

# Monitoramento dos Indicadores de Desempenho na Atenção Primária: Uma Análise em Todas as Regiões do Brasil

Monitoring Performance Indicators in Primary Health Care: An Analysis Across All Regions of Brazil

Monitoreo de los Indicadores de Desempeño en la Atención Primaria: Un Análisis en Todas las Regiones de Brasil

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar os indicadores de desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** Comparou-se dados dos períodos pré-implantação (2018–2019) e pós-implantação (2021–2022) do Programa Previne Brasil (PPB), avaliando os efeitos sobre os desfechos de saúde. A análise abrangeu as regiões brasileiras. **Resultados:** Houve aumento dos indicadores na APS em todas as regiões, como consultas de pré-natal (até +149,6% no Sudeste), testagem para sífilis/HIV (até +219,0%), atendimento odontológico a gestantes (até +213,2%), acompanhamento de hipertensos (até +927,4%) e diabéticos (até +490,4%), porém não se traduziram em melhores desfechos, aumentando o baixo peso ao nascer (até +9,6%) e a prematuridade (até +7,2%), enquanto houve queda na sífilis congênita (até –57,0%), na AIDS em menores de um ano (até –61,5%) e na morbidade por doenças circulatórias e diabetes. **Conclusão:** O PPB funcionou como catalisador e que, apesar dos avanços no acesso, permanecem desafios relacionados a condições preveníveis.

**DESCRIPTORIOS:** Financiamento dos Sistemas de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze performance indicators of Primary Health Care (PHC). **Method:** Data from the pre-implementation (2018–2019) and post-implementation (2021–2022) periods of the Previne Brasil Program (PBP) were compared, assessing effects on health outcomes. The analysis covered all Brazilian regions. **Results:** There was an increase in PHC indicators across all regions, including prenatal consultations (up to +149.6% in the Southeast), syphilis/HIV testing (up to +219.0%), dental care for pregnant women (up to +213.2%), follow-up of hypertensive patients (up to +927.4%) and diabetic patients (up to +490.4%). However, these gains did not translate into better outcomes, with increases in low birth weight (up to +9.6%) and prematurity (up to +7.2%), while reductions were observed in congenital syphilis (up to –57.0%), AIDS in children under one year (up to –61.5%), and morbidity from circulatory diseases and diabetes. **Conclusion:** The PBP acted as a catalyst and, despite advances in access, challenges related to preventable conditions remain.

**DESCRIPTORS:** Health System Financing. Primary Health Care. Health Policy, Planning and Management.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los indicadores de desempeño de la Atención Primaria de la Salud (APS). **Método:** Se compararon datos de los períodos preimplementación (2018–2019) y posimplementación (2021–2022) del Programa Previne Brasil (PPB), evaluando sus efectos sobre los desenlaces en salud. El análisis abarcó todas las regiones de Brasil. **Resultados:** Se observó un aumento de los indicadores de APS en todas las regiones, como consultas de control prenatal (hasta +149,6% en el Sudeste), pruebas de sífilis/VIH (hasta +219,0%), atención odontológica a gestantes (hasta +213,2%), seguimiento de pacientes hipertensos (hasta +927,4%) y diabéticos (hasta +490,4%). Sin embargo, estos avances no se tradujeron en mejores desenlaces, con incrementos del bajo peso al nacer (hasta +9,6%) y de la prematuridad (hasta +7,2%), mientras que se registraron reducciones de la sífilis congénita (hasta –57,0%), del SIDA en menores de un año (hasta –61,5%) y de la morbilidad por enfermedades circulatorias y diabetes. **Conclusión:** El PPB actuó como catalizador y, a pesar de los avances en el acceso, persisten desafíos relacionados con condiciones prevenibles.

**DESCRIPTORIOS:** Financiamiento de los Sistemas de Salud. Atención Primaria de la Salud. Política, Planificación y Gestión en Salud.

RECEBIDO EM: 05/02/2025 APROVADO EM: 07/03/2026

**Como citar este artigo:** Maciel LS, Arato CVB, Mialhe FL, Cortellazzi KL, Pecorari RF, Pecorari VGA. Monitoramento dos Indicadores de Desempenho na Atenção Primária: Uma Análise em Todas as Regiões do Brasil. Saúde e Medicina. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];17(106):19464-19485. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v17i106p19464-19485

**Lícia da Silva Maciel**

Mestre - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8368-1693>

**Caio Vieira de Barros Arato**

Mestre - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4124-5728>

**Fabio Luiz Mialhe**

Docente - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6465-0959>

**Karine Laura Cortellazzi**

Docente - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9584-9477>

**Roberto Fiório Pecorari**

Mestre - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1911-3676>

**Vanessa Gallego Arias Pecorari**

Docente - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0300-5697>

**INTRODUÇÃO**

O sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Seu financiamento é de natureza tripartite, compartilhado entre a União, os estados e os municípios, nos termos do art. 198, § 1º, da Constituição Federal de 1988. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidade, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias em saúde e assistência farmacêutica <sup>1</sup>. A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada e centro coordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS), deve organizar e coordenar o cuidado, resolvendo cerca de 80 % dos problemas de saúde da população <sup>2</sup>. Historicamente, o financiamento da APS passou de um modelo exclusivamente baseado em repasses per capita, calculados a partir do tamanho populacional dos municípios, para um sistema que também incorpo-

ra componentes variáveis, vinculados à capacidade instalada, como o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) <sup>3</sup>. Essa transição reflete a necessidade de promover maior eficiência na alocação dos recursos e de assegurar que o acesso se traduza em resultados efetivos na prevenção e controle de doenças <sup>4,5</sup>.

O financiamento da APS evoluiu ao longo das últimas décadas: desde a instituição do Piso da Atenção Básica em 1996, com componentes fixo (repasso per capita segundo população e vulnerabilidades locais) e variável (vinculado a ações estratégicas como Saúde da Família e Agentes Comunitários) <sup>6</sup>. Em 2019, o governo federal introduziu o Programa Previne Brasil (PBP), que estabeleceu um novo modelo de financiamento para a APS. Nesse sistema, parte do repasse aos municípios é condicionada aos resultados alcançados por meio de um conjunto de indicadores de desempenho monitorados e avaliados nas equipes de Saúde da Família. O componente de pagamento baseado em desempenho, um dos quatro pilares do financiamento federal, representa uma estratégia inovadora que busca incenti-

var a melhoria da qualidade dos serviços prestados <sup>5,7</sup>.

Em abril de 2024, o Ministério da Saúde instituiu uma nova metodologia de cofinanciamento federal da APS por meio da Portaria GM/MS nº 3.493/2024. Essa normativa revogou o modelo anterior e introduziu alterações significativas na estrutura de financiamento, mantendo os incentivos vinculados ao desempenho e incorporando um componente de qualidade. Essa mudança visa fortalecer a ESF e aprimorar a qualidade dos serviços prestados na APS. A nova metodologia de cofinanciamento é composta por três componentes principais: (i) componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP); (ii) componente de vínculo e acompanhamento territorial; e (iii) componente de qualidade. Apesar de sua implantação recente os novos indicadores estão em fase de reformulação, e por este motivo utilizará como objeto de estudo os indicadores do PBP.

A utilização sistemática do monitoramento e avaliação dos indicadores de desempenho na APS é fundamen-

tal para identificar lacunas, aprimorar a qualidade dos serviços e orientar as ações de saúde em nível local. Estudos demonstram que, quando atrelados a mecanismos de incentivo, os programas de financiamento podem ampliar significativamente o acesso da população aos serviços de saúde e gerar melhorias nos desfechos clínicos<sup>8,9</sup>. Dessa forma, a reformulação dos parâmetros de avaliação, por meio da inclusão de indicadores que mensurem a efetividade das práticas assistenciais e que induzam boas práticas, é essencial para o fortalecimento da APS e para a promoção da saúde coletiva. Este estudo tem objetivo de

O modelo de financiamento da APS baseado na avaliação de desempenho tem se configurado como uma estratégia indutora de mudanças nas práticas assistenciais, ao estimular as equipes a cumprirem metas pactuadas e, simultaneamente, favorecer a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Este estudo tem como principal objetivo analisar dois aspectos relacionados aos indicadores monitorados: primeiro, verificar se seus resultados promoveram a ampliação do acesso; em seguida, avaliar se essa ampliação impactou positivamente a qualidade da assistência prestada, a partir da análise dos resultados de indicadores associados que reflitam as condições de saúde vinculadas a cada área temática. Busca-se, assim, compreender quais aspectos são essenciais para compor a estrutura dos novos indicadores, de modo que direcione as equipes a fomentar boas práticas na assistência dos grupos prioritários monitorados, induzir melhorias e qualidade na assistência e ampliar a resolutividade da APS.

## MÉTODOS

### Desenho do Estudo

Tratou-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico, de abrangência nacional, com uso de dados secundários e reportado de acordo com as diretrizes do *Strengthening the Reporting of*

*Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

### Aspectos Éticos

Este estudo ecológico foi submetido à revisão pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) de acordo com a Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e resoluções complementares (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 441/2011). No entanto, como dados secundários de bancos de dados públicos foram utilizados para análise, este estudo foi isento de avaliação do CEP, conforme Ofício CEP 09/2023.

### Mensuração de Resultados e Fonte de Dados

No presente estudo foi analisado o componente de incentivo de pagamento por desempenho do PBP, composto por sete indicadores, destes, cinco foram objeto de estudo. Além deles, foram definidos e avaliados indicadores associados de condições de saúde diretamente vinculadas aos indicadores estudados do PBP. O período avaliado foi o da pré-implantação (2018-2019) e da pós-implantação (2021 a 2022) do programa, o ano de 2020 não foi considerado devido às influências do período pandêmico COVID-19 nos resultados desses indicadores. Foram coletados resultados de todas as regiões do país: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste nos dois períodos. Inicialmente foram coletados os resultados dos indicadores de desempenho do PBP no período pré e pós-implantação, feito uma média anual para cada indicador, considerando os resultados dos três quadrimestres, e por fim, avaliado se houve tendência de melhora com o passar dos anos. Posteriormente coletado os dados dos indicadores associados de condições de saúde também no período pré e pós-implantação. Em posse dos dois resultados

foi feito uma avaliação comparativa no período pré e pós-implantação, permitindo a análise das mudanças ocorridas em resposta ao programa.

Os indicadores do PBP tabulados e avaliados foram: Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; Indicador 2: Proporção de gestantes submetidas a exames para sífilis e HIV; Indicador 3: Proporção de gestantes em atendimento odontológico; Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; Indicador 7: Percentual de diabéticos que solicitaram hemoglobina glicada<sup>10</sup>. Os indicadores 4, Cobertura de exame citopatológico; e o Indicador 5: Cobertura vacinal em crianças de 1 ano contra DTPa, Hepatite B, Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite inativada; e respectivamente, não foram avaliados por ausência de tempo oportuno para análise de impacto gerado nas condições de saúde da população. Os indicadores associados de condições de saúde foram: indicador associado 1: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer; indicador associado 2: Proporção de nascido vivo com sífilis congênita; indicador associado 3: Número de casos diagnosticados de AIDS em crianças menores de 1 ano de idade; indicador associado 4: Proporção de partos prematuro; indicador associado 5: Morbidade por doenças do aparelho circulatório; indicador associado 6: Número de internações por causas sensíveis à atenção básica (morbidade diabetes).

Os dados de todos os estados brasileiros foram coletados por meio de dados secundários de acesso público, no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) disponível no endereço eletrônico: <https://egestorab.saude.gov.br/> e no sistema de informação em saúde TABNET/TABWIN disponível no endereço eletrônico: <https://datasus.saude.gov.br/>.

**Análise estatística**

Para analisar o indicador do PBP, foi calculada uma média anual dos três quadrimestre para obter o resultado anual de cada indicador, foram avaliadas as variações percentuais dos indicadores para cada região e estado comparando os valores médios dos períodos pré e pós-implantação, permitindo uma análise das mudanças ocorridas em resposta ao programa. Posteriormente foi calculado os resultados dos indicadores associados às condições de saúde em todas as regiões do país e estado. Por fim, foi realizada uma análise comparativa dos resultados de ambos os indicadores possibilitando uma análise do impacto gerado nas condições de saúde da população.

**RESULTADOS**

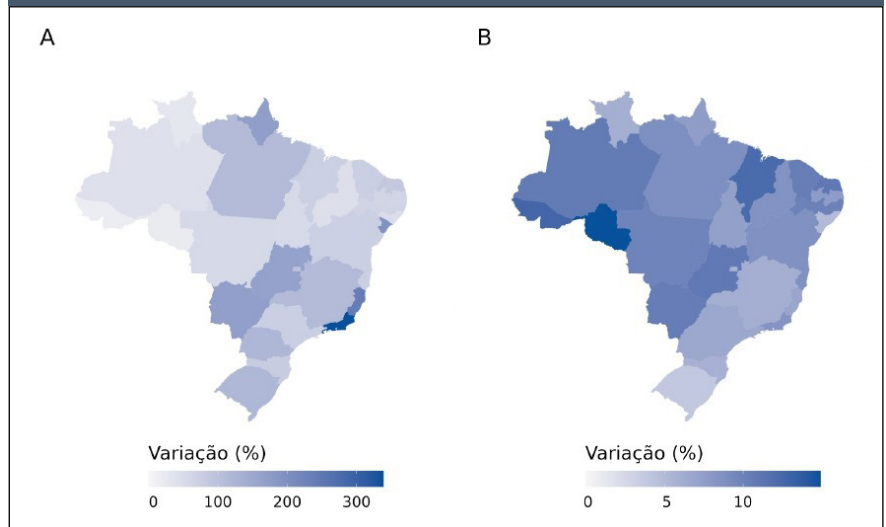
A tabela 1 e figura 1 apresenta dados sobre o indicador "Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação", por região do Brasil, de 2018 a 2022. Observou-se aumento dessa proporção em todas as regiões do país após a implementação do PBP (período 2021-2022). O aumento da proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal variou de 45,4% na região Norte a 149,6% na região Sudeste. Nota-se que na região Sudeste, que apresentou o maior crescimento, a proporção média aumentou de 15% nos anos de 2018 a 2019 para 37,5% nos anos de 2021 a 2022. Enquanto isso, na região Norte, o aumento foi de 24,6% em média para 35,8%.

Os dados do indicador associado "Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer" são apresentados na tabela 1 e figura 1. Contrariando o esperado, apesar do aumento considerável na proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal, houve aumento na proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em todas as regiões do país. O aumento na propor-

ção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer variou de 5,4% na região Sul a 9,6% na região Norte. Observa-se que na região Sudeste, apesar do aumento de 146,6% na proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de

pré-natal, houve aumento de 7,0% na proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, passando de 8,9% no período 2018-2019 para 9,5% no período 2021-2022.

**Figura 1. Mapas representativos das variações (%) na "Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação (A) e na "Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer" (B), em 2021-2022 comparando com 2018-2019.**



**Tabela 1. Indicador Previne Brasil "Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação" e Indicador Associado "Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer", no período de 2018 a 2022 nas regiões do Brasil.**

Indicador	Ano	Região				
		Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação	<sup>1</sup> 2018-2019	24,6	25,9	23,6	15	21,5
	<sup>2</sup> 2021-2022	35,8	44,6	48,5	37,5	44,3
	Variação (%)	45,4	72,1	105,4	149,6	105,8
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	<sup>1</sup> 2018-2019	7,7	7,8	8,6	8,9	8,4
	<sup>2</sup> 2021-2022	8,4	8,5	9	9,5	9,2
	Variação (%)	9,6	8,8	5,4	7	9,1

<sup>1</sup>Antes da implantação do Programa Previne Brasil; <sup>2</sup>Depois da implantação do Programa Previne Brasil.

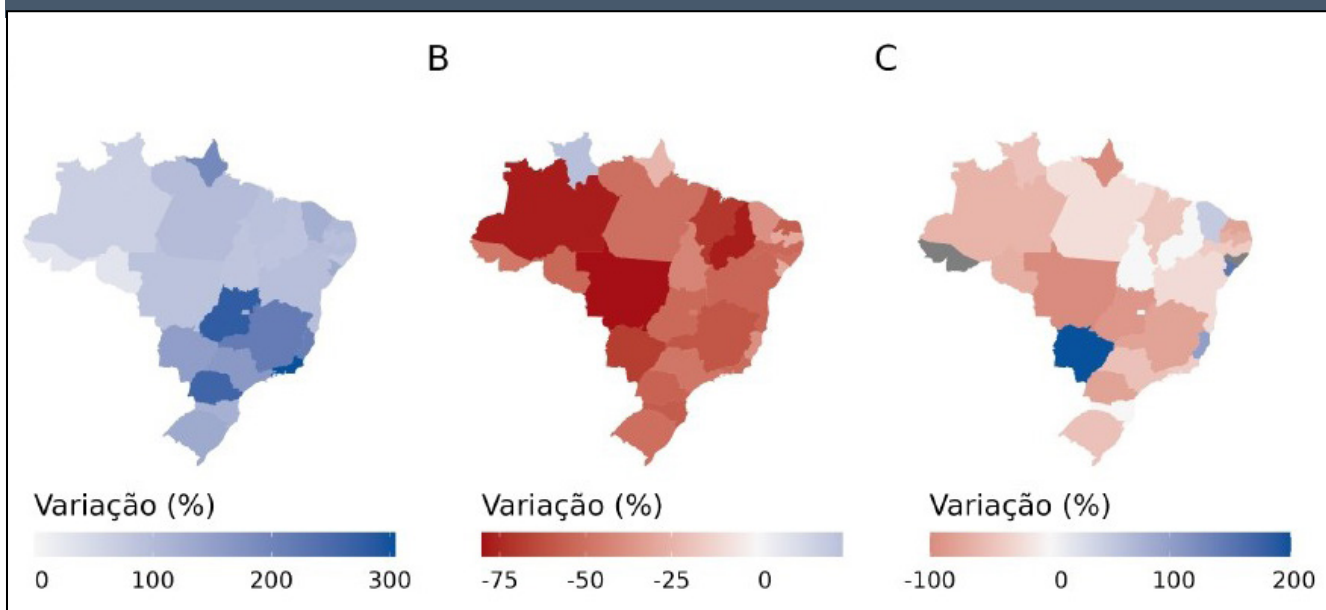
Por outro lado, observou-se aumento na proporção de gestantes submetidas a exames para sífilis e vírus da imunodeficiência humana (HIV) (tabela 2 e figura 2) entre os períodos. O aumento variou de 68,7% (região Norte) a 219,0% (região Sudeste). Na região Sudeste, a proporção aumentou de 14,7% no período 2018-2019 para 46,9% no período 2021-2022, enquanto na região Norte, aumentou de 38,5% para 65,0%. A região Norte apresentou a maior proporção de gestantes submetidas a exames em todos os anos avaliados. Em 2018, 34,7% das gestantes da região Norte realizaram exames para sífilis e HIV, ante

11,4% na região Sudeste. Além disso, em 2022, 68,7% das gestantes da região Norte realizaram os exames, ante 52,6% na região Sudeste.

Os dados do indicador associado à “taxa de nascidos vivos com sífilis congênita por 1000 nascidos vivos” indicaram queda em todas as regiões do país, conforme tabela 2 e figura 2. A queda na taxa de nascidos vivos com sífilis congênita variou de 43,0% (região Norte) a 57,0% (região Centro-Oeste). Nota-se também que em todos os anos, a região Sudeste apresentou a maior taxa de nascidos vivos com sífilis, variando de 11,4% em 2018 a 5,5% em 2021.

Também houve queda no número de casos diagnosticados de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em menores de um ano, com quedas variando de 25,3% na região Nordeste a 61,5% na região Centro-Oeste, conforme apresentado na tabela 2 e figura 2. Na região Nordeste, a média de casos diminuiu de 4,2% no período 2018-2019 para 3,1% no período 2021-2022, enquanto na região Centro-Oeste, diminuiu de 1,6% para 0,6%. A região Sudeste apresentou a maior média de casos em todos os anos, diminuindo de 13,2% nos anos de 2018-2019 para 7,8% nos anos de 2021-2022.

**Figura 2. Mapas representativos das variações (%) na “Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV” (A), na “Razão de nascidos vivos com sífilis congênita em 1.000 nascidos vivos” (B) e no “Número de casos diagnosticados de AIDS em crianças menores de 1 ano de idade”, (C), em 2021-2022 comparando com 2018-2019.**



**Tabela 2. Indicador Previnde Brasil “Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV” e Indicador Associado “Razão de nascidos vivos com sífilis congênita em 1000 nascidos vivos” e “Número de casos diagnosticados de AIDS em crianças menores de 1 ano de idade”, no período de 2018 a 2022 nas regiões do Brasil.**

Indicador	Ano	Região				
		Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	<sup>1</sup> 2018-2019	38,5	31,7	21,9	14,7	24,5
	<sup>2</sup> 2021-2022	65	63,4	56,4	46,9	58,5
	Variação (%)	68,7	99,8	157	219	138,5

Razão de nascidos vivos com sífilis congênita em 1000 nascidos vivos	<sup>1</sup> 2018-2019	6,7	9,3	8,5	11,2	7
	<sup>2</sup> 2021-2022	3,8	4,5	3,9	5,5	3
	Variação (%)	-43	-51	-53,7	-50,7	-57
Número de casos diagnosticados de AIDS em crianças menores de 1 ano de idade	<sup>1</sup> 2018-2019	3,2	4,2	5,3	13,2	1,6
	<sup>2</sup> 2021-2022	1,6	3,1	2,8	7,8	0,6
	Variação (%)	-51,1	-25,3	-46,9	-41,5	-61,5

<sup>1</sup>Antes da implantação do Programa Previne Brasil; <sup>2</sup>Depois da implantação do Programa Previne Brasil.

Na tabela 3, pode-se observar um aumento substancial na proporção de gestantes recebendo atendimento odontológico nos anos de 2021-2022 em comparação aos anos de 2018-2019 em todas as regiões do país. O aumento na proporção de gestantes variou de

141,9% na região Sul a 213,2% na região Sudeste. Na região Sudeste, a proporção de gestantes recebendo atendimento odontológico aumentou de 11,3% para 35,5%. A região Nordeste apresentou a maior proporção em todos os anos, passando de uma média de 19,0% em 2018 para uma média de 59,6% em 2022.

O aumento da proporção de gestantes atendidas em odontologia não refle-

tiu em diminuição da taxa de prematuridade, conforme tabela 3. Nota-se que a taxa de prematuridade aumentou no país, variando de um aumento de 3,2% na região Norte para 7,2% na região Nordeste. A região Norte do país apresentou a maior taxa de prematuridade em todos os anos, passando de uma média de 11,7% em 2018 para uma média de 13,0% em 2022.

**Tabela 3. Indicador Previne Brasil “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado” e Indicador Associado “Taxa de prematuridade em 100 nascidos vivos”, no período de 2018 a 2022 nas regiões do Brasil.**

Indicador	Ano	Região				
		Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	<sup>1</sup> 2018-2019	13	20,3	17,1	11,3	11,8
	<sup>2</sup> 2021-2022	35,6	50,9	41,4	35,5	36,7
	Variação (%)	174,3	150,6	141,9	213,2	211
Taxa de prematuridade em 100 nascidos vivos	<sup>1</sup> 2018-2019	12,4	10,7	11	10,7	11,1
	<sup>2</sup> 2021-2022	12,8	11,5	11,5	11,2	11,9
	Variação (%)	3,2	7,2	4,1	5,1	6,7

<sup>1</sup>Antes da implantação do Programa Previne Brasil; <sup>2</sup>Depois da implantação do Programa Previne Brasil.

Observou-se um aumento substancial na proporção de indivíduos com hipertensão que tiveram consultas e pressão arterial aferida no semestre. O aumento percentual nos períodos avaliados variou de 245,7% na região Centro-Oeste, onde aumentou de 4,4% para 15,1%, a 927,4% na região Nordes-

te, onde aumentou de 1,8% para 18,1%, conforme tabela 4.

Em relação ao indicador associado à morbidade por doenças do aparelho circulatório, pode-se notar que as regiões Norte, Nordeste e Sul tiveram queda no período avaliado, variando de queda de 5,2% na região Sul a queda de 76,4% na região Norte. A região Nordeste, que apresentou o maior crescimento na proporção de hipertensos com consultas

e pressão arterial aferida no semestre (927,4%), teve queda de 61,0% na morbidade por doenças do aparelho circulatório. Enquanto isso, as regiões Sudeste e Centro-Oeste tiveram aumento nos casos de morbidade por doenças do aparelho circulatório de 149,5% e 34,4% respectivamente, entre os períodos de 2018-2019 e 2021-2022 (tabela 4).

**Tabela 4. Indicador Previne Brasil “Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre” e Indicador Associado “Número de internações por causas sensíveis à atenção básica (morbidade por doenças do aparelho circulatório)”, no período de 2018 a 2022 nas regiões do Brasil**

Indicador	Ano	Região				
		Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	<sup>1</sup> 2018-2019	2,9	1,8	4	2,2	4,4
	<sup>2</sup> 2021-2022	15,6	18,1	16,4	13,8	15,1
	Variação (%)	431,7	927,4	311,1	524,5	245,7
Número de internações por causas sensíveis a atenção básica (morbidade por doenças do aparelho circulatório)	<sup>1</sup> 2018-2019	28.003,40	61.483,20	65.966,80	42.323,50	12.280,20
	<sup>2</sup> 2021-2022	6.601,90	23.987,70	62.552,70	105.602,40	16.507,80
	Variação (%)	-76,4	-61	-5,2	149,5	34,4

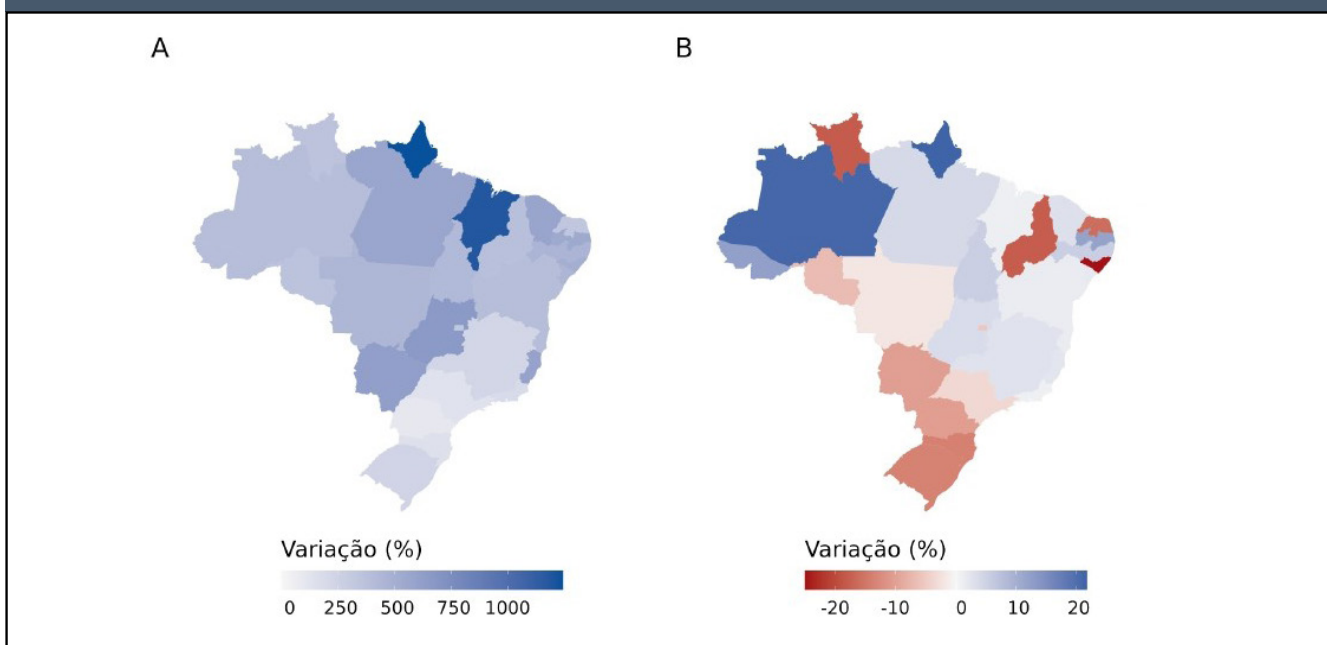
<sup>1</sup>Antes da implantação do Programa Previne Brasil; <sup>2</sup>Depois da implantação do Programa Previne Brasil.

Também foram analisados dados sobre a proporção de indivíduos com diabetes, com consultas e hemoglobina glicada solicitada no semestre, mostrando aumento substancial em todas as regiões do país (tabela 5 e figura 3). O aumento variou de 147,6% na região Sul a 490,4% na região Nordeste. Na

região Nordeste, essa proporção aumentou de 3,9% para 22,9% após o PBP. No entanto, esse aumento considerável nos exames de hemoglobina glicada não refletiu na morbidade do diabetes (número de internações por condições sensíveis à APS), de acordo com os resultados apresentados na tabela 11 e figura 5. Na região Norte, por exemplo, apesar do aumento de 458,3% na proporção de indivíduos com consultas e hemoglobi-

na glicada solicitada no semestre, houve um aumento de 5,9% no número de internações por condições sensíveis à APS (Morbidade Diabética). A região Sudeste apresentou o maior número de internações relacionadas à diabetes em todos os anos avaliados, porém seus resultados mostraram queda dessas internações no período pós programa. A queda ocorreu em todas as outras regiões do país para este indicador associado.

**Figura 3. Mapas representativos das variações (%) na “Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre” (A) e no “Número de internações por causas sensíveis à atenção básica (Morbidade Diabetes)” (B), em 2021-2022 comparando com 2018-2019.**



**Tabela 5. Indicador Previne Brasil “Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre” e Indicador Associado “Número de internações por causas sensíveis a atenção básica (Morbidade Diabetes)”, no período de 2018 a 2022 nas regiões do Brasil**

Indicador	Ano	Região				
		Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	<sup>1</sup> 2018-2019	3	3,9	8,2	4,8	2,2
	<sup>2</sup> 2021-2022	16,9	22,9	20,2	16,8	12,8
	Variação (%)	458,3	490,4	147,6	251,3	481,1
Número de internações por causas sensíveis a atenção básica (Morbidade Diabetes)	<sup>1</sup> 2018-2019	1.962,10	4.799,40	6.839,00	12.068,80	2.307,20
	<sup>2</sup> 2021-2022	2.078,10	4.757,80	5.986,80	12.017,00	2.254,50
	Variação (%)	5,9	-0,9	-12,5	-0,4	-2,3

<sup>1</sup>Antes da implantação do Programa Previne Brasil; <sup>2</sup>Depois da implantação do Programa Previne Brasil.

## DISCUSSÃO

Na tabela 1 e figura 1, observa-se aumento nas consultas de pré-natal em todas as regiões do país, porém este aumento não representou queda no número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, verificando-se aumento no número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer nos anos de 2021 e 2022. O aumento da proporção de gestantes com consultas pré-natais adequadas em todas as regiões após a implementação do PBP sugere melhor acesso aos serviços pré-natais. No entanto, o aumento concomitante na proporção de bebês com baixo peso ao nascer, apesar do aumento das consultas pré-natais, indica que fatores além da frequência das consultas podem influenciar os resultados do parto <sup>11</sup>.

Embora a cobertura do pré-natal tenha crescido no Brasil, a taxa de recém-nascidos de baixo peso continua elevada – um paradoxo que aponta para a necessidade de aprimorar a qualidade do cuidado. Revisões sistemáticas ressaltam que o impacto do pré-natal no peso ao nascer não é automático e depende da efetividade das ações implementadas <sup>12,13</sup>. De fato, estudo brasileiro recente mostrou que gestantes com pré-natal considerado eficaz tiveram chances significativamente menor de ter be-

bês de baixo peso (OR ajustado = 2,56) <sup>14</sup>. Isso indica que intervenções específicas, e não apenas o aumento do número de consultas, são determinantes para melhorar o desfecho neonatal. Práticas baseadas em evidências, adotáveis na APS, podem reduzir comprovadamente o risco de baixo peso ao nascer, como: suplementação e alimentação materna adequada; triagem e tratamento de infecções gestacionais; suporte psicossocial e comportamental e qualidade do cuidado integral. A forma como o pré-natal é conduzido é crucial. O cuidado compartilhado (médico + enfermeiro) e o acolhimento humanizado elevam a adesão às orientações maternas <sup>15</sup>. Cada consulta deve incluir anamnese completa, medição de peso gestacional, pressão arterial e orientações sobre sinais de risco, conforme manuais do Ministério da Saúde <sup>16</sup>. Vale destacar: simplesmente aumentar o número de consultas não garante redução do baixo peso; é a presença dessas intervenções-chave que faz a diferença. A literatura mostra que, sem qualidade, cobertura elevada não se traduz em melhores pesos ao nascer <sup>12,17</sup>.

Em síntese, práticas de pré-natal focadas na nutrição adequada (suplementação de ferro/ácido fólico e de múltiplos micronutrientes, aconselhamento nutricional), no rastreamento/tratamento de infecções gestacionais e no suporte psicossocial às gestantes, implementadas com qualidade na APS, têm evidências de diminuir o baixo peso ao nascer

<sup>14,15,18-20</sup>. Somente assim a ampliação da cobertura pré-natal será convertida em real melhoria no desfecho de peso ao nascer.

Os resultados do indicador de testagem rápida em gestantes, conforme apresentado no mapa representativo (tabela 2 e figura 2), apresenta um aumento notável no número de mulheres grávidas submetidas a testes de sífilis e HIV, o que sugere que os esforços de triagem foram aprimorados sob o novo modelo de financiamento do PBP, fato evidenciado pelo aumento do indicador em todas as regiões do país. Em contrapartida, a análise do indicador associado, a razão de nascidos vivos com sífilis congênita, revela uma redução consistente em todas as regiões, com variações que vão de -43 (Norte) a -57 (Centro-Oeste). De forma similar, a avaliação do número de casos de diagnósticos de AIDS em menores de 1 ano mostrou uma redução de -61,5 após a implementação da estratégia de monitoramento. Segundo Donabedian, os indicadores de resultado refletem de forma direta o impacto das intervenções em saúde, permitindo evidenciar os efeitos positivos das práticas adotadas. Esses achados reforçam a premissa de que, embora os indicadores de processo influenciam diretamente os resultados, são os indicadores de resultado que confirmam a eficácia das intervenções.

A ampliação da testagem rápida de sífilis e HIV no pré-natal da APS, con-

forme recomendado pelo Ministério da Saúde, que orienta a testagem sorológica pelo menos no 1º e 3º trimestres e no parto, aumentou substancialmente a detecção de gestantes infectadas<sup>21</sup>. Esse incremento permite iniciar o tratamento precoce, o que teoricamente deveria reduzir a transmissão vertical. De fato, estudos mostram que, quanto maior o número de gestantes diagnosticadas, tratadas e notificadas, maior a chance de queda na incidência da sífilis congênita<sup>22</sup>. Um estudo nacional demonstrou que a implementação de instrumentos de vigilância durante o pré-natal (como fichas específicas) elevou o percentual de gestantes tratadas adequadamente de 33,3% para 80%, aumentou o tratamento de parceiros (de 33,3% para 68,8%) e reduziu significativamente as titulações reativas em recém-nascidos<sup>23</sup>.

Apesar dessas iniciativas, a incidência de sífilis congênita no Brasil permanece elevada, 10,3 casos por 1.000 nascidos vivos em 2022, apontando que apenas o teste não é suficiente<sup>24</sup>. Situação semelhante é observada no HIV: embora o manejo adequado com terapia antirretroviral (TARV) tenha reduzido a transmissão vertical a níveis próximos de zero<sup>25</sup>, cerca de 13,5% das gestantes com HIV ainda não receberam TARV em 2022<sup>14</sup>. Assim, além da testagem ampliada, é imprescindível garantir o início oportuno do tratamento. No caso da sífilis, isso significa tratamento imediato com penicilina benzatina, única terapêutica eficaz e capaz de atravessar a placenta<sup>22</sup>. O manejo ativo dos parceiros também é essencial: recomenda-se tratamento presumptivo com dose única de penicilina benzatina para todos os parceiros expostos, mesmo antes da confirmação laboratorial<sup>26</sup>. O “*pré-natal do parceiro*”, preconizado pelo Ministério da Saúde, orienta a testagem e manejo do homem já na primeira consulta<sup>16</sup>, e conta com evidências robustas: coortes mostram que tratar o parceiro reduz em cerca de 40% o risco de sífilis congênita<sup>27</sup>.

Além disso, manter as notificações

compulsórias de sífilis em gestantes e congênitas é essencial para acompanhar os casos em nível populacional e guiar estratégias de enfrentamento<sup>28</sup>. Em resumo, além de ampliar a testagem, boas práticas para redução da transmissão vertical incluem monitoramento rigoroso no pré-natal, garantia de tratamento adequado para gestantes e parceiros, e registro sistemático dessas condutas. Isso reforça a necessidade de revisão dos indicadores atuais, incorporando métricas de processo, como início de tratamento, tratamento de parceiros e seguimento clínico, na avaliação do controle da sífilis e HIV na linha materno-infantil.

Santos et al.,<sup>22</sup> evidencia que a consulta odontológica durante a gestação é fundamental para a promoção da saúde e a prevenção de complicações. Dados recentes demonstram que a proporção de gestantes que receberam atendimento odontológico aumentou significativamente em todo o Brasil, variando de 141 a 211 quando se comparam os períodos anteriores à implementação do programa com os anos posteriores. Contudo, a taxa de prematuridade também se elevou, apesar de alguns estudos prever redução conforme verificado na tabela 3.

Embora o atendimento odontológico durante a gestação seja fundamental para a saúde bucal e o bem-estar materno-infantil, sua influência isolada na redução da prematuridade é limitada, os cuidados odontológicos desempenham um papel crucial na manutenção da saúde materna e no bem-estar geral, a prevenção da prematuridade exige uma abordagem multifacetada. A ausência de impacto na redução das taxas de prematuridade aponta para a influência de fatores subjacentes complexos, que vão além da saúde bucal, afetando os resultados do parto de maneira integrada. O aumento substancial em mulheres grávidas recebendo cuidados odontológicos, é um fato que sugere acesso expandido a serviços preventivos. Estudos têm mostrado que as condições de saúde bucal

de mulheres grávidas podem representar um risco para baixo peso ao nascer e parto prematuro, especialmente quando uma mulher tem doença periodontal<sup>29</sup>. No geral, abordar os determinantes multifacetados da saúde e implementar abordagens de cuidados integrados e centrados no paciente são essenciais para alcançar melhorias sustentáveis nos resultados de saúde da população, sugerindo-se reformulação destes indicadores.

É verificado (tabela 4) aumento nas consultas e no acompanhamento da hipertensão, indicando aprimoramento na detecção e monitoramento dessa condição crônica. Em todas as regiões do país, verifica-se um aumento na proporção de pessoas com hipertensão arterial que têm a pressão aferida. Entretanto, enquanto o indicador associado à morbidade por doenças do aparelho circulatório reduziu nas regiões Norte, Nordeste e Sul, nas regiões Sudeste e Centro-Oeste observou-se um aumento. Esses achados mistos levantam questionamentos sobre a eficácia das estratégias de manejo da hipertensão, uma vez que ela é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, que respondem por uma parcela significativa da morbidade e mortalidade no Brasil.

O expressivo aumento no rastreamento do diabetes, evidenciado pela ampliação do acesso às consultas e na realização de testes de hemoglobina glicada, reflete uma melhora na detecção e no acompanhamento da doença em todas as regiões do país, com um aumento de até 458,3% na região Norte. Paralelamente, o número de internações por condições sensíveis à APS relacionadas à morbidade do diabetes reduziu em todas as regiões, exceto na região Norte (tabela 5 e figura 3).

No Brasil, o diabetes mellitus é um problema de saúde pública relevante, com uma prevalência estimada de aproximadamente 8,4% entre os adultos, e as complicações associadas, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal e

amputações, reforçam a necessidade de um tratamento abrangente e de medidas preventivas para reduzir a morbidade e mortalidade decorrentes. A prevalência crescente de diabetes e hipertensão representa desafios estruturais significativos dentro dos sistemas de saúde pública, particularmente no contexto de gerenciamento e prevenção de doenças, de acordo com Wehrmeister, Wendt e Sardinha, (2022)<sup>30</sup>. Apesar dos esforços de triagem aprimorados, a carga persistente de complicações relacionadas à diabetes e morbidade cardiovascular ressalta a necessidade de abordagens de cuidados abrangentes. A implementação de equipes multidisciplinares em ambientes de APS, incorporando profissionais como nutricionistas e fisioterapeutas, surge como uma estratégia crucial para abordar essas doenças crônicas não transmissíveis de forma eficaz. Ao integrar diversas especialidades, essas equipes podem fornecer cuidados com foco não apenas em intervenções médicas, mas também em modificações de estilo de vida cruciais para o gerenciamento de doenças.

Além disso, promover iniciativas de promoção da saúde no nível comunitário, como modificações de bairro para incentivar a atividade física, torna-se imperativo no combate à crescente prevalência dessas condições. Ao promover um ambiente colaborativo entre os prestadores de cuidados de saúde, promovendo estilos de vida saudáveis, uma abordagem multifacetada pode aumentar a eficácia da diabetes e da hipertensão

no gerenciamento, reduzindo, em última análise, as taxas de morbidade e mortalidade associadas.

Por fim, observou-se que os impactos gerados pelo monitoramento e avaliação de indicadores do PBP gerou impacto positivo nos indicadores que refletem resultados de condições de saúde, porém, a necessidade de implementação apresenta que o cenário de inclusão da prática de avaliação do desempenho nas equipes de saúde foi um fato importante e norteador para o próximo passo, agora focado na qualidade da assistência prestada. Sugere-se que a estratégia de monitoramento inclua indicadores que incentivem a adoção de boas práticas, assegurando um acompanhamento integral na APS e, conseqüentemente, promovendo a melhoria das condições de saúde e a qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

O financiamento da APS, quando acompanhado de um monitoramento sistemático de desempenho, tem se mostrado essencial para ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar o acompanhamento de condições específicas. A análise dos indicadores demonstra que o PBP promoveu impactos positivos nas condições de saúde, com um aumento consistente em todas as regiões do país, embora, em alguns locais, esse avanço tenha sido menos expressivo. Esses resultados indicam que a implementação dos indicadores funcionou como um catalisador para a adoção de estratégias

de intervenção mais eficazes, que ainda necessitam ser consolidadas.

Apesar dos avanços no acesso, permanecem desafios importantes relacionados a condições altamente preveníveis, como baixo peso ao nascer, mortalidade materna, sífilis congênita e internações por condições sensíveis à APS. Esses achados ressaltam a necessidade de aprimorar os processos de monitoramento e avaliação, integrando boas práticas que não só ampliem o acesso, mas também assegurem a efetividade e a qualidade da assistência prestada.

O fortalecimento da capacidade das equipes de APS para identificar problemas, intervir de forma efetiva e adotar estratégias baseadas em evidências é crucial para a melhoria dos desfechos em saúde. Estudos apontam que abordagens integradas, que combinam monitoramento contínuo e capacitação profissional, e que vão além da simples mensuração do acesso para avaliar também a eficácia das intervenções, podem gerar melhorias significativas nos resultados clínicos.

Portanto, a redefinição dos parâmetros de avaliação, com a inclusão de indicadores que mensuram e incentivem a efetividade das boas práticas assistenciais, é fundamental para identificar lacunas e orientar ações mais precisas. Essa estratégia é indispensável para aprimorar os desfechos em saúde, ampliar a resolutividade da APS e fortalecer o SUS, assegurando um cuidado integral fundamentado em boas práticas.

## REFERÊNCIAS

1. Laizarf JB. Fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Rev Disan*. 2003;1(1):1–50.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS; 2011.
3. Massuda A. Primary health care financing changes in the Brazilian Health System: advance ou setback?. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1181–1188.
4. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345–356.
5. Costa NR, Silva PRF, Jatobá A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. *Saúde Debate*, 46 (8); 2022.

6. Cecilio LCO, Pinto LF. O Piso da Atenção Básica no financiamento do SUS: análise histórica. *Revista de Saúde Pública*. 2019;53:50.
7. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Previne Brasil Program: the apex of threats to Primary Health Care?. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Cien Saude Colet*. 2021;26(suppl 2):3781-3786.
8. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-81. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsr1410155>
9. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 5/2020.
11. Goldani MZ, Barbieri MA, Silva AA, Bettiol H. Trends in prenatal care use and low birthweight in southeast Brazil. *Am J Public Health*. 2004 Aug;94(8):1366-71. doi: 10.2105/ajph.94.8.1366. PMID: 15284045; PMCID: PMC1448457.
12. Silveira DS, Santos IS, Barros AJD. Pré-natal no Brasil: cobertura, adequação e fatores associados. *Ciênc Saude Colet*. 2021;26(3):965-76.
13. Barreto ML, Rasella D, Macinko J, Aquino R, Lima D, Garcia LP, et al. Uma agenda de pesquisa para a atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Pública*. 2020;54:106.
14. Silva RM, Ferreira ALC, Gouveia GC, Mendes RJS. Adesão ao tratamento antirretroviral entre gestantes com HIV no Brasil: análise de base populacional. *Cad Saude Pública*. 2023;39(4):e00118722.
15. Leal LF, Malta DC, Souza MFM, et al. Maternal Mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55(suppl 1):e0279.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal do parceiro: cuidado do homem e prevenção da transmissão vertical. Brasília: MS; 2022.
17. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede pública brasileira. *Rev Saude Pública*. 2017;51:118.
18. Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(4):CD004905.
19. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD004736.
20. Figueiredo FP, Melo LP, Florêncio TMMT. Intervenções nutricionais durante o pré-natal e seus efeitos sobre o peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saude Pública*. 2020;36(5):e00188019.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: MS; 2021.
22. Santos FP, Tavares GMM, Oliveira DC, Lopes CM, Lima TG. Determinantes do tratamento inadequado da sífilis gestacional: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(2):e20201363.
23. Moraes MAA, Oliveira CVR, Costa CC, Souza NL, Carvalho MAP, Lessa PRA. Qualidade do pré-natal e sífilis congênita: impacto de uma intervenção educativa. *Rev Saude Pública*. 2020;54:42.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2023. Brasília: MS; 2023.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2023. Brasília: MS; 2023.
26. Paiva V, Latorre MRDO, Gravato N, Parker R, Barbosa RM. Políticas públicas para prevenção da transmissão vertical do HIV: avanços e desafios. *Rev Saude Pública*. 2018;52:65.
27. Lago EG, Rodrigues LC, Barros FC. Prevenção da sífilis congênita: uma revisão com ênfase na atenção básica. *Cad Saude Pública*. 2018;34(6):e00161317.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: MS; 2016.
29. Corbella S, Taschieri S, Del Fabbro M, Francetti L, Weinstein R, Ferrazi E. Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring potential association. *Quintessence Int*. 2016, 47, 193-204.
30. Wehrmeister FC, Wendt AT, Sardinha LMV. Inequalities and Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil. Iniquidades e Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2022;31(spe1):e20211065

## AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES FINANCEIROS E/OU AFILIAÇÕES:

Os autores agradecem à equipe da Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, pelo apoio técnico durante a realização desta pesquisa. Não houve financiamento específico para este estudo. Os autores declaram não possuir conflitos de interesses financeiros ou pessoais que possam ter influenciado os resultados deste estudo.