

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

JAQUELINE DE ARAÚJO REZENDE BATISTUTA

Análise de indicadores de desempenho em dois modelos de processo de trabalho na Atenção  
Primária em Saúde

Ribeirão Preto-SP

2022

JAQUELINE DE ARAÚJO REZENDE BATISTUTA

**Análise de indicadores de desempenho em dois modelos de processo de trabalho na Atenção  
Primária em Saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para  
obtenção de Título de Mestre em Ciências, Programa de  
Pós-Graduação/Mestrado Profissional em Gestão de  
Organizações de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes

Ribeirão Preto-SP  
2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação  
Serviço de Biblioteca e Documentação  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Batistuta, Jaqueline de Araújo Rezende

Análise de indicadores de desempenho em dois modelos de processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde, 2022

55 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão de Organizações em Saúde.

Versão corrigida

Orientador: Nunes, Altacílio Aparecido.

1. Atenção Primária em Saúde.
2. Indicadores de Performance.
3. Avaliação em Saúde.
4. Gestão da Qualidade.
5. Tecnologia de Baixo Custo.

Nome: BATISTUTA, Jaqueline de Araújo Rezende

Título: Análise de indicadores de desempenho em dois modelos de processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção de Título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação/Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fazer entender que o sofrimento é parte do processo de evolução e que aquilo que nos tornamos, por decisão e convivência dele, é um mero instrumento de préstimo ao mundo em que vivemos.

Aos meus pais, que um dia depositaram a confiança de um futuro promissor nas minhas ideias e, para isso, doaram seu tempo, seu trabalho e seu vigor.

Aos meus filhos, que, em sua inocência, souberam compreender minhas ausências, abstrações e meu cansaço. Espero que aprendam que sonhos devem ter como base uma formação apoiada no conhecimento.

Ao meu marido, pessoa que trouxe alegria e entusiasmo à minha vida e que lutou de forma árdua pelo meu sucesso e me incentivou em cada momento de desânimo ou frustração.

Ao meu orientador, cujo aceite tornou possível a realização deste objetivo, resgatando-me para o ambiente do academicismo.

À Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, representada por sua notável coordenadora da Atenção Básica, Ana Paula Raizaro, pelo apoio e prestatividade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pelo apoio financeiro na realização do presente trabalho.

## RESUMO

BATISTUTA JAR. Análise de indicadores de desempenho em dois modelos de processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2022.

O estudo visa a avaliar os dados concernentes aos indicadores de desempenho postulados pelo Programa Previne Brasil e obtidos por meio do sistema Hygia, do e-Gestor AB e de Dados Estatísticos de B.I. (*Business Intelligence*), entre janeiro e dezembro de 2021, para comparação de performance de duas unidades da Atenção Primária em Saúde (APS) de Ribeirão Preto, com populações adscritas semelhantes: a primeira com modelo convencional quanto à oferta de serviços (Estratégia Saúde da Família – ESF) e a segunda, de composição “parametrizada” (Equipe de Atenção Básica – EAB). A multiplicação da nota obtida para cada indicador, relacionada com o seu respectivo peso, resultará na Nota Ponderada do Indicador (NPI). A condensação dos indicadores determinará o Indicador Sintético Final (ISF) de cada unidade. Espera-se obter um Indicador Sintético Final (ISF) da unidade de ESF maior que o Indicador Sintético Final (ISF) da unidade com EAB “parametrizada”. O objetivo é comparar o desempenho dos dois modelos assistenciais mencionados, no contexto dos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil. Essa informação poderá embasar o planejamento de ações e redirecionamento de estratégias na Atenção Primária em Saúde do sistema público municipal, demonstrando a relevância da utilização de tecnologias de baixo custo e boa factibilidade e a necessidade da implantação de diretrizes técnicas voltadas para a educação profissional em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Indicadores de Performance. Avaliação em Saúde. Gestão da Qualidade. Tecnologia de Baixo Custo.

## **ABSTRACT**

BATISTUTA JAR. Analysis of performance indicators in two models of work process in Primary Health Care. [Dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2022.

The study aims to evaluate the data concerning the performance indicators postulated by the Prevent Brazil Program and obtained through the Hygia system, the e-Gestor AB and Statistical Data from I.I. (Business Intelligence), between January and December 2021, to compare the performance of two Primary Health Care Units (PHC) in Ribeirão Preto, with similar populations: the first, with conventional model regarding the provision of services (Health Strategy of the Family – ESF) and the second, of “parameterized” composition (Primary Care Team – EAB). Multiplying the score obtained for each indicator related to its respective weight will result in the Weighted Score of the Indicator (NPI). The condensation of the indicators will determine the Final Synthetic Indicator (ISF) of each unit. It is expected to obtain a Final Synthetic Indicator (ISF) of the ESF unit bigger than the Final Synthetic Indicator (ISF) of the unit with “parameterized” EAB. The objective is to compare the performance of the two aforementioned care models, in the context of the Previne Brasil Program performance indicators. This information can support the planning of actions and redirection of strategies in Primary Health Care in the municipal public system, demonstrating the relevance of using low-cost and good feasibility technologies and the need to implement technical guidelines aimed at professional education in health.

Keywords: Primary Health Care. Performance Indicators. Health Assessment. Quality Management. Low-Cost Technology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes do Previne Brasil.....	24
Figura 2 – Monitoramento de novos casos confirmados de covid-19 – Município de Ribeirão Preto .....	40
Figura 3 – Evolução de aplicação da 3ª dose adicional da vacina contra covid-19 na DRS XIII – Ribeirão Preto .....	41



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Equivalência de EAB parametrizada em relação à ESF.....	21
Quadro 2 –Equivalência de EAB com Saúde Bucal em relação à ESF com Saúde Bucal .....	21
Quadro 3 – Faixas populacionais adscritas para a EAB parametrizada em relação à carga horária dos profissionais.....	21

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação das unidades em relação à carga horária dos profissionais, população adscrita e nº de equipes .....	28
Tabela 2 – Comparativo das características das unidades A e B .....	29
Tabela 3 – Resultados em porcentagem dos indicadores de desempenho da unidade A em 2021 .....	33
Tabela 4 – Resultados em porcentagem dos indicadores de desempenho da unidade B em 2021 .....	33
Tabela 5 – Dados para cálculo do indicador de imunização das unidades no 1º quadrimestre.....	34
Tabela 6 – Dados para cálculo do indicador de imunização das unidades no 2º quadrimestre.....	34
Tabela 7 – Dados para cálculo do indicador de imunização das unidades no 3º quadrimestre.....	34
Tabela 8 – Nota final de cada indicador no 1º quadrimestre de 2021 .....	38
Tabela 9 – Nota final de cada indicador no 2º quadrimestre de 2021 .....	39
Tabela 10 – Nota final de cada indicador no 3º quadrimestre de 2021 .....	39

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comparação dos resultados do indicador PN.....	34
Gráfico 2 – Comparação dos resultados do indicador EX .....	35
Gráfico 3 – Comparação dos resultados do indicador OD .....	35
Gráfico 4 – Comparação dos resultados do indicador CIT .....	36
Gráfico 5 – Comparação dos resultados do indicador VAC .....	36
Gráfico 6 – Comparação dos resultados do indicador HAS .....	37
Gráfico 7 – Comparação dos resultados do indicador DM .....	37

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AHRQ	Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
B.I.	<i>Business Intelligence</i>
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CCG	<i>Clinical Commissioning Groups</i>
CIT	Comissão Intergestores Triparte
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GP	<i>General Practitioner</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
H&SCA	<i>Health and Social Care Act</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISF	Indicador Sintético Final
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
NPI	Nota Ponderada do Indicador
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico da Europa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PBF	Programa Bolsa Família
PHE	<i>Public Health England</i>
PMAQ-AB	Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMRP	Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPB	Programa Previne Brasil
PROADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
QOF	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>26</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>26</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>27</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
<b>4.1 AVALIAÇÃO INDIVIDUALIZADA DOS INDICADORES DE DESEMPENHO</b> .....	<b>34</b>
4.1.1 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 (SEIS) CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS, SENDO A 1ª ATÉ A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO (PN) .....	34
4.1.2 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA SÍFILIS E HIV (EX) .....	35
4.1.3 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO (OD).....	35
4.1.4 COBERTURA DE EXAME CITOPATOLÓGICO (CIT) .....	36
4.1.5 COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE INATIVADA E DE PENTAVALENTE (VAC).....	36
4.1.6 PERCENTUAL DE PESSOAS HIPERTENSAS COM PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA EM CADA SEMESTRE (HAS) .....	37
4.1.7 PERCENTUAL DE DIABÉTICOS COM SOLICITAÇÃO DE HEMOGLOBINA GLICADA (DM).....	37
4.1.8 CÁLCULO DA NOTA PONDERADA DO INDICADOR (NPI) E INDICADOR SINTÉTICO FINAL (ISF) DE CADA QUADRIMESTRE.....	38
4.1.9 CÁLCULO DO INDICADOR SINTÉTICO FINAL (ISF) DO ANO DE 2021 .....	41
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>42</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>47</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O termo gestão refere-se, semanticamente, ao ato ou efeito de administrar uma instituição. Na esfera da Atenção Primária em Saúde (APS), essa condição engloba um conceito mais amplo, denominado Gestão da Clínica, que corresponde a um conjunto de tecnologias em saúde as quais incorporam, segundo Mendes (2012), “governança clínica, especialmente a centralidade que dá à educação permanente dos profissionais de saúde a gestão dos riscos da atenção e uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde”. Nesse sentido, o papel dos indicadores de saúde torna-se inequívoco quanto à mensuração objetiva de resultados associados a ações e programas diretamente relacionados com as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), à luz do quadro conceitual do Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS, 2001).

Apenas para contextualização histórica, o *National Health Service Executive* e o Departamento de Saúde do Reino Unido (UK) – pioneiros nesta área – propuseram uma série de indicadores em 1998, muitos dos quais se aplicariam a grupos de atenção primária à saúde.

No Brasil, desde as últimas décadas, são identificadas várias iniciativas do Ministério da Saúde pela institucionalização da avaliação da Atenção Básica (AB). Entre as mais recentes, encontra-se o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implantado em 2011, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Ramos, 2019).

Como forma de aprimoramento desse conceito e também vislumbrando uma alternativa para modificar o modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde, o Governo Federal criou, através da Portaria nº 2.979 GM/MS/2019, o Programa Previne Brasil. Este, por sua vez, preconiza, para os três anos subsequentes, indicadores de processo e resultados intermediários das equipes, indicadores de resultados em saúde e indicadores globais de APS e suas respectivas metas, que têm por objetivo otimizar a captação de usuários cadastrados pela Atenção Básica e tornar a assistência prestada mais qualificada, segura e eficaz.

Tais indicadores consideram, ainda, relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade, tendo sido definidos por ato do ministro de Estado da Saúde após pactuação na CIT (Brasil, 2019). O modelo inglês foi citado como referência para a elaboração da nova política de financiamento da APS. No entanto, existe uma diferença fundamental.

Ao invés de utilizar a capitação e a avaliação de desempenho para remuneração de serviços, esses instrumentos passaram a ser critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, que têm por finalidade subsidiar o financiamento de sistemas locais de saúde – dado que o SUS é descentralizado e quem paga pelos serviços de APS são os municípios (Massuda, 2020).

O objetivo do presente estudo é comparar os dados obtidos por meio dos sistemas de Dados Estatísticos B.I. (*Business Intelligence*), e-Gestor AB e Hygia, a partir da avaliação dos indicadores de desempenho postulados pelo Programa Previne Brasil de janeiro a dezembro de 2021, em duas Unidades de Estratégia Saúde da Família de Ribeirão Preto, as quais apresentam diferenças quanto à metodologia de trabalho: a primeira trata-se de uma unidade convencional de Estratégia de Saúde da Família e a segunda, uma unidade com Equipe de Atenção Básica “parametrizada”, equivalente à modalidade de organização postulada pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ambas com população adscrita semelhante.

Espera-se que a modelagem de assistência executada pela unidade com Estratégia de Saúde da Família (ESF) gere resultados melhores nos indicadores de desempenho pactuados pelo Programa Previne Brasil em relação à modelagem da unidade com Equipe de Atenção Básica (EAB) “parametrizada”.

Habitualmente, o ato ou efeito de administrar uma instituição se confunde com atribuições relativas ao poder e domínio em âmbito privado ou público, o que pode ser culturalmente associado à política. Na Grécia antiga, o termo “política” tinha relação direta com a gestão democrática das cidades-Estados (Campos, 2009). No início do século XX, com a ascensão do Taylorismo ou Administração Científica, a visão empírica da gestão intrinsecamente coligada à política assumiu um teor mais técnico, “com base em evidências, e não orientada por disputas políticas entre interesses e valores distintos” (Campos, 2009).

Com a evolução dos processos de produção industrial, após a Segunda Guerra Mundial, no Japão, surgiu um conceito americano de administração denominado “Teoria da Qualidade Total”, segundo a qual o foco deveria ser a qualidade máxima do produto obtido. Seus preceitos estimulavam o desenvolvimento da concorrência e restringiam a autonomia dos trabalhadores. O modelo de “atenção gerenciada” (*managed care*) proposto para os serviços de saúde atuais é baseado no “gerencialismo” dessa teoria: aumento da eficácia do trabalho em saúde e transferência da capacidade decisória no processo de trabalho para a padronização por protocolos clínicos (Campos, 2009).

Em meados do século XX, houve uma ampliação do campo de intervenção da gestão em saúde, até então direcionada para a administração sanitária e de práticas em saúde no contexto da Saúde Pública. Nesse período, inicialmente na Europa e depois na América e Oceania, foram construídos os sistemas nacionais e públicos de saúde, cujos serviços e programas de saúde teriam caráter preventivo e de relevância coletiva, além de ofertar assistência clínica hospitalar e ambulatorial. Utilizando-se os princípios da hierarquização e da regionalização dos serviços, surgiu a rede denominada Atenção Primária.

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido em 1920, com a divulgação do Relatório Dawson, o qual descreveu as funções de cada nível de atenção à saúde no contexto da



regionalização dos serviços e de sua organização com base na saúde da população adscrita. Na ocasião, foi introduzida a proposta da coordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) pela APS (Mendes, 2015).

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, emergiram elementos essenciais da APS:

a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes e a valorização das práticas complementares (Mendes, 2015).

Segundo Mendes (2012), a história da APS no Brasil pode ser dividida em sete ciclos:

- 1º ciclo (1924 – início da década de 1940): criação dos Centros de Saúde da USP sob influência do pensamento dawsoniano;
- 2º ciclo (início década 1940 – meados da década de 1960): criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde;
- 3º ciclo (meados da década de 1960 – década de 1970): desenvolvimento das secretarias estaduais de saúde e elaboração de ações preventivas, especialmente voltadas para a assistência materno-infantil e os programas de saúde pública (doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase);
- 4º ciclo (década de 1970 – início da década de 1980): ampliação de cobertura da APS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento);
- 5º ciclo (início da década de 1980 – 1990): crise da Previdência Social, que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS);
- 6º ciclo (1990 – 1994): criação do SUS, transferência da gestão da APS para os municípios, com consequente expansão dos cuidados primários de saúde;
- 7º ciclo (1994 – atualmente): implantação do Programa Saúde da Família (PSF), com influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba.

No Canadá, onde o sistema de saúde é universal e inclusivo, a APS está na pauta das principais discussões políticas desde a década de 1960, com intensificação após a divulgação do Relatório Lalonde (1974) e da Carta de Ottawa (1986). No Brasil, os debates políticos sobre esse tema surgiram na época do regime militar, apontando para as:

necessidades políticas de saúde se orientarem para a universalização e descentralização dos serviços (...). Enquanto internacionalmente se discutiam conceitos e novas abordagens em promoção da saúde, na prestação de cuidados primários e na composição das equipes multiprofissionais, no Brasil, a preocupação maior voltava-se ainda para a organização e estruturação de um sistema universal de saúde que superasse a precariedade e a ausência de abrangência nacional, de modo a corresponder às necessidades das comunidades desassistidas (Faria, 2015).

A estrutura organizacional e as diretrizes sanitárias do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, foram inspiradas, em grande parte, nas políticas de bem-estar social de vários países. A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, Inglaterra, Canadá e Cuba, entre outros países, serviram de referência para a construção das políticas públicas de saúde brasileiras, pautadas em diretrizes que devem obedecer a 15 princípios, expressos no art. 7º da Lei nº 8.080/90 (Santos, 2018):

- universalidade (acesso à saúde para todos os indivíduos);
- integralidade (promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência curativa);
- preservação da autonomia da pessoa;
- equidade (atendimento segundo as necessidades do cidadão);
- informação individual sobre saúde;
- divulgação sobre potencial dos serviços e utilização destes;
- utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades;
- alocação de recursos e orientação programática;
- participação popular nas políticas de saúde;
- descentralização com ênfase na esfera local;
- regionalização dos serviços conforme a sua especificidade;
- hierarquização segundo a complexidade dos serviços;
- integração das ações de saúde com meio ambiente e saneamento básico;
- conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas da administração,
- resolubilidade e organização dos serviços.

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que promoveu a valorização do território, o estabelecimento de vínculos estreitos com a população, o trabalho em equipes multidisciplinares, a promoção da saúde por meio de ações intersetoriais e o estímulo à participação comunitária, entre outros aspectos. Após avançar em todas as regiões do país, o PSF reorienta o modelo assistencial, fundamentando-o na atenção básica, consolidando-se como eixo ordenador da saúde no Brasil (Santos, 2018).

Atualmente, no Canadá, a legislação em saúde (*Canada Health Act*) preconiza que cada província tenha autonomia no investimento em saúde. O objetivo é que cada habitante tenha acesso aos serviços de saúde segurados em uma base pré-paga, sem encargos diretos para os serviços.

O Programa Nacional de Seguro de Saúde chama-se Medicare e destina-se a garantir o acesso dos cidadãos canadenses a serviços hospitalares, médicos e medicamentos. Porém, o país não tem um único plano nacional: existem 13 planos de saúde entrelaçados nas províncias, as quais compartilham

características e padrões de cobertura. As funções e responsabilidades para com o Sistema de Saúde são compartilhadas entre os governos federal, provincial e territorial.

Os governos provinciais e territoriais são responsáveis pela gestão, organização e prestação de serviços de saúde para os seus residentes. Além disso, existe a possibilidade de que o usuário se utilize do princípio da transferibilidade (“residentes que se transferem de uma província para outra ou mesmo para fora do país, sob determinado período e por razões previamente acordadas e estabelecidas” – Santos, 2018) e tenha acesso a serviços de saúde segurados e até mesmo não segurados fora de sua província de origem.

Comparando-se as principais características dos sistemas de saúde do Brasil e do Canadá (Quebec), observa-se que estes se constituem como sistemas públicos que atribuem grande importância à atenção primária em saúde e estruturam seus serviços em torno do cuidado às famílias (Santos, 2018). Destacam-se os princípios da universalidade e da equidade (denominada acessibilidade para os canadenses). Contudo, a integralidade da assistência preconizada pelo sistema brasileiro é substituída pelo princípio da abrangência no sistema canadense, o qual garante o atendimento somente dos serviços considerados clinicamente necessários.

O princípio da descentralização é comum aos dois sistemas, embora, efetivamente, este ocorra de forma muito mais marcante e decisiva na organização dos serviços do Canadá. Por outro lado, a participação popular, incentivada no Brasil, não tem equivalência no sistema canadense. Tratando-se de recursos humanos, no Canadá, o médico da APS – profissional liberal (e não funcionário do governo) – tem maior autonomia, exercendo papel de *gatekeeper* (em português, guardião) e regulando o acesso aos demais níveis da assistência em saúde, assim como às admissões hospitalares, análises diagnósticas e à administração de medicamentos (Santos, 2018).

Em comparação com o sistema de saúde britânico (*National Health Service* – NHS), o SUS é 38 anos mais recente; ambos são de caráter público e pautados pelos princípios da igualdade, integralidade e universalidade. “Assim como o SUS, o NHS também passou por reformas de acordo com o momento político e econômico em que o país se encontrava, mas sem abandonar os princípios que estimularam a sua criação” (Nicoletti, 2017).

Em 2012, foi instituído o *Health and Social Care Act* (H&SCA), que, dentre outras medidas, criou os *Clinical Commissioning Groups* (CCGs), órgãos legais do NHS distribuídos geograficamente e cuja função é planejar e delegar os serviços de cuidados de saúde à população da área pela qual eles são responsáveis, especialmente aqueles relacionados à assistência secundária. Dentre seus membros, incluem-se os *General Practitioners* – GPs (clínicos gerais) – e outros profissionais da saúde, como enfermeiros.

Outra importante decisão surgida no H&SCA foi a criação legislativa da *Public Health England* (PHE), uma agência executiva inserida no Departamento de Saúde do Reino Unido (DH) para tratar de questões de saúde pública (Nicoletti, 2017).

Apesar de ambos possuírem gastos equivalentes, o SUS necessita cobrir uma população quase quatro vezes maior que o NHS inglês, o que reflete no gasto *per capita* em saúde, o qual é 2,5 vezes maior no NHS do que no SUS.

O financiamento do sistema inglês se manteve concentrado na coleta de impostos da esfera nacional, diferentemente do SUS, onde as esferas estaduais e municipais contribuem para o financiamento do sistema com as suas arrecadações locais. No SUS, entre 2002 e 2015, houve um aumento de 18% para 26% na taxa de contratações de planos de saúde privados pela população (Vieira, 2016).

Apesar do crescimento da iniciativa privada no sistema de saúde inglês, sua cobertura ainda é de 13% no país (Giovanella, 2014). Em nível operacional, assim como no Brasil, a atenção básica na Inglaterra também sofreu um processo de regionalização, estando os provedores contratados diretamente pelo NHS ou pelos CCGs (Nicoletti, 2017).

Para balizar a qualidade dos serviços prestados na APS, os indicadores de saúde passaram a ser vistos como um instrumento capaz de sinalizar oportunidades de melhoria, controlar o cumprimento das melhores práticas clínicas existentes por meio de parâmetros quantitativos (planejamento, organizacional, clínico) e visando a melhores processos e resultados. Tal análise é imprescindível para o planejamento e a decisão estratégica em saúde. O desenvolvimento e a seleção de indicadores devem atender aos requisitos de uso, como validade, confiabilidade, relevância, pertinência, aplicabilidade, disponibilidade de dados, parcialidade mínima e, além disso, serem baseados nas melhores evidências disponíveis (Ramalho, 2019).

O *National Health Service Executive* e o Departamento de Saúde do Reino Unido (UK) – pioneiros nessa área – propuseram uma série de indicadores em 1998, muitos dos quais se aplicariam a grupos de atenção primária à saúde. Em junho de 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o *World Health Report 2000* (WHR 2000), dedicado à avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde (SS). No relatório *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (WHO, 2007), a OMS coloca os sistemas de informações em saúde (SIS) como um dos seis blocos essenciais na construção de um sistema de saúde (Lima, 2015).

A partir de 2004, a Estrutura de Qualidade e Resultados (em inglês, *Quality and Outcomes Framework* – QOF) foi introduzida no Reino Unido. Nos últimos anos, várias organizações de saúde, sociais e políticas, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico da Europa (OCDE) e a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde

(AHRQ), definiram e implementaram diferentes conjuntos de indicadores de qualidade para a atenção primária (Ramalho, 2019).

Reconhecendo a importância de se avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro, foi proposta a Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS, 2001). Esse projeto teve início em 2001, com a participação de uma rede de pesquisadores vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva, e foi concebido a partir do conhecimento técnico-científico produzido no campo da avaliação de sistemas de saúde (PROADESS, 2001).

A partir de 2006, com o estabelecimento do Pacto pela Saúde no Brasil, a pactuação de indicadores envolveu um conjunto de 54 indicadores que recobriam as prioridades do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão (Brasil, 2010). Em 2011, por meio da Portaria nº 1.654, o Ministério da Saúde (MS) criou o PMAQ-AB e instituiu, na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulada a uma avaliação e certificação que vinculava repasses de recursos financeiros conforme o desempenho alcançado nos indicadores avaliados pelo programa (Brasil, 2015).

Em 2011, na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), admitiu-se uma forma diversa de inserção do médico na organização da equipe de saúde da família, podendo ele atuar 20 ou 30 horas semanais, de forma cumulativa ou não com outro(s) profissional(is) na mesma função (generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade), denominada Equipe Transitória, cuja quantidade máxima por município era determinada pelo número de habitantes desta esfera administrativa.

Em 2013, no 2º ciclo do PMAQ-AB, o Ministério da Saúde formulou parâmetros mínimos (mínimo de profissionais para as equipes e carga horária de trabalho) para que as EABs organizadas de maneira diferente da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pudessem aderir ao programa. Essas EABs passaram a receber o cognome de “parametrizadas”. Os quadros subsequentes demonstram a relação de equivalência entre uma EAB parametrizada e uma ESF, considerando-se os seguintes critérios: carga horária mínima de médicos, enfermeiros e cirurgião dentista (o último para aquelas que contam com Equipe de Saúde Bucal) e as faixas populacionais adscritas de referência (por número de habitantes).

Quadro 1– Equivalência de EAB parametrizada em relação à ESF

<b>Soma da Carga Horária Mínima de Médicos - EAB</b>	<b>Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros - EAB</b>	<b>Equivalência com a ESF</b>
70 horas	60 horas	1 Equipe de Saúde da Família
100 horas	80 horas	2 Equipes de Saúde da Família
150 horas	120 horas	3 Equipes de Saúde da Família

Fonte: Ministério da Saúde

Quadro 2 – Equivalência de EAB com Saúde Bucal em relação à ESF com Saúde Bucal

<b>Soma da Carga Horária Mínima de Cirurgião Dentista - EAB</b>	<b>Equivalência com a ESF</b>
40 horas	1 Equipe de Saúde da Família
80 horas	2 Equipes de Saúde da Família
120 horas	3 Equipes de Saúde da Família

Fonte: Ministério da Saúde

Quadro 3 – Faixas populacionais adscritas para a EAB parametrizada em relação à carga horária dos profissionais

<b>Carga Horária Mínima</b>		<b>Faixas populacionais adscritas de referência (habitantes)</b>	
<b>Soma da Carga Horária Mínima de Médicos</b>	<b>Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
70 horas	60 horas	3.450	7.000
100 horas	80 horas	7.001	10.000
150 horas	120 horas	10.001	15.000

Fonte: Ministério da Saúde

Até 2019, o financiamento da Atenção Básica no Brasil era constituído por quatro componentes: o primeiro era composto, em parte, por uma parcela fixa, calculada a partir do tamanho populacional do município, o chamado “PAB Fixo”. O segundo componente do modelo de financiamento até então vigente era o chamado “PAB Variável”, um *pot-pourri* de incentivos financeiros repassados de acordo com o credenciamento e a mínima atividade dos mais diversos tipos de equipes de ESF, Consultório na Rua, equipes prisionais etc.

O terceiro componente estava relacionado ao incentivo repassado aos municípios para a implantação e manutenção de agentes comunitários de saúde nas ESF. O quarto e último componente era o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), que inovou, em 2011, ao abordar a necessidade de ampliar o acesso e de melhorar a qualidade do cuidado na ESF e trazer a cultura da avaliação na APS (Harzheim, 2020).

Em novembro de 2019, foi divulgada a Portaria nº 2.979 do Ministério da Saúde, a qual “institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017” (Brasil, 2019).

Com data de previsão da implantação prevista para janeiro de 2020, a etapa de transição da capitação ponderada do PPB foi prorrogada por meio da Portaria nº 29 do Ministério da Saúde, “considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19)” (Brasil, 2020).

Como forma de indulgência ao não cumprimento das metas estabelecidas no referido programa devido ao contexto da pandemia de covid-19, em julho de 2020, a Portaria nº 1.740 do Ministério da Saúde estabeleceu:

o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020 (dispõe sobre os municípios que apresentam manutenção ou decréscimo dos valores a serem transferidos) (Brasil, 2020).

De acordo com o novo modelo de financiamento (Programa Previne Brasil), o custeio federal da APS passaria a ser constituído por três componentes:

- I – capitação ponderada
- II – pagamento por desempenho
- III – incentivo para ações estratégicas

A capitação ponderada é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária. Esse componente considera fatores de ajuste como:

- I – a população cadastrada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);
- II – a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada (proporção de pessoas cadastradas que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários-mínimos;
- III – o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada (com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade),
- IV – classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto.

Para cada um dos fatores mencionados, de acordo com a classificação obtida, aplica-se um fator moderador (peso) que varia de 1 a 2, aumentando seu valor de forma diretamente proporcional ao grau de vulnerabilidade observada (Brasil, 2019).

As transferências financeiras referentes a cada uma das ações estratégicas previstas no novo modelo de financiamento seguem as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento dos respectivos programas, estratégias e ações. São eles:

- I – Programa Saúde na Hora
- II – Equipe de Saúde Bucal (eSB)
- III – Unidade Odontológica Móvel (UOM)
- IV – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- V – Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)
- VI – Equipe de Consultório na Rua (eCR)
- VII – Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)
- VIII – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)
- IX – Microscopista
- X – Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)
- XI – Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade
- XII – Programa Saúde na Escola (PSE)
- XIII – Programa Academia da Saúde
- XIV – Programas de apoio à informatização da APS
- XV – Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional
- XVI – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
- XVII – Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico

O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando-se os resultados de indicadores pactuados para cada ano fiscal, dentro das seguintes categorias:

- I – Processo e resultados intermediários das equipes
- II – Resultados em saúde
- III – Globais de APS

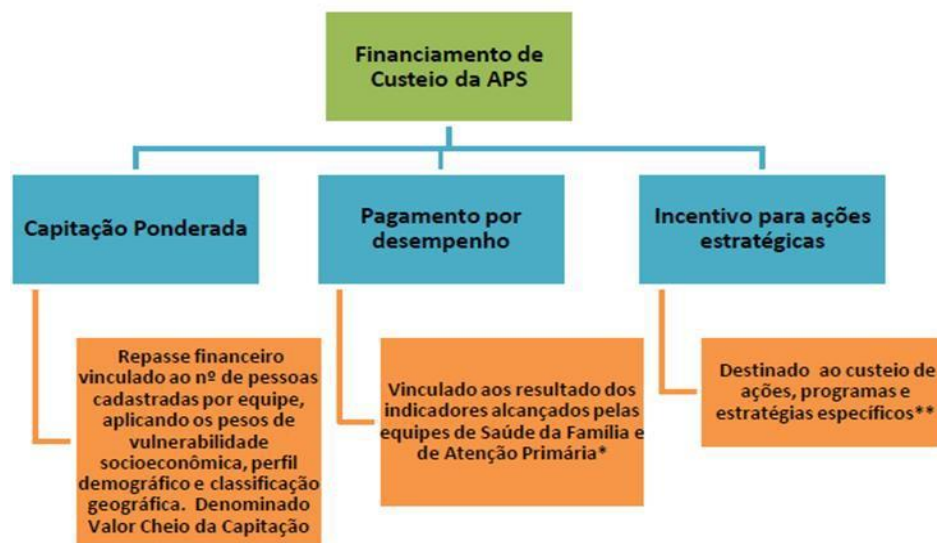
Para a análise dos indicadores de desempenho da Atenção Primária em Saúde conforme o novo modelo de financiamento preconizado pelo Programa Previne Brasil, foi publicada a Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, a qual apresenta as fichas de qualificação do conjunto de



indicadores que compõem o respectivo incentivo financeiro para o ano de 2020 (prorrogado para o ano de 2021) e detalha o método de aferição e avaliação deles. Nesse processo, a Portaria 3.222, de 10 de dezembro de 2019, estabeleceu 07 (sete) indicadores, efetivamente empregados para o ano de 2021 (ANEXOS):

- I – proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação (PN)
- II – proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (EX)
- III – proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (OD)
- IV – cobertura de exame citopatológico (CIT)
- V – cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente (VAC)
- VI – percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre (HAS)
- VII – percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (DM)

Figura 1 – Componentes do Previne Brasil



Fonte: Ferreira, J. B. B. (2020)

Para fins de adequação de cada indicador de desempenho, será considerado o valor da respectiva meta estabelecida pela Portaria 3.222. As metas definidas para os indicadores selecionados representam valores de referência, resultado de pactuação na Comissão Intergestores Triparte (CIT), e são consideradas ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS.

A variável descrita como “parâmetro” representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador. O peso será o balizador para cálculo da Nota Ponderada do Indicador (NPI), demonstrando a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas, bem como o nível de dificuldade no atingimento das metas, que

traduzem o esforço da gestão e das equipes para a realização de ações, programas e estratégias. Para cada um dos sete indicadores foram atribuídos pesos com valores de 1 ou 2, cuja soma total é igual a 10 (Brasil, 2019).

Além do Previne Brasil, diversas outras estratégias de reestruturação da Atenção Básica, metodológica e sistemicamente integradas, foram desenvolvidas ou se encontram em fase final de elaboração. Entre elas, podemos citar: a criação da SAPS; a ampliação de acesso (Saúde na Hora); a informatização (ConecteSUS e InformatizaAPS); o provimento médico e a formação em larga escala de médicos de família e comunidade (Médicos pelo Brasil); o incentivo à formação profissional via Residência Médica e Multiprofissional; a Carteira de Serviços da APS (CasAPS); a produção de linhas de cuidado para toda a Rede de Atenção à Saúde, ordenada pela APS; a criação de protocolos clínicos de enfermagem; a instituição do Prêmio APS Forte, o fortalecimento metodológico e as parcerias com o IBGE e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para melhor monitoramento e avaliação da APS (Herzheim, 2020).

Contudo, existem questionamentos de que este modelo de financiamento “parece ter objetivo restritivo, deve limitar a universalidade, aumentar as distorções no financiamento, induzindo a focalização de ações de APS no SUS, e reverte a redução das desigualdades na saúde” (Herzheim, 2020). Do ponto de vista ideológico, isso requer uma ampla discussão. Em relação aos aspectos técnico-científicos, ainda não há fundamentos práticos que possam corroborar com a hipótese de que essa proposta seria inviável ou divergente à realidade em que se insere sem que haja um detalhado monitoramento de sua consolidação e uma análise aprofundada sobre seu impacto, efetividade, eficiência e eficácia.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Comparar o desempenho na gestão do processo de trabalho da Atenção Primária em Saúde considerando-se dois diferentes modelos de assistência e tendo como parâmetro os indicadores de desempenho do Programa Previnde Brasil.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Embasar o planejamento de ações e redirecionamento de estratégias na Atenção Primária em Saúde do sistema público municipal;
- Avaliar os resultados obtidos como norteadores do processo de trabalho e da readequação da assistência a partir de diretrizes técnicas, consolidadas pela educação em saúde dos profissionais envolvidos.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo documental, transversal e analítico, inserido na área de conhecimento “Saúde Coletiva” da CAPES, na linha de pesquisa de Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Toma como base dados inerentes às populações adscritas de duas unidades de saúde de bairros diferentes e não contíguos do município de Ribeirão Preto-SP, região nordeste do estado de São Paulo, com quantitativo de 9.104 e 9.550 habitantes, respectivamente, predomínio de mulheres jovens, de raça branca e com hipertensão arterial sistêmica – HAS – como a condição crônica de saúde mais prevalente.

O tamanho amostral é constituído não por sujeitos de pesquisa, mas pelas referidas unidades de saúde, consideradas “amostra de conveniência” e denominadas “A” e “B”. A unidade A é uma unidade convencional de Estratégia de Saúde da Família e a unidade B contém uma Equipe de Atenção Básica “parametrizada”, equivalente à modalidade de organização postulada pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A obtenção dos dados deu-se por meio de acesso ao sistema Hygia – versão municipal do Prontuário Eletrônico do Cidadão, que alimenta o e-SUS (Sistema de Informação em Saúde que visa a substituir o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) –, ao e-Gestor AB (plataforma WEB para centralização dos acessos e perfis dos sistemas de informação da Atenção Básica) e aos Dados Estatísticos de B.I. (*Business Intelligence*) da Intranet da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP.

Tais dados foram interpretados usando-se a mesma metodologia empregada na análise de indicadores preconizados pelo Programa Previne Brasil (PPB): para cálculo da avaliação de proporção do desempenho de cada unidade em relação às metas preconizadas, foram atribuídas notas, individualmente, para cada indicador de maneira linear e variando de zero a dez, considerando-se o resultado obtido entre o menor valor possível (normalmente zero) e a meta atribuída para aquele indicador.

Em seguida, foi feita uma análise comparativa entre as duas unidades da nota individual de cada indicador, ao longo dos quadrimestres do ano de 2021, pontuando-se fatores que pudessem interferir no desempenho entre elas. A multiplicação da nota com o peso resultou na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI). A última etapa consistiu na agregação dos resultados, em que os resultados ponderados dos indicadores foram condensados em um único indicador final denominado Indicador Sintético Final (ISF). A agregação foi realizada somando-se as NPIs de todos os indicadores e dividindo-as por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF, nota final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho de cada unidade, para cada quadrimestre.

O resultado final do desempenho de cada unidade foi obtido pela média aritmética dos ISFs dos três quadrimestres. Esperou-se obter um Indicador Sintético Final (ISF) da unidade com ESF

(Estratégia Saúde da Família) maior que o Indicador Sintético Final (ISF) da unidade com Equipe de Atenção Básica (EAB) “parametrizada”.

A comparação dos ISFs das unidades foi feita por simples análise da diferença estatística entre os indicadores, apontando superioridade de uma unidade em relação à outra. A apresentação dos resultados e das propostas de intervenção no escopo de cada indicador será efetuada mediante a elaboração e entrega da dissertação à banca examinadora do Mestrado Profissional em Gestão das Organizações de Saúde da Universidade de São Paulo – *campus* Ribeirão Preto.

A partir de dados obtidos no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere às cargas horárias dos profissionais que compõem as unidades em estudo (apenas os envolvidos diretamente com a assistência em saúde), além da análise de população adscrita e do número de equipes, pode-se proceder à seguinte categorização:

Tabela 1 – Comparação das unidades em relação à carga horária dos profissionais, população adscrita e nº de equipes

	Unidade A (ESF)	Unidade B (EAB parametrizada)
<b>Carga horária de médicos</b>	200	180
<b>Carga horária de enfermeiros</b>	120	160
<b>Carga horária cirurgião dentista</b>	80	120
<b>População adscrita</b>	9.550	9.107
<b>Número de equipes</b>	03	04

Fonte: Elaboração própria.

Dessa forma, observa-se que ambas as unidades cumprem os quesitos preconizados pelo 2º ciclo do PMAQ-AB (2013) para que possam ser enquadradas como ESF (Unidade A) e como EAB parametrizada (Unidade B): carga horária mínima de médicos de 150 horas, carga horária mínima de enfermeiros de 120 horas e carga horária mínima de cirurgião dentista de 120 horas para que a Unidade B possa ser considerada equivalente a uma ESF, com 03 equipes de Saúde da Família, correspondente à composição da Unidade A (vide Quadro 2, na p. 21).

Entretanto, quando se trata de população adscrita, ambas apresentam número de habitantes aquém do mínimo preconizado pela mesma referência (10.001 habitantes – vide Quadro 3, n p. 21). Tal fato está provavelmente relacionado ao subcadastramento historicamente notado na Atenção Primária em Saúde de Ribeirão Preto (atualmente, 85% da população está cadastrada no e-SUS, segundo dados do Plano Municipal de Saúde – Quadriênio 2022-2025).

Com base em informações abstraídas do *Business Intelligence* (B.I.) da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, o qual compila dados de cadastro do indivíduo do Sistema e-SUS, traçou-se o diagnóstico situacional de saúde das unidades envolvidas neste estudo, considerando-se o perfil geográfico, demográfico, educacional, laboral e patológico das respectivas populações adscritas. Na Unidade A, localizada a 6,6 km da UBDS de referência (Distrito Sul de Saúde de Ribeirão Preto), com uma população de 9.550 habitantes (outubro/2021), observou-se predomínio da população feminina (52,31%), em sua maior parte de 20-29 anos (19,49%), raça branca (48,99%) e Hipertensão

Arterial Sistêmica como condição crônica de saúde mais prevalente (12,65%). Na Unidade B, localizada a 5 km da UBDS de referência (Distrito Oeste de Saúde de Ribeirão Preto), com uma população de 9.104 habitantes (outubro/2021), observou-se predomínio da população feminina (53,32%), em sua maior parte de 20-29 anos (18,56%), raça branca (50,33%) e Hipertensão Arterial Sistêmica como condição crônica de saúde mais prevalente (11,98%).

Tabela 2 – Comparativo das características das unidades A e B

	Distância Urgência (km)	População (hab.)	Sexo predominante (%)	Faixa etária predominante 20-29 anos (%)	Raça predominante branca (%)	Condição crônica predominante HAS (%)
Unidade A	6,6	9.550	52,31	19,49	48,99	12,65
Unidade B	5	9.104	53,32	18,56	50,33	11,98

Fonte: Elaboração própria.

Os indicadores de desempenho empregados no estudo foram propostos pelo Programa Previne Brasil (Brasil, 2019) para o ano de 2021 e representam a proporção de indivíduos com seguimento regular em saúde nas áreas de saúde da mulher (gestante e não gestante – rastreamento oncológico), saúde da criança (imunização) e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (HAS e DM – Diabetes Mellitus) em relação ao número total de indivíduos portadores da respectiva condição de saúde:

I – proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação (PN)

$$\frac{\text{Nº de gestantes com 6 consultas pré – natal, com 1ª até 20ª semana de gestação}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{Sinasc ou Nº gestantes identificados}\right)^1}$$

<sup>1</sup>O denominador será o que apresentar o maior valor

II – proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (EX)

$$\frac{\text{Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e SÍFILIS}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{Sinasc ou Nº gestantes identificados}\right)^1}$$

<sup>1</sup>O denominador será o que apresentar o maior valor

III – proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (OD)

$$\frac{\text{Nº de gestantes com pré – natal na APS e atendimento odontológico}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{Sinasc ou Nº gestantes identificados}\right)^1}$$

<sup>1</sup>O denominador será o que apresentar o maior valor

IV – cobertura de exame citopatológico (CIT)

$$\frac{\text{Nº de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{Projeção de mulheres de 25 a 64 anos ou Nº mulheres de 25 a 64 anos cadas}\right)^1}$$

<sup>1</sup>O denominador será o que apresentar o maior valor

V – cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente (VAC)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de 3}^{\text{a}} \text{ doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano}}{\left( \frac{\text{Param\^etro de Cadastro}}{\text{Popula\~ao IBGE}} \times \text{Sinasc ou N}^{\circ} \text{ crian\~as cadastradas} \right)^1}$$

<sup>1</sup>O denominador será o que apresentar o maior valor

VI – percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre (HAS)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ Hipertensos com PA aferida semestralmente nos ultimos 12 meses}}{\left( \text{Param\^etro de Cadastro} \times \text{Hipertensos PNS ou N}^{\circ} \text{ Hipertensos identificados} \right)^1}$$

<sup>1</sup>O denominador será o que apresentar o maior valor

VII – percentual de diabéticos com solicitao de hemoglobina glicada (DM)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ diabéticos com solicita\~ao de HbA1c nos ultimos 12 meses}}{\left( \text{Param\^etro de Cadastro} \times \% \text{ diabéticos PNS ou N}^{\circ} \text{ diabéticos identificados} \right)^1}$$

<sup>1</sup>O denominador será o que apresentar o maior valor

O período de levantamento de dados compreendeu de janeiro a dezembro de 2021, época na qual passaria a vigorar o novo prazo de cáculo do valor do incentivo financeiro preconizado pelo Programa Previne Brasil (prorrogao prevista pela Portaria n 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, em decorrência da pandemia de covid-19).

Considerando-se o fato de que indicadores de desempenho mensurados pelos sistemas de informao descritos dependem, essencialmente, da gerao de dados obtidos a partir da gerao da ficha e-SUS por parte dos médicos das unidades avaliadas, espera-se ter uma reduo do viés preenchimento que ocasionalmente possa ocorrer após a capacitao ministrada pelo Núcleo de Educao Permanente da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, em setembro de 2020.

Em relao aos fatores de confusão que podem distorcer o efeito aparente da exposio de interesse, pode-se considerar que a avaliao do quantitativo populacional, do perfil demográfico, da distância em relao ao serviço de urgência mais próximo e da condio crônica de saúde predominante nas populaoes pertencentes  área de abrangência de cada uma das unidades de saúde envolvidas no estudo permitiu aproximá-las por similaridade.

Os dados obtidos pelos sistemas de informao mencionados foram inseridos em um banco de dados desenvolvido na plataforma Microsoft Excel. Existe uma cópia da planilha criada no computador da pesquisadora responsável e de seu orientador, que foram sincronizados semanalmente a um computador fixo para cópia de segurança. O banco de dados teve a funo de gerenciamento dos dados do estudo, provendo relatórios.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP e pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Foi garantida a privacidade e confidencialidade dos dados obtidos. Não se aplica a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo fato de não ter havido participação direta de indivíduos, tendo sido enviada uma solicitação de dispensa desse termo ao Comitê. Portanto, do aspecto ético, não houve ocorrência de incômodo, intimidação, subordinação, previsão de benefícios ou riscos potenciais envolvendo seres humanos.



## 4 RESULTADOS

Para que se possa estabelecer uma adequação associação entre a exposição (composição das equipes de saúde das unidades envolvidas, sendo uma delas constituída como ESF convencional e a outra, como EAB parametrizada) e o desfecho (ISF do Programa Previne Brasil no ano de 2021), devem-se avaliar criticamente os possíveis vieses e fatores de confusão envolvidos no estudo:

a) Viés de seleção: as populações estudadas poderiam diferir entre si quanto a distância da área de abrangência em relação ao serviço de urgência mais próximo, número total de pacientes adscritos em cada unidade de saúde, sexo, raça e faixa etária predominantes, além do percentual de indivíduos diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica, doença crônica não transmissível mais prevalente no Brasil (Vigitel, 2020) e também em ambos os territórios. Contudo, a partir dos dados obtidos pela ferramenta *Business Intelligence* (B.I.), observa-se similaridade das características populacionais das unidades A e B.

b) Viés de informação: os dados obtidos pelo sistema e-Gestor AB, diretamente relacionados com os indicadores de desempenho preconizados pelo Programa Previne Brasil no ano de 2021, estão condicionados à conformidade de preenchimento das informações nos sistemas Hygia, e-SUS, SISCAN e SI-PNI. Espera-se ter obtido atenuação desse viés após a capacitação das equipes de saúde da Atenção Básica ministrada pelo Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, ocorrida em setembro de 2020.

c) Fatores de confusão: outras variáveis podem interferir nos resultados, como menor número e/ou maior adesão ao seguimento de saúde de pacientes enquadrados em grupos específicos (gestantes, mulheres em faixa etária alvo de coleta de citopatológico do colo do útero, crianças em faixa etária alvo de imunização com pentavalente e pólio inativada, hipertensos e diabéticos) em uma unidade em comparação com a outra. Por outro lado, tendo em vista que os indicadores de desempenho avaliados consideram valores percentuais, isso atenuaria o fator de confusão associado à discrepância dos quantitativos dos grupos específicos de cada unidade. Em relação à adesão ao seguimento em saúde, considera-se que esse fator tem importante conexão com o processo de trabalho da equipe (Massuda, 2020), o que está diretamente relacionado à exposição do estudo (composição das equipes de saúde envolvidas).

Pretendendo-se estabelecer a inferência causal entre a exposição e o desfecho, alguns critérios foram considerados:

a) Força da associação: comprovada através de significativa diferença estatística;

- b) Coerência: a conclusão obtida corresponde ao que se observa na literatura vigente (Lima et al., 2015; Macinko & Mendonça, 2018; Mendes, 2015; Vieira, 2016);
- c) Consistência: o resultado em questão pode ser reproduzido para outras populações (Macinko & Mendonça, 2018; Vieira, 2016).

Sintetizando-se os dados obtidos a partir do e-Gestor AB em relação aos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil para as unidades A e B no ano de 2021, com a respectiva divisão financeira em quadrimestres, pode-se observar o seguinte:

Tabela 3 – Resultados em porcentagem dos indicadores de desempenho da unidade A em 2021

	PN	META	EX	META	OD	META	CIT	META	VAC	META	HAS	META	DM	META
Q1 2021	65	60	81	60	52	60	6	40	22,58	95	11	50	38	50
Q2 2021	64	60	70	60	72	60	7	40	26,39	95	16	50	37	50
Q3 2021	80	60	78	60	83	60	9	40	36,65	95	15	50	36	50

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: Q1= 1º quadrimestre de 2021

Q2= 2º quadrimestre de 2021

Q3= 3º quadrimestre de 2021

Tabela 4 – Resultados em porcentagem dos indicadores de desempenho da unidade B em 2021

	PN	META	EX	META	OD	META	CIT	META	VAC	META	HAS	META	DM	META
Q1 2021	70	60	16	60	48	60	4	40	35,03	95	4	50	13	50
Q2 2021	42	60	4	60	22	60	6	40	25,51	95	7	50	18	50
Q3 2021	62	60	10	60	20	60	9	40	24,15	95	8	50	25	50

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: Q1= 1º quadrimestre de 2021

Q2= 2º quadrimestre de 2021

Q3= 3º quadrimestre de 2021

Em relação ao indicador VAC, os dados não puderam ser obtidos diretamente do e-Gestor AB como os demais. Para tanto, foi necessário aplicar a seguinte fórmula, preconizada pelo Manual Instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde, de 2021:

$$\frac{\text{Nº de 3ª doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano}}{\left( \frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou Nª crianças cadastradas} \right)^2}$$

<sup>1</sup> O denominador será o que apresentar o maior valor

O número de doses aplicadas da vacina de poliomielite inativada e pentavalente pôde ser abstraído do sistema Hygia, individualmente para cada unidade, com intervalo de tempo determinado para os respectivos quadrimestres (01 de janeiro a 30 de abril de 2021, 01 de maio a 31 de agosto de 2021 e 01 de setembro a 31 de dezembro de 2021). A quantidade de crianças menores de 01 ano cadastradas em cada unidade pôde ser abstraída do e-SUS. Dessa forma, conclui-se o cálculo a partir da fórmula descrita acima.

Tabela 5 – Dados para cálculo do indicador de imunização das unidades A e B no 1º quadrimestre de 2021

1º quadrimestre de 2021	Unidade A	Unidade B
Nº de 3 <sup>as</sup> doses aplicadas em menores de 1 ano	77	103
Nº de crianças < 1 ano de idade cadastradas	341	294
Resultado do indicador em %	22,58	35,03

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6 – Dados para cálculo do indicador de imunização das unidades A e B no 2º quadrimestre de 2021

2º quadrimestre de 2021	Unidade A	Unidade B
Nº de 3 <sup>as</sup> doses aplicadas em menores de 1 ano	90	75
Nº de crianças < 1 ano de idade cadastradas	341	294
Resultado do indicador em %	26,39	25,51

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 7 – Dados para cálculo do indicador de imunização das unidades A e B no 3º quadrimestre de 2021

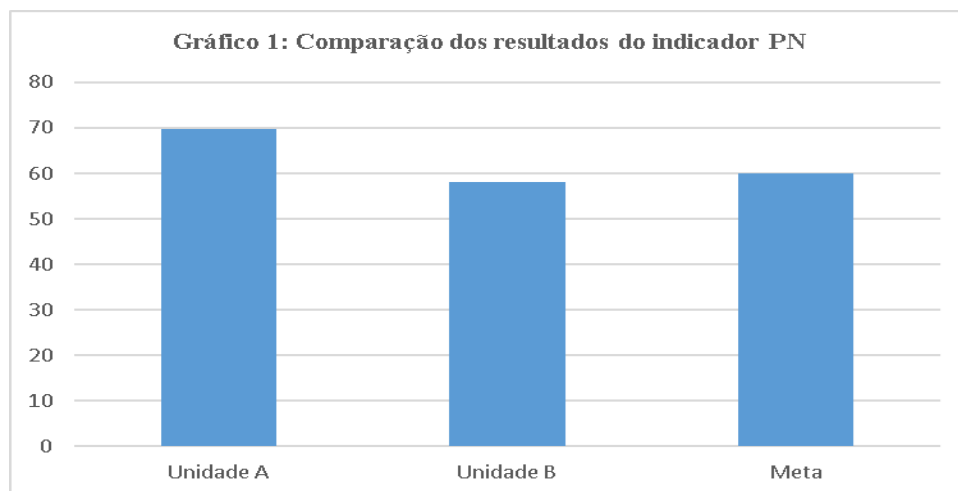
3º quadrimestre de 2021	Unidade A	Unidade B
Nº de 3 <sup>a</sup> doses aplicadas em menores de 1 ano	125	71
Nº de crianças < 1 ano de idade cadastradas	341	294
Resultado do indicador em %	36,65	24,15

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1 Avaliação Individualizada dos Indicadores de Desempenho

4.1.1 Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação (PN)

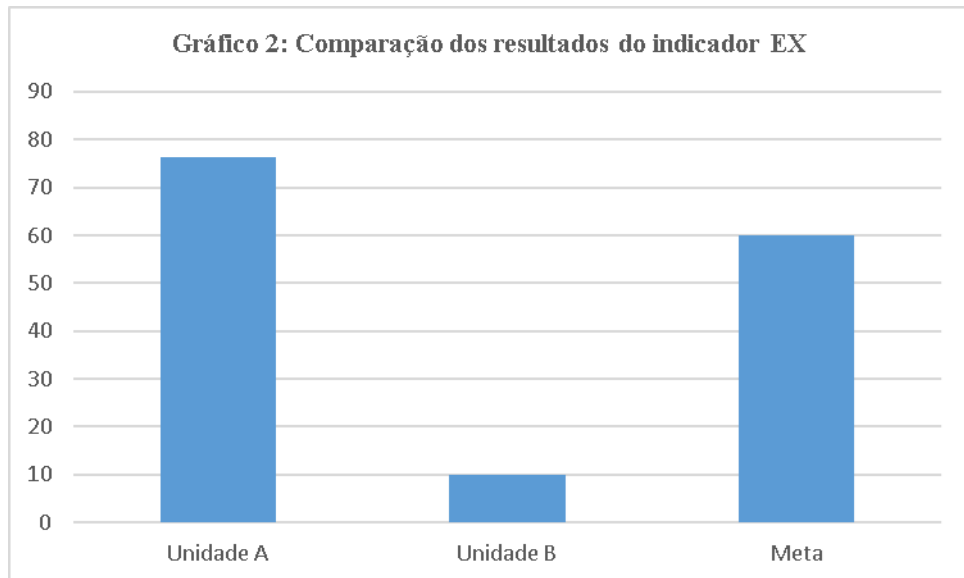
Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (69,66% x 58%), com uma diferença percentual de 11,66%, estando a Unidade B abaixo da meta preconizada (60%).



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1.2 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (EX)

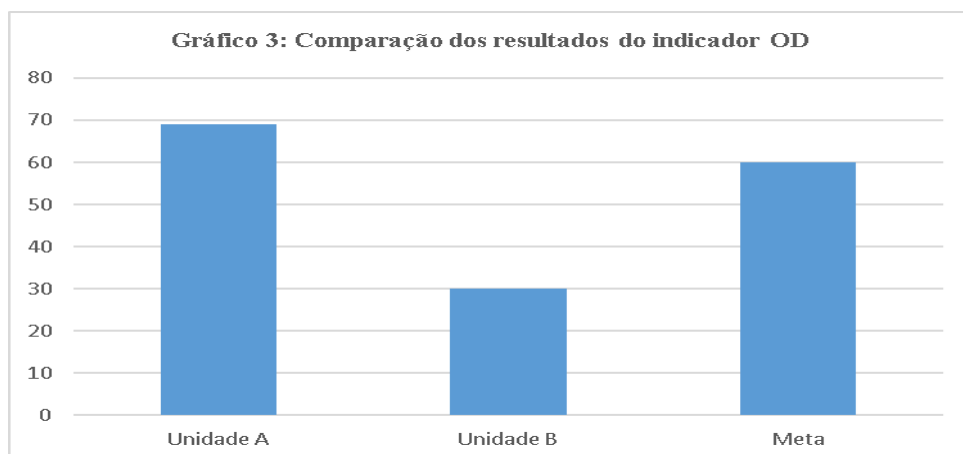
Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (76,33% x 10%), com uma diferença percentual de 66,33%, estando a Unidade B abaixo da meta preconizada (60%).



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1.3 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (OD)

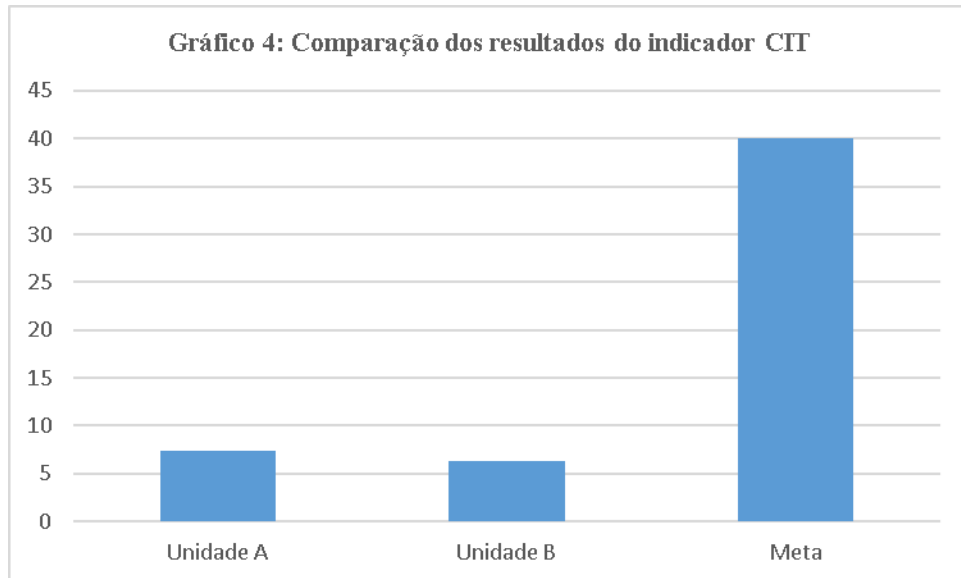
Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (69% x 30%), com uma diferença percentual de 39%, estando a Unidade B abaixo da meta preconizada (60%).



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1.4 Cobertura de exame citopatológico (CIT)

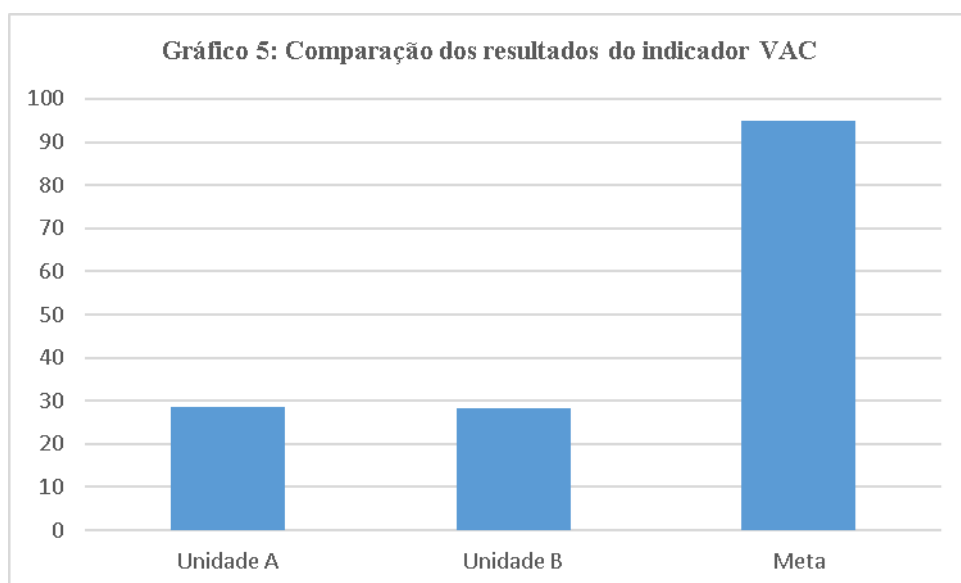
Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (7,33% x 6,33%), com uma diferença percentual de 1,00%, ambos abaixo da meta preconizada de 40%.



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1.5 Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente (VAC)

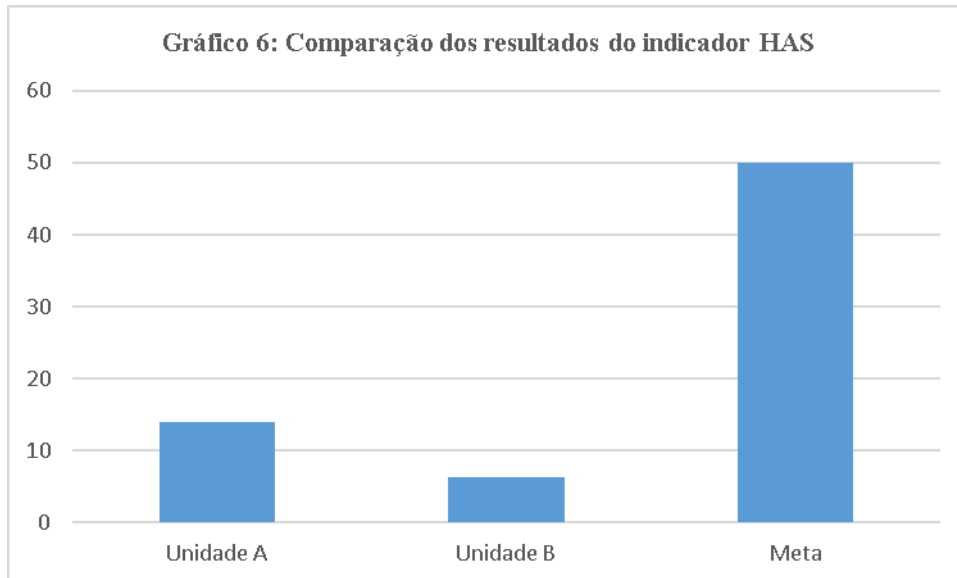
Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (28,54% x 28,23%), com uma diferença percentual de 0,31%, ambos abaixo da meta preconizada de 95%.



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1.6 Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre (HAS)

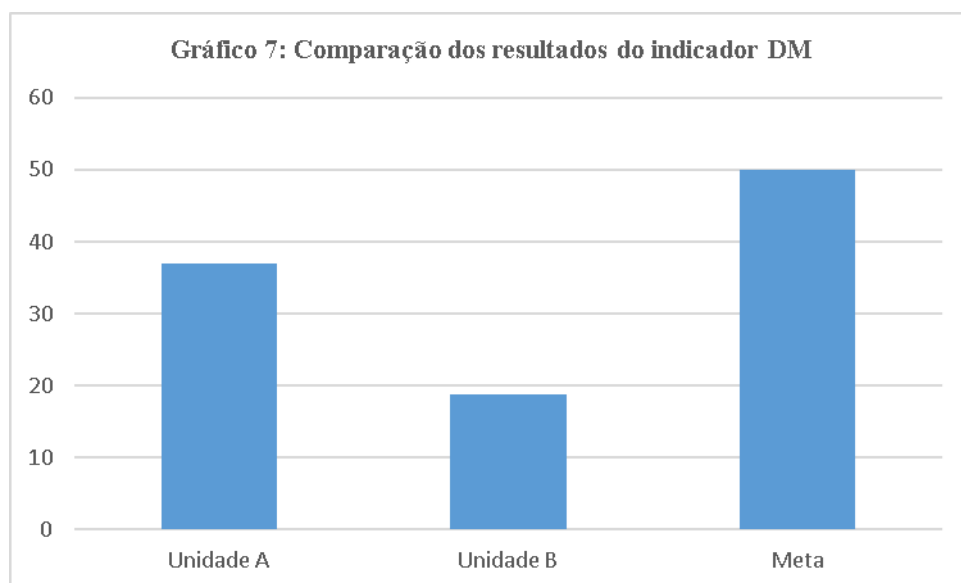
Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (14% x 6,33%), com uma diferença percentual de 7,67%, ambos abaixo da meta preconizada de 50%.



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1.7 Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (DM)

Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (37% x 18,66%), com uma diferença percentual de 18,34%, ambos abaixo da meta preconizada de 50%.



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1.8 Cálculo da Nota Ponderada do Indicador (NPI) e Indicador Sintético Final (ISF) de cada quadrimestre

As notas foram atribuídas individualmente para cada indicador de maneira linear e variando de zero a dez, considerando-se o resultado obtido entre o menor valor possível (normalmente zero) e a meta atribuída para aquele indicador.

Assim, se o resultado de um determinado indicador para aquela unidade for 30% e a meta for 60%, a nota final para esse indicador será 5,0 (50% da nota máxima possível, já que o resultado foi 50% da meta proposta). Ainda, caso o valor atribuído seja maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será 10,0.

Uma vez atribuída a nota ao indicador, essa será ponderada conforme o peso descrito no ANEXO I (OD, VAC e HAS com peso 2 e demais indicadores com peso 1). A multiplicação da nota com o peso resultará na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI).

A última etapa consiste na agregação dos resultados, em que os resultados ponderados dos indicadores são condensados em um único indicador final, denominado Indicador Sintético Final (ISF). A agregação é realizada somando-se as NPIs de todos os indicadores e dividindo-as por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF de cada quadrimestre, nota final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho de cada unidade para o referido período (quadrimestre), conforme demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8 – Nota final de cada indicador no 1º quadrimestre de 2021

	PN	EX	OD	CIT	VAC	HAS	DM
UNID. A	10	10	8,7	1,5	2,4	2,2	7,6
UNID. B	10	2,7	8	1	3,7	0,8	2,6

Fonte: Elaboração própria.

A fórmula a seguir será utilizada para cálculo do Indicador Sintético Final de cada quadrimestre para as unidades de saúde avaliadas, considerando-se os pesos preconizados no ANEXO I:

$$\text{ISF Q} = \frac{(\text{PN} \times 1) + (\text{EX} \times 1) + (\text{OD} \times 2) + (\text{CIT} \times 1) + (\text{VAC} \times 2) + (\text{HAS} \times 2) + (\text{DM} \times 1)}{10}$$

10

Dessa forma, obtiveram-se como resultados do Indicador Sintético Final (ISF) para o 1º quadrimestre das Unidades A e B os respectivos valores de 5,57 e 4,13, com uma diferença de 1,44 ponto (A>B).

Tabela 9 – Nota final de cada indicador no 2º quadrimestre de 2021

	PN	EX	OD	CIT	VAC	HAS	DM
UNID. A	10	10	10	1,7	2,8	3,2	7,4
UNID. B	7	0,7	3,7	1,5	2,7	1,4	3,6

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados do Indicador Sintético Final (ISF) para o 2º quadrimestre das Unidades A e B foram, respectivamente, 6,1 e 2,8, com uma diferença de 3,3 pontos (A>B).

Tabela 10 – Nota final de cada indicador no 3º quadrimestre de 2021

	PN	EX	OD	CIT	VAC	HAS	DM
UNID. A	10	10	10	2,2	3,8	3	7,2
UNID. B	10	1,7	3,3	2,2	2,5	1,6	5

Fonte: Elaboração própria.

No 3º quadrimestre, obteve-se um Indicador Sintético Final (ISF) para a Unidade A de 6,3 e, para a Unidade B, de 3,4, com uma diferença de 2,9 pontos entre eles (A>B).

Ao longo do período estudado, notou-se um aumento progressivo do ISF da Unidade A (5,57; 6,1; 6,3). Esse fato **não foi** igualmente observado na Unidade B (4,13; 2,8; 3,4), a qual apresentou menor desempenho no 2º quadrimestre de 2021. No 1º quadrimestre de 2021, houve um diferencial mais ostensivo em favor da Unidade A para os indicadores EX (73%), CIT (50%) e DM (192%), em detrimento do indicador VAC, 54,2% maior para a Unidade B em relação à Unidade A.

No 2º quadrimestre de 2021, a Unidade A apresentou maior diferença percentual dos indicadores EX (1328%), OD (170%), HAS (128%) e DM (105%) em relação à Unidade B.

Já no 3º quadrimestre de 2021, os indicadores EX (488%), OD (203%), VAC (52%) e HAS (87,5%) obtiveram maior diferença percentual para a Unidade A em relação à Unidade B.

Portanto, conclui-se que a Unidade B apresentou expressiva diferença de desempenho em relação ao da Unidade A na evolução comparativa do indicador EX, com massivo déficit no 2º quadrimestre de 2021.

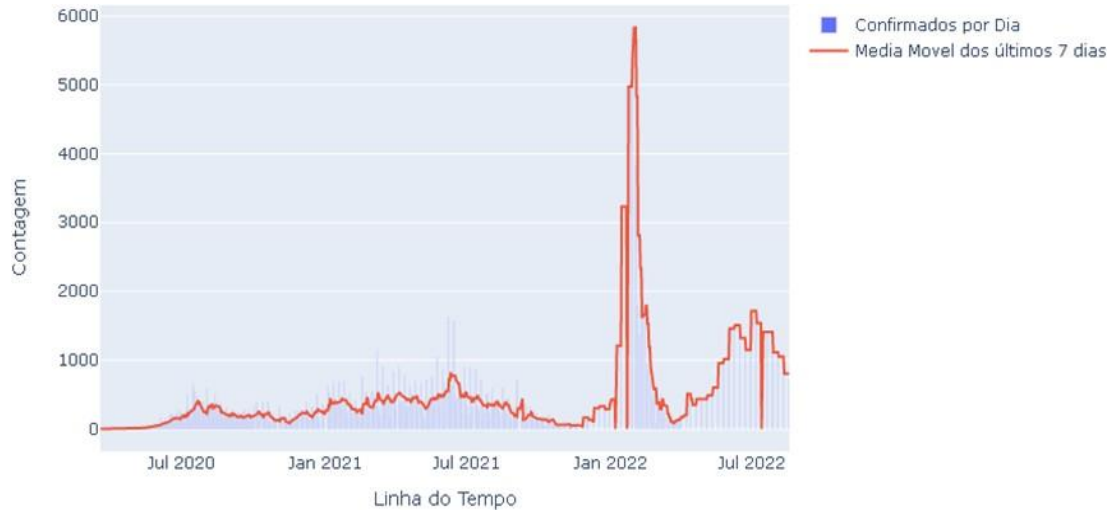
Há uma coincidência temporal com a recrudescência de novos casos confirmados de covid-19 no município de Ribeirão Preto (maio a julho/2021), como se pode observar na Figura 2, a seguir.

Contudo, como o indicador PN não apresentou resultado proporcionalmente desfavorável ao indicador EX, pode-se inferir que, provavelmente, o fator determinante para a nota final deste não foi o acesso das gestantes à unidade de saúde, mas, sim, questões operacionais como ausência ou deficiência na implantação de protocolo para as ações de pré-natal, monitoramento da conformidade das práticas em saúde em relação aos parâmetros de qualidade estabelecidos, falta de garantia na disponibilidade suficiente de insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento de pré-natal e inconformidade no monitoramento e na avaliação da qualidade e



consistência dos dados informados pela equipe, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados (Brasil, 2021).

Figura 2 – Monitoramento de novos casos confirmados de covid-19 – Município de Ribeirão Preto

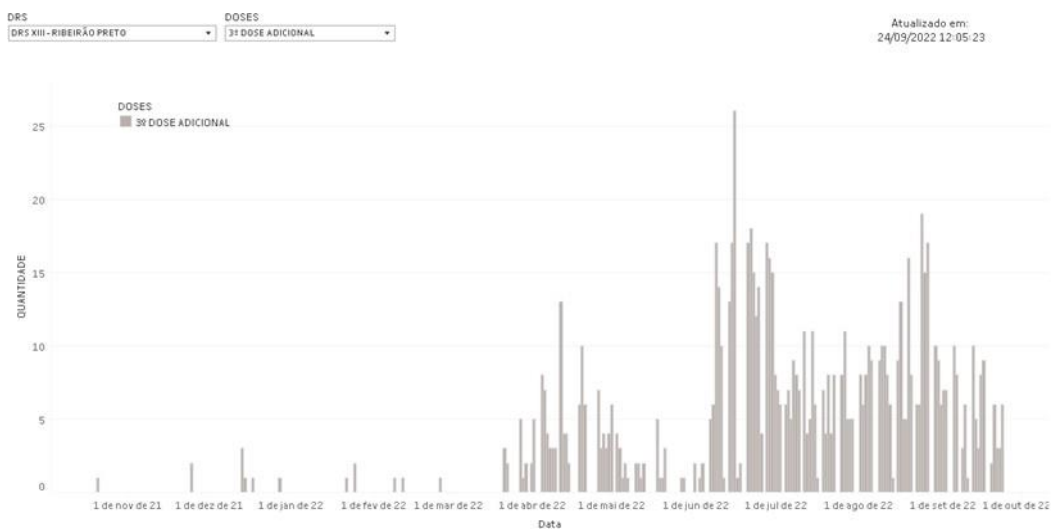


Fonte: <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/monitoramento-ribeirao-preto/>

Em relação às ações de rastreamento e detecção precoce de câncer do colo do útero através da realização da coleta de citopatológico (indicador CIT), nos três quadrimestres, os resultados estiveram substancialmente aquém da meta para ambas as unidades, com importante diferença entre elas no 1º quadrimestre de 2021 ( $A > B$ ) e uma tênue melhora e equiparação dos resultados no 3º quadrimestre de 2021.

Cronologicamente, a partir de junho de 2021, houve intensificação da imunização contra a covid-19, com aplicação da 3ª dose adicional da vacina (Figura 3), o que pode ter representado maior segurança epidemiológica para as mulheres em faixa etária alvo (25-64 anos) e aumento da busca por esta ação em saúde.

Figura 3 – Evolução de aplicação da 3ª dose adicional da vacina contra covid-19 na DRS XIII – Ribeirão Preto



Fonte: Vacina Já São Paulo

Quanto ao indicador OD, houve bom resultado em ambas as unidades de saúde no 1º quadrimestre de 2021, com progressiva e importante queda na Unidade B durante os dois últimos quadrimestres do referido ano. De forma semelhante com o que ocorreu com o indicador EX, questões operacionais e inconformidade no monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pela equipe são fatores que podem ter levado a essa queda (Brasil, 2021).

No tocante ao seguimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente HAS e DM, foco da atuação da Atenção Primária em Saúde, notam-se melhores resultados da Unidade A em relação aos da Unidade B nos três quadrimestres, eventualmente com considerável diferença entre elas. Isso pode estar associado à experiência, habilidade ou competência específica de cada equipe em realizar o diagnóstico, cadastramento e acompanhamento periódico de pessoas com essas condições de saúde, assim como a sua capacidade para realizar busca ativa de faltosos e de pessoas com fatores de risco para essas doenças na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos da doença e de suas complicações etc.), tanto por meio de campanhas como pelo rastreamento regular (Brasil, 2021).

#### 4.1.9 Cálculo do Indicador Sintético Final (ISF) do ano de 2021

O ISF do ano de 2021, que é o desfecho inicialmente proposto para este estudo, compreende à média aritmética do ISF de cada quadrimestre, para cada unidade. A unidade A obteve um ISF de 6 para o ano de 2021 enquanto a Unidade B obteve um ISF de 3,4 para o mesmo ano, compreendendo uma diferença de 2,6 pontos (76,47%).

## 5 DISCUSSÃO

Inicialmente, é importante compreender que, embora os vieses de seleção e de informação pareçam ter sido minimizados, respectivamente, pela similaridade das características das populações residentes na área de abrangência de cada unidade estudada e pela preparação profissional instituída pela gestão municipal de saúde, fatores de confusão – como o perfil de usuário propício à adesão do seguimento em saúde, critério de importante conexão com o processo de trabalho da equipe (Massuda, 2020) – podem se tornar mais notórios quando o cenário de avaliação ressalta as peculiaridades inerentes ao processo de trabalho (ESF convencional x EAB parametrizada).

Existem evidências suficientes que comprovam o impacto da ESF na saúde da população brasileira (Macinko, 2018). Contudo, limitar essa avaliação apenas ao aspecto quantitativo, com resultados isolados de indicadores de desempenho associados ao repasse financeiro de custeio desse setor (APS), pode anular a relevância de dimensões como acesso, proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no sistema, impacto na saúde e equidade, empregadas no modelo conceitual para avaliação de sistemas de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Macinko, 2018).

Nesse sentido, cabe também a apreciação das ações realizadas na APS à luz dos indicadores-chave de desempenho da OCDE (2019), que consideram aspectos como capacidade de oferta de serviços e indicadores globais de saúde, os quais compreendem critérios como expectativa de vida ao nascer, mortalidade infantil, taxa de imunização, taxa de prevalência de fatores de risco para doença cardiovascular, rastreamento das neoplasias mais prevalentes e hospitalização por patologias crônicas de maior morbimortalidade.

Outra consideração a ser feita é o fato de que, apesar de a remuneração de serviços por avaliação de desempenho buscar estimular que as equipes aumentem produtividade para atingir metas pré-estabelecidas, evidências sugerem melhorias modestas em indicadores de processos sob avaliação e nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde (Massuda, 2020).

Além disso, o instrumento pode apresentar como efeito colateral a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação. Consequentemente, ao se estabelecer a avaliação de desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem atenção em indicadores que serão monitorados, alterando o escopo de trabalho das equipes de APS, que deve ter como objeto os problemas de saúde apresentados pela comunidade (Massuda, 2020).

Ademais, a metodologia de análise comparativa dos resultados de cada unidade de saúde, com as metas preconizadas pelo Previn Brasil, pode ocasionar insuficiências e consequente redução do financiamento de custeio da instituição avaliada, o que a diferencia do original *Pay for performance* (em português, pagamento por desempenho) do modelo inglês.

Do ponto de vista assistencial, excluindo-se interferências de coleta, registro, armazenamento e monitoramento dos dados utilizados neste estudo, evidencia-se a necessidade premente da implantação e difusão de diretrizes clínicas em conformidade com as melhores práticas em saúde, com parâmetros de qualidade estabelecidos, inclusive no que diz respeito a: humanização do atendimento; garantia de disponibilidade suficiente de insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento; estratégias para facilitação do acesso da população à unidade de saúde; atualização periódica dos dados referentes ao cadastro de cada usuário; capacitação e educação permanente de todos os profissionais da equipe; negociação/contratualização de metas; definição de prioridades sobre o apoio institucional; orientação comunitária sobre medidas de prevenção de doenças; busca ativa de pacientes faltosos e incentivo à participação social nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações a serem instituídas na Atenção Primária pelo sistema público municipal, com possibilidade de redirecionamento de estratégias já consolidadas.

Segundo informações de acesso público do site de Pesquisa de Licitações da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (PMRP), o sistema Hygia onera um custo mensal de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), conforme declarado no Contrato de Prestação de Serviços nº 128/2022, de 27 de julho de 2022. Além desse sistema, foram utilizados, nesta pesquisa, o Power B.I.<sup>®</sup>, aplicação criada pela Microsoft<sup>®</sup> para desenvolvimento de soluções de *Business Intelligence*, o qual gera mensalmente à PMRP um custo de R\$ 2.241,66 (dois mil, duzentos e quarenta e um reais e sessenta e seis centavos), conforme declarado no Contrato de Prestação de Serviços nº 176/2022, de 16 de setembro de 2022, e o Sistema e-Gestor AB do Ministério da Saúde, sem repasse de ônus ao município de Ribeirão Preto.

Dessa forma, com um custo mensal total de R\$ 62.241,66 (sessenta e dois mil, duzentos e quarenta e um reais e sessenta e seis centavos) e de R\$ 1.383,15 (um mil, trezentos e oitenta e três reais e quinze centavos) por equipe de APS (45 equipes cadastradas), pode-se afirmar que se tratam de tecnologias de baixo custo e boa factibilidade na avaliação de performance das unidades estudadas.

Os indicadores utilizados no estudo demonstraram ter atendido aos requisitos de uso aventados por Ramalho (2019): validade (boa capacidade de aferição de dados); confiabilidade (acuidade e precisão da mensuração); relevância (embasam a busca de soluções de problemas inerentes à APS); pertinência (competências, habilidades e bases tecnológicas compatíveis com a avaliação de desempenho em saúde), aplicabilidade (passíveis de utilização na prática diária) e disponibilidade de dados.

Outrossim, a inferência causal entre a exposição e o desfecho pôde ser demonstrada pelos seguintes critérios, já mencionados anteriormente:

- a) Força da associação: comprovada através de significativa diferença estatística;

- b) Coerência: a conclusão obtida corresponde ao que se observa na literatura vigente (Lima et al., 2015; Macinko & Mendonça, 2018; Mendes, 2015; Vieira, 2016),
- c) Consistência: o resultado em questão pode ser reproduzido para outras populações (Macinko & Mendonça, 2018; Vieira, 2016).

## 6 CONCLUSÃO

Tendo como parâmetro os indicadores do Programa Previne Brasil para o ano de 2021, foi possível confirmar a tese de que o desempenho na gestão do processo de trabalho do modelo de assistência denominado ESF convencional é maior que o do modelo denominado EAB parametrizada, com uma diferença percentual de 76,47%.

Há coerência com o que se observa na literatura vigente (Lima et al., 2015; Macinko & Mendonça, 2018; Mendes, 2015; Vieira, 2016), com relevante força da associação (significativa diferença estatística) e consistência dos resultados (Macinko & Mendonça, 2018; Vieira, 2016).

Os indicadores utilizados no estudo demonstraram ter atendido aos requisitos de uso aventados por Ramalho (2019): validade, confiabilidade, relevância, pertinência, aplicabilidade e disponibilidade de dados.

A aplicabilidade dos indicadores de desempenho como método de análise de performance de unidades de saúde relaciona-se a uma tecnologia de saúde de custos suportáveis e boa reprodutibilidade (Ministério da Saúde, 2009), podendo também servir para planejar ações e redirecionar estratégias na Atenção Primária em Saúde do sistema público municipal, como a implantação e difusão de diretrizes técnicas e educação permanente, em conformidade com as melhores práticas em saúde e com foco na qualidade e humanização do atendimento.

O viés de seleção pôde ser minimizado pela constatação de similaridade dos perfis das populações adscritas em cada unidade e o viés de informação, pela capacitação ministrada pelo Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, em setembro de 2020.

Em relação aos fatores de confusão que podem distorcer o efeito aparente da exposição de interesse, pode-se considerar que a diferença quantitativa entre os grupos que compõem cada condição de saúde pôde ser atenuada pela avaliação de proporção dos indicadores.

Em relação à generalização (validade externa) dos resultados, pode-se afirmar que tal atribuição é assegurada pelo fato de que a amostra de conveniência não é composta por sujeitos selecionados aleatoriamente da população-alvo, o que a tornaria representativa da população, mas, sim, por toda a população estudada.

Portanto, essa análise pode ser replicada para avaliação do desempenho na gestão do processo de trabalho de outros modelos assistenciais da APS a fim de trazer *insights* para a correção de distorções do serviço em que estará inserida.

Apesar dos questionamentos de que este modelo de financiamento parece ser restritivo e pode induzir à focalização de ações de APS no SUS (Herzheim, 2020), ainda não há fundamentos práticos que possam corroborar com a hipótese de que esta proposta seja inviável sem que haja um detalhado

monitoramento de sua consolidação e uma análise aprofundada sobre seu impacto, efetividade, eficiência e eficácia.

Perspectivas futuras poderiam incluir a análise de assertividade do Previne Brasil em relação a quantificação e custeio de recursos, aprimoramento da experiência do paciente quanto ao cuidado prestado, capacidade de prevenção de sobrecarga de trabalho da equipe e habilidade em prover a equidade em saúde.

## REFERÊNCIAS

Akerman M, Furtado JP (Org.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. 392 p.

Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2005 [citado 07 nov. 2020];29(2):136-146. Disponível em: [https://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105\\_01.pdf](https://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105_01.pdf).

Basto-Pereira M, Furtado SI, Silva RJ, Fachado González F, Vara Fernandes TM, Correia de Sousa J, Yaphe J. Performance indicators for clinical practice management in primary care in Portugal: Consensus from a Delphi study. *European Journal of General Practice*. 2015;21:1,52-57. doi: 10.3109/13814788.2014.907268.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2015. 133 p. [citado 07 nov. 2020]. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 5, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre a apresentação das fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) para o ano de 2020, no âmbito do Programa Previnde Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. [Internet]. [citado 01 jun. 2020]. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204\\_N\\_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores\\_3604088260565235807.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 172, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previnde Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS. Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previnde Brasil (2020). [Internet]. [citado 05 ago. 2021]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/SEIMS-0013327270-NT\\_Indicadores.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/SEIMS-0013327270-NT_Indicadores.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2019.



Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União. Brasília; 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Diário Oficial da União. Brasília; 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Gestão participativa e cogestão. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56 p. [Internet]. [citado 07 nov. 2020]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf)>.  
Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 138 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento Avaliação do Pacto pela Saúde, nos Componentes pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010 – 2011. Brasília; 2011. [Internet]. [citado 03 ago. 2021]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669\\_03\\_11\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 576, de 19 de setembro de 2011. Diário Oficial da União. Brasília; 20 set. 2011; 181; Seção I:79-81

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF). [Internet]. [citado 07 nov. 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_PMAQ-AB\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ-AB_atencao_basica.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo financiamento do APS. Brasília; 2021. [Internet]. [citado 28 fev. 2022]. Disponível em: <[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617\\_N\\_vpManualInstrutivoPrevine\\_8735032256307120348.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256307120348.pdf)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. [Internet]. [citado 30 jan. 2022]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. [Internet]. [citado 28 fev. 2022]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_tecnologias\\_saude\\_ferramentas\\_gestao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf).

Campos GWS; Guerrero AVP (Org.). Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 411 p.

Campos GWS; Campos RTO. Gestão em saúde: um campo aplicado de conhecimento. [Internet]. [citado 29 jul. 2021]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saúde, Educ. Set.2004/fev.2005;9(16):161-77.

Dever GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira; 1988. 394 p.

Drumond Jr M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. In: Campos GWS et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

Faria LR, Alves CA. O cuidado na Atenção Primária à Saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. Saúde Soc. São Paulo; 2015;24(1):72-85. [Internet]. [citado 30 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/tGmRDTx79CQgmFmqBKP76vH/?format=pdf&lang=pt>.

Ferreira JBB. Programa Previne Brasil: Novo Modelo de Financiamento da APS no SUS. Boletim Saúde & Gestão, Ano III;1. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2020.

Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1a ed. Por to Alegre: Rede Unida; 2014. [Internet]. [citado 07 nov. 2020]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod\\_resource/content/1/Micropol%C3%ADtica%20e%20sa%C3%BAde.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod_resource/content/1/Micropol%C3%ADtica%20e%20sa%C3%BAde.pdf).

Fertonani HP, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva. 2015 jun.;20(6). [Internet]. [citado 07 nov. 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601869](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869).

Franco CM, Koifman L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a educação permanente em saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ. Jul./set. 2010;14(34):673-81. [Internet]. [citado 07 nov. 2020]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0410>.

Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. Cad Saúde Pública. 2014 Nov;30(11):2263-2281. doi: 10.1590/0102-311x00021314. PMID: 25493982.

Governo do Estado de São Paulo. Vacinômetro [internet]. [citado 05 out. 2022]. Disponível em: [https://vacinaja.sp.gov.br/vacinometro/?utm\\_source=portal&utm\\_medium=banner-topo&utm\\_campaign=Vacinometro-Municipios](https://vacinaja.sp.gov.br/vacinometro/?utm_source=portal&utm_medium=banner-topo&utm_campaign=Vacinometro-Municipios).

Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1189-1196, 2020. [Internet]. [citado 05 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBptJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?format=pdf&lang=pt>.

Lester H, Matharu T, Mohammed MA, Lester D, Foskett-Tharby R. Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. *Br J Gen Pract.* 2013 Jun;63(611):e408-15. doi: 10.3399/bjgp13X668203. PMID: 23735412; PMCID: PMC3662458.

Lima KWS, Antunes JLF, Silva ZP. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade [Internet].* 2015;24(1):61-71. [citado 14 nov. 2022] Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100005>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100005>.

Macinko JE, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate [Internet].* 2018;42(spe1):18-37. [citado 30 jan. 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>.

Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet].* 11 de janeiro de 2017 [citado 30 jan. 2022];11(38):1-13. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1252>.

Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva [Internet].* 2020; 25(4). [citado 15 jul. 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>.

Mendes EV. *A construção social da Atenção Primária à Saúde.* Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015.

Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.* 1a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil; 2012.

Nicoletti MA, Faria TM. Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica. [Internet]. [citado 02 ago. 2021]. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=2087&path%5B%5D=pdf>.

Olry de Labry Lima A, García Mochón L, Bermúdez Tamayo C. Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas [Identification of health outcome indicators in Primary Care. A review of systematic reviews]. *Rev Calid Asist.* 2017 Sep-Oct;32(5):278-288. Spanish. doi: 10.1016/j.cali.2017.08.001. Epub 2017 Oct 9. PMID: 29032890.

Padilha, RQ, et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet];*23(12);4249-4257. [citado 07 nov. 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182312.32262016>.

Paim JS. *Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS.* In: *Desafios para a saúde coletiva no século XXI.* Salvador: EDUFBA; 2006.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Contrato n° 176/2022. [citado 01 de jun. de 2020]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/transparencia/pesquisa-de-licitacoes-pmrp>.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Contrato n° 128/2022. [citado 01 de jun. de 2020]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/transparencia/pesquisa-de-licitacoes-pmrp>.

PROADESS. Laboratório de Informação em Saúde – ICICT: Fundação Oswaldo Cruz, c2011. [Internet]. Página inicial. [citado 01 de jun. de 2020]. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=A27&tab=2>.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Perguntas frequentes. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul; agosto de 2017. [citado 04 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/01145429-faq-PMAQ-AB-final-objetivos-e-fases.pdf>.

Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J, et al. (2019) Primary health care quality indicators: An umbrella review. PLoS ONE 14(8):e0220888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220888>.

Ramos ALP, De Seta MH. Atenção primária à saúde e organizações sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. Cad. Saúde Pública;2019;35(4):e00089118.

Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

Sampaio I SV. Conceitos e modelos da comunicação. C-legenda, ed. especial, n. 5, 2001. [citado 07 nov. 2020]. Disponível em: <http://www.ciberlegenda.uff.br/index.php/revista/article/view/310/192>.

Santos JC, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. [Internet]. 2018;11(1):79-98. [citado 02 ago. 2021]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110107>.

Soranz D, Pinto LF, Camacho LA. Analysis of the attributes of primary health care using the electronic medical records in the city of Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Colet. 2017 Mar;22(3):819-830. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232017223.33142016. PMID: 28300990.

Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello, EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília; set. 2017;26(3):649-659. [citado 28 fev. 2022]. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=en&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=en&nrm=iso).

UNA-SUS. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. [Internet]. [citado 07 nov. 2020]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7408>.

Veillard J, Cowling K, Bitton A, Ratcliffe H, Kimball M, Barkley S, Mercereau L, Wong E, Taylor C, Hirschhorn LR, Wang H. Better Measurement for Performance Improvement in Low- and Middle-Income Countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) Experience of Conceptual Framework Development and Indicator Selection. Milbank Q. 2017 Dec;95(4):836-883. doi: 10.1111/1468-0009.12301. PMID: 29226448; PMCID: PMC5723717.

Vieira FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate. 2016; 40(109):187-199. doi: 10.1590/0103-1104201610915.

Wranik WD, Price S, Haydt SM, Edwards J, Hatfield K, Weir J, Doria N. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*. 2019 Jun;123(6):550-563. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.03.015. Epub 2019 Apr 1. PMID: 30955711.

**ANEXOS**  
**ANEXO I**

AÇÕES ESTRATÉGICAS	INDICADOR	PARÂMETRO	META 2020	PESO
PRÉ-NATAL	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=90%	60%	2
SAÚDE DA MULHER	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%	1
SAÚDE DA CRIANÇA	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%	2
DOENÇAS CRÔNICAS	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1

Fonte: Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204\\_N\\_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores\\_3604088260565235807.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf)

## ANEXO II

## SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE

Eu, Jaqueline de Araújo Rezende Batistuta, CPF 051.310.516-65, pesquisador(a) responsável pelo projeto de pesquisa "COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DE DUAS UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO", cujo objetivo é demonstrar a relevância para a Atenção Primária em Saúde da gestão do processo de trabalho considerando-se duas diferentes modelagens de assistência e tendo como parâmetro os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil, venho solicitar, junto ao CEP da USP - Campus de Ribeirão Preto/S.P., a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme previsto no capítulo IV, inciso IV.8 da Resolução 466/12:

"Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento".

Esclareço que o pedido de dispensa do TCLE está fundamentado no fato de que não haverá participação direta de indivíduos, apenas análise de dados obtidos em sistemas de informação em saúde (Hygia e e-Gestor AB).

Declaro que me comprometo em garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante da pesquisa bem como a sua não estigmatização, além de não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio econômico e/ou financeiro.

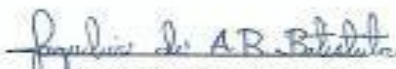
Asseguro que foram estabelecidas salvaguardas seguras como descrever os cuidados para que não haja a mínima possibilidade de identificação dos participantes para confidencialidade dos dados da pesquisa.

Afirmo que os dados obtidos da pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista na metodologia da pesquisa.

Por fim, assumo a responsabilidade pela fidedignidade das informações e aguardamos deferimento.

Sem mais, atentiosamente.

Ribeirão Preto, 28 de fevereiro de 2020.

  
Assinatura do pesquisador



## ANEXO III


**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde


 OFICIO 564/2021 – CAPP  
 RACG/racg

Ribeirão Preto, 22 de fevereiro de 2021.

Prezado senhor,

Informo que o Chefe da Divisão de Informática, a Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família e a representante da equipe técnica do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas - DASP manifestaram concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **“COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DE DUAS UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO”** sob a responsabilidade da pesquisadora Jaqueline de Araújo Rezende Batista e do orientador Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo a pesquisadora apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início da coleta de dados do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

**Rute Aparecida Casas Garcia**  
**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa**  
**da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Orientador  
 Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes  
**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP**  
 NESTA