo I	2	1,4	8	1,5
Riacho Fundo II	8	5,8	36	6,8
Samambaia	25	18,1	97	18,4
Santa Maria	13	9,4	52	9,8
São Sebastião	3	2,2	12	2,3
Setor Complementar de Indústrias e Abastecimento	0	0,0	0	0,0
SIA	0	0,0	0	0,0
Sobradinho	2	1,4	8	1,5
Sobradinho II	2	1,4	8	1,5
Sudoeste/Octogonal	0	0,0	0	0,0
Taguatinga	2	1,4	8	1,5
Varjão	1	0,7	0	0,0
Vicente Pires	0	0,0	0	0,0
Total	138	100,0	528	100,0

Fonte: Ministério da Saúde

*Essas regiões administrativas não existiam quando foi realizado o 3º Ciclo do PMAQ, estando contempladas nas regiões de Águas Claras, no caso de Arniqueira, e Ceilândia, no caso de Pôr do Sol.

Observa-se, por meio da tabela 14, as respostas positivas das equipes analisadas em relação às perguntas “II.3.1 - A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou

apoiar na resolução de casos considerados complexos?", "II.10.1 - A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?", "II.10.10 - A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?", "II.11.1 - A equipe coleta exames na unidade?", "II.12.3 - Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada?" e "II.12.7 - Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?".

Tabela 14. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação às perguntas II.3.1, II.10.1, II.10.10, II.11.1, II.12.3 e II.12.7 do PMAQ, n = 422

Municípios/Distrito	II.3.1		II.10.1		II.10.10		II.11.1		II.12.3		II.12.7	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Abadiânia (GO)	4	0,9	4	0,9	4	0,9	2	0,5	3	0,7	4	0,9
Água Fria de Goiás (GO)	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5
Águas Lindas de Goiás (GO)	18	4,3	18	4,3	9	2,1	10	2,4	10	2,4	18	4,3
Alexânia (GO)	6	1,4	6	1,4	6	1,4	5	1,2	6	1,4	6	1,4
Alto Paraíso de Goiás (GO)	2	0,5	3	0,7	3	0,7	1	0,2	3	0,7	3	0,7
Alvorada do Norte (GO)	4	0,9	4	0,9	4	0,9	3	0,7	3	0,7	4	0,9
Arinos (MG)	6	1,4	6	1,4	6	1,4	0	0,0	5	1,2	6	1,4
Barro Alto (GO)	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	1	0,2	2	0,5
Buritizal (MG)	8	1,9	8	1,9	8	1,9	7	1,7	8	1,9	8	1,9
Cabeceira Grande (MG)	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cabeceiras (GO)	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5
Cavalcante (GO)	2	0,5	3	0,7	3	0,7	3	0,7	0	0,0	3	0,7
Cidade Ocidental (GO)	19	4,5	19	4,5	19	4,5	14	3,3	17	4,0	19	4,5
Cocalzinho de Goiás (GO)	5	1,2	5	1,2	5	1,2	4	0,9	5	1,2	5	1,2
Corumbá de Goiás (GO)	3	0,7	3	0,7	3	0,7	3	0,7	3	0,7	3	0,7
Cristalina (GO)	12	2,8	12	2,8	12	2,8	12	2,8	12	2,8	12	2,8
Distrito Federal (DF)	91	21,6	129	30,6	88	20,9	98	23,2	58	13,7	111	26,3
Flores de Goiás (GO)	4	0,9	4	0,9	4	0,9	2	0,5	4	0,9	4	0,9
Formosa (GO)	19	4,5	19	4,5	19	4,5	10	2,4	17	4,0	19	4,5
Goianésia (GO)	12	2,8	12	2,8	10	2,4	11	2,6	9	2,1	10	2,4
Luziânia (GO)	18	4,3	19	4,5	14	3,3	11	2,6	18	4,3	19	4,5
Mimoso de Goiás (GO)	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niquelândia (GO)	9	2,1	9	2,1	9	2,1	7	1,7	9	2,1	9	2,1
Novo Gama (GO)	13	3,1	13	3,1	10	2,4	7	1,7	10	2,4	14	3,3
Padre Bernardo (GO)	8	1,9	9	2,1	9	2,1	3	0,7	8	1,9	5	1,2
Pirenópolis (GO)	7	1,7	7	1,7	7	1,7	4	0,9	6	1,4	7	1,7
Planaltina (GO)	22	5,2	26	6,2	24	5,7	13	3,1	17	4,0	18	4,3
Santo Antônio do Descoberto (GO)	16	3,8	18	4,3	10	2,4	12	2,8	13	3,1	18	4,3

Continua

Continuação da Tabela 14

São João d'Aliança (GO)	4	0,9	4	0,9	4	0,9	3	0,7	3	0,7	4	0,9
Simolândia (GO)	2	0,5	2	0,5	2	0,5	0	0,0	2	0,5	1	0,2
Unai (MG)	9	2,1	9	2,1	9	2,1	6	1,4	8	1,9	9	2,1
Valparaíso de Goiás (GO)	23	5,5	26	6,2	16	3,8	16	3,8	22	5,2	27	6,4
Vila Boa (GO)	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5
Vila Propício (GO)	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	1	0,2	2	0,5
Total	356	84,4	409	96,9	329	78,0	277	65,6	287	68,0	376	89,1

Fonte: Ministério da Saúde

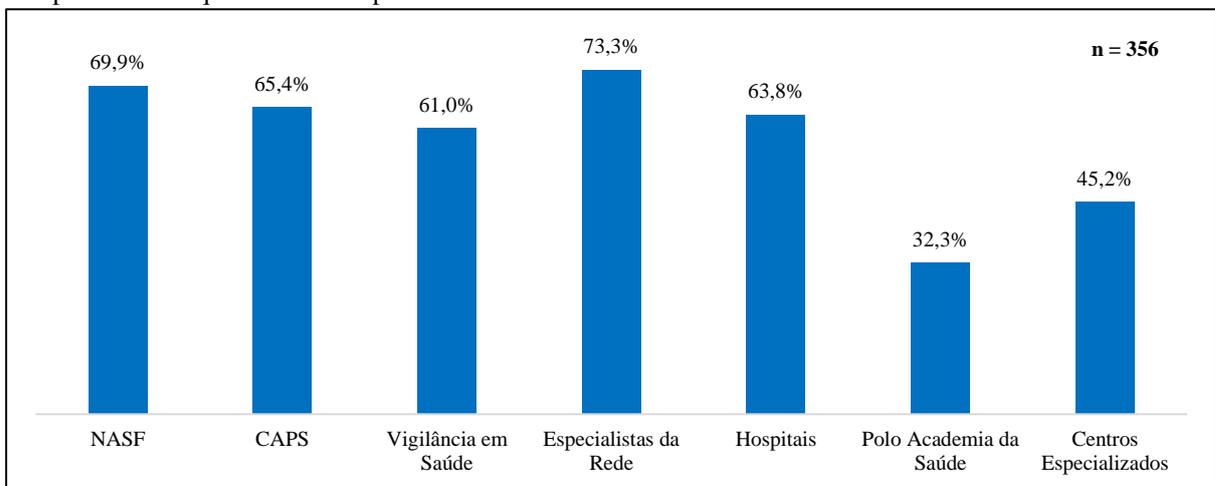
No que diz respeito ao apoio matricial para as eSF, observa-se que 356 equipes (84,4%) afirmaram que recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos (tabela 14). Contudo, todas as eSF dos municípios de Cabeceira Grande (MG) e Mimoso do Goiás (GO) negaram esse apoio. Além disso, verificou-se que 409 equipes (96,9%) realizam acolhimento a demanda espontânea (DE).

No que tange ao acesso das equipes ao serviço para remoção dos usuários quando necessário, somente 329 eSF (78,0%) confirmaram que possuem acesso a esse serviço (tabela 14). Ressalta-se que, das 82 equipes que não afirmaram ter acesso ao referido serviço, 41 eSF eram do DF, 11 de Valparaíso do Goiás (GO) e nove de Águas Lindas do Goiás (GO). Ainda, sob a óptica da oferta de serviço pelas eSF, apenas 277 equipes (65,6%) relataram fazer a coleta, sendo que todas as eSF dos municípios de Arinos (MG), Cabeceira Grande (MG), Mimoso de Goiás (GO) e Simolândia (GO) afirmaram não fazer ela (tabela 14).

Acerca da existência de fluxos entre as equipes analisadas e a AE, somente 287 eSF (68,0%) afirmaram que ele existe, sendo que todas as equipes dos municípios de Cabeceira Grande (MG), Cavalcante (GO), Mimoso do Goiás (GO), bem como a maioria das eSF do DF relataram não ter algum fluxo com a AE (tabela 14). Por fim, acerca da existência de central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção, 376 equipes (89,1%) afirmaram que ela existe, sendo que todas as eSF de Cabeceira Grande (MG) e de Mimoso de Goiás (GO) negaram essa existência (tabela 14).

Sobre de apoio que as equipes recebem, observa-se, por meio do gráfico 2, que a maioria das eSF relataram receber apoio dos Especialistas da Rede (73,3%), dos NASFs (69,9%), dos CAPS (65,4%), dos Hospitais (63,8%) e da Vigilância em Saúde (61,0%). Contudo, a maioria das relatou não receber apoio dos Polos de Academia da Saúde e dos Centros Especializados.

Gráfico 2. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.3.2 - Os profissionais que realizam o apoio matricial são:"



Fonte: Ministério da Saúde

Sobre os NASFs, não se verificou alguma situação que tenha se sobressaído em relação às demais, embora “Melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF”, “Lidar com problemas os quais antes não lidava ou tinha dificuldade”, “Resolver as necessidades dos usuários”, e “Ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS” tenham obtido as maiores notas médias em relação às demais situações (tabela 15).

Tabela 15. Distribuição das respostas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.36.2 - Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF nas seguintes situações"

Situações	Nota Média (n)
Resolver as necessidades dos usuários	8,09
Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada	7,80

Continua

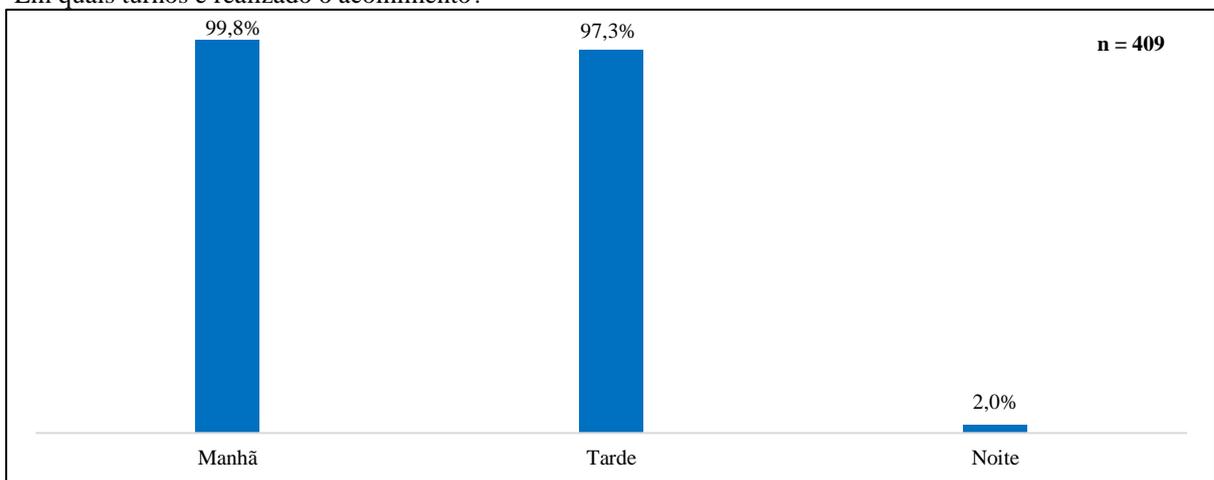
Continuação da Tabela 15

Redução da fila de espera para a atenção especializada	7,59
Qualificação dos encaminhamentos realizados	7,97
Lidar com problemas com os quais antes não lidava ou tinha dificuldade	8,12
Melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF	8,32
Mudança no perfil dos casos compartilhados entre eAB e NASF, de situações simples para complexas ou diversificadas	7,91
Melhoria dos indicadores de saúde da população do território	7,78
Ampliação do acesso da população	7,90
Ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS	8,07
Número de Equipes de Saúde da Família	247

Fonte: Ministério da Saúde

A respeito dos turnos em que há acolhimento à DE, observa-se que 99,8% das equipes estudadas que realizam esse atendimento o fazem no período matutino; 97,3%, no período vespertino; e 2,0%, no período noturno (gráfico 3).

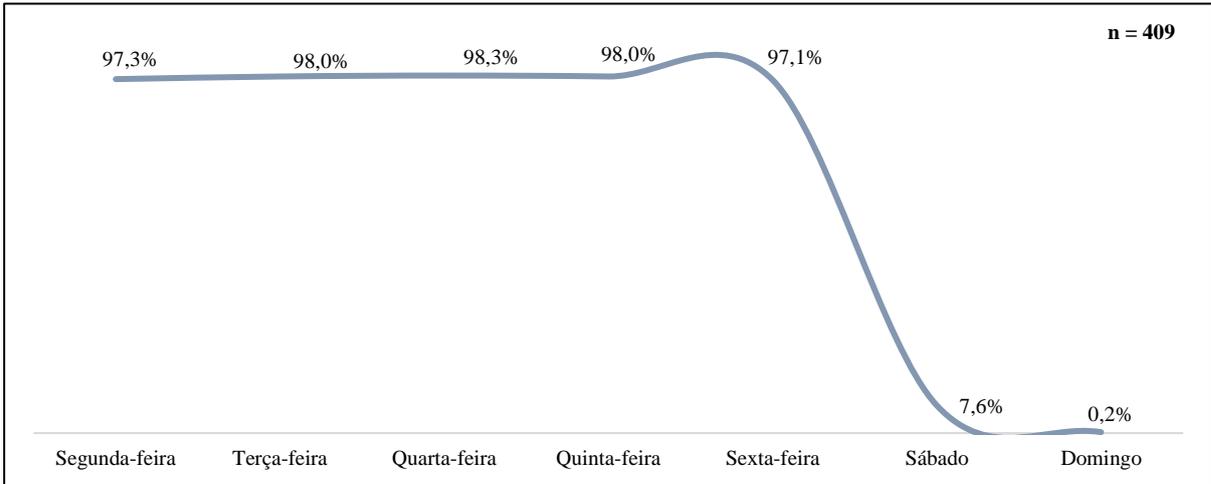
Gráfico 3. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à Pergunta "II.10.2 - Em quais turnos é realizado o acolhimento?"



Fonte: Ministério da Saúde

Além disso, por meio do gráfico 4, verifica-se os dias da semana em que ocorrem o acolhimento à DE. Deste modo, percebe-se que os atendimentos mantêm uma certa estabilidade, na faixa de 97,0% a 98,0%, de segunda-feira à sexta-feira. Entretanto, o valor começa a cair no sábado para um patamar de 7,6%, alcançando 0,2% aos domingos.

Gráfico 4. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à Pergunta "II.10.3 - Quais dias da semana acontece?".



Fonte: Ministério da Saúde

Detalhadamente, apenas o DF e os municípios de Luziânia (GO), Planaltina (GO) e Santo Antônio do Descoberto (GO) tiveram eSF que relataram fazer acolhimento à DE aos finais de semana, com o DF representando 90,3% dos atendimentos aos sábados, ainda que nenhuma eSF deste local tenha apresentado resposta positiva para o domingo (tabela 16).

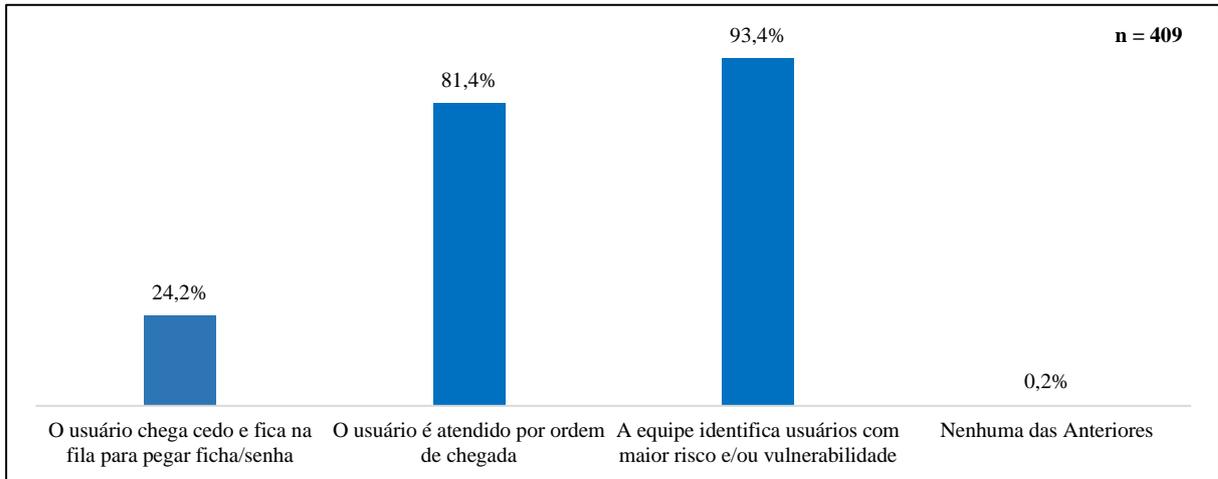
Tabela 16. Distribuição das equipes de saúde da família que atendem aos finais de semana

Municípios/Distrito	Sábado		Domingo	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Distrito Federal (DF)	28	90,3	0	0,0
Luziânia (GO)	1	3,2	0	0,0
Planaltina (GO)	1	3,2	1	100,0
Santo Antônio do Descoberto (GO)	1	3,2	0	0,0
Total	31	100,0	1	100

Fonte: Ministério da Saúde

No que tange à compreensão dos fluxos existentes para o acolhimento à DE, observa-se que somente 75,8% das equipes analisadas que realizam esse acolhimento relataram que o usuário não precisa chegar cedo para pegar uma senha (gráfico 5). Entretanto, ainda no gráfico 5, apesar de 93,4% das eSF afirmarem identificar o usuário com maior risco e/ou vulnerabilidade, 81,4% relataram que ele é atendido por ordem de chegada.

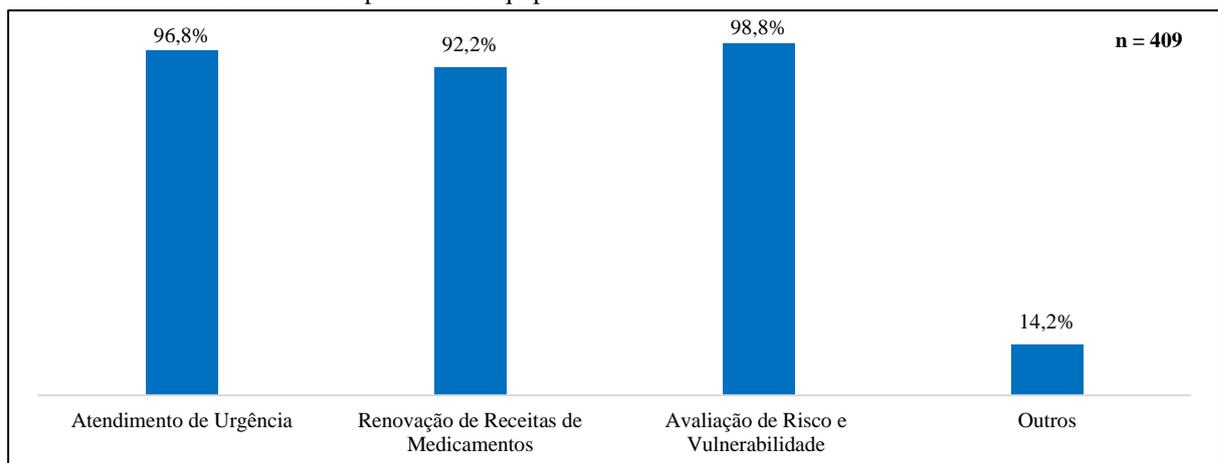
Gráfico 5. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.10.4 - Qual(is) é(são) o(s) principal(is) fluxo(s) para o acolhimento à demanda espontânea?"



Fonte: Ministério da Saúde

Para mais, acerca do que as eSF realizam no atendimento à DE, observa-se que 96,8% fazem atendimento à urgência; 92,2% realizam a renovação de receitas de medicamentos; 98,8% fazem a avaliação de risco de vulnerabilidade; e apenas 14,2% fazem outras ações que não foram citadas na pergunta (gráfico 6).

Gráfico 6. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.10.5 - No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza:"

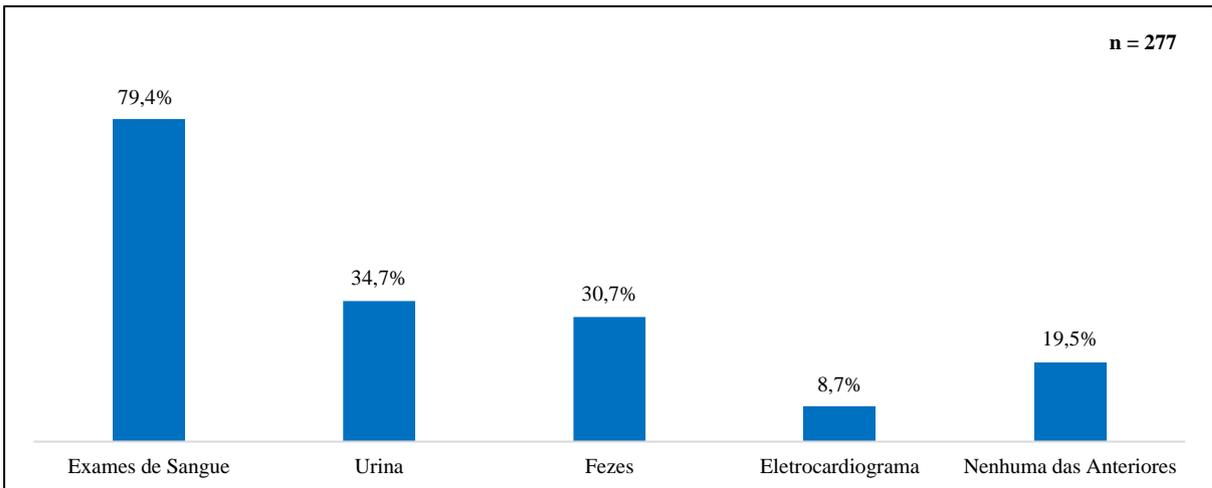


Fonte: Ministério da saúde

No que diz respeito aos exames que são coletados pelas equipes nas unidades, por meio do gráfico 7, observa-se que somente 277 afirmaram fazer a coleta na unidade, sendo

que 79,4% afirmaram coletar exames de sangue; 34,7% responderam que coletam exame de urina; 30,7% relataram que coletam exames de fezes; 8,7% afirmaram que fazem eletrocardiograma; e 19,5% responderam que não realizam nenhum dos exames citados.

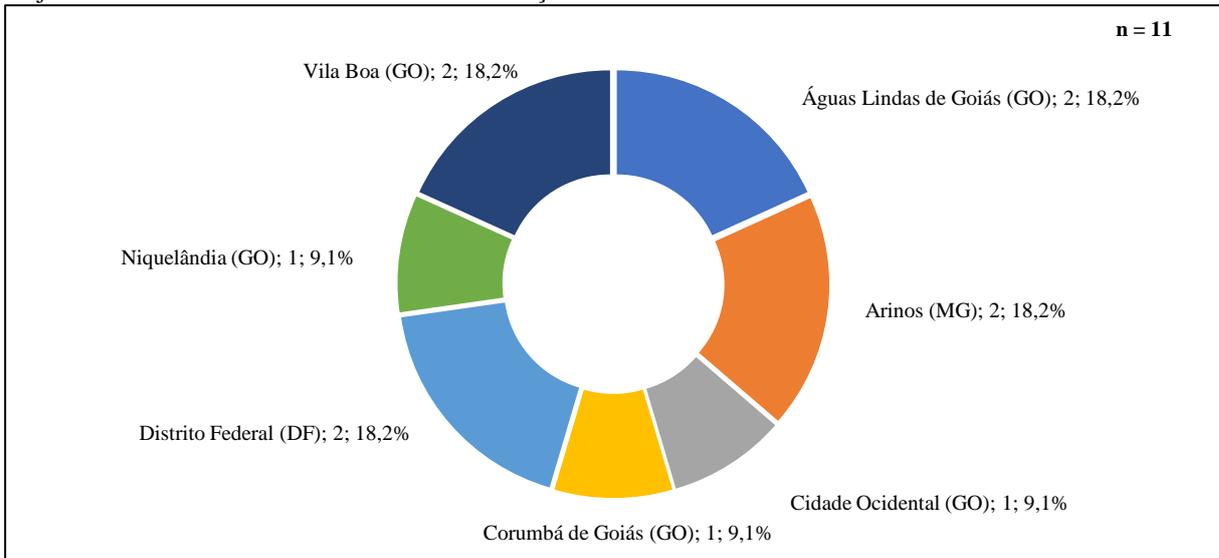
Gráfico 7. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.11.2 - Quais exames são coletados/realizados na unidade?"



Fonte: Ministério da Saúde

Dos procedimentos realizados pelas equipes investigadas, nota-se que somente 11 equipes relataram realizar drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicações injetáveis intramusculares e endovenosas e inserção do DIU (gráfico 8). Além disso, é possível observar os motivos que mais dificultam as eSF de realizarem drenagem de abscesso, sutura de ferimento, extração de unha e inserção de DIU (tabela 17). Esses procedimentos foram escolhidos, pois menos de 50,0% das eSF relataram realizar eles. Posto isto, destaca-se que infraestrutura inadequada, falta de materiais/insumos, falta de protocolos, falta de capacitação/treinamento e falta de profissional foram os principais motivos.

Gráfico 8. Distribuição das equipes de saúde da família que realizam drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicação injetáveis intramusculares e endovenosas e inserção de DIU."



Fonte: Ministério da Saúde

Tabela 17. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação às perguntas sobre os motivos que dificultam a oferta dos procedimentos drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, extração de unha e inserção de DIU, n = 411

Motivos que Dificultam a Oferta dos Procedimentos	Drenagem de Abscesso		Sutura de Ferimentos		Extração de Unha		Inserção de DIU	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Infraestrutura inadequada	201	48,9	183	44,5	172	41,8	142	34,5
Falta de Materiais/Insumos	209	50,9	244	59,4	219	53,3	192	46,7
Falta de Protocolos	138	33,6	116	28,2	124	30,2	123	29,9
Falta de Profissional (Recursos Humanos)	62	15,1	57	13,9	63	15,3	162	39,4
Falta de Demanda para o(s) Procedimento(s)	105	25,5	57	13,9	91	22,1	23	5,6
Sobrecarga de Trabalho	56	13,6	43	10,5	33	8,0	30	7,3
Medidas Restritivas de Conselho de Fiscalização de Profissão	16	3,9	19	4,6	14	3,4	23	5,6
Falta de Capacitação/Treinamento	106	25,8	77	18,7	87	21,2	184	44,8
Falta de Segurança para Realizar o Procedimento	62	15,1	43	10,5	31	7,5	55	13,4
A Equipe Não Apresenta Dificuldades em Ofertar este Procedimento	83	20,2	89	21,7	86	20,9	44	10,7
Nenhuma das Anteriores	14	3,4	12	2,9	15	3,6	41	10,0

Fonte: Ministério da Saúde

Por meio da tabela 18, verifica-se que 335 eSF (79,4%) afirmaram solicitar, durante a consulta de pré-natal, ABO RH; coombs indireto; dosagem de hemoglobina; glicemia de jejum; teste de tolerância à glicose; sorologias para HIV, sífilis, hepatite B e toxoplasmose;

exame de ultrassonografia obstétrica; sumário de urina; e urocultura. Ainda, convém destacar que nenhuma equipe dos municípios de Água Fria de Goiás (GO), Cabeceira Grande (MG) e Vila Boa (GO) relatou solicitar todos os exames supracitados e, em Unai (MG), menos da metade das eSF relatou solicitar.

Tabela 18. Distribuição das equipes de saúde da família que afirmaram solicitar, durante a consulta de pré-natal, ABO RH; coombs indireto; dosagem de hemoglobina e hematócrito; glicemia de jejum; teste de tolerância à glicose; sorologias para HIV, sífilis, hepatite B e toxoplasmose; exame de ultrassonografia obstétrica; sumário de urina e urocultura

Municípios/Distrito	Equipes de Saúde da Família Solicitantes (n)	Proporção em Relação ao Total de eSF do Ente (%)
Abadiânia (GO)	2	50,0
Água Fria de Goiás (GO)	0	0,0
Águas Lindas de Goiás (GO)	17	94,4
Alexânia (GO)	4	66,7
Alto Paraíso de Goiás (GO)	2	66,7
Alvorada do Norte (GO)	3	75,0
Arinos (MG)	6	100,0
Barro Alto (GO)	2	100,0
Buritis (MG)	4	50,0
Cabeceira Grande (MG)	0	0,0
Cabeceiras (GO)	2	100,0
Cavalcante (GO)	3	100,0
Cidade Ocidental (GO)	16	84,2
Cocalzinho de Goiás (GO)	4	80,0
Corumbá de Goiás (GO)	2	66,7
Cristalina (GO)	12	100,0
Distrito Federal (DF)	104	75,4
Flores de Goiás (GO)	4	100,0
Formosa (GO)	17	89,5
Goianésia (GO)	11	91,7
Luziânia (GO)	18	94,7
Mimoso de Goiás (GO)	1	100,0
Niquelândia (GO)	6	54,5
Novo Gama (GO)	13	92,9
Padre Bernardo (GO)	9	100,0
Pirenópolis (GO)	5	71,4
Planaltina (GO)	23	88,5
Santo Antônio do Descoberto (GO)	14	77,8
São João d'Aliança (GO)	3	75,0
Simolândia (GO)	2	100,0
Unai (MG)	3	33,3

Continua

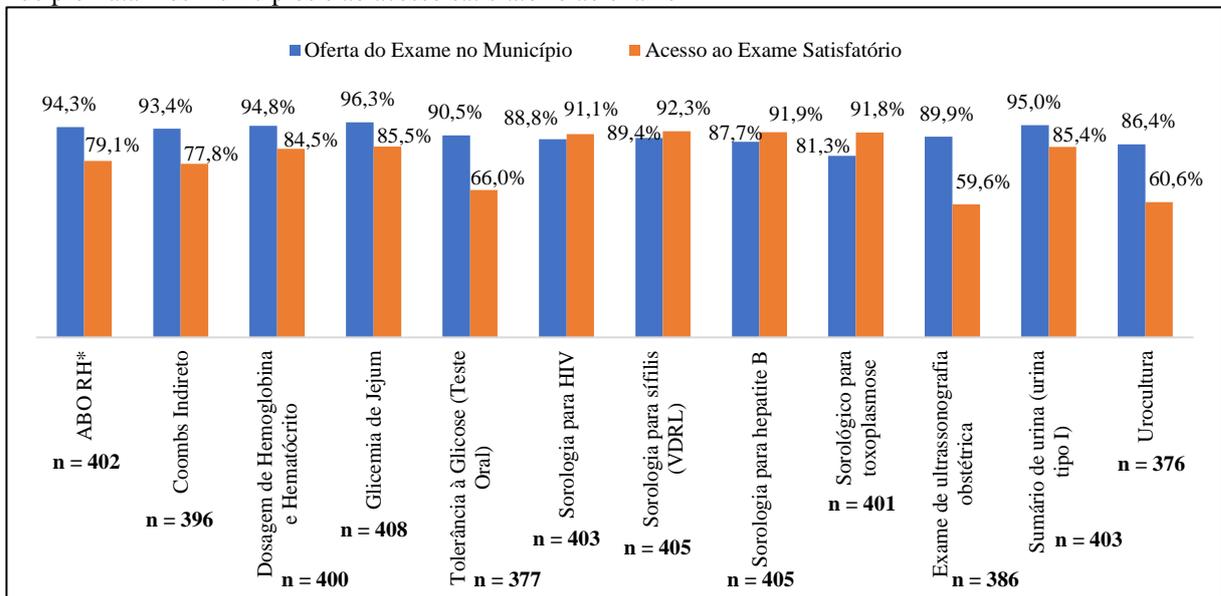
Continuação da Tabela 18

Valparaíso de Goiás (GO)	21	77,8
Vila Boa (GO)	0	0,0
Vila Propício (GO)	2	100,0
Total	335	79,4

Fonte: Ministério da Saúde

Por meio do gráfico 9, observa-se a manifestação das eSF que responderam “sim” sobre solicitar exames de pré-natal. Em tempo, ressalta-se que o “n” de cada exame é equivalente ao total de manifestações positivas do respectivo exame. Posto isto, destaca-se que a maioria das eSF relatou que os exames são ofertados nos respectivos municípios. Contudo, verifica-se também que para os exames de tolerância à glicose, ultrassonografia obstétrica e urocultura, as respostas de acesso satisfatório ao exame ficaram abaixo da média.

Gráfico 9. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família no que tange à oferta dos exames de pré-natal nos municípios e ao acesso satisfatório ao exame



Fonte: Ministério da Saúde

*Exame sanguíneo

Acerca da solicitação de exames pelas eSF os quais serão realizados nos diversos pontos da RAS, por meio da tabela 19, é possível observar a distribuição das respostas. Posto

isto, apenas dois testes apresentaram manifestação positiva das equipes inferior a 90,0%, a saber: o Ecocardiograma, com 376 respostas positivas (89,1%); e o Antibiograma, com 359 manifestações positivas (85,1%).

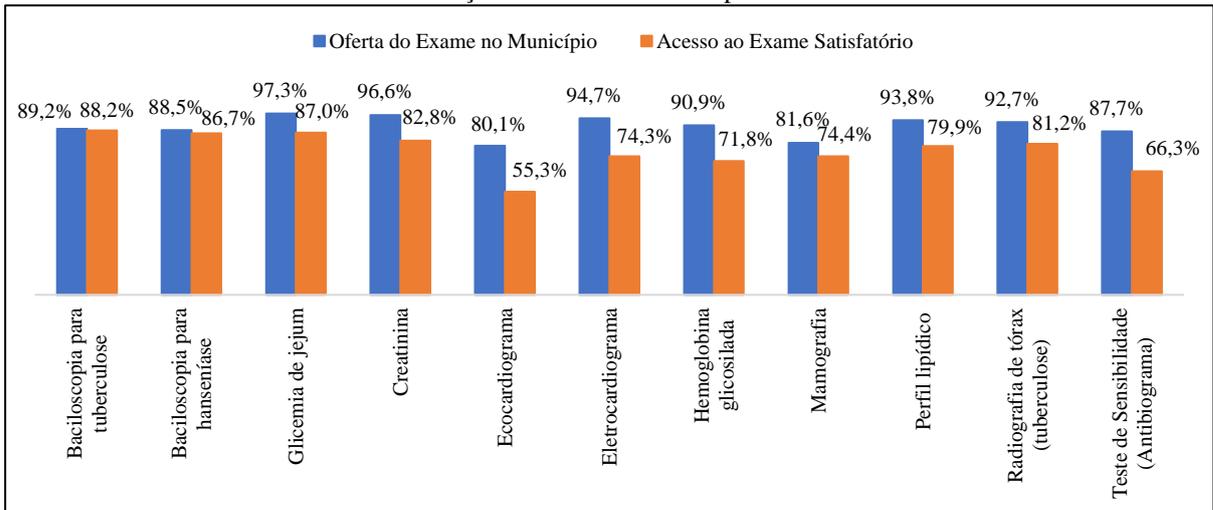
Tabela 19. Distribuição das respostas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.2 - Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?"

Exames	Respostas das Equipes de Saúde da Família							
	Sim		Não		Ausente		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Baciloscopia para tuberculose	398	94,3	13	3,1	11	2,6	422	100,0
Baciloscopia para hanseníase	390	92,4	21	5,0	11	2,6	422	100,0
Glicemia de jejum	409	96,9	2	0,5	11	2,6	422	100,0
Creatinina	407	96,4	4	0,9	11	2,6	422	100,0
Ecocardiograma	376	89,1	35	8,3	11	2,6	422	100,0
Eletrocardiograma	397	94,1	14	3,3	11	2,6	422	100,0
Hemoglobina glicosilada	386	91,5	25	5,9	11	2,6	422	100,0
Mamografia	402	95,3	9	2,1	11	2,6	422	100,0
Perfil lipídico	402	95,3	9	2,1	11	2,6	422	100,0
Radiografia de tórax (tuberculose)	398	94,3	13	3,1	11	2,6	422	100,0
Teste de Sensibilidade (Antibiograma)	359	85,1	52	12,3	11	2,6	422	100,0
Nenhuma das anteriores	1	0,2	410	97,2	11	2,6	422	100,0

Fonte: Ministério da Saúde

Além disso, verifica-se, também, que a maioria das eSF relatou que os exames são ofertados nos respectivos municípios, embora o exame de ecocardiograma foi o que menos teve respostas positivas em relação ao acesso adequado (gráfico 10). Ainda, salienta-se que o “n” de cada exame corresponde ao quantitativo de manifestações positivas do respectivo exame, as quais constam na tabela 19.

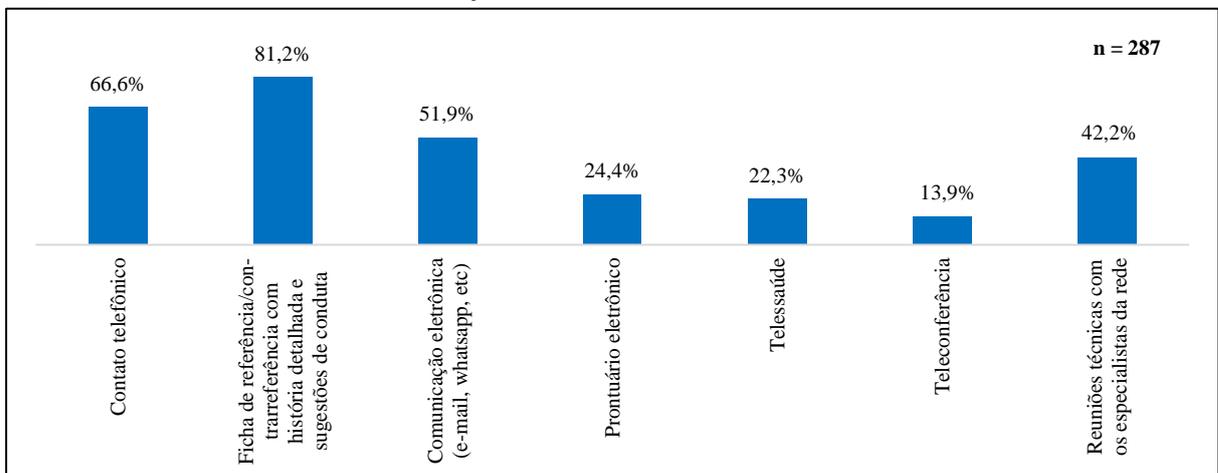
Gráfico 10. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família no que tange à oferta dos exames a serem ofertados da rede de serviços de saúde nos municípios e ao acesso satisfatório ao exame



Fonte: Ministério da Saúde

Sobre os principais meios de comunicação institucional entre as equipes analisadas e a AE, das 287 eSF que relataram que ele existe, 42,2% afirmaram que o fluxo se dá por meio de reuniões técnicas com os especialistas; 13,9% por meio de teleconferência; 22,3% por meio de telessaúde; 24,4% por meio do prontuário eletrônico; 51,9% por meio de comunicação eletrônica; 81,2% por meio de ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta; e 66,6% por meio contato telefônico (gráfico 11).

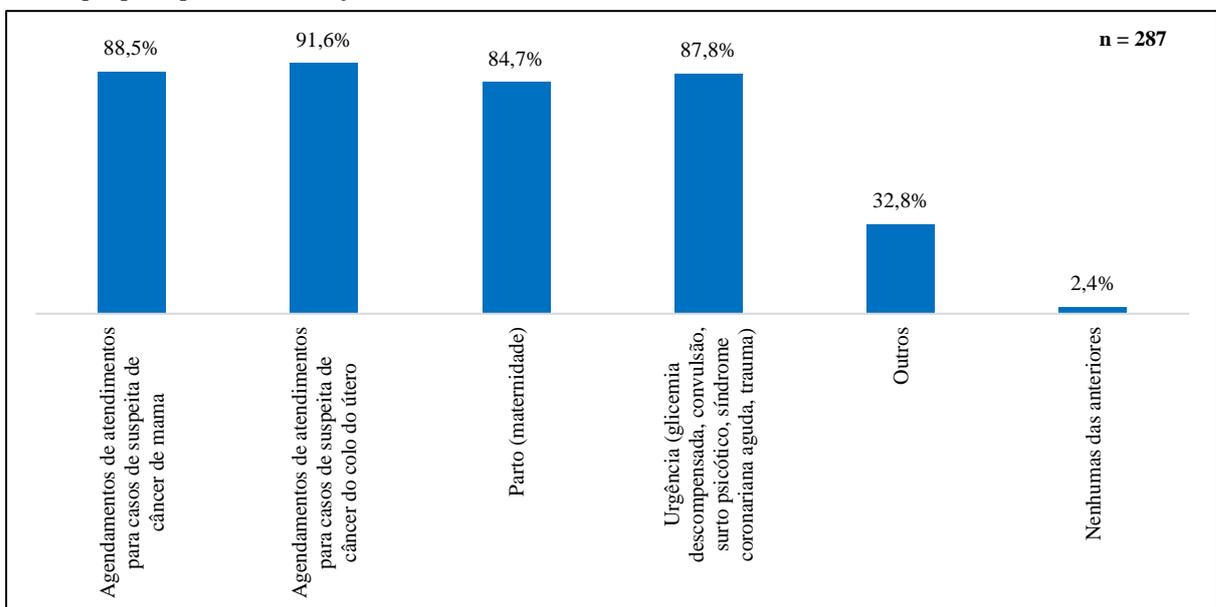
Gráfico 11. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.3 - Qual é o fluxo institucional de comunicação?"



Fonte: Ministério da Saúde

Complementarmente, por intermédio do gráfico 12, é possível observar para quais condições existem fluxos delineados para as eSF. Das 287 eSF que responderam que existe algum fluxo institucional, 88,5% afirmou que ele existe para situações de agendamentos de atendimentos para casos de câncer de mama; 91,6% para agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de colo de útero; 84,7% para parto; 87,8% para urgência; 32,8% para outras situações; e 2,4% para nenhuma das opções listadas.

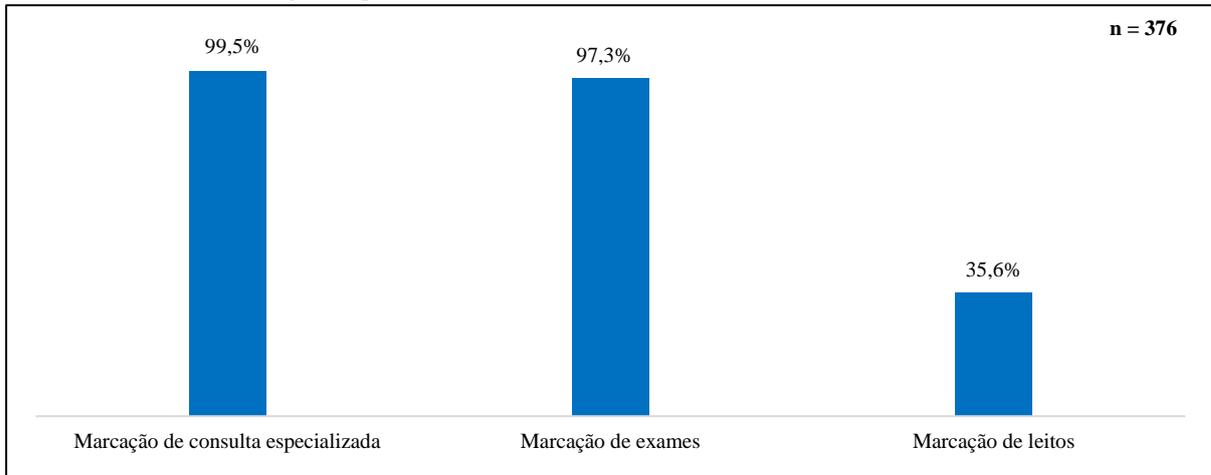
Gráfico 12. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.6 - Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos:"



Fonte: Ministério da Saúde

Acerca do detalhamento de quais centrais de marcação estão disponíveis, observa-se que 376 eSF responderam que há central de regulação, sendo que 99,5% dessas equipes relataram que ela existe para marcação de consulta especializada; 97,3% para marcação de exames; e 35,6% para marcação de leitos (gráfico 13). Ressalta-se que nenhuma equipe marcou a opção “nenhuma das anteriores”.

Gráfico 13. Distribuição das respostas positivas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.8 - Quais centrais de marcação disponíveis?"



Fonte: Ministério da Saúde

Na tabela 20, verifica-se que a forma mais utilizada para o usuário ser encaminhado é ele receber uma ficha de encaminhamento/referência e se dirigir a um serviço ou a um profissional determinado (66,8%); seguido da consulta marcada pela unidade, mas com a data informada posteriormente (40,0%); e da consulta marcada pelo próprio usuário junto a central de marcação de consultas especializadas (39,7%).

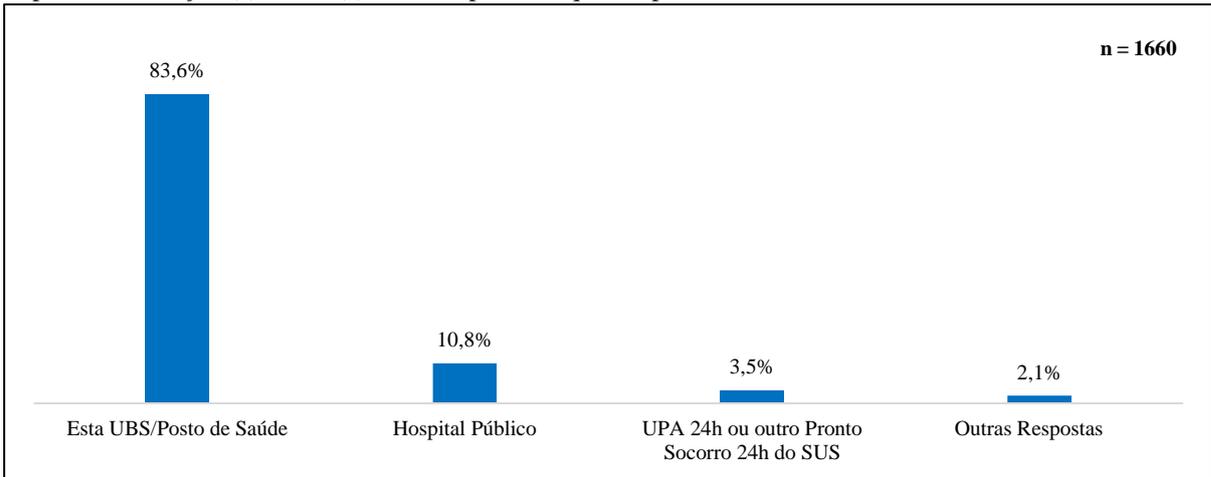
Tabela 20. Distribuição das respostas das equipes de saúde da família em relação à pergunta "II.12.9 - Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?"

Situações	Sim		Não		Ausente		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário	83	19,7	328	77,7	11	2,6	422	100,0
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário	169	40,0	242	57,3	11	2,6	422	100,0
A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas	159	37,7	252	59,7	11	2,6	422	100,0
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe	282	66,8	129	30,6	11	2,6	422	100,0
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado	58	13,7	353	83,6	11	2,6	422	100,0
Não há percurso definido	1	0,2	410	97,2	11	2,6	422	100,0

Fonte: Ministério da Saúde

Por meio do gráfico 14, observa-se que a maioria dos usuários procuram a UBS como primeiro serviço quando precisa de atendimento (83,6%); seguido do hospital público (10,8%); e da UPA ou outro pronto socorro 24h do SUS (3,5%).

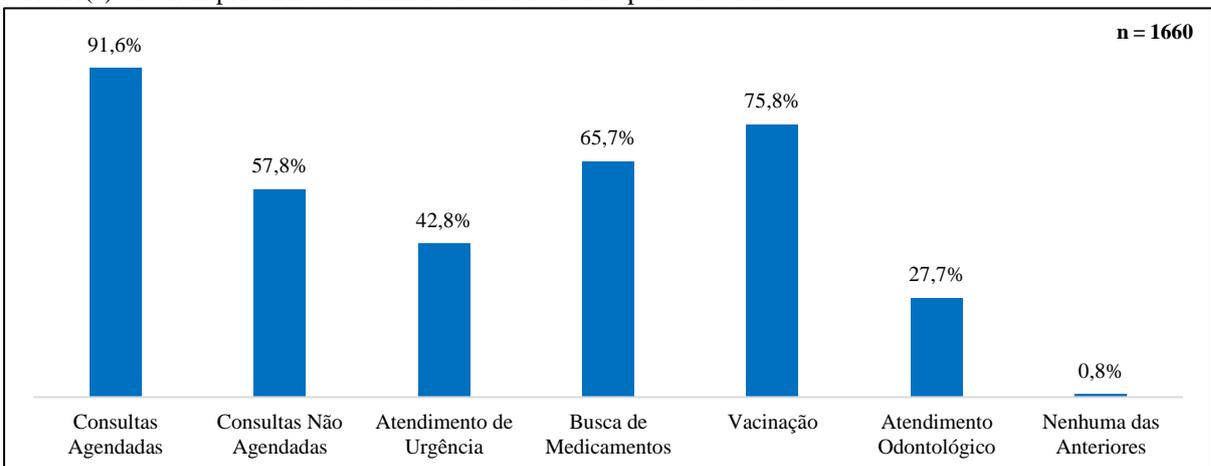
Gráfico 14. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.5.1 - Na maioria das vezes, qual o primeiro serviço o(a) senhor(a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde?"



Fonte: Ministério da Saúde

Por meio do gráfico 15, verifica-se que a consulta agendada é, na maioria das vezes, o serviço mais procurado pelos usuários (91,6%). Contudo, os atendimentos de urgência, bem como os atendimentos odontológicos são os menos frequentes (gráfico 15).

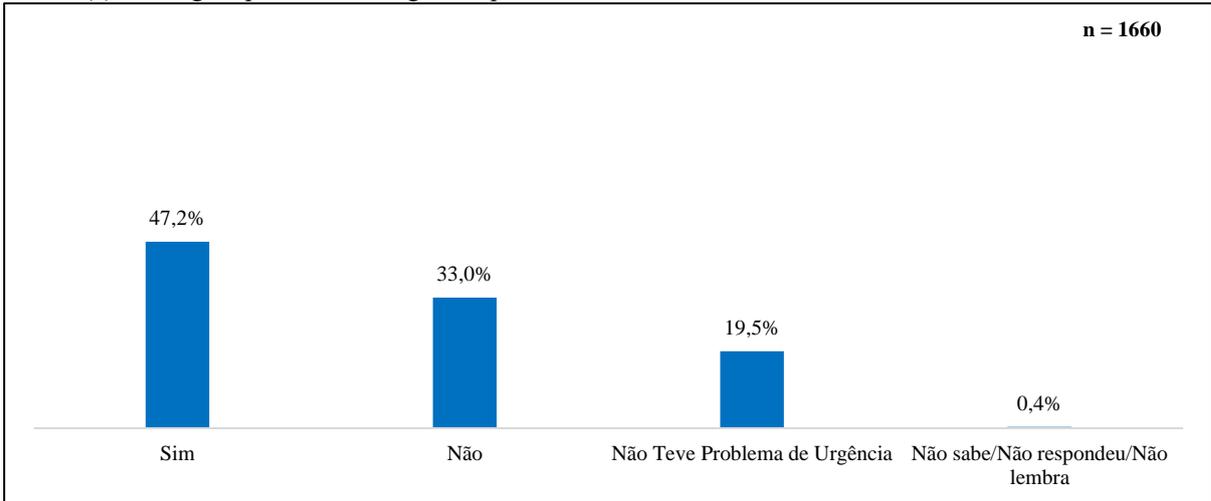
Gráfico 15. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.5.2 - Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde?"



Fonte: Ministério da Saúde

Sobre à procura da UBS na última vez em que ocorreu algum problema de urgência, 783 pessoas (47,2%) responderam sim e 548 (33,0%), não (gráfico 16). Ainda, destaca-se que em algumas localidades as respostas negativas foram maiores do que as positivas.

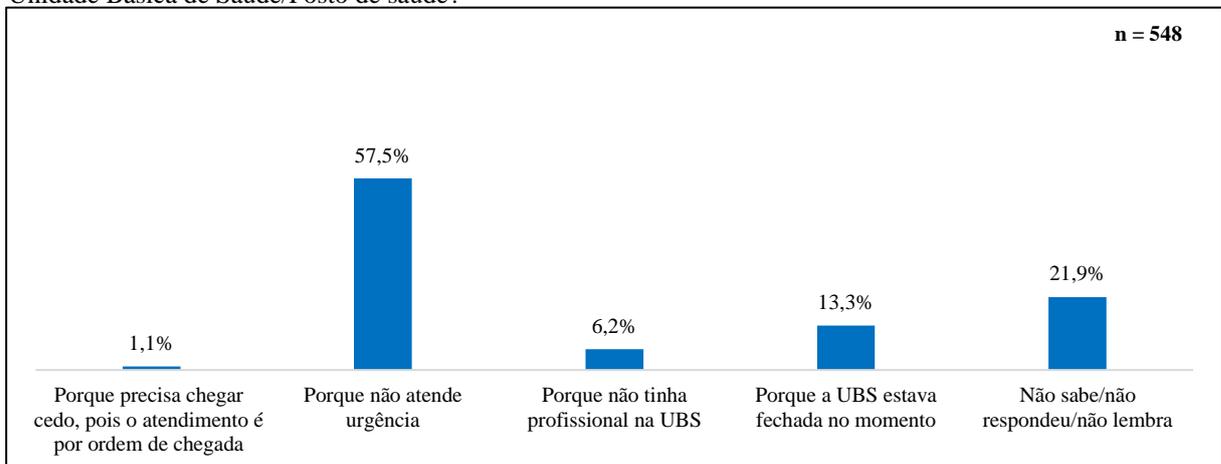
Gráfico 16. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta “III.7.1 – Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?”



Fonte: Ministério da Saúde

Ademais, por meio do gráfico 17, dos que afirmaram não terem procurado a UBS em situação de urgência, o motivo mais alegado foi que ela não atende urgência (57,5%).

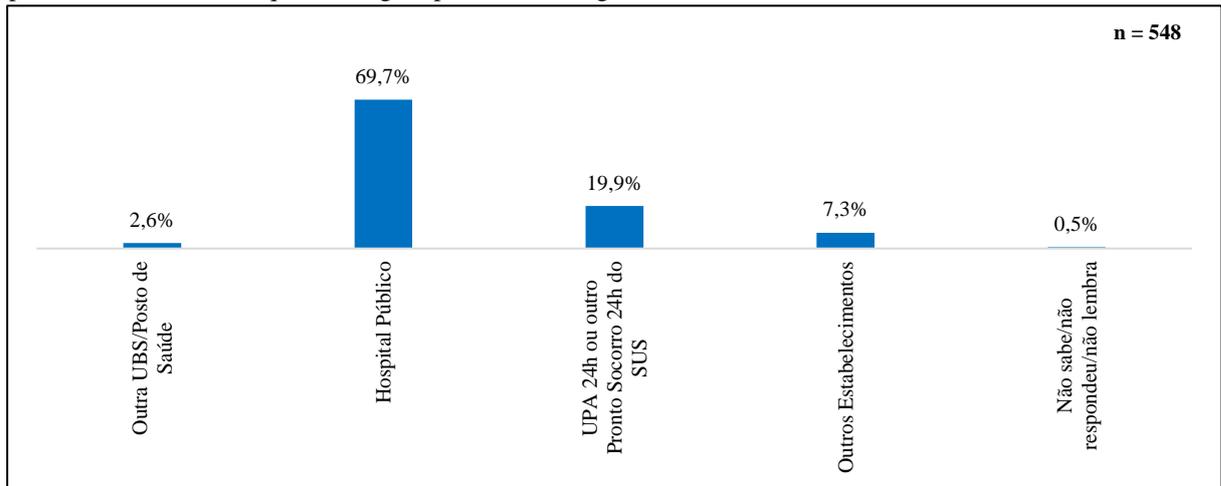
Gráfico 17. Distribuição das respostas dos usuários os quais não procuraram a UBS na última vez que tiveram algum problema de urgência em relação à Pergunta "III.7.2 - Por que motivo o(a) senhor(a) não procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?"



Fonte: Ministério da Saúde

Dos 548 usuários que não procuraram a UBS para atendimento de urgência, observa-se, no gráfico 18, que a maioria procurou o hospital público (69,7%), seguido da UPA 24h ou outro pronto socorro 24h do SUS (19,9%).

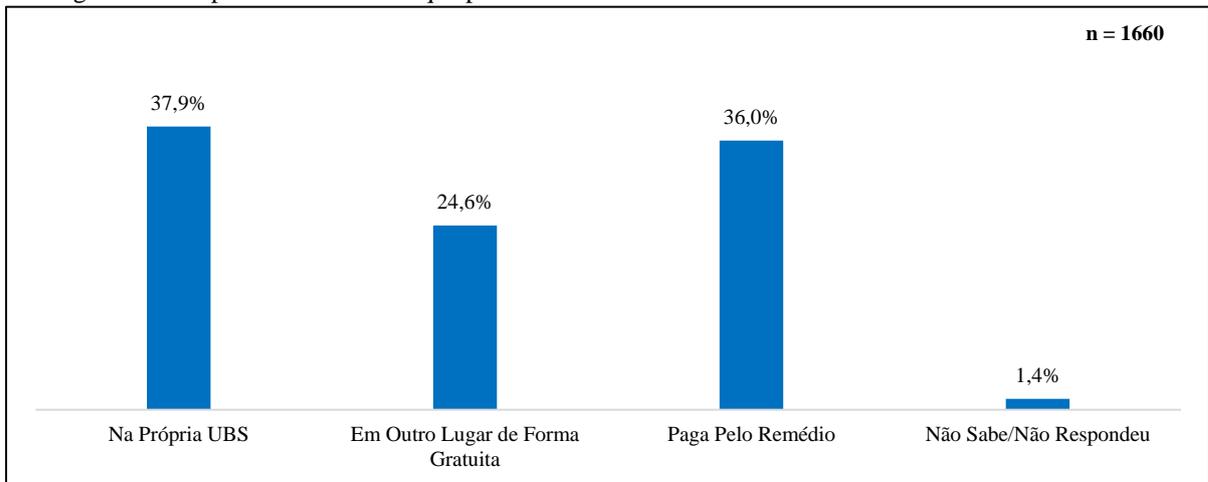
Gráfico 18. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.7.3 - Qual serviço o senhor(a) procurou da última vez que teve algum problema de urgência?"



Fonte: Ministério da Saúde

Por intermédio do gráfico 19, observa-se que a maioria dos usuários relatou pegar os medicamentos na própria unidade (37,95%), seguido daqueles que afirmaram pegá-los em outro local de maneira gratuita (24,6%) e dos que pagaram pelos medicamentos (36,0%). Em algumas localidades, o número de pessoas que pagaram pelos medicamentos superou os do que relataram tê-los pego na UBS de referência.

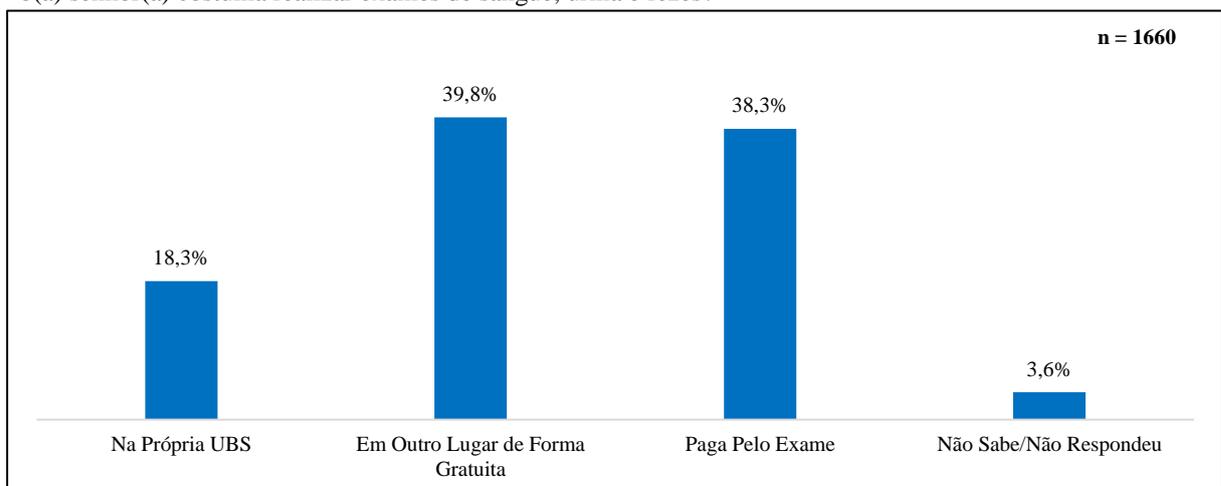
Gráfico 19. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.8.4 - Onde o(a) senhor(a) costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar?"



Fonte: Ministério da Saúde

Acerca da realização dos exames de sangue, urina e fezes, no gráfico 20, nota-se que a maioria afirmou fazê-los em outro lugar de maneira gratuita (39,8%), seguido dos que afirmaram pagar por esses exames (38,3%). Ainda, em algumas localidades o número de pessoas que afirmou pagar pelos exames superou os do que relataram realizá-los na UBS ou em outro lugar de maneira gratuita.

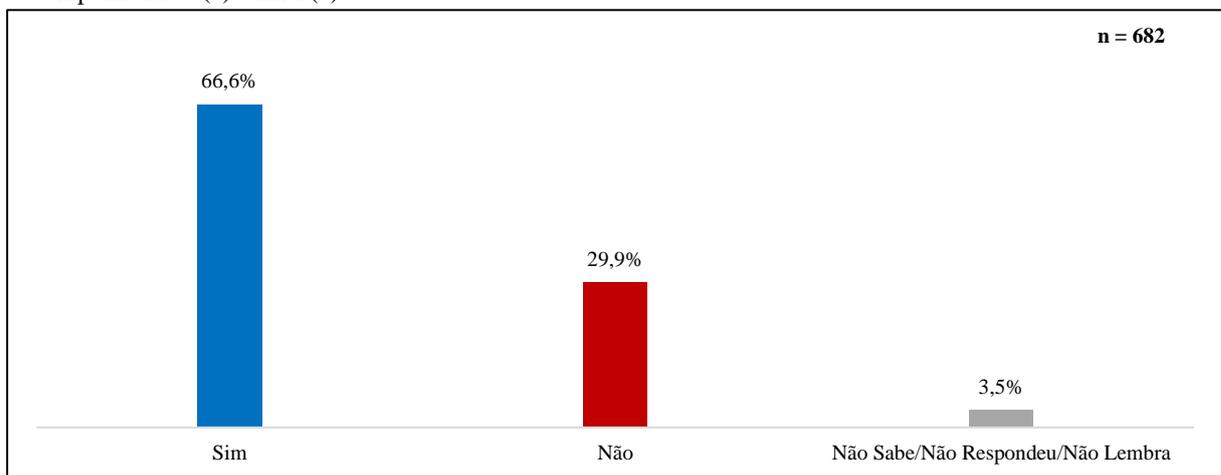
Gráfico 20. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta "III.8.5 - Na maioria das vezes, onde o(a) senhor(a) costuma realizar exames de sangue, urina e fezes?"



Fonte: Ministério da Saúde

Dos 682 usuários que disseram já terem sido encaminhados para outros serviços pelos profissionais da UBS, 454 (66,6%) afirmaram que as eSF continuaram acompanhando-os após terem sido encaminhados; 204 (29,9%), negaram que continuaram sendo acompanhados pelos profissionais das equipes; e 24 (3,5%), não souberam ou não responderam ou não lembravam (gráfico 21). Em tempo, em algumas localidades o número de pessoas que respondeu negativamente superou o quantitativo que respondeu positivamente.

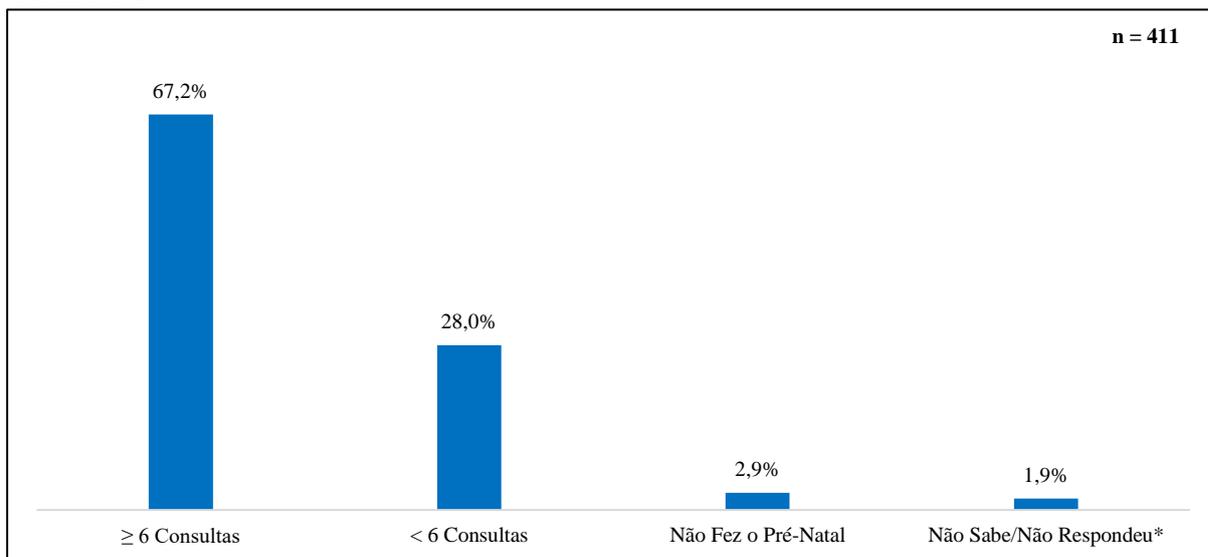
Gráfico 21. Distribuição das respostas dos usuários em relação à Pergunta "III.9.3 - Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado para outro serviço, os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde continuaram acompanhando o(a) senhor(a)?"



Fonte: Ministério da Saúde

No que diz respeito às questões relacionadas à gravidez, dos 1660 entrevistados, 411 mulheres relataram que ficaram grávidas nos últimos dois anos, mas somente 397 fizeram o pré-natal. Assim, por meio do gráfico 22, verifica-se o número de consultas de pré-natal dessas mulheres. Destaca-se que algumas mulheres relataram terem feito menos que seis consultas de pré-natal e que outras não fizeram, não sabem ou não souberam responder.

Gráfico 22. Distribuição das respostas das usuárias acerca da realização do pré-natal e de quantas consultas foram feitas

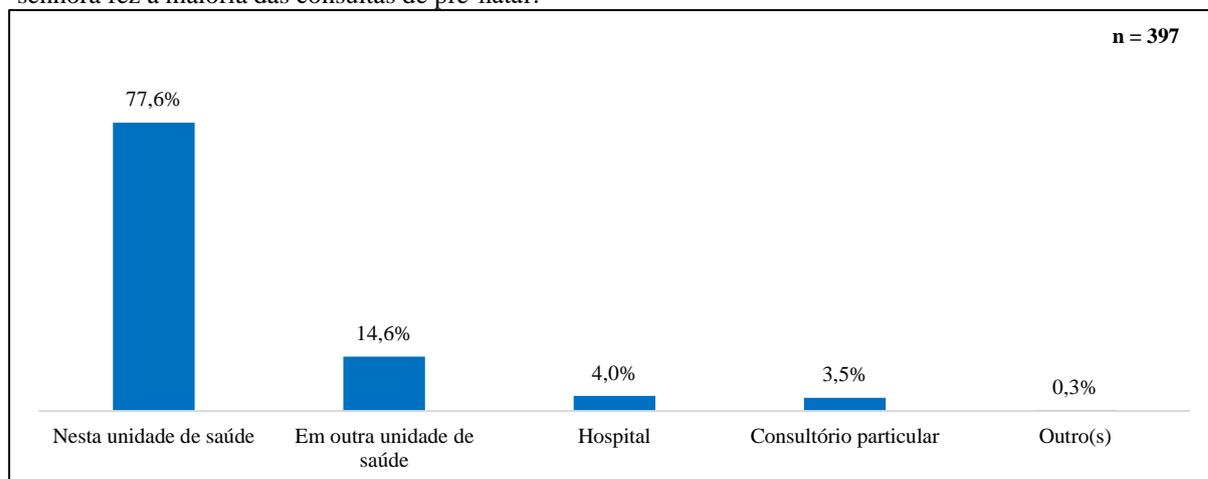


Fonte: Ministério da Saúde

*Não sabe/não respondeu se fez consulta de pré-natal ou quantas consultas de pré-natal foram feitas.

Das 397 mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal, 77,6%, realizaram as consultas na UBS de referência; 14,6%, em uma outra unidade de saúde; 4,0% no hospital; 3,5%, em um consultório particular; e 0,3%, em outro lugar (gráfico 23). Brevemente, salienta-se que não houve marcação para a opção “não sabe/não respondeu”.

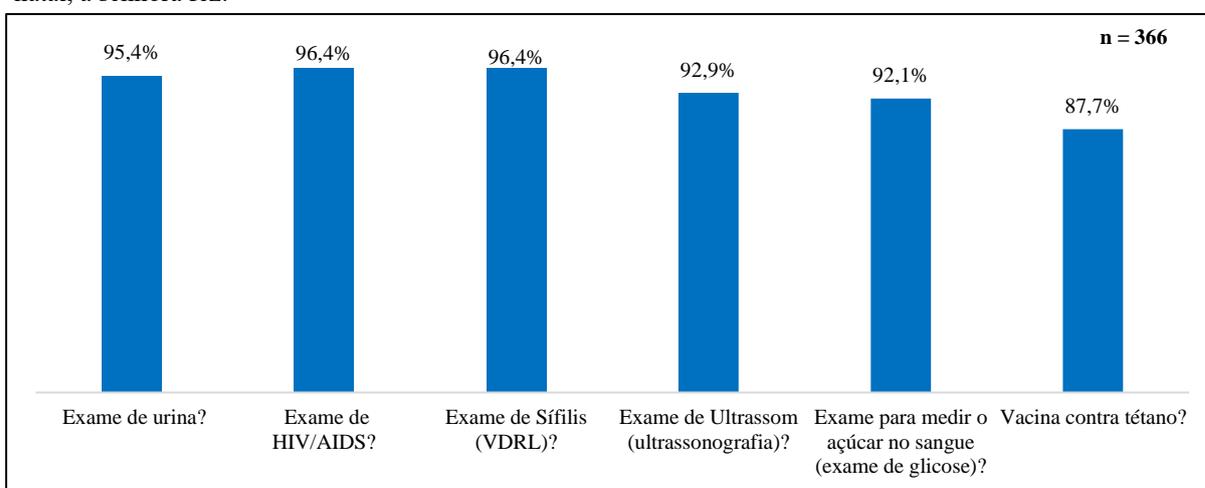
Gráfico 23. Distribuição das respostas das usuárias em relação à pergunta “III.13.4 - Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?”



Fonte: Ministério da Saúde

Das 366 mulheres que fizeram o pré-natal na UBS de referência ou em outra unidade, verifica-se, por meio do gráfico 24, que a maioria delas não teve dificuldades de acesso aos exames de urina (95,4%), HIV/AIDS (96,4%), VDRL (96,4%), ultrassonografia (92,9%), glicose (92,1%) e vacina antitetânica (87,7%). Em tempo, ressalta-se que não houve marcação para a opção “nenhuma das anteriores”.

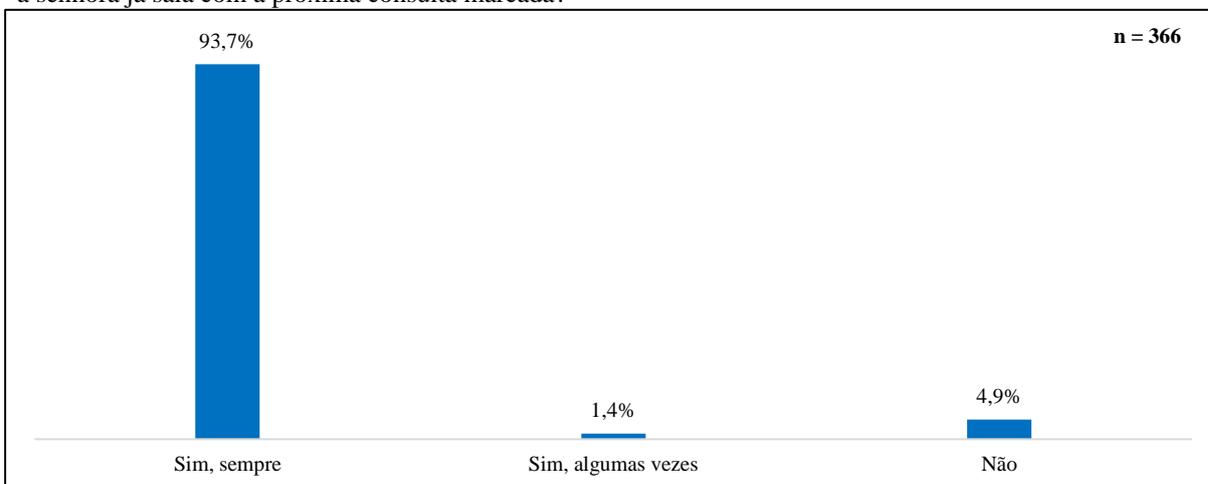
Gráfico 24. Distribuição das respostas positivas das usuárias em relação à pergunta “III.13.7 – Durante o pré-natal, a senhora fez:”



Fonte: Ministério da Saúde

Por intermédio do gráfico 25, observa-se com que frequência essas 366 mulheres saíam com a consulta de pré-natal marcada. Assim, desse total, 93,7% afirmaram que sempre saíam com a próxima consulta já marcada; 1,4% referiu sair somente algumas vezes; e 4,9% relataram que não saíam com a próxima consulta de pré-natal agendada. Destaca-se, ainda, que não houve marcação para a opção “não sabe/não respondeu”.

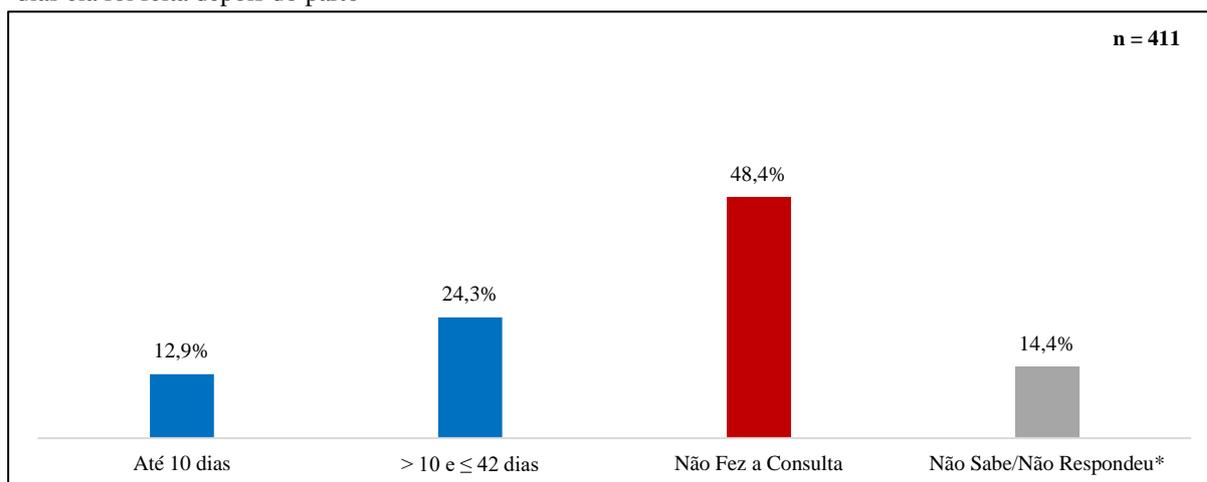
Gráfico 25. Distribuição das respostas das usuárias em relação à pergunta "III.13.10 - Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada?"



Fonte: Ministério da Saúde

Sobre a consulta de puerpério, das 411 mulheres que relataram ter engravidado, observa-se que a maioria não fez a consulta de revisão de parto (48,4%) e, das que fizeram, a maioria a fez num período maior que 10 dias e menor ou igual a 42 dias (gráfico 26).

Gráfico 26. Distribuição das respostas das usuárias acerca da realização da consulta de puerpério e em quantos dias ela foi feita depois do parto

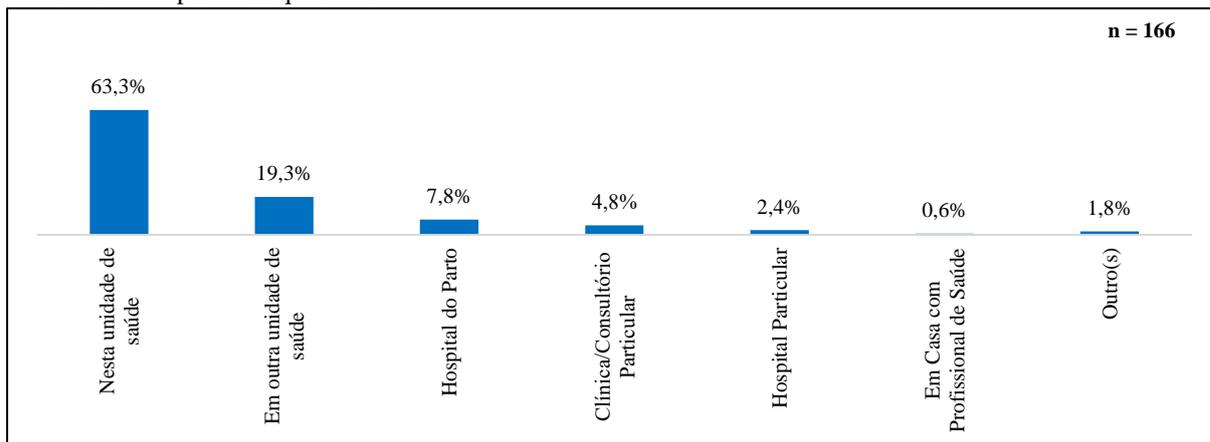


Fonte: Ministério da Saúde

*Não sabe/não respondeu se fez consulta de puerpério ou em quantos dias ela foi feita depois do parto.

Ainda, por meio do gráfico 27, nota-se que, das 166 mulheres que fizeram consulta de revisão de parto, a maioria afirmou tê-la feito na UBS de referência (63,3%). Em tempo, ressalta-se que nenhuma usuária marcou a opção “Não sabe/não respondeu”.

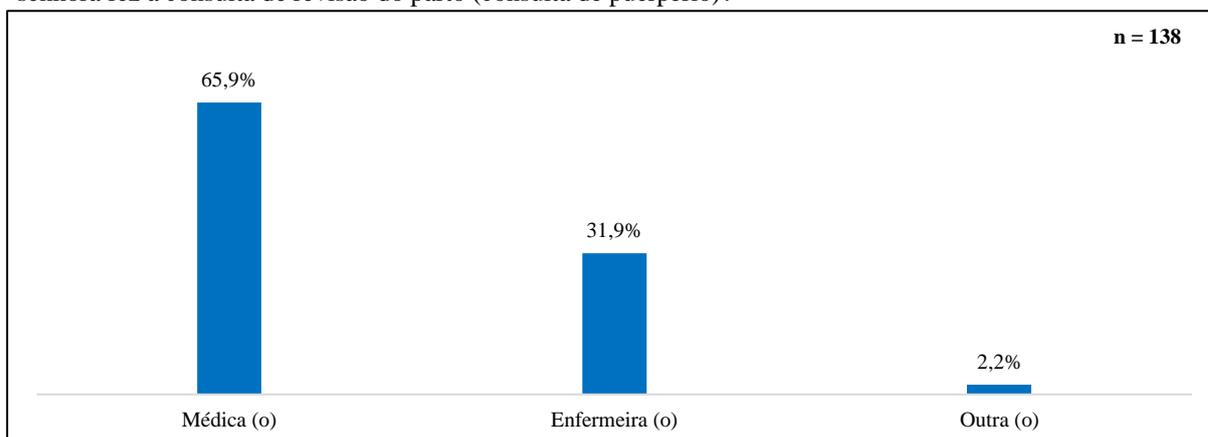
Gráfico 27. Distribuição das respostas das usuárias em relação à pergunta "III.14.3 - A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?"



Fonte: Ministério da Saúde

Por fim, das que fizeram a consulta na UBS de referência ou em outra unidade, bem como em casa com um profissional, a maioria das mulheres (54,8%) teve a consulta com profissional médico (gráfico 28). Destaca-se que, em alguns municípios, observou-se que a consulta foi feita na maioria das vezes ou somente pelo enfermeiro.

Gráfico 28. Distribuição das respostas das usuárias em relação à pergunta "III.14.4 - Com qual profissional a senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?"



Fonte: Ministério da Saúde

6. DISCUSSÃO

No Brasil, embora existam três RIDEs, a do Distrito Federal e Entorno é a única cuja conformação envolve três UFs distintas, além de ser a que possui o maior quantitativo de entes participantes (73). Essas características expõem um pouco a complexidade que é desenhar e implementar políticas públicas no âmbito da região. Sob a óptica demográfica, em 2020, a localidade apresentou uma estimativa de 4.693.793 habitantes. Porém, observou-se a heterogeneidade da composição da área geográfica: enquanto a maioria dos municípios de Goiás e Minas Gérias possuíam até 50.000 habitantes, a maioria das RAs do DF apresentaram um quantitativo populacional superior a esse valor, com algumas, inclusive, apresentando distâncias, em relação ao Plano Piloto, superiores às de alguns municípios goianos.

Um dos problemas que afetam o funcionamento sistêmico do SUS está relacionado à fragmentação assistencial dos municípios, o qual foi influenciado pelos movimentos que ocorreram no primeiro ciclo político de organização do SUS (15, 18, 21). Essa fragmentação, somada ao baixo quantitativo populacional e, geralmente, ao baixo poder de arrecadação, pode contribuir para uma prestação de serviços de saúde aquém das necessidades dos usuários (26). Uma forma de superar esses obstáculos está na conformação das regiões de saúde, visto que, nesses espaços, o cuidado deve se dar em rede, o que contribui para a melhoria do acesso ao sistema, bem como para a redução das desigualdades (2, 21, 28).

Diante do exposto, ao se observar, na RIDE/DF, que a organização das regiões de saúde está restrita aos limites das unidades federativas, ainda que exista a possibilidade de construção de regiões de saúde interestaduais (30), faz-se uma reflexão de que o cuidado nessa localidade pode estar desconectado da realidade vivida pelos indivíduos que moram na região. Estudos recentes apontam que há importantes fluxos pendulares para o DF, especialmente, dos municípios do Entorno Metropolitano (74), devendo-se considerar, ainda, que o crescimento

dos municípios que compõem esse espaço esteve relacionado diretamente ao crescimento da capital do país (60, 62).

No que tange ao aspecto econômico das localidades do estudo, observou-se que a média do PIB *per capita* do DF foi superior à média apresentada pelos demais entes que compõem a RIDE/DF. Contudo, ressalta-se que Barro Alto (GO) foi o único município a apresentar valores de PIB *per capita* próximos ao do DF. Acerca da aplicação da receita própria em serviços de saúde, por um lado, verificou-se que a maioria dos municípios tiveram a média do percentual de recursos aplicados em saúde superior à média apresentada pelo DF. Por outro lado, não se obteve uma correlação estatisticamente significativa entre o PIB *per capita* e a aplicação de receita própria em saúde.

Sabe-se que o PIB *per capita* é um indicador cuja finalidade está relacionada à mensuração da produção econômica de um determinado local (75). Ao mesmo tempo, o percentual da aplicação de receita própria diz o quanto que um determinado ente destinou da receita própria para a saúde para fins de cumprimento da EC nº 29/2000. Posto isso, este estudo não encontrou valores estatisticamente significativos para a correlação entre o PIB e a aplicação da receita própria em ações e serviços de saúde, ou seja, a aplicação da receita própria pode ser maior ou menor independentemente do nível de produção econômica local.

Sobre a cobertura estimada de eSF, observou-se que a maioria dos municípios da região apresentaram uma média superior a do DF, com alguns, inclusive, tendo percentuais de 100,0% de cobertura. Além disso, ainda que a atual cobertura do referido distrito não seja homogênea, conforme observou-se a partir dos dados do CNES, ressalta-se que houve um importante avanço da estratégia saúde da família na localidade, saindo de 23,0% em 2012, para 59,0% em 2020. Por fim, verificou-se uma fraca correlação negativa, entre o PIB *per capita* e a cobertura estimada de eSF, mas não se observou valores estatisticamente significativos na correlação entre a cobertura e a aplicação de receita própria em saúde.

Inicialmente, destaca-se o avanço da expansão de eSF no DF. Esse aumento no quantitativo de equipes ocorreu, de modo expressivo, entre os anos de 2017 e 2018, cujos valores de cobertura corresponderam a 33,6% e 54,8%, respectivamente. Um dos possíveis motivos para esse fenômeno é a reorganização que ocorreu neste nível de atenção entre 2015 e 2018, a qual estabeleceu a estratégia saúde da família como o único modelo a existir (76). Alguns estudos apontam para os efeitos positivos da expansão da estratégia saúde da família, como influência na queda das taxas de mortalidade infantil e de internação por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária (72, 77).

Para mais, sistemas universais de saúde requerem o fortalecimento da atenção básica, uma vez que o atributo da coordenação do cuidado é inerente a esse nível de atenção e favorece a organização de um cuidado em rede (1, 21, 37). Portanto, é fundamental a expansão da estratégia saúde da família nos municípios e regiões administrativas que apresentaram baixos níveis dela ou, até mesmo, cobertura inexistente, observando, para isso, os diversos aspectos das vulnerabilidades existentes.

No que tange ao quantitativo de médicos, ainda que haja diferença em relação as especialidades, observou-se uma polarização entre a distribuição desses profissionais: enquanto a maioria dos entes possui menos de um médico para cada 1.000 habitantes, o DF apresentou uma taxa de 2,5 médicos para cada 1.000 habitantes. Verificou-se, ainda, que a enfermagem foi a categoria não médica de nível superior que predominou em todas as localidades do estudo. Além disso, embora todos os municípios tenham a presença dos cirurgiões-dentistas, nem todos possuíam outras categorias multiprofissionais, a exemplificar, nutricionistas e psicólogos. Quando se observa o apoio matricial das eSF investigadas, a maioria das equipes analisadas recebe esse apoio para a resolução de casos complexos, embora, especificamente sobre o NASF, não tenha sido observado alguma ação que se destacou em relação às demais nesse auxílio.

Na perspectiva da oferta de serviços, verificou-se, no presente estudo, baixa prevalência de equipes que ofertam todos os procedimentos mínimos que deveriam ser ofertados pelas eSF. Um pouco mais da metade afirmou realizar coleta de exames nas UBS, com quatro municípios sequer a realizando; bem como algumas dificuldades, dentre elas: infraestrutura inadequada, falta de materiais/insumos e falta de profissionais. Em relação a essas dificuldades, um estudo envolvendo médicos e enfermeiros evidenciou motivos semelhantes, com essas dificuldades contribuindo na redução do escopo de prática desses profissionais (78).

Os referidos achados permitem fazer uma reflexão que vão desde o escopo de prática até a importância das categorias não médicas na melhoria da resolutividade das eSF. Nesse sentido, o debate sobre a capacidade de atuação clínica dos profissionais não médicos no âmbito da APS, principalmente, enfermeiros, é importante não só para reduzir as desigualdades geradas por um modelo assistencial ainda focado na figura do profissional médico, como também possibilitar a ampliação da resolutividade da APS (25, 79). Complementarmente, este estudo identificou que em alguns municípios as consultas de revisão de parto foram realizadas, na maioria das vezes, pelo profissional da enfermagem ou só por eles, segundo relatos das usuárias entrevistadas, o que reforça a necessidade apresentada.

No âmbito do SUS, observou-se que, embora a maioria dos municípios possuam estabelecimentos de saúde que prestam SADT, uma parte expressiva não possui CAPS e a maioria não possui unidade de pronto atendimento de urgência no âmbito do SUS. Para mais, a maioria das eSF analisadas relataram solicitar exames como ecocardiograma, eletrocardiograma, hemoglobina glicada, mamografia, radiografia de tórax para tuberculose e antibiograma, com a maioria da oferta no município da eSF e com acesso satisfatório, ainda que em menor proporção para o ecocardiograma e o antibiograma.

Identificou-se, ainda, que das equipes analisadas, poucas afirmaram receber apoio para resolução de casos complexos dos centros especializados, bem como relataram utilizar o

prontuário eletrônico como comunicação institucional com a AE e que há fluxo para agendamentos de atendimento para outras situações além dos casos de suspeita de câncer de colo do útero, de câncer de mama, de urgência, e de parto.

Para a lógica do funcionamento sistêmico do SUS, por meio da rede assistencial, é fundamental a integração entre os níveis de atenção (25). No âmbito da organização da saúde da RIDE/DF, identificou-se que a maioria das eSF investigadas relatou existirem fluxos com a AE e centrais de regulação, ainda que com menor frequência no que diz respeito aos leitos, e que o usuário que necessita ser encaminhado para uma consulta especializada recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe. Além disso, dos usuários entrevistados durante o 3º Ciclo do PMAQ, a maioria afirmou que as equipes continuaram acompanhando-a após ter sido encaminhada.

Em outra perspectiva, embora o 3º Ciclo do PMAQ tenha sido realizado em 2018 e os dados dos estabelecimentos de saúde dos SADT sejam referentes a outubro de 2020, parece existir uma convergência entre as respostas das eSF analisadas e a capacidade instalada disponível. Entretanto, o pouco apoio dos centros especializados, o qual foi relatado pelas equipes investigadas, parece apontar para uma dificuldade de cooperação com a atenção secundária. Superar essa fragilidade é importante para a existência de um cuidado centrado nas necessidades dos usuários (21, 42).

Um ponto relevante para a discussão da coordenação do cuidado diz respeito aos prontuários eletrônicos. Corroborar-se com a ideia de que a disponibilização das informações dos usuários em todos os pontos assistenciais da rede é um dos fatores que contribuem para uma coordenação do cuidado efetiva (25). Um estudo recente sobre a implantação da estratégia e-SUS AB relatou que a cobertura de eSF nos municípios influencia positivamente no registro de procedimentos e consultas (80).

Nesse sentido, embora o presente estudo não tenha analisado o nível de implantação da estratégia e-SUS AB, acredita-se que, no contexto da RIDE/DF, a ampla utilização desse sistema, bem como a ampliação da cobertura de saúde da família e a implantação de sistemas que façam interoperabilidade com ele são ações que podem contribuir para a organização da saúde da referida área geográfica. Ainda, a discussão sobre o papel da atenção secundária na RAS é essencial para a organização de uma rede assistencial na RIDE/DF.

Sob a óptica hospitalar, embora tenha um alto número absoluto de leitos, com concentração deles no Plano Piloto, observou-se que, em relação à toda região estudada, o DF não foi o ente com maior número de leitos por habitante. Contudo, comparativamente aos municípios da AMB, especialmente aqueles do Entorno Metropolitano, o DF é o que possui o maior quantitativo de leitos para cada 1.000 habitantes. Acerca das internações, verificou-se que, excetuando-se o DF, sete municípios apresentaram a proporção entre o total de internações no DF e o total de internações no DF, no Goiás e em Minas Gerais superior a 70,0%.

Se por um lado identificou-se uma correlação fraca e positiva entre PIB *per capita* e número de leitos por habitante, por outro lado verificou-se uma correlação também fraca, mas negativa, entre o PIB *per capita* e a cobertura de eSF, não se observando correlação estatisticamente significativa entre a aplicação da receita própria em saúde e as demais variáveis. Identificou-se, ainda, uma correlação fraca e positiva entre o número de leitos por habitante e a cobertura de eSF; uma correlação forte e negativa entre a distância em relação ao Plano Piloto e o indicador proporção de internações; e uma correlação moderada e negativa entre o quantitativo de internações por habitante no DF e o número de leitos hospitalares SUS por habitante.

Mediante essas questões na RIDE/DF, algumas reflexões, no âmbito da gestão, são necessárias. A primeira delas é que os dados parecem apontar para uma tomada de decisão na saúde baseada na disponibilidade de recursos, no sentido de que diante de um quantitativo

menor de recursos, priorizou-se a atenção primária à saúde, do contrário, a atenção terciária foi privilegiada. Nesse sentido, quando se correlacionou, estatisticamente, a cobertura de eSF com o número de leitos por habitante, identificou-se um resultado fraco e positivo. Assim, uma das possibilidades é de que alguns entes priorizaram o primeiro nível de atenção e, posteriormente, o hospital, e outros seguiram o caminho inverso, com o PIB podendo ter sido uma variável que contribuiu na decisão de qual nível teria a dedicação primeiro.

A segunda reflexão diz respeito ao predomínio da oferta em relação à demanda. Quando se observa, adicionalmente aos dados descritos, os capítulos CID-10 das internações dos sete municípios cujo indicador proporção de internações no DF foi superior a 70,0%, nota-se que as questões relacionadas ao parto, à gravidez e ao puerpério são predominantes. Portanto, embora este estudo não tenha feito uma avaliação específica do contexto do parto, da gravidez e do período do puerpério na RIDE/DF, é necessário refletir se o alto número de leitos do DF em relação, principalmente, ao Entorno Metropolitano, não é um dos fatores que favorece a hospitalização do que não necessariamente deva ser hospitalizado.

Ademais, embora só recentemente Termos de Cooperação Técnica e de Resolução Conjunta entre o DF e o GO tenham sido assinados (81, 82), o DF já havia se organizado em um outro momento para receber usuárias dos municípios da RIDE/DF no que diz respeito à hospitalização do parto (83). Ainda que insuficientes, há de se reconhecer que as ações supracitadas são passos relevantes em direção à organização de uma rede assistencial na região do estudo.

Posto isso, é necessário um outro aspecto reflexivo: o da qualidade da APS. Verificou-se que a maioria das equipes investigadas solicita todos os exames necessários para o pré-natal, com a maioria deles sendo ofertada no mesmo município das eSF e com acesso satisfatório, ainda que alguns desses exames tenham estado abaixo da média. Porém, mesmo que a maioria das usuárias entrevistadas tenha feito o pré-natal, com consultas na UBS de

referência ou em outra unidade, sem dificuldade de acesso aos exames e com a próxima consulta já marcada, algumas mulheres relataram terem tido menos que seis consultas. Ainda, quase metade das mulheres que disseram ter engravidado afirmou não ter feito a consulta de puerpério e, das que fizeram, a maioria relatou que o intervalo entre o parto e a consulta foi superior a 10 dias e inferior ou igual a 42 dias, acontecendo, principalmente, na UBS de referência, em outra unidade ou no hospital.

Na perspectiva do acolhimento à DE, observou-se que a maioria das eSF investigadas o realiza entre segunda-feira e sexta-feira no período diurno. Das poucas equipes que realizam esse acolhimento aos finais de semana, há uma concentração no DF, com realização quase que somente aos sábados. Sobre o aspecto do atendimento aos sábados, embora não tenha sido investigada a existência de atos normativos nos outros entes da região estudada, acredita-se que a Portaria SES/DF nº 77/2017 pode ter contribuído para essa concentração no DF, visto que esse instrumento legal estabelece o funcionamento das UBS aos sábados conforme o quantitativo de eSF existentes na unidade. Entretanto, outros estudos sobre esse aspecto devem ser realizados, pois, em 2019, foi instituído o Programa Saúde na Hora²⁹, o que pode contribuir para uma possível mudança nesse cenário.

Identificou-se, também, que a maioria dos usuários entrevistados relatou pegar os medicamentos na UBS ou em outro local de maneira gratuita, com algumas localidades apresentando a soma dos que pagaram pelo medicamento maior que a dos que pegaram na própria unidade; e que a maioria dos usuários que afirmaram fazer os exames de sangue, urina e fezes o fez em outro lugar de maneira gratuita ou pagou pelos exames, com alguns locais tendo um número maior dos que pagaram pelos exames que os que fizeram na UBS ou em outro lugar de maneira gratuita.

²⁹Inicialmente, o programa foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 930, de 15 de maio de 2019, mas foi atualizado após a publicação da Portaria GM/MS nº 397, de 16 de março de 2020.

Para mais, verificou-se que, nas UBS das eSF analisadas, a maioria dos usuários entrevistados relatou procurar a unidade de referência como primeiro serviço para ter atendimento em saúde, sendo o hospital público o segundo estabelecimento de saúde mais procurado, embora os atendimentos de urgência não estejam entre os serviços que costumam ser procurados pelos usuários na UBS. Salienta-se que, entre os usuários que não procuraram a UBS na última vez que tiverem algum problema de urgência, a maioria relatou que o motivo da não procura ocorreu porque a UBS não atende urgência e disse ter procurado o hospital público.

Os referidos achados parecem corroborar com a ideia de que a APS não é vista como um lugar capaz de realizar a manutenção do cuidado e coordená-lo para os demais pontos, mas sim como um lugar de resolver questões reconhecidas como menos complexas. Outros estudos que utilizaram entrevistas com usuários chegaram a conclusões semelhantes (21, 25). Nesse sentido, é, de certo modo, preocupante observar que embora a maioria das equipes tenha afirmado que o usuário não precisava chegar cedo para pegar uma senha e que realizava a estratificação de risco e/ou vulnerabilidade, foi predominante o relato de que o usuário é atendido por ordem de chegada.

Questiona-se se realmente é realizada a estratificação de risco e/ou vulnerabilidade pelas equipes investigadas. É fundamental reforçar a ideia de que o cuidado deve ser centrado no indivíduo, considerando, dentre outros, os aspectos geográficos, culturais e econômicos e de que a APS não é a solução, mas uma variável importante para resolver um problema mais complexo (21). Nesse sentido, são necessárias reflexões acerca do direcionamento que vem sendo dado a esse nível de atenção (84).

Sob a óptica econômica, a promulgação de normas legais recentes, como a EC nº 95/2016, vem afetando negativamente o SUS (85). Especificamente sobre a APS, a mudança no modelo de financiamento trouxe à baila questões que devem ser discutidas na perspectiva

das regiões de saúde com mais profundidade, dentre elas, as questões relacionadas ao escopo de prática e ao reconhecimento de equipes com composição distinta das eSF (84). Faz-se a reflexão de até que ponto tais mudanças não impactam na qualidade do cuidado da população na região do estudo.

Diante do exposto, entende-se que é necessária uma organização da saúde no âmbito da RIDE/DF, com a conformação de regiões de saúde, bem como a implementação de redes assistenciais não restritas aos limites estaduais. Contudo, essa possível organização não pode estar desconectada da realidade da população, da ampliação e da qualificação da APS e da discussão do papel da atenção secundária e terciária na RAS. Assim também, não deve ser circunscrita à uma visão de capacidade instalada médica e hospitalar pautada na ideia de que a referida região depende do DF.

No contexto das localidades do estudo, o Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (COARIDE/DF) é o responsável por coordenar as atividades no âmbito da RIDE/DF (64). Entretanto, a não frequência do seu funcionamento, bem como a sua composição predominantemente composta por membros do Governo Federal e com baixa representatividade dos municípios parecem prejudicar a sua capacidade de atuação (56, 86). Ainda, convém destacar a existência de instância regional específica da saúde para a região do estudo³⁰.

Considerando o que foi aludido, um caminho possível para a organização da saúde na RIDE/DF por se dar por intermédio do fortalecimento de instância regional já existente. Para isso, a mudança na sua composição, a fim de contemplar a sociedade civil, bem como reuniões regulares e frequentes são medidas importantes.

³⁰Durante o estudo, observou-se que há uma instância regional no âmbito da saúde da RIDE/DF, mas não há clareza se é um grupo ou um colegiado, devido às dificuldades de encontrar informações sobre o assunto. Algumas dessas informações estão disponíveis em <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Saúde-na-Ride-DF.pdf> e https://projetos.extras.ufg.br/ridesaude/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=61. Acesso em 14 fev 2021

A baixa disponibilidade de recursos financeiros pode ser um dos fatores que prejudica a constituição de região e redes de saúde (18). Nesse sentido, sugere-se que outros estudos sejam realizados, com a finalidade de analisar a viabilidade da criação de um orçamento regional, observando-se, por exemplo, se a vinculação desse orçamento seria centralizada na COARIDE/DF ou se, caso fosse possível, seria descentralizado para as instâncias regionais ligadas a esse conselho, entre elas, a da saúde.

Outro ponto importante está relacionado à integração assistencial. A composição da RIDE/DF vai de encontro com uma realidade complexa, uma vez que além de possuir três UFs distintas, há 33 municípios de Goiás e Minas Gerais e 33 RAs do DF, com uma população próxima a cinco milhões de habitantes. Assim, a integração em etapas pode ser um caminho a ser considerado. Nesse sentido, a exemplificar, os municípios do Entorno Metropolitano poderiam ser priorizados num primeiro momento, para depois se expandir para os municípios da AMB e assim sucessivamente.

Por fim, ressalta-se que uma integração assistencial não pode desconsiderar a integração de prontuários eletrônicos, reforçando-se, portanto, a importância do e-SUS AB, bem como de *softwares* que permitam a interoperabilidade com ele.

7. CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar a organização da rede de atenção à saúde e a integração do cuidado dos usuários que residem nos municípios que compõem a RIDE/DF. Para isso, tentou-se construir um diagnóstico sobre a oferta de serviços de atenção básica e serviços especializados, identificando sua localização e distribuição espacial, assim como também comparar a distribuição dos serviços nos três níveis de atenção e analisar os fluxos assistenciais dos usuários nos serviços de atenção básica oferecidos.

Inicialmente, reconhece-se que há alguns instrumentos legais assinados entre o estado de Goiás e o DF no que diz respeito à saúde e que o DF, de certo modo, se organizou internamente para receber usuárias dos municípios da RIDE/DF no que tange à hospitalização do parto. Contudo, não foram encontrados indícios de que existe uma formalização no âmbito da organização da saúde em redes, o que parece se refletir na conformação das regiões de saúde dos entes que compõem a área geográfica estudada, a qual é restrita aos limites estaduais.

Na perspectiva da oferta de serviços de atenção básica e serviços especializados, observou-se que, na contramão da maioria dos municípios da região estudada, o DF foi o ente que apresentou uma das menores médias históricas de cobertura estimada de eSF, embora tenha apresentado o maior quantitativo de médicos para cada 1.000 habitantes. Todavia, os dados também apontaram para uma expansão da cobertura estimada de eSF nesse local, o que é fundamental para a oferta centrada no usuário naquela localidade.

Pontua-se, também, que um número baixo de eSF investigas relatou oferecer todos os procedimentos mínimos que deveriam ser oferecidos, além de que nem todas elas coletam exames na UBS e parte delas apresentam dificuldades relacionadas à infraestrutura e à disponibilidade de materiais/insumos, por exemplo. Verificou-se, ainda, que nem todos os usuários conseguem pegar medicamentos ou realizar exames de sangue, urina e fezes na UBS

ou em outro lugar de maneira gratuita. Essas questões também estão relacionadas à capacidade resolutiva da APS e contribuem para que esse nível de atenção não seja reconhecido como porta de entrada preferencial no sistema. Nessa direção, a não procura da UBS pelos usuários em casos de urgência, assim como os relatos de que ela não atende urgência e de que o atendimento é por ordem de chegada, mesmo que haja relatos de realização da estratificação de risco e/ou vulnerabilidade, parecem corroborar com isso.

A retaguarda da APS também é um cenário importante de ser observado. Por um lado, embora nem todos os entes possuam CAPS e/ou estabelecimentos de pronto atendimento de urgência SUS na RIDE/DF, verificou-se que a maioria dos entes possui estabelecimentos de saúde que prestam SADT, o que parece ir de encontro com as manifestações das eSF analisadas, nas quais observou-se que a maioria delas afirmou solicitar exames, de esses exames serem ofertados no município e de o acesso a eles ser satisfatório. Por outro lado, a maioria das eSF relatou não receber apoio dos centros especializados para a resolução de casos complexos, não utilizar o prontuário eletrônico como comunicação institucional com a AE, e que não há fluxo para agendamentos de atendimento para outras situações além dos casos de suspeita de câncer de colo do útero, câncer de mama, urgência e parto.

Outros achados relevantes dizem respeito à qualidade da APS. Observou-se que embora nas consultas de pré-natal da maioria das eSF investigadas tenham solicitação de todos os exames, que a oferta deles no município e que o acesso é satisfatório, indo de encontro com os relatos das usuárias, algumas mulheres que engravidaram relataram ter feito menos que seis consultas de pré-natal. Ainda, nem todas elas fizeram consulta de puerpério e, das que fizeram, a maioria relatou que o intervalo de tempo da consulta foi superior a 10 dias e inferior ou igual a 42 dias. Além disso, destaca-se, também, que o DF concentrou a maioria dos acolhimentos à DE que são realizados aos sábados, o que pode ser uma influência de ato normativo existente nesse local.

Acerca da distribuição dos serviços nos três níveis de atenção, identificou-se correlação entre o PIB, mesmo que de maneira fraca, negativamente com a cobertura de eSF e, positivamente, com o quantitativo de leitos, mas não se identificou relação estatisticamente significativa entre a aplicação da receita própria em saúde e as outras variáveis. Notou-se que houve correlação fraca e positiva entre a cobertura de eSF e o número de leitos, o que pode indicar uma tomada de decisão local com uma possível influência dos recursos disponíveis.

Por fim, observou-se que embora o DF não seja o ente da RIDE/DF com maior número de leitos por habitante, ele o é quando se restringe o espaço para o Entorno Metropolitano. Ressalta-se que o número de internações, que é predominantemente relacionado ao capítulo XV do CID-10, se concentra em sete municípios, excetuando-se o DF. Assim, verificou-se uma correlação forte e negativa entre o indicador proporção de internações no DF e a distância, sendo a distância de 50 km uma espécie de linha divisória, de um modo geral. Identificou-se, também, uma correlação moderada e negativa entre o número de leitos e de internações no DF por habitante.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, destacam-se algumas limitações encontradas neste estudo. A primeira delas está relacionada ao uso de dados de fontes secundárias. Notoriamente, essas bases de dados nem sempre possuem a qualificação necessária, tendo em vista que dependem do preenchimento de terceiros. Além disso, devido a utilização das informações do 3º Ciclo do PMAQ, a análise da atuação das eSF, bem como dos serviços utilizados pelos usuários é restrita aos locais em que já existiam a estratégia saúde da família. De certo modo, isso se reflete, especialmente, no DF, região em que ficou nítida a não representatividade de todo o seu território, além de o quantitativo de eSF e usuários não ter sido proporcional a sua população. A extração de informações também foi uma limitação, bem como a dificuldade de se encontrar informações no âmbito da organização da saúde na RIDE/DF.

Diante do exposto, sugerem-se algumas considerações para tomada de decisão. Um caminho possível e que antecede a conformação de regiões de saúde que extrapolem os limites interestaduais, a fim de que se estabeleça uma rede assistencial definida, é o fortalecimento da instância regional existente por meio da mudança da atual composição para uma que contemple a sociedade civil. Ainda, embora se entenda que o aporte orçamentário é essencial, devido à complexidade que envolve essa questão, mais discussões devem ser feitas no sentido de decidir se esse orçamento deve estar vinculado ao COARIDE/DF ou se ele deva ser descentralizado para diferentes colegiados técnicos vinculados à referida instância, caso seja possível.

A integração assistencial também é um ponto relevante e, portanto, uma alternativa a ser analisada é conformação de regiões de saúde e redes assistenciais por etapas, iniciando, por exemplo, pelos municípios que compõem o Entorno Metropolitano para, posteriormente, integrar os demais municípios, considerando-se a realidade e a necessidade dos usuários. Nesse sentido, reforça-se a estratégia e-SUS AB, dado a sua importância para questões que envolvem

os prontuários eletrônicos. Ainda, a expansão e a qualificação da APS, especialmente, nos entes com baixas coberturas estimadas de eSF, bem como as discussões sobre o papel dos demais níveis de atenção no contexto da RAS são fundamentais para a coordenação do cuidado na região.

Finalmente, salienta-se a importância da disponibilização de bases dados para a realização de pesquisas, pois entende-se que essa ação favorece não só a qualificação das informações, como também o fornecimento de pesquisas que subsidiem a tomada de decisão dos gestores. Nesse sentido, espera-se que este estudo possa contribuir para uma futura organização assistencial no âmbito da RIDE/DF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2ª Edição Revisada e Ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
2. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. (ago 2010); 15 (5): 2307-2316. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500006.
3. Paim J. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
4. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*. (jun 2018), 23 (6): 1903-1914. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.
5. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica* [Internet]. 2007 [Acesso em 12 ago 2020], 21 (2/3): 164-176. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>
6. Departamento de Atenção Básica (BR). Programa Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. *Revista de Saúde Pública*. (jun 2000), 34 (3): 316-19. DOI: 10.1590/S0034-89102000000300018.
7. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2ª Edição Revisada e Ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Machado ENM, Fortes FBCTP, Somarriba M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*. (2004), 9 (1): 99-111. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100010.
10. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Revista Panamericana de Salud Publica*. (out 2018), 42: e180. DOI: 10.26633/rpsp.2018.180.
11. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. (out 2014), 38 (Especial): 358-372. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S027.
12. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*. (set 2018), 42 (especial 1): 208-223. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.

13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [Acesso em 30 ago 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.
14. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. (apr 2020), 25 (4): 1361-1374. DOI: 10.1590/1413-81232020254.35062019.
15. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*. (fev 2011), 45 (1): 204-211. DOI: 10.1590/S0034-89102011000100023.
16. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Pinto LF, Silva CMFP. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. (jun 2018), 23 (6): 1777-1789. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07932018.
17. Menicucci TMG, Costa LA, Machado JÁ. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. (jan 2018), 23 (1): 29-40. DOI: 10.1590/1413-81232018231.17902015.
18. Viana ALd'Á, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. (2019); 35 (sup. 2): e00022519. DOI: 10.1590/0102-311X00022519.
19. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALd'A. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. (jul 2012), 17 (7): 1903-1914. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700030.
20. Viana ALd'Á, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. (ago 2010), 15 (5): 2317-2326. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500007.
21. Viana ALd'Á, Bousquat A, Melo GA, Filho AN, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. (jun 2018), 23 (6): 1791-1798. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018.
22. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. (2001), 6 (2): 269-291. DOI: 10.1590/S1413-81232001000200002.
23. Lima LD, Viana ALd'Á, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. (nov 2012); 17 (11): 2881-2892. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100005.
24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BR). *Federalismo, Integralidade e Autonomia no SUS: Desvinculação da Aplicação de Recursos Federais e os Desafios da Coordenação*. [Internet]. Texto para Discussão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. [Acesso em 19

out 2020]. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33855:td-2399-federalismo-integralidade-e-autonomia-no-sus-desvinculacao-da-aplicacao-de-recursos-federais-e-os-desafiosnda-coordenacao&catid=411:2018&directory=1.

25. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. (abr 2017), 22 (4): 1141-1154. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28632016.
26. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*. (apr 2017), 22 (4): 1045-1054. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26552016.
27. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 31 dez 2010 [Acesso em 06 set 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=31/12/2010&jornal=1&pagina=88&totalArquivos=168>.
28. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cadernos de Saúde Pública*. (2019), 35 (Suplemento 2): e00099118. DOI: 10.1590/0102-311X00099118.
29. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS; 2015. Capítulo 3, Processo de Implantação das Redes Temáticas Pactuadas no SUS, 56-115.
30. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências*. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 29 jun 2011 [Acesso em 06 set 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/06/2011&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=288>.
31. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde & Sociedade*. (dez 2011), 20 (4): 867-874. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400005.
32. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. (2018), 34 (8): e00056917. DOI: 10.1590/0102-311X00056917.
33. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cadernos de Saúde Pública*. (2018), 34 (8): e00029818. DOI: 10.1590/0102-311X00029818.
34. Brasil. 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)*. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 22 set 2017 [Acesso em 30 ago 2020]. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>.

35. Organização Pan-Americana de Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. [Internet]. Washington DC: OPAS; 2007. [Acesso em 19 out 2020]. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965.

36. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. [Internet]. Brasília: UNESCO; 2002. Capítulo 1, Atenção Primária e Saúde, 19-98. [Acesso em 19 out 2020]. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.

37. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*. (jun 2018), 23 (6): 1763-1776. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05562018.

38. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 23 fev 2006 [Acesso em 06 set 2020]. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/02/2006&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=120>.

39. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. (jun 2017), 22 (6): 1845-1856. DOI: 10.1590/1413-81232017226.02042017.

40. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. (set 2018), 42 (Número Especial 1): 244-260. DOI: 10.1590/0103-11042018S116.

41. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*. [Internet]. (2003), 27 (65): 278-289. [Acesso em 18 out 2020]. Disponível em:

<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353688>.

42. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. (fev 2014), 19 (2): 343-352. DOI: 10.1590/1413-81232014192.18032012.

43. Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?. *Revista de Saúde Pública*. (2016), 50: 80. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006602.

44. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Filho RMS. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*. (jun 2016), 25 (2): 320-335. DOI: 10.1590/S0104-12902016153295.
45. Santos M, Silveira ML. *O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Editora Record LTDA; 2004. Capítulo 1, A questão: o uso do território, 19-22.
46. Corrêa RL. *O Espaço Urbano*. São Paulo: Editora Ática (Série Princípios); 1989. Capítulo 2, O que é o Espaço Urbano?, 7-10.
47. Corrêa RL. *O Espaço Urbano*. São Paulo: Editora Ática (Série Princípios); 1989. Capítulo 3, Quem Produz o Espaço Urbano?, 11-13.
48. Carlos AFA. *O Espaço Urbano: Novos Escritos Sobre a Cidade*. São Paulo: Labur Edições; 2007. Sobre planos e níveis de análise, 11-18.
49. Santos CD. A formação e produção do espaço urbano: discussões preliminares acerca da importância das cidades médias para o crescimento da rede urbana brasileira. *Revista Brasileiras de Gestão e Desenvolvimento Regional* [Internet]. 2009 [Acesso em 01 set 2020], 5 (1): 177-190. Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/188/149>
50. Andrade MC. *A questão do território no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. Capítulo 1, A questão do Território, 19-28.
51. Santos M, Silveira ML. *O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Editora Record LTDA; 2004. Capítulo 2, Do meio natural ao meio técnico-científico-informacional, 23-53.
52. Andrade MC. *A questão do território no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. Capítulo II, A Ocupação Territorial e a Evolução das Cidades e Vilas Brasileiras (séc. XVI e XVII), 29-42.
53. Fausto B. *História do Brasil*. 14ª Edição Atualizada e Ampliada. 3ª Reimpressão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2019. Capítulo 7.9, As Mudanças Ocorridas no Brasil entre 1920 e 1940, 332-335.
54. Suave CM, Barroca TN. Apontamentos sobre Regiões Metropolitanas e o Estatuto das Metrôpoles. *Revista de Direito da ADVOCEF*. (mai 2017), 1 (24): 259-279. Acesso em: 14 out 2020. Disponível em: https://www.advocef.org.br/wp-content/uploads/2017/06/miolo_RD-24.pdf.
55. Brasil. Lei nº 13.683, de 19 de Junho de 2018, *Altera as Leis nos 13.089, de 12 de janeiro de 2015 (Estatuto da Metrôpole), e 12.587, de 3 de janeiro de 2012, que institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana*. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 20 jun 2018. [Acesso em 14 out 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/06/2018&jornal=515&pagina=3&totalArquivos=64>.
56. Nascimento OS. “*Fim das Fronteiras?*” *Perspectivas para a Região Metropolitana de Brasília*. [Dissertação] [Internet]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública,

Universidade de Brasília; 2019. [Acesso em 14 out 2020]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35629>.

57. Ribeiro LCQ, Silva ET, Rodrigues JM. Dinâmica Metropolitana: diversificação, concentração e dispersão. In: Ribeiro LCQ, organizador. *A Metrópole em Questão: desafios da transição urbana* [Internet]. 2.ed. Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: Letra Capital e Observatório das Metrôpoles; 2018. 75-110. [Acesso em 14 out 2020]. Disponível em: https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/wp-content/uploads/2020/06/2edicao_A-Metropole-em-Questao.pdf.
58. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). *Regiões de Influência das Cidades 2018* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [Acesso em 14 out 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101728.pdf>.
59. Sá RAM, Carvalho ALS, Barbosa YM, Barsh B, Filho ARA. Estatuto da Metrópole: a governança interfederativa. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*. (2017), 9 (2): 203-215. DOI: 10.1590/2175-3369.009.002.AO04.
60. Caiado, MCS. Estruturação intra-urbana na região do Distrito Federal e entorno: a mobilidade e a segregação socioespacial da população. *Revista Brasileira de Estudos de População*. (2005), 22 (1): 55-88. [Acesso em 16 out 2020]. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/254>.
61. Fausto B. *História do Brasil*. 14^a ed. Atual. E ampl., 3. Reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2019. Capítulo 8.6, O Governo JK, 360-371.
62. Catalão I. *Brasília, metropolização e espaço vivido: práticas especiais e vida cotidiana na periferia goiana da metrópole* [Internet]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 156 p. DOI: 10.7476/9788579831058.
63. Schvarsberg B. A carroça ao lado do avião: o direito à cidade metropolitana em Brasília. *Cadernos Metropolitanos*. (2017), 19 (38): 313-334. DOI: 10.1590/2236-9996.2017-3813.
64. Brasil. Decreto nº 7.469, de 4 de maio de 2011. *Regulamenta a Lei Complementar no 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal*. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 05 mai de 2011. [Acesso em 17 out 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=4&data=05/05/2011>.
65. _____. Lei Complementar nº 163, de 14 de junho de 2018. *Dá nova redação ao § 1º do art. 1º da Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências*. Diário Oficial da União [Internet]. 15 de junho de 2018. Brasília, 15 de jun de 2018. [Acesso em 17 out 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=15/06/2018>.

66. COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (BR). *Nota Técnica nº 01/2014* – Delimitação do Espaço Metropolitano de Brasília (Área Metropolitana de Brasília [Internet]. Acesso em 17 de out 2020. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Delimitação-do-Espaço-Metropolitano-de-Brasília-AMB.pdf>.
67. Castro HÁ, Gouveia N, Escamilla-Cejudo JÁ. Questões metodológicas para a investigação dos efeitos da poluição do ar na saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. (jun 2003), 6 (2): 135-149. DOI: 10.1590/S1415-790X2003000200007.
68. Filho NA, Barreto ML, organizadores. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações* [Internet]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. Capítulo 14, Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia, 164-174. [Acesso em 30 jan 2021]. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/366215/mod_resource/content/1/DesenhosPesquisaEpidemioNaomarMauricio.pdf.
69. Hochman B, Nahas FX, Filho RSO, Ferreira LM. Desenhos de Pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*. (2005), 20 (suplementação 2): 2-9. DOI: 10.1590/S0102-86502005000800002.
70. Organização Pan-Americana de Saúde. *Indicadores de Saúde: Elementos conceituais e práticos* [Internet]. Washington, DC: 2018. Capítulo 3, Fontes de Dados Para Elaborar Indicadores de Saúde, 47-64. [Acesso em 30 jan 2021]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
71. _____. *Indicadores de Saúde: Elementos conceituais e práticos* [Internet]. Washington, DC: 2018. Capítulo 1, Indicadores de Saúde: Definição, Usos e Atributos, 4-16. [Acesso em 30 jan 2021]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
72. Lentsck MH, Mathias TAF. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. (ago 2015), 23(4): 611-619. DOI: 10.1590/0104-1169.0078.2595.
73. IBGE. *Regiões Metropolitanas, Aglomerações Urbanas e Regiões Integradas de Desenvolvimento* [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 10 fev 21]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/18354-regioes-metropolitanas-aglomeracoes-urbanas-e-regioes-integradas-de-desenvolvimento.html?edicao=29463&t=sobre>.
74. CODEPLAN. *Pesquisa Metropolitana Por Amostra de Domicílios 2017/2018* [Internet]. Sumário Executivo. Brasília, 2019. [Acesso em 13 fev 2021]. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/Sumário_PMAD.pdf.
75. Rede Interagencial de Informação para Saúde. *Indicadores básicos para Saúde no Brasil: conceitos e aplicações* [Internet]. 2. ed. Brasília: OPAS, 2008. [Acesso em 18 fev 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

76. Göttems LBD, Almeida MO, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*. [jun 2019], 24 (6): 1997-2008. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08522019.
77. Lourenço EC, Guerra LM, Tuon RA, Silva SMCV, Ambrosano CMB, Corrente JE *et al.* Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*. (jul 2014), 19 (7): 2055-2062. DOI: 10.1590/1413-81232014197.18822013.
78. Girardi SN, Stralen AC, Lauar TV, Celia JN, Araújo JF, Pierantoni CR *et al.* Escopo de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. (2017), 17 (suplemento 1): S185-S198. DOI: 10.1590/1806-9304201700S100008.
79. Viana ALd'Á, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*. (jun 2015), 24 (2): 413-422. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200002.
80. Thum MA, Baldisserotto J, Celeste. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*. (2019), 35 (2): e00029418. DOI: 10.1590/0102-311x00029418.
81. Governo do Distrito Federal. *Extrato Termo de Cooperação*. Diário Oficial do Distrito Federal [Internet]. Brasília, 22 de maio de 2020. [Acesso em 13 fev 2021]. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2020/05_Maio/DODF%20096%2022-05-2020/DODF%20096%2022-05-2020%20INTEGRA.pdf.
82. _____. *Termo de Resolução Conjunta nº 01/2020*. Diário Oficial do Distrito Federal. [Internet]. Brasília, 12 de fevereiro de 2021. [Acesso em 13 fev 2021]. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2021/02_Fevereiro/DODF%20030%2012-02-2021/DODF%20030%2012-02-2021%20INTEGRA.pdf.
83. CODEPLAN. Análise do Acesso das Gestantes Residentes na RIDE-DF às Maternidades Públicas do DF. *Texto para Discussão*. Codeplan: Brasília, 2016. [Acesso em 13 fev 2021 Acesso em 13 fev 2021]. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/TD_11_Análise_do_Acesso_das_Gestantes_Residentes_na_Ride-DF_às_Maternidades_-Públicas_do_DF.pdf.
84. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*. (abr 2020), 25 (4): 1475-1482. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020.
85. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade *versus* universalidade. *Saúde em debate*. (dez 2019), 43 (Especial): 58-70. DOI: 10.1590/0103-11042019s505.
86. Almeida AF. *A articulação e a coordenação de políticas públicas de desenvolvimento regional: os encontros e desencontros na RIDE/DF*. [Dissertação] [Internet]. Goiânia:

Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de Federal de Goiás; 2018.
[Acesso em 14 fev 2021]. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8415>.