

Texto 02

Linha Editorial "Políticas de financiamento da Atenção Primária e o Programa Previne Brasil", uma parceria entre o Centro de Estudos e Promoção de Políticas de Saúde (CEPPS-Einstein) e a organização sem fins lucrativos ImpulsoGov.

Previne Brasil: uma análise crítica do componente de pagamento por desempenho



Ficha técnica:

Elaboração:

*Centro de Estudos e Promoção
de Políticas de Saúde (CEEPS)*

Marina Martins Siqueira
Lucas Hernandes Corrêa

Colaboração:

Equipe ImpulsoGov

Camila Coelho
Fernanda Lemos Soares
João Abreu
Juliana Ramalho
Kleverson Gomes de Miranda
Leda Antunes



Sumário

- 04** Introdução
- 05** Potencialidades do pagamento por desempenho
- 09** Cálculo dos indicadores e do ISF
- 15** 2.2 Mudanças recentes e impactos possíveis
- 19** 3. Ressalvas ao componente de pagamento por desempenho
- 20** Limitações dos indicadores atuais
- 25** Dificuldades de operacionalização
- 31** Considerações finais
- 34** Referências consultadas
- 37** Anexos



1. Introdução

O Programa Previne Brasil introduz um novo modelo de financiamento federal para a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituído pela Portaria 2.979/2019¹ e atualizado pela Portaria 102/2022, consiste em um modelo misto de repasse aos municípios com quatro componentes:

- 1 Incentivo com base populacional, no valor anual de R\$ 5,95 por habitante, transferidos mensalmente;
- 2 Capitação ponderada, com valor capitado de acordo com o número de pessoas vinculadas às equipes de APS e com cadastro validado no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), ajustado pelo perfil demográfico e socioeconômico do município;
- 3 Pagamento por desempenho, vinculado aos resultados alcançados em um conjunto de indicadores em áreas definidas pelo Ministério da Saúde; e
- 4 Incentivos atrelados à adesão a ações e programas estratégicos prioritários.

O Programa entrou em vigor em janeiro de 2020, mas, em virtude da pandemia, seu impacto na gestão municipal e das dificuldades esperadas para o cadastramento de usuários em meio às medidas de isolamento social, sua implementação foi postergada para o início de 2022 (Impulso, 2021; Cosems/SP, 2022; Fiocruz, 2021).

Considerando as mudanças nas regras do Programa e que impactaram os repasses a partir de 2022 e devem seguir impactando em 2023, este parece ser um momento propício para discutir as potencialidades, o funcionamento e as ressalvas do componente de pagamento por desempenho do Previne.

¹ A legislação pertinente ao programa é detalhada no anexo.

2. Potencialidades do pagamento por desempenho

O pagamento por desempenho foi incluído no modelo de financiamento da APS como um incentivo à adoção e ao uso de indicadores, ao seu monitoramento, à mensuração de resultados e ao reconhecimento financeiro em virtude do atingimento de metas preestabelecidas. Em 2020, foram previstos sete indicadores de desempenho, acrescidos de outros sete em 2021, e mais sete em 2022. Com a postergação do Programa, foram mantidos os indicadores iniciais, com alguns ajustes de conteúdo, parâmetros e metas, e com a aferição progressiva das metas e pagamentos correspondentes ao longo do ano². Os indicadores iniciais cobrem ações de saúde em quatro áreas e procuram representar o acesso à saúde por meio da proporção de pessoas das populações-alvo que realizaram os atendimentos e procedimentos neles definidos (Nota Técnica Nº 4/2022):

- 1 Pré-natal: consultas, exames de Sífilis e HIV, e atendimento odontológico;
- 2 Saúde da mulher: exame citopatológico;
- 3 Imunização infantil: terceiras doses da vacina Pentavalente (Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b) e Poliomielite Inativada (Pólio); e
- 4 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs): consultas e exames de monitoramento para pessoas com diabetes e hipertensão.

Conforme as Notas Técnicas e demais documentos do Ministério da Saúde, a utilização de incentivos financeiros atrelados ao desempenho, em áreas consideradas prioritárias da APS, tem como objetivos:

² A legislação pertinente ao programa é detalhada no anexo.

- Perseguir a prestação de serviços de assistência pré-natal, inclusive com busca ativa de gestantes, a redução dos índices de sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV, e a redução de mortalidade materna (Indicadores 1, 2 e 3)³;
- Identificar precocemente o câncer de colo de útero (Indicador 4);
- Promover a imunização infantil (Indicador 5)⁴;
- Acompanhar os pacientes com DCNTs de alta prevalência – hipertensão e diabetes – (Indicadores 6 e 7), fomentando as ações e serviços cobertos pelos indicadores do Programa na rotina de atendimento das equipes⁵;
- Induzir o acompanhamento sistemático de indicadores por parte dos profissionais da APS e gestores municipais para qualificar a assistência e o cuidado em saúde, auxiliando no processo decisório e incrementando o financiamento a partir do resultado alcançado.

³ Por exemplo, no caso do indicador 1, o objetivo é mensurar o acesso das gestantes ao cuidado pré-natal no âmbito da APS, em conformação a dois marcadores de adequabilidade: o acompanhamento continuado, por meio de um número mínimo de consultas, e iniciado precocemente, com especificação da idade gestacional máxima na primeira consulta. É considerada a recomendação do Ministério da Saúde para que sejam realizadas pelo menos uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre, totalizando, no mínimo, seis consultas ao longo da gestação. Isto porque se a gestante realiza um número insuficiente de consultas ou se concentrada os atendimentos apenas no final da gravidez, são maiores as chances de que riscos à saúde da mãe e do bebê não sejam identificados e tratados em tempo hábil. A assistência pré-natal é fundamental para a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e a detecção precoce de doenças, e o tratamento oportuno no período gestacional, impactando indicadores de saúde e bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. Sua importância é consensual na literatura e na prática assistencial, e está expressa em metas relacionadas ao objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS 3).

⁴ O monitoramento da cobertura vacinal é uma ferramenta reconhecidamente efetiva na gestão de saúde de base populacional, permitindo identificar áreas e populações com queda de coberturas ou taxas de cobertura insatisfatórias e, assim, mais suscetíveis à ocorrência de agravos e surtos de doenças até então controladas.

⁵ Ao considerar, por exemplo, o acompanhamento anual de pacientes com diabetes e hipertensão, é incentivada a longitudinalidade do cuidado.

O Programa se baseia nas experiências de sistemas de saúde, inclusive em países de baixa e média renda, que fazem uso de incentivos financeiros atrelados ao desempenho assistencial. Ainda que, pela variedade de incentivos existentes e de contextos de implementação, não haja consenso sobre seus efeitos e determinantes, de modo geral, ele tem o intuito de induzir melhorias em processos de saúde focalizados⁶.

Ao fomentar o uso, o monitoramento e a avaliação de dados pelas equipes de APS, o pagamento por desempenho tem o potencial de:

- 1 Permitir a verificação de resultados insatisfatórios ou abaixo do esperado para indicadores específicos, o que não necessariamente permite identificar as causas e soluções para melhorar os resultados;
- 2 Aferir o impacto e as limitações dos incentivos financeiros na busca pelas metas estabelecidas para os indicadores;
- 3 Permitir a verificação de impactos com a longitudinalidade do cuidado, como a eventual geração de demanda para determinados serviços e o impacto do não agravamento das condições atreladas aos indicadores;
- 4 Possibilitar a avaliação do acesso da população às ações e serviços de APS, subsidiando medidas de aperfeiçoamento e priorização de ações conforme as necessidades de saúde identificadas; e
- 5 Fomentar o desenvolvimento de uma cultura de transparência e prestação de contas, com publicização de metas e resultados alcançados segundo critérios pré-estabelecidos.

⁶ Um estudo de overview das revisões sistemáticas existentes no tópico propôs, a partir das evidências reunidas, algumas formas de apoiar o uso de incentivos baseados em desempenho em programas e serviços de saúde (Barreto e Dias, 2017): a) Realizar planejamento prévio rigoroso, apoiado pelas melhores evidências disponíveis; b) Adotar medidas de desempenho objetivas, simples e voltadas para o curto prazo; c) Estabelecer, como base para a concessão de incentivos, critérios fáceis de serem compreendidos e acompanhados; d) Promover a participação ativa dos sujeitos envolvidos; e) Utilizar incentivos financeiros com magnitude adequada ao nível de motivação necessário para a mudança de pretendida; f) Mapear fatores institucionais e contextuais que possam afetar de forma significativa a implementação e os resultados, e a ocorrência de efeitos indesejáveis (aqueles já esperados e os não considerados).

Quanto às ressalvas atribuídas ao desenho do Programa e aos desafios de implementação explicitados adiante, eles não parecem invalidar as potencialidades do modelo. Neste sentido, olhar para o ano de 2022 é importante, pois isso permite a verificação, na prática, do impacto financeiro do alcance ou não das metas estabelecidas, já que existia uma expectativa de aumento dos recursos destinados à APS (Harzheim, 2019), ainda que o componente de desempenho não represente a totalidade do repasse. É importante ressaltar que o incremento do repasse precisa estar previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) que é proposta pelo Poder Executivo e discutida e aprovada pelo Congresso Nacional.

Para aprofundar o entendimento sobre o funcionamento do Programa, possibilitando refletir sobre suas ressalvas e possibilidades de melhoria, é importante discutir como o pagamento por desempenho é calculado e quais foram as mudanças realizadas desde que o programa foi lançado.

2.1 Cálculo dos indicadores e do ISF

Os repasses feitos aos municípios no componente de pagamento por desempenho são definidos por meio do Indicador Sintético Final (ISF), que varia entre 0 (zero) e 10 (dez) e agrega⁷ os resultados obtidos em cada um dos sete indicadores, conforme os seus parâmetros e metas, e conforme a ponderação pelos respectivos pesos. A avaliação do ISF é realizada a cada quatro meses e os repasses mensais resultantes são válidos para os quatro meses subsequentes: janeiro-abril, maio-agosto, setembro-dezembro.

Para o cálculo de cada indicador que vai compor o ISF, numeradores são divididos por um dos denominadores, conforme tabela abaixo. Os numeradores se referem ao número de pessoas, na população-alvo do indicador, que receberam os atendimentos ou realizaram os procedimentos indicados. Esses números são extraídos do SISAB, que recebe os dados registrados pelas equipes. Os denominadores representam o número total de pessoas na população-alvo que deveriam ter sido assistidas. Para calculá-lo, pode ser considerado o valor informado no SISAB ou um valor estimado. O informado considera o número de pessoas na população-alvo cadastrado junto às eSF e eAP⁸ homologadas e ativas no CNES do município, com cada indivíduo contabilizado uma única vez por meio do CPF ou do CNS válido.

⁷ A agregação é realizada somando a nota ponderada de cada indicador e dividindo por 10, soma de todos os pesos.

⁸ As equipes de Saúde da Família (eSF) possuem mais profissionais, atuando com maior carga horária, do que as equipes de Atenção Primária (eAP). Cada eSF deve possuir, no mínimo, um médico e um enfermeiro (preferencialmente especializados em medicina da família e comunidade ou em saúde da família), um Agente Comunitário de Saúde (ACS) e um auxiliar ou técnico de enfermagem. Cada profissional deve atuar 40 horas semanais e ter vínculo com apenas uma eSF. Por sua vez, as eAP podem ser compostas apenas por médicos e enfermeiros e podem atuar na modalidade de 20h/semana ou 30h/semana. Alguns atendimentos, como consulta pré-natal (indicador 1), só podem ser realizados por médicos e enfermeiros, enquanto outros, como imunização infantil, podem também ser realizados por auxiliares e técnicos de enfermagem. Cada eSF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. Por sua vez, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (PNAB). Cada eAP nas modalidades 20h e 30h, respectivamente, terá população adstrita correspondente a 50% e 75% da população adstrita para uma eSF (Portaria 2.539/2019).

Tabela 1. Cálculo dos indicadores

#	Numerador	Denominador informado	Denominador estimado
1	Nº de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação (a)	Nº de gestantes com pré-natal na APS	(Potencial de cadastro municipal / População IBGE x Nº de nascidos vivos SINASC) *100
2	Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis na APS (b)	Nº de gestantes com pré-natal na APS	(Potencial de cadastro municipal / População IBGE x nº de nascidos vivos SINASC) *100
3	Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS (c)	Nº de gestantes com pré-natal na APS	(Potencial de cadastro municipal / População IBGE x nº de nascidos vivos SINASC) *100
4	Nº de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta do exame citopatológico na APS nos últimos 36 meses	Nº de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS do município no período analisado	Potencial de cadastro municipal / população IBGE x % mulheres com 25 a 64 anos por estudo de estimativa populacional 2020
5	Nº de crianças que completaram 12 meses no quadrimestre avaliado com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e Pentavalente	Nº de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado	Potencial de cadastro municipal / população IBGE x nº de nascidos vivos SINASC por quadrimestre do período analisado
6	Nº de pessoas com hipertensão arterial, com consulta em hipertensão arterial e aferição de pressão arterial (PA) nos últimos 6 meses	Nº de pessoas com hipertensão arterial no SISAB	Potencial de cadastro municipal x % pessoas com hipertensão arterial na PNS 2019
7	Nº de pessoas com diabetes, com consulta em Diabetes Mellitus (DM) e solicitação do exame de hemoglobina glicada na APS, nos últimos 6 meses	Nº de pessoas com diabetes no SISAB	Potencial de cadastro municipal x % pessoas com diabetes na PNS 2019

- a) Mulheres identificadas no denominador com atendimento pré-natal (campo 'problema/condição' avaliada) realizado entre a data da última menstruação (DUM) e data provável do parto (DPP) + 14 dias, sendo que a 1ª consulta possui uma diferença de no máximo 12 semanas da DUM registrada no primeiro atendimento;
- b) Mulheres identificadas no denominador que tiveram no mínimo 01 exame avaliado de Sífilis (sorologia ou teste rápido) e 01 exame avaliado de HIV (sorologia ou teste rápido), entre DUM e a DPP + 14 dias;
- c) Mulheres identificadas no denominador que tiveram no mínimo 01 consulta odontológica individual realizada entre a DUM e a DPP + 14 dias

Em função da desatualização do Censo Demográfico (2010), a população cadastrada no IBGE tende a não corresponder à população real vivendo no território, aumentando a possibilidade de disparidades com os parâmetros de cadastro, afetando o repasse integral de recursos para os municípios. Também é possível que alguns municípios apresentem, no SISAB, números de cidadãos cadastrados aquém do esperado, na ausência de uma base organizada e informatizada de dados de usuários e de número de atendimentos realizados. Além das barreiras estruturais e técnicas ao cadastro, não se pode descartar a possibilidade de não cadastro ou de cadastro inadequado. Isso compromete o alcance das metas dos indicadores, diminuindo o repasse do recurso federal destinado ao custeio da APS no município.

Para mitigar essas situações, funcionando como um comparativo de controle em relação ao SISAB, o denominador estimado considera o percentual de pessoas na população-alvo identificadas em pesquisas nacionais recentes (IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde/PNS) ou em bases nacionais (Sistema Nacional de Nascidos Vivos/SINASC do DATASUS) em relação ao potencial de cadastro de usuários no município⁹, buscando dimensionar a população-alvo do indicador. Por ser um valor de controle, o denominador estimado será usado em situações específicas:

1) Municípios que, no quadrimestre de avaliação, apresentarem número de pessoas cadastradas maior ou igual a 85% do potencial de cadastro, terão seu indicador calculado com o denominador informado, considerando que o quantitativo da população-alvo que 'está cadastrada no SISAB' versus a que 'deveria estar cadastrada' são próximos;

2) Municípios com menos de 85% do potencial de cadastros, e cujo denominador informado é menor que o denominador estimado, o valor estimado será utilizado (caso contrário, também será utilizado o denominador informado).

⁹ O potencial de cadastro nos municípios é calculado a partir do número de equipes (eAP, eSF) e do número potencial de usuários cadastrados por tipo de equipe, que varia segundo a classificação IBGE dos municípios. Por exemplo, para municípios urbanos, o potencial é de 2.000 usuários cadastrados por eAP I (20h), 3.000 usuários por eAP II (30h), e 4.000 usuários por eSF. Para municípios classificados pelo IBGE como rural remoto ou intermediário remoto, o número de usuários por equipe é de 2.000, 1.500 e 1.000, respectivamente.

<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>

Essa estratégia visa incentivar o cadastro adequado dos usuários da APS, mesmo que isso possa afetar o resultado do indicador. Também permite a responsabilização das equipes em relação à busca ativa, acompanhamento e atendimento dos usuários.

Outros elementos compõem o cálculo do ISF:

- Os **PARÂMETROS**, que representam valores ideais (ou de referência) que se espera alcançar, de acordo com diretrizes nacionais e mundiais.

Por exemplo, um parâmetro de 100% para o indicador 7 indica que se espera ter duas consultas e solicitações de hemoglobina glicada por ano para a totalidade das pessoas com diabetes atendidas na APS.

- As **METAS**, que sinalizam o ponto de partida para a qualidade da APS em cada indicador, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Por exemplo, se o resultado alcançado em um dos indicadores for de 30% e a meta for 60%, a pontuação do indicador em questão será de $0,30/0,60 = 0,50$ (50% da meta). Caso o valor seja igual à meta, a pontuação será de 100% ($0,60/0,60 = 1,00$). Caso o valor seja maior que a meta pactuada, ou do parâmetro (valor ideal), a pontuação para o indicador também será 10,0 (100%).

- A atribuição de **PESOS**, que buscam representar a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde endereçadas pelo indicador e o nível de dificuldade para implementar ações que se traduzam no alcance das metas.

Para 2022, os parâmetros variaram de 80% a 100%, as metas de 45% a 95%, e os pesos de 1 (um) a 2 (dois). Tais especificações são avaliadas e pactuadas periodicamente.

- As **NOTAS**, para cada indicador, variam de 0 (zero) a 10 (dez) e consideram a diferença entre o resultado obtido e a meta atribuída.

Por exemplo, se o resultado do indicador para determinado município for 30% e a meta for 60%, a nota individual seria 5,0 (cinco), representando o alcance de 50% da meta proposta; se o município obtivesse 60%, atingindo 100% da meta, a nota seria 10,0 (dez).

- A multiplicação da nota individual pelo peso atribuído a cada indicador gera a **Nota Ponderada do Indicador (NPI)**.

Como mencionado, o ISF é calculado somando as NPI de todos os indicadores e dividindo por 10 (dez), o que equivale à soma dos pesos dos sete indicadores.

A abrangência temporal dos dados considerados no cálculo das notas dos indicadores varia conforme o indicador, podendo ser utilizados os dados disponíveis dos últimos 06, 12 ou 46 meses (Tabela 3). As notas dos indicadores, e o do ISF, são recalculados a cada quatro meses, com repercussão financeira quadrimestral. Por sua vez, as transferências do governo federal ao município são feitas todos os meses. Isto é, após o cálculo do ISF e do respectivo valor de repasse, cada município receberá os mesmos valores, mensalmente, nos próximos quatro meses.

Tabela 3. Dados apurados considerados no cálculo do desempenho dos indicadores

Dados considerados	Indicadores
Últimos 12 meses	Indicadores 1, 2, 3 e 5
Últimos 46 meses	Indicadores 6 e 7
Últimos 06 meses	Indicadores 6 e 7

Além de entender como é calculado o ISF final, que determinará o valor do incentivo financeiro a ser transferido aos municípios, é importante considerar mudanças recentes nos parâmetros, nas metas e no conteúdo de alguns indicadores e o seu potencial impacto no alcance dos resultados e nos repasses do governo federal.

O valor dos repasses federais aos municípios para o componente de desempenho do Previde Brasil (calculado a partir do ISF, que agrega a nota dos sete indicadores), também considera:

- Número de equipes de cada tipo (eSF e eAP) homologadas e com cadastro válido para custeio no SCNES em ao menos uma competência financeira do quadrimestre avaliado, e o valor estabelecido por tipo de equipe;
- Percentual do ISF obtido pelo município no quadrimestre avaliado a partir do envio da produção das equipes via SISAB.

O valor referente a 100% do ISF é de R\$ 3.225,00 por eSF; R\$ 2.418,75 por eAP na modalidade II - 30h; e R\$ 1.612,50 por eAP na modalidade I - 20h. Há regras de suspensão das transferências, que pode ser total ou proporcional, e será mantida até a adequação das irregularidades identificadas para cada componente do Programa (Portaria nº 38/2022).

¹⁰ Por exemplo, haverá suspensão total e imediata em caso de constatação, por monitoramento ou órgãos de controle internos e externos, de fraude ou informação irregular na alimentação de dados no SISAB e outros sistemas de informação pertinentes; e suspensão proporcional por ausência de profissionais da equipe mínima, segundo categoria proporcional e descumprimento da carga horária prevista.

2.2 Mudanças recentes e impactos possíveis

O conjunto de indicadores para o ano de 2020 e 2022 foram definidos e atualizados para evitar a eventual redução dos valores destinados ao custeio da APS. A Portaria que estabeleceu o Previne trouxe regras de transição para 2020 que foram prorrogadas até dezembro de 2021. Neste período, as transferências por desempenho foram realizadas considerando 100% do alcance do ISF, não acarretando redução dos repasses (SAPS, 2021). As mudanças e o impacto nos repasses começaram a ser sentidos a partir de 2022, com a aplicação das regras de progressão quadrimestral:

- No primeiro quadrimestre (Q1.22) foi considerado o alcance de 100% para as metas dos indicadores 3 a 7, e o percentual de alcance real para as metas dos indicadores 1 e 2.
- No quadrimestre seguinte (Q2.22) considerou-se o alcance de 100% para as metas dos indicadores 6 e 7, e o percentual de alcance real para as metas dos indicadores 1 a 5.
- No último quadrimestre (Q3.22) seria considerado, para os repasses de pagamento por desempenho, o alcance real das metas dos sete indicadores. Assim, os parâmetros do Programa estariam plenamente implementados até o final de 2022. Porém, ao final de 2022, a inclusão do desempenho real nos indicadores 6 e 7 no cálculo foi adiada por mais um quadrimestre.

Apesar de as áreas e de os atendimentos no âmbito da APS, abarcados pelos indicadores do Previne, terem se mantido os mesmos após as mudanças feitas para 2022, houve modificações nas especificações, nos parâmetros e nas metas de parte deles (tabela 4):

Tabela 4. Mudanças nos indicadores de 2020 para 2022
(Nota Técnica Nº 11/2022)

#	Conteúdo/nome	Parâmetro	Referência	Meta	Peso
1	De: '1ª consulta até a 20ª semana de gestação' Para: '1ª consulta até a 12ª semana'	De: ≥ 80% Para: 100%	Q2 2021 (33,19%)	De: 60% Para: 45%	Manteve: Peso 1
2	Manteve	De: ≥ 95% Para: 100%	Q2 2021 (51%)	Manteve: 60%	Manteve: Peso 1
3	Manteve	De: >=90% Para: 100%	Q2 2021	Manteve: 60%	Manteve: Peso 2
4	Manteve	Manteve: ≥ 80%	2021	Manteve: 40%	Manteve: Peso 1
5	De: 'Nº de 3ª doses aplicadas de Pólio e Penta em <1 ano' Para: ' Nº de crianças que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado com 3ª doses aplicadas' ¹¹	Manteve: 95%	Q1 2021 (88,13%)	Manteve: 95%	Manteve: Peso 2
6	De: 'aferição de pressão arterial uma vez a cada 6 meses dentro de 12 meses' Para: 'consulta + aferição nos últimos 6 meses'	De: >=90% Para: 100%	Q1 2021 (11,0%)	Manteve: 50%	Manteve: Peso 2
7	De: 'solicitação do exame de hemoglobina glicada nos últimos 12 meses' Para: 'consulta + solicitação do exame nos últimos 6 meses'	De: >=90% Para: 100%	Q1 2021 (7,5%)	Manteve: 50%	Manteve: Peso 1

Parte das mudanças aumenta a percepção de pressão sobre as equipes em relação ao conteúdo dos indicadores. Para o indicador 1, por exemplo, a primeira consulta pré-natal deve ser realizada até a 12^a semana e não mais até a 20^a. Se, por um lado, essa redução torna mais difícil a observância do indicador, por outro, a meta foi reduzida de 60% para 45% das gestantes cadastradas no município. O reflexo dessas alterações, nos repasses aos municípios, é incerto, ainda que tenha havido a intenção de mitigá-lo com as reduções das metas correspondentes.

Para os indicadores cuja meta real passaram a vigorar no primeiro quadrimestre de 2022, os resultados a nível nacional estão abaixo da média (Tabela 5) e é possível que parte dos municípios sofra reduções nos valores transferidos¹². Segundo o Cosems/SP, nos primeiros meses de 2022, as transferências do componente de desempenho para os municípios de São Paulo caíram quase 7% em relação à competência de dezembro de 2021.

Tabela 5. Visão geral dos indicadores – resultados nacionais

Indicador	Início da meta real	Meta 2022	Resultado Q1.2022
1. Pré-natal (consultas pré-natal)	Q1.2022	45%	40%
2. Pré-natal (exame sífilis/HIV)		60%	58%
3. Pré-natal (saúde bucal)	Q2.2022	60%	45%
4. Saúde da mulher (citopatológico)		60%	17%
5. Saúde da criança (poliomielite/pentavalente)		95%	63%
6. Doenças crônicas (pressão arterial aferida)	Q1.2023	50%	18%
7. Doenças crônicas (hemoglobina glicada)		50%	13%

Fontes: <https://aps.saude.gov.br/noticia/19736> - Considerando as equipes eSF e eAP homologadas; a avaliação dos indicadores pelas novas regras (NT nº 11/2022), será aplicada apenas no resultado Q1-2022.

¹¹ Antes das mudanças, o indicador refletia o número de terceiras doses aplicadas em indivíduos menores de um ano, em relação ao quantitativo dessa população cadastrada na APS do município. O valor não necessariamente traduzia a aplicação das três doses vacinais na mesma criança. A partir de 2022, o indicador passa a considerar o número de crianças que completaram 12 meses de idade no quadrimestre de avaliação e com terceiras doses aplicadas, considerando a proporção dessa população com o esquema vacinal em dia, o que é mais efetivo em termos de monitoramento e planejamento vacinal nos territórios.

¹² Assunto a ser discutido em mais detalhes no próximo texto desta linha editorial.

Ao olhar a média nacional obtida nos indicadores no último quadrimestre de 2021 (Tabela 4), e considerando os ajustes recentes nas especificações, parâmetros e metas de parte dos indicadores, alcance real das metas em 2022 já parecia desafiador para muitos municípios, especialmente para os indicadores 4 e 5. Por outro lado, pode ter servido de incentivo para que sejam intensificadas as ações de melhoria, visando a obtenção dos valores totais de repasse.

3. Ressalvas ao componente de pagamento por desempenho

3.1 Priorização e transparência das escolhas

Dada a novidade do pagamento por desempenho no país, é preciso reconhecer que seria impraticável cobrir, por meio dos indicadores, todas as atividades relevantes para fomentar uma APS eficiente e de qualidade. Muitos indicadores dificultariam a adesão ao Programa e a sua operacionalização. Diante da necessidade de se fazer escolhas, algumas ferramentas possibilitam a comparação de indicadores com base em critérios como prevalência e carga de doenças, custos para o sistema de saúde, viabilidade das respostas, relação custo-efetividade de intervenções disponíveis (Ministério da Saúde, 2019; Mehand et al., 2018).

A Nota Técnica e as fichas de qualificação pertinentes a cada indicador do Previne trazem informações sobre a forma de cálculo de cada um, a contextualização do problema de saúde endereçado, considerando dados demográficos e de saúde, e a relevância da intervenção focalizada. De maneira geral, especificações como o número mínimo de consultas pré-natal (indicador 1) ou a frequência semestral para as aferições de pressão arterial (indicador 5), têm como base diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde. Porém, falta detalhamento e sistematização de evidências disponíveis¹³ que ajudariam a justificar a escolha.

A portaria do Programa (nº 2.979) menciona que os indicadores deverão considerar critérios como a relevância clínica e epidemiológica, a disponibilidade, a simplicidade, o baixo custo de obtenção, a adaptabilidade, a estabilidade, a rastreabilidade e a representatividade. Contudo, não detalha como eles foram avaliados para selecionar os indicadores. Além disso, a qualidade das fontes de dados, a frequência e o método de coleta desses dados, e as diretrizes para interpreta-los e utiliza-los, são importantes para avaliar a qualidade dos indicadores (OPAS, 2018).

¹³ Como dados primários e secundários para embasar um diagnóstico dos problemas mais relevantes no âmbito da APS nos municípios, os resultados de estudos científicos, os casos de sucesso e, eventualmente, as experiências exitosas de outros sistemas de saúde.

As metas fixadas para cada indicador foram definidas pelo Ministério considerando a população coberta pelas equipes de APS e o número considerado ideal para acompanhamento, de acordo com a classificação geográfica do município, com pouco detalhamento sobre a sua justificativa.

3. 2 Limitações dos indicadores atuais

Ainda que os indicadores atuais cubram aspectos de saúde relevantes, é fundamental considerar o que não está coberto. Existem três tipos básicos de indicadores: de estrutura, de processo e de resultado (AHRQ, 2015). Os do Previne cobrem processos relacionados às atividades das equipes de APS, representando resultados intermediários e não finalísticos do ponto de vista dos resultados de saúde.

Os indicadores utilizados trazem incentivos atrelados ao volume de atendimentos e de procedimentos, que são um indicativo de acesso a serviços, mas não necessariamente refletem a qualidade do cuidado¹⁴. Da mesma forma, na medida em que o denominador informado dos indicadores (ou seu comparativo de controle, o denominador estimado) busca refletir a população-alvo cadastrada na APS, as notas dos indicadores não capturam as necessidades de saúde das populações-alvo dos indicadores que, por diversas razões, não acessam os serviços e ações da APS das quais necessitam nas unidades de saúde ou por meio de visitas domiciliares. Por exemplo, para o indicador 5, de vacinação contra a Pólio/Pentavalente, o denominador informado é o número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado, não refletindo lacunas na vacinação de crianças que, por problemas diversos de acesso, não estão cadastradas na APS.

Com as flexibilizações ao Programa, as ações que seriam incorporadas nos indicadores de pagamento por desempenho até 2022, a partir da disponibilidade orçamentária, ainda não têm data prevista para o serem. As áreas cujos indicadores foram postergados incluem ações relacionadas à (Ministério da Saúde, 2021): saúde mental, doenças transmissíveis e outras doenças crônicas de alta prevalência, infecções sexualmente transmissíveis (IST) fora do período gestacional, saúde da criança para além da vacinação, ações relacionadas ao câncer de mama e indicadores globais de avaliação da qualidade assistencial e da experiência do paciente.

¹⁴ No caso do indicador 1, apesar de representar um indicativo importante de acesso à atenção pré-natal, o quantitativo de consultas à gestante não necessariamente garante a adoção de práticas de qualidade preconizadas, como solicitação de exames complementares, classificação do risco da gravidez e, se necessário, encaminhamento para a atenção especializada.

A implementação dos indicadores de qualidade assistencial e experiência do paciente ocorrerá por meio de instrumentos validados e reconhecidos nacional e internacionalmente¹⁵. Essa avaliação constituirá um retrato mais completo da qualidade da APS no SUS¹⁶. Tais métricas estavam presentes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹⁷, instituído em 2011 e substituído em 2019 pelo Previne. No terceiro ciclo do PMAQ-AB eram cobertos quarenta indicadores¹⁸ e havia um instrumento de entrevistas com os profissionais da APS e usuários, visando examinar os processos de trabalho e de qualificação dos profissionais, bem como a percepção e a satisfação quanto aos serviços recebidos.

Além da atual ausência de indicadores de avaliação externa no Previne Brasil, o Ministério da Saúde reconheceu limitações relacionadas à disponibilidade e à extração dos dados dos indicadores, explicitadas nas Notas Técnicas atualizadas (2022):

- Na extração dos dados para o cálculo do denominador nos indicadores 1, 2 e 3, voltados ao acompanhamento pré-natal, não é possível retirar as gestantes que tiveram parto prematuro.
- Para o indicador 4, de coleta do citopatológico, por incluir apenas as mulheres na faixa etária recomendada (25 a 64 anos) no quadrimestre de avaliação, as mulheres abaixo dos 25 anos ou acima de 64 anos, que tiveram o exame realizado quando ainda estavam na faixa etária recomendada, não serão incluídas no cálculo do indicador.
- O indicador 5 se refere às doses de vacina para Pólio/Pentavalente administradas em crianças vinculadas à eSF ou eAP, não necessariamente refletindo a totalidade da população vacinada. Além disso, contabiliza a proporção de crianças cadastradas na APS e com 12 meses no quadrimestre de avaliação com terceiras doses aplicadas.

¹⁵ Como o NPS (Escala de Satisfação do Usuário), o PCATool (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária), e o PDRQ-9 (Questionário de Avaliação da Relação Médico-Paciente).

¹⁶ O cuidado centrado no paciente é um pilar do conceito de APS e da qualidade assistencial, e a avaliação de desempenho, nesse quesito, envolve a utilização de ferramentas que busquem capturar, na visão do cidadão, a qualidade e a eficácia da assistência recebida, a disponibilidade e a comodidade para acessar os serviços e os profissionais de saúde, o seu entendimento e engajamento no cuidado da própria saúde. Tais atributos ainda não são mensurados de forma sistemática no SUS.

Contudo, o esquema vacinal completo para garantir máxima proteção contra a Pólio, conforme indicado pelo Ministério da Saúde, é composto por três doses da vacina injetável (idealmente com 2, 4 e 6 meses) e duas doses de reforço da vacina oral (aos 15 meses e aos 4 anos de idade). Desta forma, o indicador contempla o esquema básico (3 doses), não informando a proporção de crianças com o esquema completo de vacinação. Também pode haver dificuldade no cálculo deste indicador por equipe, especialmente em municípios onde a oferta de vacinas é centralizada em uma única unidade de saúde (sala de vacina centralizada). O distanciamento no processo de trabalho pode dificultar o monitoramento, por parte das equipes de APS, da população adscrita imunizada fora de suas respectivas unidades de saúde, na sala centralizada.

- Nos indicadores 6 e 7, o percentual de pessoas diagnosticadas com hipertensão e/ou diabetes só é apresentado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) no nível estadual. Por esse motivo, realiza-se uma estimativa para o parâmetro de cadastro do município.

A tipologia rural-urbano impacta o valor do incentivo per capita, as metas de cadastro da população e a aplicação de pesos por pessoa cadastrada, com reflexo no cálculo dos repasses dos componentes de capitação ponderada e de pagamento por desempenho. A classificação agrupa os municípios em cinco categorias, considerando critérios de população total, densidade populacional e grau de urbanização. Ainda que a ferramenta seja valiosa para a condução da gestão territorial, o recorte representa uma generalização e simplificação da realidade, com uma variedade de situações possíveis dentro de cada grupo (IBGE, 2017). Como consequência, ao não refletir a diversidade existente no município, pode haver um efeito negativamente homogeneizante na alocação dos recursos (Fiocruz, 2021)¹⁹.

¹⁷ O PMAQ-AB elevava o repasse do incentivo federal para os municípios que optassem por participar do programa e atingissem melhora no padrão de qualidade no atendimento, segundo um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

¹⁸ Nas áreas da saúde da mulher, saúde da criança, controle de diabetes e hipertensão arterial sistêmica, vigilância para doenças transmissíveis (tuberculose e hanseníase), saúde bucal, saúde mental, produção geral das equipes de APS, incluindo indicadores de resolutividade como encaminhamentos para atendimento especializado e proporção de consultas de demanda agendada e imediata.

¹⁹ Por exemplo, alguns municípios, apesar de pequenos, são classificados como urbanos por estarem próximos a um grande centro urbano, e saem perdendo no cálculo dos repasses por não receberem peso diferenciado na tipologia, apesar de, na prática, não serem urbanizados (Cosems/SP, 2022).

Além disso, as metas pactuadas para os indicadores são as mesmas para todos os mais de cinco mil municípios do país, não havendo critérios de ajuste que busquem refletir os diferentes perfis socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos. Isso faz com que o alcance do valor integral dos repasses envolva diferentes níveis de esforços e mudanças por parte das gestões municipais ou, em alguns casos, simplesmente não seja factível sem o apoio das gestões estadual e federal. Assim, é pertinente refletir sobre a validade e a factibilidade de se utilizar indicadores de saúde populacional estratificados por grupos/perfis de municípios, ou diferenciando os indicadores prioritários a nível nacional, estadual e municipal.

Por fim, com já foi salientado, não há consenso na literatura sobre a efetividade de programas de pagamento por desempenho em saúde, especialmente no tocante a melhorias de longo prazo e relacionadas a resultados de saúde. A revisão sistemática de Mendelson et al. (2017) examinou estudos que avaliaram programas de pagamento por desempenho adotados em diversos países, com relação a processos e resultados de saúde nos níveis ambulatorial e hospitalar. Apesar de estudos de menor robustez metodológica indicarem melhoria em processos de saúde no curto prazo (2-3 anos), os efeitos a longo prazo foram limitados e, para resultados de saúde, associações consistentemente positivas não foram demonstradas em nenhum dos estudos analisados. Por outro lado, tais evidências são válidas para incentivos direcionados aos profissionais envolvidos na implementação das ações mensuradas.

No caso do PreVine, ainda que os indicadores reflitam as ações dos profissionais da APS, o incentivo se destina ao município, que tem autonomia para definir como irá utilizá-lo. Não há, por exemplo, mecanismos para induzir ou garantir que os recursos provenientes da melhoria nos indicadores de desempenho avaliados sejam alocados nas áreas onde eles são mais necessários ou sejam revertidos aos profissionais de saúde.

3. 3 Dificuldades de operacionalização

A motivação e a capacidade técnico-gerencial dos profissionais de saúde e dos gestores são importantes elementos para gerar adesão ao Previne, bem como a existência de infraestrutura mínima para buscar as metas estabelecidas. O tempo das equipes dedicado à inserção de informações no sistema e ao cadastro dos usuários deve ser acompanhado de capacitação e não concorrer com o tempo dedicado às atividades assistenciais, em detrimento tanto da qualidade dos dados informados quanto da atenção dada às necessidades de saúde das pessoas não relacionadas aos indicadores (Fiocruz, 2022).

Desta forma, é importante refletir sobre as condições de implementação e o suporte necessário para que as metas estabelecidas sejam passíveis de serem alcançadas e se convertam em melhorias na saúde da população, independentemente do município. O início do Previne, poucos meses antes do início da pandemia, pode ter contribuído para dificultar o entendimento sobre o seu funcionamento. Além disso, as portarias, as notas técnicas (tabela 1 no anexo) e as suas atualizações frequentes formam um intrincado arcabouço que faz com que mesmo os colegiados de gestão tenham dificuldade para orientar sobre as mudanças e as ações necessárias para implementá-lo (Cosems/SP, 2022; p. 7).

Em relação à adequada inserção de informações e cadastramento de usuários, estas estão sob a responsabilidade das equipes de APS e são o ponto de partida para a contabilização de usuários e intervenções realizadas, que compõem os indicadores. O cadastro é feito no e-SUS APS, plataforma que busca unificar e estruturar as informações da atenção básica em nível nacional, incluindo os sistemas de Coleta de Dados Simplificada (CDS), o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e os sistemas próprios ou terceirizados de informação eventualmente utilizados pelas unidades de saúde. Após o recebimento, processamento e unificação²⁰, os dados do e-SUS APS vão para o SISAB, por onde é possível acompanhar relatórios analíticos de acesso restrito²¹ a gestores e profissionais de saúde, e ao público-geral, onde é possível acompanhar os resultados dos indicadores de desempenho por quadrimestre de avaliação e sua evolução ao longo do tempo, e o ISF, no nível nacional, regional, estadual e municipal.

Para contabilizar os indicadores de desempenho no SISAB, os dados de cadastro e de atendimento devem ser inseridos corretamente pelos profissionais e equipes. Os campos de informação incluem:

- Códigos válidos para identificação dos profissionais, das equipes e dos serviços/estabelecimentos de APS (CBO, Identificador Nacional de Equipes – INE, Identificador do estabelecimento – CNES), considerando que as consultas devem ser prestadas por médicos ou enfermeiros atuando em estabelecimentos da APS e vinculados a uma eSF ou eAP.
- Identificação da gestante por meio de dados válidos e corretos do CNS ou do CPF. Deve ser identificada como do sexo feminino, com data de nascimento e da última menstruação – D.U.M. e idade gestacional (calculada automaticamente a partir da D.U.M).
- O atendimento deve ser registrado como consulta à gestante (campo ‘pré-natal’), com códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID, da Classificação Internacional da Atenção Primária – CIAP2, e de procedimentos da tabela SUS (SIGTAP) compatíveis com o atendimento pré-natal.

No entanto, há grandes dificuldades para padronizar os processos de cadastro e de inserção de dados de usuários nas unidades de saúde, com rotinas para verificar a regularização das equipes junto à gestão municipal²² e monitorar os indicadores:

“... ainda nos deparamos com alguns problemas operacionais que contribuem para a perda de prazo e oportunidade de monitoramento dos indicadores, e conseqüentemente prejudicam o repasse financeiro, entre eles: falta de registro qualificado no prontuário eletrônico...”

(PLANIFICASUS, 2022; p. 17)

²⁰ O fato de muitos municípios utilizarem sistemas próprios/terceirizados, com linguagens distintas e envio/atualização não automática de dados para o Ministério da Saúde, pode gerar atrasos e até mesmo perda de dados durante o processo de unificação.

²¹ No acesso restrito, de atualização quadrimestral, também é possível verificar o desempenho por cada equipes (eSF e eAP) do município, facilitando o monitoramento granular pelo gestor e a priorização de equipes para ações e orientações específicas; e a extração do relatório de acompanhamento nominal, que disponibiliza todas as crianças cadastradas na faixa etária preconizada para o indicador de vacinação (até 12 meses) e quais delas tomaram a 3ª dose das vacinas dentro do período indicado.

“O grande desafio que temos enfrentado é a conscientização dos profissionais que atuam na atenção básica para realizarem o correto preenchimento tanto de cadastros quanto do prontuário eletrônico do cidadão...”

(Jornal COSEMS/SP, 2022; p. 03)

Além disso, é necessária infraestrutura tecnológica mínima, com computadores e conexão estável de internet, que nem sempre estão disponíveis.

“A infraestrutura ainda é um grande problema nas UBSs, seja por falta de equipamentos, internet inadequada e sistemas próprios com falhas de integração, seja pelos obstáculos para o manuseio do sistema. Os gestores municipais ainda têm o desafio de capacitar e promover processos de Educação Permanente aos trabalhadores para manuseio do sistema e o entendimento do Programa Previne Brasil...”

(COSEMS/SP, 2022; p. 7)

²² Algumas irregularidades, como explicitadas na Portaria de Consolidação Nº 1, de 2 de Junho de 2021, motivam a suspensão temporária ou definitiva das transferências aos municípios no Previne Brasil. Dentre elas a regularização das equipes junto à gestão municipal, que deverá cadastrar as equipes e os serviços no SCNES, observando os critérios exigidos para homologação dos códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), num prazo de até seis competências a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento das equipes e serviços

Quadro 2. Iniciativas de apoio à operacionalização do Programa

- A ImpulsoGov, organização sem fins lucrativos, oferece serviços de consultoria para a gestão municipal, além da Plataforma Impulso Previne, que funciona como um assistente virtual, centralizando e apresentando, de maneira descomplicada, dados, materiais de apoio e análises sobre o Programa.
- O CONASEMS possui painéis de apoio gratuitos para o fortalecimento da gestão municipal do SUS, incluindo um painel dedicado ao Previne Brasil, permitindo a visualização simples e intuitiva de resultados.
- O site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) reúne Questões Frequentes (FAQ), materiais de apoio e disponibiliza um e-mail para o envio de dúvidas sobre o Previne Brasil.
- O ciclo de oficinas estaduais e nacional, realizadas em parceria entre o Ministério da Saúde e as secretarias municipais e estaduais de saúde, provê capacitações de gestores quanto ao funcionamento do Previne e seus impactos.
- É prevista uma equipe exclusiva na SAPS/MS para tirar dúvidas de gestores e profissionais, incluindo um técnico respondendo a determinados municípios, técnicos com disponibilidade para viagens e atenção prioritária aos municípios com recursos comprometidos devido à introdução do novo modelo de financiamento. Não são detalhadas, contudo, informações relacionadas à adesão e à utilização dos municípios desses serviços e os seus impactos.

A tabela 2 do Anexo sistematiza recomendações, gerais e específicas, para a operacionalização dos sete indicadores em vigor, o alcance das respectivas metas de desempenho, e o fortalecimento dos objetivos pretendidos pelo Previne Brasil. As recomendações se baseiam em documentos de apoio do Ministério da Saúde e de ações em resposta às dificuldades de operacionalização do programa, discutidas ao longo deste texto. É importante notar que tais recomendações requerem disponibilização e alocação de recursos e competências, e sua implementação na prática pode ser especialmente complexa para parte dos municípios:

- Para fazer o levantamento nominal da população adstrita e a estratificação de risco dessa população, pode ser necessário sanar questões tecnológicas, de disponibilidade e treinamento de profissionais nos municípios.
- Com relação às estratégias de facilitação de acesso ao citopatológico, alguns municípios não possuem estrutura laboratorial para analisar os exames em seus territórios, sendo necessário o envio a cidades vizinhas, com impacto no tempo de resposta dos resultados.
- A pandemia acelerou algumas mudanças em tecnologia na saúde, entre elas as teleconsultas, telelaudos, contatos por WhatsApp como forma mais efetiva de comunicação com pacientes, dentre outros fatores não considerados, mas que podem ser úteis ao alcance das metas nos indicadores de desempenho.
- Todos os indicadores do Previne Brasil requerem ações por parte dos profissionais de APS, e por isso estão atrelados à disponibilidade desses recursos humanos, cuja atração-retenção pode ser especialmente desafiadora em localidades rurais ou de difícil acesso. Por isso, a discussão em torno da ampliação do acesso deve perpassar também a revisão de competências e redistribuição de tarefas na APS – atreladas à capacidade de treinamento e competência técnica de outras categorias profissionais para a realização de determinadas ações de saúde, sem prejuízo à qualidade da assistência e segurança do paciente. Um exemplo nesse sentido é o das práticas avançadas de enfermagem na APS, com a ampliação das atribuições profissionais dos enfermeiros, Tais práticas são vistas na literatura como promissoras, pelo seu potencial, quando corretamente implantado, de ampliar o acesso à população e reduzir custos na saúde (Püschel et al., 2022).

- Com relação à busca ativa de crianças com calendário vacinal desatualizado, tal recomendação requer sanar problemas da disponibilidade de vacinas nas unidades de saúde. Além disso, a desatualização do último Censo Demográfico (IBGE, 2010) impacta o adequado dimensionamento dessa população-alvo nos municípios.

Em síntese, para as equipes e profissionais de APS, é relevante estimular rotinas para o levantamento e o acompanhamento nominal dos usuários, com utilização de ferramentas para estratificação familiar quanto a fatores de risco e proteção, e, quando possível, desenvolver estratégias de facilitação do acesso, como a preferência por testes rápidos e a agenda aberta/flexível para consultas.

Além de impactar o alcance das metas dos indicadores e os repasses a eles atrelados, os registros duplicados, incorretos, inexistentes ou fora de padrão podem impactar a qualidade assistencial e a gestão da saúde no território. No caso de diagnóstico de doença crônica não informado no sistema, isto implica em informações menos confiáveis e subnotificação para a gestão populacional, falta de atendimento e acompanhamento do paciente crônico, e pode contribuir para a falta de subsídio a nível estadual/nacional para implementação de políticas públicas específicas. Por isso, é fundamental que os profissionais de APS tenham compreensão do papel que suas práticas exercem no custeio e na qualidade do sistema de saúde em seus territórios.

Do ponto de vista da gestão estadual e nacional, é recomendada a promoção de iniciativas padronizadas e sistematizadas de apoio à qualificação e motivação de gestores municipais e de equipes de APS em relação ao novo modelo de financiamento. Por parte dos gestores municipais, receptores dos incentivos atrelados ao desempenho das equipes, é importante que tenham a capacidade de atuar como promotores da cultura de dados e da avaliação de desempenho, e de promover a qualificação e motivação das equipes de APS em relação ao novo modelo de financiamento, com rotinas para o monitoramento sistemático dos indicadores, incluindo reuniões junto às equipes de APS para discutir a evolução dos resultados, gargalos e ações de melhoria.

De maneira mais ampla, gestores nos diferentes níveis de governo podem adotar iniciativas para orientar os profissionais e as equipes de APS. Eles devem ser capazes de comunicar a importância da adesão ao Programa e fomentar o uso de incentivos na remuneração das equipes, permitindo também a melhoria daquelas com desempenho inferior, para que a melhoria de desempenho aconteça de forma contínua e uniforme.

5. Considerações finais

O presente texto procura, com base nas evidências disponíveis, discorrer sobre o funcionamento, as ressalvas e os desafios de implementação do componente de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, num contexto de realidades muito distintas dos municípios brasileiros. Para a sua consolidação e expansão, é essencial que se considere a integralidade e a coordenação do cuidado a partir da APS, incorporando aspectos de sua interação com outros níveis assistenciais, que ficam pouco evidentes nos indicadores atuais e acabam sendo pouco incentivados na perspectiva financeira.

A identificação e o entendimento das ressalvas ao Programa, bem como os seus desafios de implementação ainda são pouco discutidos e requerem maior detalhamento em análises futuras, assim como a adequação entre os valores dos incentivos e os esforços requeridos para alcançar as metas pretendidas. O entendimento sobre a forma de cálculo dos indicadores e as ações necessárias para a melhoria e o acompanhamento de desempenho de cada indicador pode não ser simples para os profissionais de APS e gestores municipais, requerendo ações consistentes de qualificação.

O Previne Brasil traz mudanças significativas no financiamento da APS, com potencial para incremento de repasses federais, melhoria do desempenho nas áreas incentivadas, avanços no cadastramento de usuários, fortalecimento da cultura de avaliação de desempenho e ampliação do acesso. Porém, é importante alinhar expectativas quanto à magnitude dos efeitos gerados, por alguns motivos:

1 De modo geral, os indicadores do Previne focam ações pelas equipes e profissionais da APS, não necessariamente refletindo o cuidado daquilo que é importante na perspectiva dos usuários atendidos, ainda que eles enderecem problemas de altíssima prevalência. Assim, os indicadores se distanciam do valor em saúde, da qualidade assistencial e de melhorias nos desfechos clínicos dos pacientes. Também não são uma medida precisa do acesso às ações e serviços avaliados, uma vez que não capturam a demanda não atendida da população não cadastrada na APS.

2] Todos os municípios do país são incentivados por meio dos mesmos indicadores de desempenho, com repasses atrelados às mesmas metas pactuadas. Ainda que represente uma forma de indução federal, para avanço de ações estratégicas priorizadas em todo o território nacional, não são priorizadas necessidades locais ou a redução de disparidades em saúde em um país tão heterogêneo quanto o Brasil.

Apesar dessas ressalvas, os indicadores de desempenho têm relevância. Eles mensuram processos, medem atividades sob responsabilidade das equipes de APS e consideram aspectos importantes ao cuidado da população, sendo um ponto de partida para a aferição daquilo que a APS entrega à sociedade²³. Vale notar que a mensuração de desfechos clínicos como base para o pagamento de incentivos por desempenho é complexa, requerendo dados de qualidade e ajustes de risco por condições prévias e estado de saúde do cidadão (Abicalaffe & Schafer, 2022).

Ainda que a discussão sobre a avaliação de desempenho de serviços e de profissionais de saúde, e de diferentes dimensões dos sistemas de saúde não seja recente, bem como a do uso de métricas de desempenho atreladas a incentivos financeiros (Frenk, 2010), é a primeira vez que esse tipo de incentivo é incorporado ao financiamento federal da saúde. Mesmo considerando as dificuldades para tangibilizar os benefícios almejados pelo Programa, ele representa certa modernização organizacional e um passo no sentido de conferir mais eficiência à gestão da APS, fomentando a cultura da gestão populacional baseada em dados, de avaliação da qualidade e do incentivo ao desempenho, iniciados em 2011 pelo PMAQ (Harzheim, 2019).

Nesse aspecto, a literatura sugere, de forma não consensual, que iniciativas de utilização de incentivos por desempenho trazem melhorias em processos de saúde. No Previne, esses incentivos são repassados para o município, sendo que as ações mensuradas são realizadas por equipes e profissionais da APS.

²³ Por exemplo, apesar da inclusão da consulta e da avaliação do exame solicitado não garantir que as intervenções adequadas foram implementadas (medicamentosas ou de acompanhamento clínico, na APS ou por encaminhamento à atenção especializada), os indicadores 6 e 7 representam etapas assistenciais fundamentais para o cuidado e um ponto de partida para a avaliação da qualidade das atividades das equipes de APS nessas áreas.

Afirmar que o mecanismo de incentivo, por ser indireto, não produzirá efeitos, significaria dizer que a gestão municipal não possui qualquer influência ou capacidade de ação sobre suas unidades e equipes.

Os critérios de ajuste adotados pelo Programa²⁴, muito provavelmente não são suficientes para sanar as disparidades locais existentes, mas visam repassar mais recursos para municípios mais pobres e remotos, e que se responsabilizam por populações socioeconomicamente vulneráveis ou com extremos de idade, que tendem a demandar cuidados em saúde mais abrangentes (Harzheim, 2019). Nesse sentido, há duas perspectivas possíveis a considerar:

1] A de que é necessário atingir condições mínimas, em todo o território, antes de introduzir incentivos por desempenho no modelo de financiamento da APS, favorecendo a equidade entre municípios em termos de capacidade técnica para atingir as metas de desempenho estabelecidas; e

2] A de que o atingimento de tais condições pode levar tempo, ou não acontecer nos curto e médio prazos, ao passo que introduzir mudanças que incentivem o desempenho contribui para a melhoria nas áreas incentivadas, e as conhecidas disparidades existentes podem ser minimizadas por ações de apoio interinstitucionais nos três níveis de governo.

A indução ao cadastramento de usuários, uma das bases do Previne Brasil, parece apresentar resultados promissores, e algumas experiências locais de sucesso ilustram a sua potencialidade (anexo – quadro 1).

Por fim, o Previne reúne múltiplos componentes para o financiamento da APS (pagamento por desempenho, capitação ponderada, incentivo atrelado à programas e ações prioritárias e de base populacional). Ao considerar que cada forma de incentivo financeiro apresenta vantagens e desvantagens intrínsecas, combinar tais mecanismos em um modelo misto tende a reduzir riscos e possíveis distorções.

²⁴ Como a tipologia rural-urbano do IBGE para os municípios, com impacto nas metas de cadastro da população e na aplicação de pesos por pessoa cadastrada, refletindo no cálculo dos repasses de pagamento por desempenho

Referências consultadas

- [1] ImpulsoGov - Impulso Previne: Previne Brasil. <https://www.impulsoprevine.org/>
- [2] Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (2022). Previne Brasil em debate. Jornal COSEMS/SP - março/abril 2022 - Ed. 211. <http://rspress.com.br/userfiles/projetos/cosemssp/2022/211/>
- [3] Fiocruz (2021). Modelo de financiamento da atenção primária terá novas regras a partir de setembro. Publicado em 03/09/2021, atualizado em 01/07/2022. <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-tera-novas-regras-a-partir-de>
- [4] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2022). Nota Técnica Nº 4/2022 - DAPES/SAPS/MS. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Proporcao-de-gestantes-com-pelo-menos-6-seis-consultas-pre-natal.pdf>
- [5] Portal Fundo Nacional de Saúde (2022). Confira a atualização das notas técnicas sobre indicadores de pagamento por desempenho do Previne Brasil para 2022. Publicado em 21/02/2022, atualizado em 04/03/2022. [https://portalfns.saude.gov.br/confira-a-atualizacao-das-notas-tecnicas-sobre-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-do-previne-brasil-para-2022/#:~:text=Indicadores%20de%20Pagamento%20por%20Desempenho%20do%20Programa%20Previne%20Brasil%20\(2022,%C3%A2mbito%20do%20Programa%20Previne%20Brasil.](https://portalfns.saude.gov.br/confira-a-atualizacao-das-notas-tecnicas-sobre-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-do-previne-brasil-para-2022/#:~:text=Indicadores%20de%20Pagamento%20por%20Desempenho%20do%20Programa%20Previne%20Brasil%20(2022,%C3%A2mbito%20do%20Programa%20Previne%20Brasil.)
- [6] Harzheim, E. (2020). “Previne Brasil”: Bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1189–1196. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>
- [7] Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro (2022). Portaria GM/MS Nº 38, de 10 de janeiro de 2022. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0038_12_01_2022.html.
- [8] Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS (2021). <https://aps.saude.gov.br/noticia/15656>.
- [9] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2022). Nota Técnica Nº 11/2022. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_11_2022.pdf
- [10] Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação-Geral de Informação e Monitoramento de Serviços e Redes de Atenção à Saúde (2019). Priorização de Políticas e Programas sob Responsabilidade Direta da Secretaria de Atenção à Saúde. Série: Monitoramento e Avaliação - Caderno 2. Brasília - DF. https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/04/livreto_priorizacaoSA_S_ALT6-2.pdf

- [11] Mehand, M. S., Millett, P., Al-Shorbaji, F., Roth, C., Kieny, M. P., & Murgue, B. (2018). World Health Organization Methodology to Prioritize Emerging Infectious Diseases in Need of Research and Development. *Emerging Infectious Diseases*, 24(9), e171427. <https://doi.org/10.3201/eid2409.171427>
- [12] Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2018). Indicadores de Saúde - Elementos Conceituais e Práticos. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&Itemid=270&lang=pt.
- [13] Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ (2015). Types of Health Care Quality Measures. Publicado em fev. 2015, atualizado em jul. 2015. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html>.
- [14] Ministério da Saúde (2021). Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde. Brasília – DF: 1ª edição – versão eletrônica. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf.
- [15] Ministério da Saúde (2015). Qualificação dos indicadores do manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília – DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf.
- [16] Ministério da Saúde (2022). Esquema vacinal completo garante proteção contra poliomielite. Publicado em 07/10/2022. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/outubro/esquema-vacinal-completo-garante-protecao-contrapoliomielite>
- [17] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2017). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil - Uma primeira aproximação. Estudos & Pesquisas 11 - Informação Geográfica. Rio de Janeiro. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>
- [18] Mendelson, A., Kondo, K., Damberg, C., Low, A., Motúapuaka, M., Freeman, M., O’Neil, M., Relevo, R., & Kansagara, D. (2017). The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 166(5), 341–353. <https://doi.org/10.7326/M16-1881>
- [19] (PLANIFICASUS, 2022; p. 17)
- [20] Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação - CETIC (2021). Resumo Executivo - Pesquisa sobre o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros - TIC Saúde 2021. <https://cetic.br/pt/publicacao/resumo-executivo-pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-nos-estabelecimentos-de-saude-brasileiros-tic-saude-2021/>

[21] Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS (s.d.). Informatiza APS – Conectividade. <https://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps/conectividade>.

[22] Impulso (2022). Impulso Previne: ferramenta gratuita apoia municípios na gestão do Previne Brasil. Publicado em 12/08/2022.
<https://www.conasems.org.br/impulso-previne-ferramenta-gratuita-apoia-municipios-na-gestao-do-previne-brasil/#:~:text=Pr%C3%A9%20lan%C3%A7ado%20em%20nove%20de,e%20capita%C3%A7%C3%A3o%20ponderada%20e%20sobre>

[23] Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS (2020). Painel de Apoio - Previne Brasil – Resultado 2020.
<https://www.conasems.org.br/painel/previne-brasil-resultado-2020/>

[24] Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS (2022). Previne Brasil - Materiais de Apoio.
<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/materiaisapoio/>.

[25] Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS (2022). Programa Previne Brasil: Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde.
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/novo_financiamento_APS_previne_brasil_oficina.pdf

[26] Püschel, V. A. de A., Paz, E. P. A., Ribeiro, R. M., Alvarez, A. M., & Cunha, C. L. F. (2022). Práticas Avançadas em Enfermagem no Brasil: Como estamos e o que falta? Revista da Escola de Enfermagem da USP, 56.
<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0455pt>

[27] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010). Censo 2010.
<https://censo2010.ibge.gov.br/>.

[28] Abicalaffe, C. (2022). Oportunidades e desafios da saúde baseada em valor: Como o Brasil pode aprender com a experiência dos Estados Unidos. Jornal Brasileiro de Economia Da Saúde, 14(Supl.1), 96–100. <https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1>.

[29] Frenk, J. (2010). The Global Health System: Strengthening National Health Systems as the Next Step for Global Progress. PLOS Medicine, 7(1), e1000089.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000089>

Anexos

Quadro 1. Casos de sucesso

A partir do Previne Brasil, o município paraense Canaã dos Carajás²⁵ estruturou, para além da avaliação quadrimestral dos indicadores, metas semanais e mensais para cada indicador, a partir do levantamento do número dos usuários e do perfil populacional do território pela ferramenta e-gestor. A gestão monitora os resultados semanalmente e realiza reuniões mensais com os gerentes e equipes de APS para discussão dos resultados e de possíveis ações de melhoria. Para captação precoce e atendimento em tempo hábil das populações focalizadas é realizada a busca ativa por meio de ligações e visitas domiciliares dos ACS, e pelo agendamento flexível de consultas. As mudanças parecem refletir nos indicadores.

No primeiro quadrimestre de 2021 o município obteve a melhor pontuação do estado e o 14º lugar nacional, e atingiu metas em seis dos sete indicadores monitorados no segundo quadrimestre de 2021, o que ocasionou aumento de 83% para 97% do incentivo proposto no componente de pagamento por desempenho. Também foi destaque em avanços no cadastramento de usuários e informatização do sistema de saúde no âmbito da APS, rendendo participação na série de web documentários 'Brasil, aqui tem SUS', que mostram as experiências exitosas das secretarias municipais de saúde.

No mesmo sentido, os municípios do estado de Sergipe²⁶ registraram uma evolução de 78% de cadastro dos usuários no SUS entre 2019 e 2021, representando mais de dois milhões de novos usuários cadastrados.

No Rio Grande do Norte²⁷, o número de usuários cadastrados na APS aumentou 38% entre dezembro de 2019 e setembro de 2021, passando de 1,9 milhões para 2,7 milhões de cidadãos, e o número de cadastros em Natal,

capital do estado, ultrapassou o parâmetro (valor ideal) definido pelo Programa para o cadastramento no município.

Em parte pelo desempenho positivo no cadastramento, impactando incentivos atrelados aos indicadores de desempenho e à capitação ponderada, o número de usuários cadastrados na APS aumentou 38% entre dezembro de 2019 e setembro de 2021, passando de 1,9 milhões para 2,7 milhões de cidadãos, e o número de cadastros em Natal, capital do estado, ultrapassou o parâmetro (valor ideal) definido pelo Programa para o cadastramento no município.

A cidade de Goiânia²⁸ apresentou crescimento considerável (36%) nos repasses federais para a APS de 2019 (R\$ 79,5 milhões) para 2021 (R\$ 108,2 milhões); aumento ainda mais expressivo é verificado no cadastro de cidadãos (82%), saindo de 362,5 mil e chegando a 661,5 mil pessoas.

²⁵ <https://apsredes.org/aps-forte-no-sus/ampliacao-do-acesso-e-monitoramento-dos-indicadores-da-aps-em-canaa-dos-carajas-no-para/>

²⁶ <https://aps.saude.gov.br/noticia/14477>

²⁷ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/novembro/com-previne-brasil-cadastros-na-atencao-primaria-crescem-38-no-rio-grande-do-norte#:~:text=J%C3%A1%20em%20setembro%20de%202021,Previne%20Brasil%20at%C3%A9%20o%20momento>

²⁸ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/previne-brasil-aumenta-em-25-repasses-federais-e-cadastro-de-cidadaos-no-sus-em-goias?text=Hoje%20s%C3%A3o%204%2C79%20mil%C3%B5es,para%20661%2C5%20mil%20pessoas.#:~:text=Previne%20Brasil%20em%20n%C3%BAmeros&text=Hoje%20s%C3%A3o%204%2C79%20mil%C3%B5es,para%20661%2C5%20mil%20pessoas.>

Tabela 2. Recomendações para alcance das metas de desempenho dos indicadores

Indicador	Recomendações
1 a 7 (Geral)	<p><u>Levantamento nominal da população adscrita</u> pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS)²⁹ ou demais profissionais de APS, por meio do relatório SISAB ou outras ferramentas analíticas, permitindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle individualizado da população-alvo (dos indicadores); • Verificar se as consultas, vacinas e exames preconizados foram feitas, e, em caso negativo, usar estratégias de busca ativa e facilitação do acesso. <p><u>Ferramentas de estratificação familiar</u> por fatores de risco e proteção biológicos, psicológicos e sociais (Savassi, Lage, e Coelho 2012), para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprimorar o conhecimento sobre a população adscrita; • Auxiliar na organização dos serviços pelas equipes e gestores (programação das visitas domiciliares, distribuição das equipes, dimensionamento da oferta da carteira de serviços); • Reconhecer populações mais vulneráveis (ex.: pessoas com diabetes não estabilizados e sem atendimentos regulares) e que precisam de atenção mais frequente/próxima. <p><u>Estratégias de facilitação do acesso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar preferência aos testes rápidos, ou já deixar agendado o retorno para avaliação do exame realizado³⁰; • Criar fluxo facilitado para reduzir o tempo entre a solicitação, o agendamento e a realização dos exames; • Flexibilização da agenda, se possível, de modo que o usuário possa escolher o melhor horário de atendimento, facilitando a adesão aos cuidados continuados; • Deixar agendada a consulta subsequente, ou sinalizada a data da próxima vacinação; • Acompanhar possíveis faltas, acionando o usuário por meio telefônico ou em visita domiciliar para entender o motivo. <p><u>Categorias profissionais aptas aos atendimentos:</u> A nota técnica de cada indicador estabelece as ocupações, pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), válidas para cada atendimento preconizado. Tais possibilidades devem ser entendidas e fomentadas pelos gestores e equipes de APS, no sentido de ampliar o acesso das populações adscritas, considerando a dificuldade de fixação de certas categorias profissionais como médicos, especialmente em municípios rurais/remotos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Com exceção do atendimento odontológico (que deve ser realizado por cirurgião dentista) e das consultas de pré-natal de médio ou alto risco (realizadas exclusivamente por médicos nas unidades de saúde), de modo geral as ações incentivadas nos indicadores podem ser prestadas por médico ou enfermeiro da equipe de APS, resguardando as diferenças de atuação e observância de protocolos de atendimento; • O atendimento para aferição da pressão arterial pode ser feito por enfermeiro e técnico em enfermagem em visita domiciliar ou na unidade de saúde; • A vacinação infantil e a aferição da pressão arterial podem ser realizadas por técnico ou auxiliar de enfermagem, além de médicos e enfermeiros. O teste rápido de Sífilis/HIV também pode ser realizado por técnico de enfermagem.

Indicador	Recomendações
1 a 3	<p>A <u>primeira consulta pré-natal</u> é especialmente relevante pelo potencial de impactar as metas dos indicadores 1, 2, 3 e 5, caso o profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • deixe agendada a próxima consulta (contribuindo para alcance das seis consultas); • solicite exames de Sífilis/HIV (a serem avaliados na próxima consulta, já agendada); • encaminhe a gestante, já com agendamento, para atendimento odontológico; • oriente sobre a importância da cobertura vacinal em dia durante as consultas de pré-natal. <p>Em termos de responsabilização das equipes de APS pela população-alvo na sua área de abrangência, representa a capacidade das equipes de encontrar precocemente a gestante e acompanhá-la ao longo da gestação, requerendo quantidade suficiente de profissionais frente à população adscrita de gestantes e esforços no sentido de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter profissionais treinados para conversas sobre saúde sexual e reprodutiva - o que inclui a saúde gestacional, tanto para os atendimentos em unidades de saúde quanto para visitas familiares, e, se pertinente, por meio da escuta qualificada, facilitar o acesso a testes de gravidez; • Acompanhar proativamente, por meio de relatórios do SISAB ou outras formas de prontuários, as gestantes vinculadas à equipe, a validade de seus cadastros no sistema e o calendário de consultas por gestante; • Manter vaga aberta na agenda da equipe de saúde bucal (eSB), em quantidade proporcional ao de gestantes acompanhadas, e criar canal direto entre as equipes eSB e eSF/eAP), por e-mail, chat, prontuário eletrônico, telefone ou outro, para facilitar a averiguação e a comunicação sobre encaminhamento e retorno, mesmo que as equipes estejam no mesmo ambiente físico.

²⁹ Além do correto cadastramento e do atendimento dos pacientes que vão até as unidades de saúde pelas equipes e demais profissionais de APS, é válido frisar o papel dos ACS na persecução das metas dos indicadores, por meio das visitas domiciliares, do levantamento e da busca ativa de pacientes no território sob sua responsabilidade (gestantes, crianças de 1 ano, pessoas com hipertensão e diabetes), do cadastramento e da identificação precoce de usuários e do seu encaminhamento para o agendamento de consultas e exames (consulta pré-natal, vacinação infantil, aferição de pressão arterial, realização de exames Sífilis/HIV e hemoglobina glicada).

³⁰ Para os exames de Sífilis, HIV e hemoglobina glicada, a avaliação do resultado pode acontecer no mesmo dia, caso seja realizado o teste rápido, ou em uma consulta de retorno.

Indicador	Recomendações
4	<p>Ofertar o exame a todas as mulheres na idade preconizada e que frequentam a unidade de saúde, independentemente da existência de queixa ou do motivo da consulta, inclusive por demanda espontânea - sem necessidade de agendamento prévio.</p> <p>Promover eventos, nas unidades de saúde da APS, para incentivar a realização do exame pelo público-alvo; e disponibilizar espaços no território para campanhas de incentivo.</p> <p>Estabelecer iniciativas intersetoriais, a exemplo de parcerias com empresas do município para liberação³¹ de trabalhadoras na idade preconizada para a realização do exame.</p>
5	<p>Captação precoce das crianças. Por exemplo, logo após o nascimento, no momento do teste do pezinho ou na consulta puerperal, agendando a primeira consulta para a primeira semana de vida e frisando a importância da vacinação durante todas as consultas de puericultura.</p> <p>Busca ativa de crianças com calendário vacinal desatualizado, por meio da comunicação com as mães/responsáveis, durante visitas domiciliares ou atendimentos na APS, ou com creches frequentadas pela população do território adstrito.</p> <p>Verificação da carteira de vacinação em todas as idas da criança à unidade de saúde.</p>
6 e 7	<p>Além da solicitação do exame de hemoglobina glicada para indivíduos com diabetes, passa a ser necessário, para a contabilização do indicador 7, constar a realização da consulta, a solicitação e a avaliação do resultado do exame. Assim, as ações abarcadas pelo indicador se tornaram mais amplas, e devem ser realizadas <u>semestralmente</u> (não mais nos últimos 12 meses). Apesar de a meta ter permanecido 50%, o alcance pelos municípios se tornou mais desafiador. O mesmo se aplica às aferições de pressão arterial em hipertensos (indicador 6).</p> <p>Além disso, o monitoramento contínuo da pressão arterial e dos níveis glicêmicos em pacientes descompensados ou com sintomas requer <u>adesão</u> e perpassa a construção de confiança entre profissionais e pacientes e a implementação de ações de educação em saúde.</p>

Fonte: Recomendações presentes nas respectivas notas técnicas atualizadas (2022) dos indicadores

³¹ Por meio de ausência justificada, sem prejuízo do salário.

Texto 02

Linha Editorial "Políticas de financiamento da Atenção Primária e o Programa Previne Brasil", uma parceria entre o Centro de Estudos e Promoção de Políticas de Saúde (CEPPS-Einstein) e a organização sem fins lucrativos ImpulsoGov.

Previne Brasil: uma análise crítica do componente de pagamento por desempenho

