

Estratégias de inovação na Atenção Primária à Saúde: Estudo comparativo frente a indicadores do Programa Previne Brasil

Innovation strategies in Primary Healthcare: A comparative study of indicators from the Previne Brazil Program

Estrategias de innovación en Atención Primaria de Salud: estudio comparativo con indicadores del Programa Previne Brasil

Joyce Minami¹ <https://orcid.org/0009-0000-0922-3372>, Mara Lisiane de Moraes dos Santos¹ <https://orcid.org/0000-0001-6074-0041>, Dinaci Ranzi² <https://orcid.org/0000-0002-5404-8195>, Daniel Soranz² <https://orcid.org/0000-0002-7224-5854>, Rodrigo Balejo³ <https://orcid.org/0000-0001-5461-8373>, André Ulian Dall Evedove³ <https://orcid.org/0000-0003-1674-746X>, Melina Raquel Theobald⁴ <https://orcid.org/0000-0002-1683-3280>, Alessandro Diogo De-Carli¹ <https://orcid.org/0000-0002-4560-4524>

Resumo Estabelecido em 2019, o Programa Previne Brasil (PPB), atual modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, é composto por quatro critérios de pagamentos. O município de Campo Grande (MS) implantou o Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde (LIAPS), buscando estratégias para melhorar o desempenho de Unidades de Saúde da Família (USF), consequentemente, o aumento de repasse financeiro. O objetivo desse estudo foi verificar, comparativamente, o desempenho e a possibilidade de expansão da captação de recursos de USF participantes e não participantes do LIAPS em relação ao PPB, no período de 2021 e 2022. Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, de corte transversal, realizado a partir de informações secundárias de 63 USF do município. Todas as análises foram realizadas no programa R, com nível de significância do valor de $p < 0,05$. Em 2022, houve associação estatística significativa, sendo a LIAPS superior às demais unidades, sugerindo a necessidade de inovação das USF. Entretanto, ambos os grupos apresentaram possibilidade de melhoria de desempenho e aumento da captação de recursos financeiros necessitando aprimorar seus processos de trabalho e a gestão do cuidado.

Palavras-chave Estratégia Saúde da Família; Financiamento da Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde

Abstract Established in 2019, the Previne Brasil Program (PBP), the current financing model for Primary Health Care by the Ministry of Health, consists of four payment criteria. The municipality of Campo Grande (MS) implemented the Primary Health Care Innovation Laboratory (PHCIL) seeking strategies to improve the performance of Family Health Units (FHUs), consequently increasing financial allocation. The aim of this study was to comparatively assess the performance and the potential for resource mobilization of participating and non-participating FHUs in the PHCIL regarding the PBP, from 2021 to 2022. This is a quantitative, analytical, cross-sectional study based on secondary information from 63 FHUs in the municipality. All analyses were conducted in the R program, with a significance level of $p < 0.05$. In 2022, there was a statistically significant association, with the PHCIL outperforming other units, suggesting the need for innovation in FHUs. However, both groups showed potential for performance improvement and increased resource mobilization, requiring the enhancement of their work processes and care management.

Keywords Family Health Strategy, Health Care Financing, Unified Health System

Resumen Instituido en 2019, el Programa Previne Brasil (PPB), actual modelo de financiamiento de los costos de la Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud, está compuesto por cuatro criterios de pago. El municipio de Campo Grande (MS) implementó el Laboratorio de Innovación en Atención Primaria a la Salud (LIAPS) buscando estrategias para mejorar el desempeño de las Unidades de Salud de la Familia (USF), aumentando consecuentemente las transferencias financieras. El objetivo de este estudio fue verificar comparativamente el desempeño y la posibilidad de ampliación de la captación de recursos de las USF participantes y no participantes del LIAPS en relación al PPB, en el período 2021 y 2022. Se trata de un estudio cuantitativo, analítico, transversal, realizado con base en información secundaria de 63 USF del municipio. Todos los análisis se realizaron utilizando el programa R, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. En 2022, hubo una asociación estadística significativa, siendo LIAPS superior a las otras unidades, lo que sugiere la necesidad de innovación de las USFs. Sin embargo, ambos grupos mostraron la posibilidad de mejorar el desempeño y aumentar la captación de recursos financieros, requiriendo mejoras en sus procesos de trabajo y gestión de la atención.

Palabras clave Estrategia de Salud Familiar; Financiamento de la atención sanitaria; Sistema Unificado de Salud

¹Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde da Família. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Cidade Universitária, Av. Costa e Silva - Pioneiros, 79070-900. Mato Grosso do Sul MS Brasil. joyceminami@gmail.com
²Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Rio de Janeiro RJ Brasil.
³Projeto TELAS, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Campo Grande. Campo Grande MS Brasil.
⁴Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. Campo Grande MS Brasil.

Introdução

O Programa Previne Brasil (PPB), atual modo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), preconizado pelo Ministério da Saúde (MS)¹, tem gerado dúvidas, incertezas e controvérsias. O principal receio de gestores municipais, membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) é a possível redução dos valores repassados pelo MS aos municípios, ou seja, perda de recursos financeiros da saúde^{2,3}. Neste modelo, o subsídio se dá por meio de quatro critérios: a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, o incentivo para ações estratégicas⁴, e o incentivo financeiro com base em critério populacional⁵.

Sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) o modelo prioritário da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil⁴, e, mesmo diante de fortes evidências de seu impacto nas comunidades em que se inserem, ainda há fragilidades locais que necessitam enfrentamento⁶. Nesse sentido, para fortalecer a ESF, o município de Campo Grande-MS estabeleceu, desde 2020, uma parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por meio do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde (LIAPS). As Unidades Básicas de Saúde, em que o LIAPS foi implementado, foram definidas estrategicamente pela gestão, em função das fragilidades territoriais, da necessidade de aumento de cobertura de equipes de APS e da grande densidade populacional dos territórios em que se inseriam, contemplando os sete distritos sanitários do município⁷. Com isto, houve a incorporação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC)⁸, além da implementação de estratégias que fomentam o fortalecimento e a orientação dos serviços para que as necessidades de saúde do território e os atributos da APS sejam contemplados.

Diante disso, são necessários estudos que analisem o PPB⁹ e o LIAPS, pois a captação de recursos pode variar nas diferentes regiões do território em virtude da heterogeneidade existente e das estratégias municipais adotadas. Em relação ao PPB, ainda não foi encontrado um padrão de concentração de ganhos ou perdas financeiras nas diferentes regiões do país¹⁰. De forma inédita, esse estudo analisou uma proposta de reestruturação da APS desta capi-

tal em relação ao desempenho dos critérios de pagamento do PPB. Esse artigo contribui para o avanço da construção do conhecimento sobre o alcance de estratégias municipais de reestruturação e de reorganização da ESF para o fortalecimento da APS em relação ao financiamento, questão considerada crítica para a sustentabilidade desta política em sistemas universais de saúde, como no Brasil. Para além, este estudo tem a potência analítica de fornecer subsídios para que atores de outros locais possam refletir e, de forma alinhada às necessidades de saúde e características do território em questão, tomar decisões estratégicas para a gestão de iniciativas semelhantes.

O objetivo desse estudo foi verificar, comparativamente, o desempenho e a possibilidade de expansão da captação de recursos de USF participantes e não participantes do LIAPS em relação ao PPB.

Método

Delineamento do estudo

Estudo quantitativo, analítico, transversal, realizado em Campo Grande – MS, reportado de acordo com o *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* – STROBE¹¹.

Contexto e Coleta de dados

Foram coletados dados secundários referentes ao período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022, de 63 Unidades de Saúde da Família (USF), com total de 195 equipes de Saúde da Família (eSF) credenciadas¹². Foram incluídos dados de todas as USF (n=63), independente de participarem ou não do LIAPS. Foram incluídas 194 eSF, cujos dados foram fornecidos pela Secretaria de Saúde (SESAU) e excluiu-se uma eSF que estava credenciada, porém, inativa.

O LIAPS foi implementado em 10 USF, distribuídas em seis das sete regiões sanitárias desta capital. Avaliou-se as unidades LIAPS: USF Jardim Batistão, Oliveira e Coopavila (Região Lagoa); Tiradentes, Moreninhas e Itamaracá (Região Bandeira); Parque do Sol (Região Anhanduizinho); Noroeste (Região Prosa), Vida Nova (Região Segredo) e Serradinho (Região Imbirussu).

Os dados secundários foram provenientes da SESAUCG, do Sistema de Informação do MS (e-SUS), da plataforma E-GESTOR, do

Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além de informações de domínio público fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), plataformas do CONASS e do CONASEMS, Portal Transparência Federal, Estadual e Municipal. As coletas de dados de cada USF foram realizadas quadrimestralmente pela Coordenação da Rede de Atenção Básica (CRAB) municipal, que também viabilizou o acesso aos dados restritos da gestão. As informações coletadas foram armazenadas em formulários do Excel. O desempenho de cada USF em relação ao PPB foi analisado por eSF de maneira individual.

Análise dos dados

Foram realizados comparativos entre as unidades com e sem LIAPS (variável dependente) em três critérios do PPB (variáveis independentes), apresentados na Quadro 1.

Os indicadores do PPB utilizados foram: 1 - proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 20ª semana de gestação; 2 - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3 - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; 4 - cobertura de exame citopatológico; 5 - cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; 6 - percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre e 7 - percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada ¹³.

Procederam-se análises descritivas e exploratórias dos dados das eSF. Os dados das variáveis categóricas foram descritos com frequências absolutas e relativas e das demais variáveis com médias, desvios padrão e quartis. Os testes de qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para analisar as associações entre as variáveis categóricas. O teste de Mann Whitney foi utilizado para comparar as eSF de unidades com e sem LIAPS quanto aos critérios de capitação ponderada. Todas as análises foram realizadas no programa R, com nível de significância do valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, aprovado sob protocolo nº 5.768.371 (CAAE 63214422.0.0000.0021).

Resultados

Foram analisados dados de 194 eSF de 63 USF do município, com variação de uma a oito equipes por unidade. Em 2021, 155 equipes (79,9%) não participavam do LIAPS e 39 (20,1%) participavam. Em 2022, 151 equipes (77,8%) não participavam do LIAPS e 43 (22,2%) participavam.

Na Tabela 1, estão apresentados os resultados das USF com e sem LIAPS em relação ao alcance dos sete indicadores do critério do Pagamento por Desempenho, conforme as metas do PPB ¹³.

Na Tabela 2, apresenta-se o ISF final a partir de metas próprias do município. Em 2021, houve associação significativa da classificação do ISF final com a participação no LIAPS apenas no segundo quadrimestre ($p < 0,05$). Para 2022, houve associação significativa em todos os quadrimestres ($p < 0,05$).

Houve diferença significativa entre as equipes de USF que participam ou não do LIAPS quanto à população cadastrada no PEC ESUS (Tabela 3).

Considerando 2021 e 2022, houve associação significativa da participação das unidades LIAPS com presença de residência médica, residência multiprofissional e Programa de Saúde na Hora (Tabela 4).

Discussão

Os resultados desse estudo sugerem a potencialidade das iniciativas de inovação na APS, como o LIAPS, para a indução da reorganização do processo de trabalho e do cuidado, tendo como uma de suas finalidades, melhores resultados em relação ao cumprimento de indicadores relevantes relacionados ao atual modelo de financiamento da APS.

Isto deve ser ponderado, considerando-se a fase incipiente do PPB, julgado controverso e com possíveis impactos aos princípios e às diretrizes do SUS, especialmente, a universalidade do acesso, ao condicionar o financiamento ao cumprimento de determinadas regras que não contemplam a complexidade do cuidado em saúde na APS.

Nessa perspectiva, ainda são quase inexistentes os estudos que analisam sua implementação, as consequências do pagamento por desempenho, os efeitos da capitação ponderada e a adesão dos municípios às ações estratégicas.

Quadro 1. Variáveis independentes utilizadas no estudo.

Capacitação ponderada: calculado com base no número de pessoas cadastradas pelas eSF, eAPS, eSF ribeirinha, equipes de Consultório na Rua e eAps Prisional. Comparou-se a média aritmética do número de pessoas cadastradas pelas eSF com e sem LIAPS.
Pagamento por desempenho: para a análise desse critério, comparou-se dois aspectos. No primeiro, as metas e os respectivos pesos para cada um dos sete indicadores, utilizando-se os critérios do MS para o repasse do pagamento por desempenho do PPB, conforme a Portaria° 3222/2019. Foram consideradas satisfatórias as equipes de saúde com ISF individual igual ou superior à referida meta. No segundo, estimou-se o ISF Final utilizando-se a fórmula prevista na Nota Técnica N° 05/2020 DESF/SAPS/MS, com as metas municipais fornecidas pela SESAU-CG. Estas correspondem à média aritmética do ISF Final de todas as unidades de saúde do município referentes ao quadri-mestre analisado. Foram consideradas satisfatórias as eSF com ISF Final igual ou superior à média. Caso contrário, foram consideradas insatisfatórias.
Ações estratégicas: repasses financeiros aos municípios que implementaram programas, estratégias e ações incentivadas pelo MS. Avaliou-se as ações estratégicas aderidas pelas eSF por meio da comparação das porcentagens de adesão dos dois grupos estudados em relação ao programa Saúde na Hora, implementação de residência médica e multiprofissional e número de eSB.

Fonte: próprio autor.

eSF: equipes de Saúde da Família; eAPS: equipe de Atenção Primária à Saúde; LIAPS: Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde; MS: Ministério da Saúde; PPB: Programa Previne Brasil; ISF: Indicador Sintético Final; SESAU-CG: Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande; eSB: equipe de Saúde Bucal.

Tabela 1. Indicador Sintético Final das equipes de Saúde da Família de unidades participantes e não participantes do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde, Campo Grande (MS), 2021 – 2022.

Indicador (ISF)	Quadrimestre	ISF Satisfatório	Ano							
			2021			p-valor	2022			
			Global (n=194)	Sem LIAPS (n=155)	Com LIAPS (n=39)		Global (n=194)	Sem LIAPS (n=151)	Com LIAPS (n=43)	
			Frequência (%)				Frequência (%)			p-valor
Pré-Natal (6 consultas)	1	Sim	17 (8,8%)	10 (6,4%)	7 (18,0%)	0,0845	81 (41,8%)	55 (36,4%)	26 (60,5%)	0,0053
	2	Sim	17 (8,8%)	14 (9,0%)	3 (7,7%)	- 1	78 (40,2%)	49 (32,4%)	29 (67,4%)	<0,0001
	3	Sim	17 (8,8%)	12 (7,7%)	5 (12,8%)	- 0,4123	108 (55,7%)	76 (50,3%)	32 (74,4%)	0,0057
Pré-Natal (Sífilis e HIV)	1	Sim	35 (18,0%)	23 (14,8%)	12 (30,8%)	0,0354	145 (74,7%)	110 (72,8%)	35 (81,4%)	0,3228
	2	Sim	45 (23,2%)	33 (21,3%)	12 (30,8%)	- 0,2897	160 (82,5%)	124 (82,1%)	36 (83,7%)	0,8714
	3	Sim	38 (19,6%)	30 (19,4%)	8 (20,5%)	- 1	179 (92,3%)	140 (92,7%)	39 (90,7%)	0,518

continua

Tabela 1. Indicador Sintético Final das equipes de Saúde da Família de unidades participantes e não participantes do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde, Campo Grande (MS), 2021 – 2022.

Indicador (ISF)	Quadrimestre	ISF Satisfatório	Ano							
			2021			p-valor	2022			p-valor
			Global (n=194)	Sem LIAPS (n=155)	Com LIAPS (n=39)		Global (n=194)	Sem LIAPS (n=151)	Com LIAPS (n=43)	
			Frequência (%)				Frequência (%)			
Gestantes Saúde Bucal	1	Sim	5 (2,6%)	0 (0,0%)	5 (12,8%)	0,0003	49 (25,3%)	25 (16,6%)	24 (55,8%)	<0,0001
	2	Sim	8 (4,1%)	3 (1,9%)	5 (12,8%)	0,0098	75 (38,7%)	46 (30,5%)	29 (67,4%)	<0,0001
	3	Sim	9 (4,6%)	4 (2,6%)	5 (12,8%)	0,0187	105 (54,1%)	71 (47,0%)	34 (79,1%)	0,0002
Cobertura Citopatológico	1	Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
	2	Sim	1 (0,5%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
	3	Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
Hipertensão (PA aferida)	1	Sim	1 (0,5%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1
	2	Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	7 (3,6%)	3 (2,0%)	4 (9,3%)	0,0475
	3	Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	14 (7,2%)	8 (5,3%)	6 (14,0%)	0,0879
Diabetes (Hemoglobina Glicada)	1	Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
	2	Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	5 (2,6%)	0 (0,0%)	5 (11,6%)	0,0005
	3	Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	12 (6,2%)	5 (3,3%)	7 (16,3%)	0,0057
Cobertura Polio e Penta	1	Sim	-	-	-	-	25 (12,9%)	15 (9,9%)	10 (23,3%)	0,0406
	2	Sim	-	-	-	-	23 (11,9%)	16 (10,6%)	7 (16,3%)	
	3	Sim	-	-	-	-	24 (12,4%)	14 (9,3%)	10 (23,3%)	

Fonte: E-GESTOR (acesso restrito).

LIAPS: Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde; ISF: Indicador Sintético Final; HIV: Vírus da Imunodeficiência Adquirida; PA: Pressão Arterial.

Tabela 2. Indicador Sintético Final (metas próprias do município) das equipes de Saúde da Família de Unidades participantes e não participantes do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde, Campo Grande (MS), 2021-2022.

Quadrimestre	ISF Satisfatório	Ano							
		2021			p-valor	2022			p-valor
		Global (n=194)	Sem LIAPS (n=155)	Com LIAPS (n=39)		Global (n=194)	Sem LIAPS (n=151)	Com LIAPS (n=43)	
		Frequência (%)				Frequência (%)			
1	Sim	153 (78,9%)	120 (77,4%)	33 (84,6%)	0,3252	146 (75,3%)	106 (70,2%)	40 (93,0)	0,0022
2	Sim	87 (44,8%)	64 (41,3%)	23 (59,0%)	0,0472	128 (66,0%)	90 (59,6%)	38 (88,4)	0,0004
3	Sim	185 (95,4%)	146 (94,2%)	39 (20,1%)	0,2085	146 (75,3%)	106 (70,2%)	40 (93,0)	0,0022

Fonte: E-GESTOR (acesso restrito). LIAPS: Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde

Tabela 3. Capitação ponderada das equipes de Saúde da Família de unidades participantes e não participantes do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde, Campo Grande (MS), 2021 – 2022.

Critério	Estatística	Ano							
		2021			p-valor	2022			p-valor
		Global (n=194)	Sem LIAPS (n=155)	Com LIAPS (n=39)		Global (n=194)	Sem LIAPS (n=151)	Com LIAPS (n=43)	
População cadastrada no PECESUS	Média (desvio padrão)	3.128 (1.047)	3.183 (1.064)	2.913 (957)	0,0038	3.465 (962)	3.499 (983)	3.345 (885)	0,2074
	Mínimo	0	0	1.136		734	734	1.763	
	Primeiro quartil	2.537	2.777	2.330		2.919	2.956	2.664	
	Mediana	3.196	3.339	2.578		3.470	3.484	3.286	
	Terceiro quartil	3.768	3.804	3.381		4.016	4.052	3.812	
	Máximo	3.090	5.268	6.090		8.002	8.002	5.812	
População vulnerável (Ministério da Saúde)	Média (desvio padrão)	930 (321)	935 (307)	911 (376)	0,0785	1.017 (302)	1.022 (288)	999 (352)	0,2547
	Mínimo	0	0	377		141	141	297	
	Primeiro quartil	786	810	661		845	860	812	
	Mediana	948	969	863		1.016	1.017	960	
	Terceiro quartil	1.100	1.110	1.016		1.186	1.200	1.100	
	Máximo	2.182	1.575	2.182		2.222	2.222	2.149	

Fonte: (e-SUS).

LIAPS: Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde

cas não existentes à época do PAB Variável 9. Assim, seus efeitos podem variar nas diferentes regiões do território, em virtude das heterogeneidades locais. Os resultados preliminares indicam que não há um padrão de concentração de ganhos ou perdas nas regiões brasileiras. Exceção ocorre na região Norte, provavelmente,

por apresentar fatores que geram recursos adicionais na capitação ponderada (concentração de municípios remotos e quantidade de pessoas vulneráveis) ¹⁰.

A fase inicial da implementação do PPB foi muito contestada, devido à pandemia de COVID-19 e ao intenso enfrentamento dos ges-

Tabela 4. Ações estratégicas das equipes de Saúde da Família de unidades participantes e não participantes do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde, Campo Grande (MS), 2021- 2022.

Quadrimestre	Satisfatório	Ano							
		2021				2022			
		Global (n=194)	Sem LIAPS (n=155)	Com LIAPS (n=39)	p-valor	Global (n=194)	Sem LIAPS (n=151)	Com LIAPS (n=43)	p-valor
		Frequência (%)				Frequência (%)			
Residência médica	Sim	41 (21,1%)	4 (2,6%)	37 (94,9%)	<0,0001	41 (21,1%)	0 (0,0%)	41 (95,4%)	<0,0001
		-							
Residência multiprofissional	Sim	30 (15,5%)	2 (1,3%)	28 (71,8%)	<0,0001	32 (16,5%)	2 (1,3%)	30 (69,8%)	<0,0001
		-							
eSB	Sim	165 (85,0%)	130 (83,9%)	35 (89,7%)	0,3507	165 (85,0%)	126 (83,4%)	39 (90,7%)	0,2392
		-							
Saúde na hora	Sim	142 (73,2%)	103 (66,4%)	39 (100,0%)	<0,0001	142 (73,2%)	99 (65,6%)	43 (100,0%)	<0,0001
		-							

Fonte: E-GESTOR (acesso restrito) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
eSB: equipe de Saúde Bucal; LIAPS: Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde

tores dos municípios brasileiros, do CONASS e do CONASSEMS, contrariados com a iminente perda financeira. Isto levou o MS, por meio de consecutivas portarias, a prorrogar a competência financeira. Somente a partir de agosto de 2021, o critério de capitação ponderada passou a ser exigido e em 2022, o pagamento por desempenho passou a ser considerado de forma gradual^{10,14,15,16}.

O processo de implementação do PPB interferiu na gestão municipal, os quais, motivados financeiramente, optaram por elaborar estratégias para cumprimento parcial dos indicadores. Assim, priorizou-se os indicadores exigidos no período para o respectivo repasse financeiro, interferindo nos resultados alcançados pelas eSF. Entretanto, isso não significa que os indicadores com repasse integral foram efetivamente cumpridos pelas eSF, sendo necessário levar em consideração as portarias anteriormente comentadas. Portanto, o valor do repasse financeiro referente ao pagamento por desempenho anterior ao terceiro quadrimestre de 2022 não

representa o resultado real obtido¹⁷.

No contexto desse estudo, o critério de pagamento Ações Estratégicas do PPB substituiu certos programas e ações anteriormente incentivados pelo MS, compreendendo o Programa Saúde na Hora (PSH), o Programa de Apoio à Informatização da APS e o incentivo aos municípios com residências médica e multiprofissional. Estas contribuíram para o aumento do repasse financeiro aos municípios que aderiram e cumpriram as regras do incentivo⁹.

Nessa perspectiva, considerando o critério ações estratégicas (Tabela 4), durante os anos de 2021 e 2022, houve associação significativa da participação das unidades do LIAPS com presença de residência médica, residência multiprofissional e Saúde na Hora.

Isto se deve ao fato de que todas as unidades LIAPS ofertam horários de atendimento flexíveis para a população, como horários noturno e do almoço, enquanto em apenas 65% das demais unidades é ofertado o horário estendido.

Além disso, para receber o *incentivo financeiro de custeio adicional mensal* de residências

médica e multiprofissional os profissionais em formação das eSF ou eSB atuantes no município necessitam estar cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)¹⁸. Entre as equipes de unidades com LIAPS houve maior porcentagem com Residência em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), pois, todos os residentes, de ambos programas de Residência, estão cadastrados no SCNES¹². Isto demonstra a relevância do LIAPS como proponente e gestor destes dois programas de residência, cuja coordenação geral sempre priorizou o planejamento de suas ações de forma uníssona aos interesses da SESAUCG, em constante diálogo e integração com a gestão central.

Nos anos precedentes a 2020, as USF do município já operavam em seu limite estrutural e de recursos humanos, com evidente redução de profissionais e escassez de materiais, implicando oferta de serviços de baixa qualidade, com precária atenção à saúde¹⁹. Dessa forma, as unidades contempladas com ações estratégicas como as propostas pelo LIAPS, puderam proporcionar melhor qualidade de atendimento prestado aos usuários, desenvolvendo a capacidade de inovar a APS e expandindo os programas de Residências²⁰.

Em 2021 e 2022, a SESAUCG estabeleceu metas próprias para cálculo do ISF Final. Este foi obtido pela média aritmética do ISF Final de todas as unidades de saúde do município, independente destas serem ou não LIAPS. Por meio desse critério, em 2021, 95,4% dessas unidades tiveram ISF FINAL satisfatório, demonstrando homogeneidade no perfil das equipes, as quais, estavam voltadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Durante o período da pandemia, preconizou-se distanciamento social e as USF do município readequaram seu processo de trabalho com a suspensão do atendimento eletivo; reorganização do fluxo interno da unidade, separando pacientes sintomáticos de assintomáticos; suspensão das atividades coletivas; vacinação, testagem RT-PCR e teste rápidos de antígeno para COVID-19; manutenção do acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas; utilização de teleatendimento, monitoramento e ações de Vigilância em Saúde (VS) no território adscrito^{21,22}. Houve operacionalização de um plano de ação para o enfrentamento da pandemia, com protagonismo das equipes com LIAPS⁷.

Quanto ao ISF de 2022, verificou-se o

aumento da média aritmética geral. Entretanto, as notas dos dois grupos não ascenderam de forma uniforme. No primeiro, segundo e terceiro quadrimestres as unidades LIAPS foram, expressivamente, superiores em relação às não LIAPS. Isto sugere a necessidade de reorientação do modelo assistencial com a mudança dos processos de trabalho na APS²³, sustentando a importância da adoção de estratégias de inovação centradas no fortalecimento dos atributos da APS, no cuidado orientado às demandas territoriais advindas da integração entre APS e VS e na gestão da formação de profissionais de saúde no SUS e para o SUS.

As unidades LIAPS incluíram tecnologias e ferramentas de gestão do cuidado²⁰ e incorporaram a RMSF e a RMFC⁸. Dessa forma, promoveu-se a qualificação das práticas por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da inclusão de procedimentos que, até então, não eram realizados pela APS do município. Consequentemente, aumentou-se a resolutividade dessas unidades⁷, fato que cancela a continuidade do LIAPS, com sólido investimento público, inclusive com recente indução de processo ensino-aprendizagem direcionado à realização de TCR em formato de pesquisas baseadas em referencial teórico-metodológicos robustos que dialogam com a realidade do território.

A busca de alternativas viáveis para resolução dos problemas por meio do trabalho multiprofissional, fortalecimento dos atributos da APS, ações intersetoriais com integração dos equipamentos sociais e aplicação da VS, simultaneamente ao cumprimento dos indicadores favoreceram os resultados encontrados nesse estudo²⁴. Porém, a resistência de alguns gestores e profissionais da APS para implementação das mudanças em questão, as dificuldades de articulação entre a APS e os demais serviços da RAS e a estrutura física inadequada das unidades de saúde ainda figuram como relevantes desafios organizacionais e estruturais a serem suplantados pelo LIAPS⁷.

Em análise inicial, os resultados, aqui, apresentados são promissores. Entretanto, isso não significa que os indicadores do PPB foram alcançados. A seguir, serão abordadas as análises referentes aos sete indicadores do PPB e os resultados obtidos pelas unidades do município, os quais estão em conformidade com outros estudos^{9,23,25}.

Os indicadores 1, 2 e 3, relacionados à assistência ao pré-natal integral, buscam assegurar o

desenvolvimento da gestação e manter a saúde materno-infantil. Aqui, serão discutidos de forma conjunta pois, quando a equipe apresenta o indicador 2 satisfatório significa que identificou e realizou exames para sífilis e HIV em no mínimo 60% das gestantes da área de abrangência; ao alcançar a meta do indicador 1, a equipe realizou pelo menos seis consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, ou seja, de forma precoce. Por fim, no indicador 3 são contabilizadas as mulheres identificadas como gestantes a partir do atendimento individual de pré-natal, realizado por médico ou enfermeiro, com atendimento odontológico realizado ^{26,27,28}.

Nesse sentido, no primeiro quadrimestre de 2021, 8,8% das equipes tiveram índice satisfatório do indicador 1, não diferenciando nos demais quadrimestres do referido ano, não havendo associação significativa com o LIAPS. Entretanto, houve associação significativa da participação no LIAPS com os resultados dos indicadores 2 e 3, o que sugere que as unidades LIAPS realizaram mais exames de sífilis e HIV e pré-natal odontológico que as demais unidades de saúde, porém, tardiamente, após a 20ª semana de gestação ¹³.

Com relação ao indicador 1, é válido ressaltar que este foi alterado devido à mudança na legislação. Em 2021, foi considerado a quantidade gestantes com 6 consultas, sendo a primeira realizada até a vigésima semana de gestação, com a meta de 60%. Para 2022, a quantidade de gestantes com 6 consultas foi considerada, sendo a 1ª consulta realizada até décima segunda semana de gestação, com redução da meta para 45% ^{13,26}. Mesmo que esta mudança possa ter dificultado o seu cumprimento, foi importante para evitar maior risco de intercorrências durante a gravidez, pois o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência ²⁹.

Em 2022, em relação ao indicador 2, houve o alcance gradual da meta prevista no decorrer do ano para ambos os grupos analisados. Em relação aos indicadores 1 e 3, a participação no LIAPS apresentou associação significativa com seu alcance. Isto pode ser explicado pelo fato destas implementarem estratégias visando o alcance destes indicadores (busca ativa, lista de vigilância, teleconsulta, grupos, entre outras) ⁸, além da melhoria na cobertura de consultas de pré-natal na APS ⁹.

Entretanto, somente 14% das unidades são LIAPS, não alterando a média total para tais indicadores. Ao comparar esse resultado a outras capitais do país, no primeiro quadrimes-

tre de 2022, os resultados dos indicadores ^{1, 2} e ISF FINAL das unidades de Campo Grande-MS estiveram abaixo da mediana. Entre as capitais com melhores resultados destacam-se Manaus, Florianópolis, Rio de Janeiro, Natal, Porto Alegre, Palmas e Porto Velho ²⁵.

Com relação ao indicador 3, durante o período de pandemia, houve redução da oferta de atendimento odontológico ³⁰, refletindo no alcance do indicador. Nesse sentido, esta capital não se diferenciou do restante do país. Os atendimentos odontológicos eletivos foram suspensos ³¹, sendo realizados, em 2020 e 2021, somente atendimento clínico de urgência, daí os resultados obtidos nos três quadrimestres de 2021.

Em 2022, com o retorno dos atendimentos odontológicos eletivos, houve melhoria no cumprimento deste indicador de forma desigual. Embora, os profissionais odontólogos tenham conhecimento da importância do pré-natal odontológico ³². Após a PNAB de 2017, os municípios, inclusive Campo Grande, têm reduzido a quantidade de eSB na ESF, impossibilitando a equiparação entre eSB e eSF ³³. Assim, dificulta-se o cumprimento desse indicador, principalmente, nas unidades com fragilidades na inclusão de cirurgião-dentista em atividades de promoção de saúde de forma interprofissional, com pouco envolvimento deste profissional com toda a equipe de saúde ³⁴. Há que se considerar que a falta de paridade entre eSB e eSF implica o direcionamento da população não adscrita, que ficou sem a cobertura de eSB à outras eSB. Estas, que já atuam em situação de sobrecarga de demandas, passam a ser submetidas à precarização do serviço de saúde, o que desvirtua seu processo de trabalho, distanciando-o dos pressupostos da ESF.

O indicador 4 foi o mais desafiador no período estudado, demonstrando as dificuldades das equipes em realizar exame citopatológico em mulheres com idade entre 25 e 64 anos na APS e a necessidade de melhorar o processo de trabalho para alcançar a meta ³⁵. Faz-se necessário que tais dificuldades sejam identificadas no contexto do município. Paralelamente, podem ser implementadas e/ou potencializadas ações para melhorar o alcance desse indicador, como a coleta do exame em horários flexíveis, a ampliação do acesso, a intensificação da promoção da saúde da mulher, a qualificação dos registros dos procedimentos e o estabelecimento de mecanismos locais de remuneração por

desempenho para APS ³⁶.

Considerando o contexto da pandemia de COVID-19, a vacinação (indicador 5), foi impactada pela conjuntura política brasileira ³⁷, com forte orientação negacionista. Não foi possível realizar avaliações do período de 2021, pois não foram fornecidas informações a este respeito pela SESAUCG. Esta dificuldade, também, foi mencionada por estudos prévios, que destacaram que o indicador 5 não possuía dados públicos atualizados para o período de 2021 ^{9,17}.

Os resultados de 2022 ficaram aquém das metas previstas, não se diferenciando das demais capitais do país. Houve também associação significativa para os indicadores 5, 6 e 7, pois as unidades LIAPS priorizam a EPS, com espaço protegido para as capacitações e treinamentos baseados em evidências ⁷. Nesse sentido, estes indicadores melhoraram, mas não necessariamente foram alcançados. Os resultados encontrados são compatíveis com outros estudos realizados nas demais regiões do país no período de 2020 a 2022, que relataram número de hipertensos e diabéticos acompanhados na APS aquém aos indicadores 6 e 7 do PPB ^{10,38,39}. Como justificativa, foram mencionadas a cobertura da ESF não contemplar a totalidade do município, necessidade de qualificação, monitoramento periódico e gestão regular dos cadastros de usuários ³⁹.

O acompanhamento dos usuários com condições crônicas em ações programáticas com regularidade fixa de consultas médicas ou de enfermagem favorece o cumprimento dos indicadores 6 e 7. O atendimento médico, apesar de ser uma das ofertas da ESF, não deve ser a única, pois subutiliza a capacidade dos demais profissionais para o cuidado integral. Assim, o LIAPS preconiza que, durante o acolhimento e escuta inicial, os pacientes podem ser direcionados ao atendimento clínico com enfermeiro, odontólogo, farmacêutico, profissionais do NASF-AB ou encaminhamento a grupos e até a outro serviço ⁴⁰. Dessa forma, o direcionamento adequado do paciente evita a demora dos atendimentos, a dificuldade para realizar o agendamento, intervalo entre consultas extenso, incompatibilidade entre agenda pessoal e agenda disponível ³⁹.

Para o enfrentamento das condições crônicas, a promoção e a prevenção de saúde, por meio dos grupos na APS, possibilitam a abordagem dos usuários com hipertensão e diabetes, com a inclusão de ações desde a anamnese, medidas antropométricas, aferição de pressão

arterial e de glicemia capilar e avaliação de resultado de exames ^{39,40}. Nesse aspecto, o LIAPS propõe ações indutivas estratégicas no processo de formação dos profissionais de saúde nas USF em que atua, buscando dirimir as dificuldades do processo de trabalho, o que talvez seja um dos desafios mais complexos no contexto da APS.

Além disso, são essenciais a busca ativa e o fortalecimento das linhas de cuidado para as práticas de saúde no território ³⁸. O PPB aumentou a necessidade da busca ativa, possibilitou conhecer melhor o perfil dos pacientes atendido e, consequentemente, ampliou a assistência ao paciente diabético ⁴¹. Apesar disso, o número de hipertensos e diabéticos, em acompanhamento pela APS, está aquém das estimativas populacionais do território ^{9,38}.

Os resultados sugerem a importância de investimentos em infraestrutura, recursos humanos e materiais. É imprescindível a implantação de políticas permanentes de capacitação dos servidores, baseadas em evidências científicas presentes nas unidades de saúde com e sem LIAPS, disponíveis para todos os profissionais. O compartilhamento de experiências favorece a disseminação de boas práticas. A prestação de contas periódica pelas unidades de saúde estimula a melhoria do desempenho. E por fim, um instrumento de avaliação da qualidade do serviço prestado à população fornece um feedback para aprimoramento dos processos de trabalho. A satisfação dos usuários/servidores e a resolutividade da APS devem ser potencializadas ⁷.

O estudo apresenta algumas limitações. Abrangeu um período específico de 2 anos, atravessado pela pandemia, e, embora a análise tenha considerado particularidades e influências desse contexto nos resultados, é importante considerar tais especificidades. A utilização de dados secundários implica fragilidades inerentes à inserção e completude destes, de modo que sua interpretação exige cautela. O estudo utilizou metas específicas estabelecidas pelo PPB. Apesar de seu papel importante na qualidade da atenção, existem outros fatores que influenciam fortemente a qualidade da atenção e acesso ao cuidado em saúde no contexto geral da APS, os quais não são considerados pelo PPB até o momento. Ainda, há que se mencionar que o PPB e todos os estudos que utilizam os dados do IBGE, não consideram a população flutuante no município e que utilizam os serviços do SUS.

Apesar das limitações mencionadas, esta

pesquisa inovou ao utilizar os indicadores do PPB, política recente e ainda timidamente submetida a estudos. Embora os resultados não possam ser extrapolados para outras regiões, posto que a ESF se configura de maneira específica, conforme as particularidades dos territórios, contribuições importantes para a ampliação e compreensão sobre ações de inovação na APS e sobre o alcance de indicadores do PPB em uma capital brasileira. Ainda, o estudo contribui com o campo da pesquisa em saúde coletiva ao propor uma metodologia que inova na análise de iniciativas como o LIAPS (variável dependente), pelo fato de comparar unidades de saúde em relação a variáveis independentes objetivas e que dialogam com a prática do que é preconizado pelo LIAPS. Assim, contribui como estratégia metodológica para pesquisas em outros contextos e traz subsídios para a formulação de políticas públicas que fomentem a implementação de ações estratégicas na ESF como as do LIAPS.

Em perspectiva investigativa, destacamos que estudos com o mesmo objeto de pesquisa necessitam ser realizados, enfocando períodos vindouros (não atravessados pela pandemia). Assim, tanto o LIAPS como o PPB estarão mais consolidados e sendo implementados em situação, não tão sujeita a fatores confundidores, como foi o período pandêmico. Para a melhor compreensão das ações de inovação na APS, quanto aos desafios inerentes ao seu financiamento, estudos de métodos mistos necessitam ser executados, abordando atores (gestores, profissionais, usuários), processos e estratégias macro e micropolíticas implicados com sua implementação.

O investimento na RMSF e na RMFC, preconizando o fortalecimento dos atributos essenciais e derivados da APS, planejamento, mudança do processo de trabalho, gestão do cuidado e EPS, põe o LIAPS em destaque como iniciativa inovadora no âmbito da APS. Este revela-se promissor, pois empregou estratégias/tecnologias conhecidas e viáveis para implementação no cotidiano do trabalho nas eSF, em diálogo justaposto às atuais políticas públicas de saúde priorizadas pelo SUS, impactando a qualidade do cuidado ofertado.

Conclusão

Em que pesem as limitações mencionadas, verificou-se que, em 2021, período de pandemia de COVID-19, não houve diferenças entre as unidades de saúde com e sem LIAPS. Em 2022, as unidades LIAPS foram superiores às demais, com valores mais significativos das unidades LIAPS para o alcance dos indicadores 1, 3, 5, 6 e 7.

Todas as unidades apresentam necessidade e possibilidade de melhorar os resultados em relação ao alcance dos indicadores estudados. Isto ocorre principalmente com o indicador 5, que não foi atingido por nenhuma unidade de saúde do município. Além disso, o alcance dos indicadores 6 e 7 também pode ser melhorado, implicando melhora na captação de recursos. Isto pode resultar em melhorias no acesso aos serviços da APS, que é a responsável pelo cuidado em saúde de parte significativa de brasileiros e brasileiras.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram com a escrita e revisão crítica em todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

O presente estudo foi realizado com apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS/MEC-Brasil e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências

1. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019.
2. Morosini M, Fonseca A, Baptista T. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* 2020; 36(9):e00040220.
3. De Seta MH, Ocké-reis CO, Ramos AL. Previne brasil program: the apex of threats to primary health care? *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):3781–3786.
4. Harzheim E, D'ávila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, Costa LGM, Cunha CRH, Pedebos LA. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1361-1374.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 2.254, de 3 de setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 2021.
6. Barbosa LG, Damasceno RF, Silveira DMML, Costa SM, Leite MTS. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. *Cad Saude Colet* 2019; 27(3):287-294.
7. Ranzi DVM, Nachif MCA, Soranz DR, Marcheti PM, Santos MLM, Carli AD. Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. *Cien Saude Colet* 2022; 26(6):1999-2011.
8. Soranz DR, Raposo RA. Estratégias organizacionais e inovações na gestão da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2021; 26(6):1996.
9. Soares CS, Camargos MCS, Noronha KVMS. Financiamento da Atenção Primária à Saúde e os resultados dos componentes do Programa Previne Brasil em Minas Gerais. *Revista gestão e planejamento* [Internet]. 2023 [acessado 2023 Set 12]; 24:223-240. Disponível em: <https://doi.org/10.53706/gep.v.24.7962>
10. Rosa L, Arruda H, Faria M, Mrejen M, Nobre V, Aguillar A, Rocha R. *Previne Brasil* : análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados sumário. Instituto de estudos para políticas de saúde. [Internet]. 2023 [acessado 2023 Ago 08]. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-09/>
11. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008; 61:344–349.
12. Brasil. *EGESTOR Consulta Livre*. [acessado 2023 Ago 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1,602, de 26 de junho de 2020. Define o valor mínimo da parte fixa do piso de atenção básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do fundo nacional de saúde aos fundos de saúde dos municípios e do Distrito federal. *Diário Oficial da União* 2020.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da atenção primária à saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. *Diário Oficial da União* 2021.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 985, de 17 de maio de 2021. Prorroga o prazo dos incisos I e III do art. 2º da portaria GM/MS nº 166, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. *Diário Oficial da União* 2021.
17. Harzheim, E. Primary health care for 21st century: first results of the new financing model. *Cien Saude Colet* 2022; 27(2):609–617.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 3.510, de 18 de dezembro de 2019. Altera a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da atenção primária à saúde. *Diário Oficial da União* 2019.
19. Lopes EFB. Projeto versus: panorama da atenção básica e da urgência e emergência no município de campo grande/ms. *Extensio: revista eletrônica de extensão* [Internet]. 2019 [acessado 2023 Set 15]; 16 (33): 85–99. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2019v16n33p85>
20. Carvalho MAP, Gutiérrez AC. Quinze anos da residência multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da FIOCRUZ. *Cien Saude Colet* 2021; 26(6):2013-2022.
21. Silva WRS, Duarte PO, Felipe DA, Sousa FOS. *A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19*. Trabalho, educação e saúde [Internet]. 2021 [acessado 2023 Set 16]; 19, e00330161. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>
22. Silva BRG, Corrêa APV, Uehara SCSSA. Organização da Atenção Primária à Saúde na pandemia de Covid-19: revisão de escopo. *Rev Saude Publica* 2022; 56:94.
23. Carmo WLN, Pantoja C do SM, Pureza N da S, da Costa DF, dos Santos DN, Ladislau EO, Távora JA, Maciel EV. “Project and the reflections on previne Brasil indicators and on the work process of primary care teams in the municipalities of the State of Amapá”. *Braz J Develop* [periódico na Internet]. 2022 [acessado 2023 Set 16]; 8(5):40043-6. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-475>

24. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e4.
25. Costa NR, Silva PRF, Jatobá A. A avaliação de desempenho da Atenção Primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. *Saúde em debate* 2022; 46(8):8-20.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Nota técnica nº 13/2022-SAPS/MS, de 11 de julho de 2022. Dispõe sobre indicador de desempenho nº 1 do. *Programa Previne Brasil*. [Internet]. 2022 [acessado 2023 Maio 11]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_13.pdf.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Nota técnica nº 14/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS, de 11 de julho de 2022. Dispõe sobre indicador de desempenho nº 2 do Programa Previne Brasil. [Internet]. 2022 [acessado 2023 Fev. 2]. Disponível em <https://sisap-sdoc.saude.gov.br/notatecnica142022-evc.pdf>.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Nota técnica nº 15/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS, de 11 de julho de 2022. Dispõe sobre indicador de desempenho nº 2 do. Programa Previne Brasil. [Internet]. 2022 [acessado 2023 Dez 4]. Disponível em <https://sisap-sdoc.saude.gov.br/notatecnica152022-evc.pdf>.
29. Gomes dos Santos C, Guimarães A, Busetti IC, Fahnani dos Santos MS, Weizemann LP, Hoffmann Cheffer M. Pré-natal tardio: motivos e intervenções de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde. *Sci Electronic Arch* [periódico na Internet]. 2023 [acessado 2023 Ago 20]; 16(6). Disponível em: <https://doi.org/10.36560/16620231727>.
30. Cunha AR, Velasco SEM, Hugo FN, Antunes JLF. O impacto da pandemia de covid-19 na oferta de procedimentos odontológicos realizados pelo sistema único de saúde: uma perspectiva sindêmica. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24:e210028.
31. Carrer FCA, Galante ML, Gabriel M, Pischel N, Giraldez AI, Neumann A, Silva DP, Pucca Junior GA. A COVID-19 na América Latina e suas repercussões para odontologia. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e66.
32. Limeira ABP, Medrado Filho NF, Almeida WGS, Soares SCM. Assistência à saúde bucal das gestantes na Estratégia Saúde da Família (esf) - abordagem ao usuário e ao dentista. *Res Soc Dev* [periódico na Internet]. 2022 [acessado 2023 Set 23]; 9:E37711931635. equipes de saúde bucal após a política nacional de Atenção Básica 2017. *Rev Saúde Pública* 2020; 54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31635>
33. Diniz MVL, Silva ZD. O pré-natal odontológico no processo de trabalho das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. [dissertação]. São Gonçalo do Amarante (RN): *Universidade Potiguar UNP*; 2022.
34. Lucena EHG, Lucena CDRX, Alemán JAS, Júnior GAP, Pereira AC, Cavalcanti YW. Monitoramento das Santos KDS, Soares JO, Pontes AN. Indicadores do programa previne brasil relacionados ao pré-natal e mulheres com coleta de citopatológico na APS no município de matriz de Camaragibe no 1º e 2º quadrimestre de 2022. *Braz J Hea Rev* [periódico na Internet]. 2023 [acessado 2023 Set 23]; 6(1):72-84. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/55926>
35. Mascarenhas MS, Faria LV, Morais LP, Laurindo D C, Nogueira MC. Conhecimentos e Práticas de Usuárias da Atenção Primária à Saúde sobre o Controle do Câncer do Colo do Útero. *Rev Bras Cancerol* [periódico na Internet]. 2020 [acessado 2023 Set 20]; 66(3):e-01030. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1030>
36. Fleury S, Fava VMD. Vacina contra covid-19: arena da disputa federativa brasileira. *Saúde em debate*. 2022; 46(N. Esp.1):248-264.
37. Aragão IRM, Dias IA, Cardoso NLCS, Peixoto MVS, Santos MJ. Desempenho de equipes de saúde da família em indicadores de doenças crônicas num município do nordeste brasileiro. *Res Soc Dev* [periódico na Internet]. 2023 [acessado 2023 Set 23]; 12(1):e18512139598.
38. Linard AG, Silva ACG, Sancho AT, Marques JKS, Martins LS. Evaluation of the performance indicators of the Previne Brasil Program in the Massif of Baturité: Chronic Diseases. *SciELO Preprints* 2023 [acessado 2023 out. 16]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6322>
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia política nacional de atenção básica – módulo 1: integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde* [Internet]. [acessado 22 Abr. 24]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf
40. Martins TD, Sousam NA. Impactos do programa previne brasil na assistência ao paciente diabético na Atenção Primária à Saúde. *Revista eletrônica acervo saúde* [periódico na Internet]. 2023 [acessado 2023 Set 20]; 23(3): e12294. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12294.2023>

Artigo apresentado em 30/10/2023

Aprovado em 26/04/2024

Versão final apresentada em 28/04/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva