

PESQUISAR SAÚDE

1^o EDIÇÃO

Organizadoras:

Eliane Alves Cordeiro
Verilanda Sousa Lima
Verineida Sousa Lima

20
25



Pesquisar Saúde

I EDIÇÃO

Organizadoras:

Eliane Alves Cordeiro

Verilanda Sousa Lima

Verineida Sousa Lima

PESQUISAR SAÚDE



Copyright © Editora Humanize
Todos os direitos reservados

Organizadores

Eliane Alves Cordeiro
Verilanda Sousa Lima
Verineida Sousa Lima

Diagramação e Editoração

Caroline Taiane Santos da Silva
Luis Filipe Oliveira Duran
Naiara Paula Ferreira Oliveira

Publicação

Editora Humanize

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
(Editora Humanize, BA, Salvador)**

C292f Pesquisar Saúde (15 : 2025 : online)

 Pesquisar Saúde [livro eletrônico] / (organizadores) Eliane Alves Cordeiro, Verilanda
Sousa Lima, Verineida Sousa Lima.

- - 1. ed. - - Salvador, BA : Editora Humanize, 2025
PDF

Vários autores

Modo de acesso: Internet

ISBN: 978-65-5255-115-3

1. Pesquisa 2. Saúde 3. Doenças 4. Epidemiologia

I. Título

CDU 610



Apresentação

A obra *Pesquisar Saúde 2025* reúne um conjunto de estudos que refletem o cenário contemporâneo da saúde pública brasileira, com ênfase em políticas, práticas e indicadores que delineiam o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas interfaces com a inovação, a gestão e o cuidado em saúde. Os capítulos que compõem o livro evidenciam o compromisso científico e social de pesquisadores e profissionais da área em compreender e propor soluções para os desafios emergentes no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), da vigilância e das estratégias de equidade no acesso aos serviços.

Os temas abordados perpassam desde a **análise de indicadores de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis**, até estudos sobre o **impacto do financiamento público na Atenção Básica**, a **efetividade dos programas como o Previne Brasil** e as **transformações digitais na saúde**, com destaque para a expansão das **teleconsultas entre 2021 e 2024**, fenômeno que consolidou novas dinâmicas de cuidado e revelou desigualdades regionais ainda persistentes.

Com base em metodologias quantitativas e análises de dados oriundos de plataformas oficiais como o e-Gestor AB, o SISAB e o SISCAN, os artigos apresentados estabelecem uma leitura crítica e fundamentada da realidade brasileira. As pesquisas demonstram o papel central das tecnologias de informação e comunicação, o impacto das políticas de financiamento e a importância de uma gestão integrada que considere os contextos territoriais e populacionais.

Mais do que um retrato estatístico, *Pesquisar Saúde 2025* propõe uma reflexão sobre o futuro das políticas públicas e das práticas em saúde, evidenciando caminhos possíveis para a redução das desigualdades e a promoção de um cuidado mais humano, acessível e eficiente. É uma leitura essencial para gestores, profissionais e acadêmicos que buscam compreender as transformações recentes e projetar soluções inovadoras para o fortalecimento do SUS e da saúde coletiva no Brasil.

Sumário

CAPÍTULO 01: DESEMPENHO DO INDICADOR DE CITOPATO-LÓGICO NAS REGIÕES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2018 A 2023 ... 8

Introdução	10
Metodologia	11
Resultados E Discussão	11
Considerações Finais	17
Referências.....	18

CAPÍTULO 02: O IMPACTO FINANCEIRO DO PREVINE BRASIL NA CAPITAÇÃO PONDERADA NA MICRORREGIÃO 5 DO ESPÍRITO SANTO 19

Introdução	21
Metodologia	22
Resultados e discussão.....	23
Considerações Finais	28
Referências.....	30

CAPÍTULO 03: MORBIDADE HOSPITALAR DAS DOENÇAS CARDIO-VASCULARES NOS ÚLTIMOS 5 ANOS NA REGIÃO NORDESTE 31

Introdução	33
Metodologia	34
Resultados E Discussão	34
Considerações Finais	38
Referências.....	39

CAPÍTULO 04: MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA REGIÃO NORDESTE 40

Introdução	42
Metodologia	43
Resultados E Discussão	44
Considerações Finais	48
Referências.....	49

CAPÍTULO 05: O EXAME CITOPATOLÓGICO ANTES E DEPOIS DO PREVINE BRASIL: ANÁLISE SISAB E SISCAN (2018-2024)..... 50

Introdução	52
Metodologia	53
Resultados E Discussão	54
Considerações Finais	59
Referências.....	61

CAPÍTULO 06: COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE NO PERÍODO DE 2019-2024 62

Introdução	64
Metodologia	65
Resultados E Discussão	66
Considerações Finais	70
Referências.....	71

CAPÍTULO 07: MUNICÍPIOS COM BAIXO ALCANCE DAS METAS DE DIABETES E HIPERTENSÃO DO PREVINE BRASIL..... 72

Introdução	74
Metodologia	75
Resultados E Discussão	76
Considerações Finais	81

Referências.....	83
------------------	----

CAPÍTULO 08: TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DO CENÁRIO BRASILEIRO DE 2021 A 2024..... 84

Introdução	86
Metodologia	87
Resultados E Discussão	88
Conclusão.....	93
Referências.....	94

CAPÍTULO 1

DESEMPENHO DO INDICADOR DE CITOPATOLÓGICO NAS REGIÕES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2018 A 2023

Francisco Isequiel Alves de Souza

Graduado em Enfermagem no Centro Universitário Planalto do Distrito Federal - UNIPLAN

Rafaela Oliveira Ferreira

Especialização em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá

Rosane Campos Drumond Dias Pereira

Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família na UFMG

Verilanda Sousa Lima

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Verineida Sousa Lima

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

DESEMPENHO DO INDICADOR DE CITOPATOLÓGICO NAS REGIÕES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2018 A 2023

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em 2019 o Ministério da Saúde lança o Programa Previne Brasil que entre os indicadores de desempenho previstos tem-se a realização de citopatológico nas idades de 25 a 64 anos com o propósito de ampliar a cobertura do exame e a detecção precoce dos casos. **OBJETIVO:** analisar os resultados do indicador de desempenho citopatológico nas regiões do Brasil no período de 2018 a 2023. **MATERIAIS E MÉTODOS:** pesquisa de levantamento documental primário de abordagem quantitativa, realizada na base de dados do site do e-gestor do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), com coleta no período de julho/2023 e análise por gráficos e tabelas.. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** os resultados demonstram as oscilações decorrentes da pandemia de COVID 19, e, depois, os avanços ainda não alcançando a meta preconizada, com avanços maiores no nordeste e sul e desafios no sudeste. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** apesar do incentivo com o indicador de desempenho de citopatológico, ainda observa-se a baixa cobertura de exame citopatológico é um desafio a ser enfrentado para melhorar a saúde das mulheres e reduzir a incidência do câncer de colo do útero.

Palavras-chave: Câncer de colo uterino; Prevenção ginecológica; Rastreamento; Saúde da mulher.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In 2019, the Ministry of Health launched the Previne Brasil Program, which included cytopathological testing for children aged 25 to 64 years, among its performance indicators, aiming to expand exam coverage and early case detection. **OBJECTIVE:** To analyze the results of the cytopathological performance indicator in Brazil's regions from 2018 to 2023. **MATERIALS AND METHODS:** This is a primary documentary survey with a quantitative approach, carried out in the database of the e-manager website of the Health Information System for Primary Care (SISAB). Data were collected in July 2023 and analyzed using graphs and tables. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The results demonstrate fluctuations resulting from the COVID-19 pandemic, and, subsequently, progress has not yet reached the recommended target, with greater progress in the Northeast and South and challenges in the Southeast. **FINAL CONSIDERATIONS:** despite the incentive with the cytopathological performance indicator, low cytopathological exam coverage is still observed, which is a challenge to be faced to improve women's health and reduce the incidence of cervical cancer.

Keywords: Cervical cancer; Gynecological prevention; Screening; Women's health.

INTRODUÇÃO

Entre as neoplasias existentes que comprometem o sistema da mulher, o câncer de colo do útero surge com maior intensidade. Sua fisiopatologia é decorrente de uma infecção ocasionada por vários tipos oncogênicos do Papiloma Vírus Humano (HPV). Embora o câncer de colo do útero tenha índices alarmantes em mulheres, cabe ressaltar que é uma doença de desenvolvimento lento cujo, sinais e sintomas inicialmente não surgem, o que dificulta o diagnóstico inicial (DOS SANTOS et al., 2023).

O Brasil vem ocupando local de destaque em relação aos outros países sobre o câncer de colo do útero. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) é que para 2023 a incidência seja de 17.010 casos, representando um risco de 13,25 casos para cada 100.000 mulheres. Considerando as regiões do Brasil, a doença tem maior incidência na região Norte com 20,48 casos novos para cada 100 mil mulheres e na região Nordeste 17,59 casos novos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2022).

Com esses dados, o ministério da saúde investe de forma intensa no rastreamento das mulheres com fatores de risco para o câncer. Todavia, para o alcance da cobertura é necessário que a equipe de saúde possa acompanhar e também tratar essas mulheres. O exame de rastreamento para o câncer de colo do útero é o papanicolau, considerado pela literatura científica como uma ferramenta essencial na prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero. Trata-se de um exame simples, seguro e amplamente utilizado na prática clínica, que permite a avaliação das células presentes no colo uterino a fim de identificar alterações que possam indicar a presença de lesões pré-cancerosas ou malignas (BRASIL, 2019).

Embora o Brasil tenha investido nas campanhas de rastreamento para o câncer de colo do útero, os números não param de crescer. Uma das últimas estratégias do Ministério da Saúde para reduzir estes dados no país foi a instituição do indicador de citopatológico dentro do programa Previne Brasil, incentivando por meio dessa ação que os profissionais de saúde da APS se envolvessem mais no rastreamento. (VIEIRA 2022).

Portanto, objetiva-se analisar os resultados do Indicador de Desempenho de Citopatológico nas regiões do Brasil no período de 2018 a 2023. Cabe aqui destacar a necessidade da realização deste estudo visto que, o país investe muito em programas e políticas em saúde da mulher e mesmo assim existe um aumento de casos novos de câncer do colo do útero.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de levantamento documental primário de abordagem quantitativa. Segundo Libório e Terra (2015) a pesquisa de levantamento documental é um questionamento direto aos envolvidos utilizando-se a abordagem quantitativa para que seja feito a organização dos dados encontrados por meio de uma pesquisa descritiva que possa sugerir conclusões e interpretações do estudo.

Quanto a abordagem quantitativa, Danton (2002) diz que, esse tipo de abordagem recebe muitas críticas no meio científico, por não ter nenhuma conexão com as relações humanas, mas apenas com números, portanto se torna impossível pela ciência matematizar o homem, isto é, explicá-lo através de números.

A pesquisa foi realizada na base de dados do site do e-gestor do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) da Secretaria de Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde. A coleta foi realizada no período de julho/2023 e para a tabulação dos dados foram considerados os filtros: Desempenho do Indicador do Citopatológico do Colo Uterino no período de 2018 a 2023, organizados em quadrimestres, sendo aplicados filtros por região.

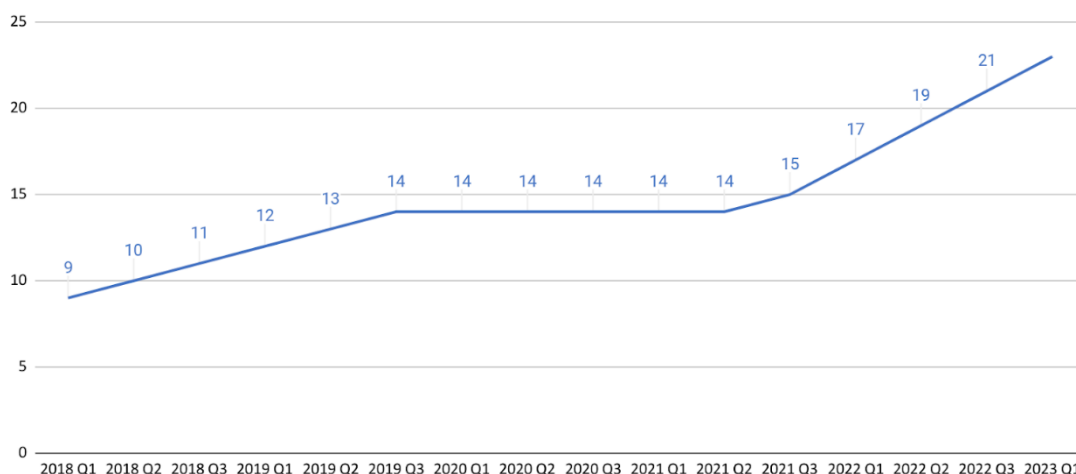
Ressalta-se que a escolha do período deve-se a anterior execução do programa Previnde Brasil que é publicado em dezembro/2019, para reconhecer a série histórica anterior e assim relacionar se a execução do programa impactou positivamente ou não para o avanço da oferta do exame no país.

Os dados foram analisados em gráficos com análises estatísticas, trazendo a distribuição dos indicadores de citopatológico entre os anos de 2018 e 2023, que foram discutidos por meio da literatura científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a avaliação inicial apresenta-se a distribuição do Indicador do Citopatológico no Brasil entre o primeiro quadrimestre do ano de 2018 até o primeiro quadrimestre de 2023, Gráfico I, destaca-se que a meta do indicador conforme a nota técnica n.16/2022-SAPS/MS que traz a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde era de 40% da população alvo (BRASIL, 2022)

GRÁFICO I - Distribuição Do Indicador De Citopatológico Entre 2018 - 1 Quadrimestre De 2023 No Brasil



FONTE: SISAB, 2023

O gráfico I demonstra que até 2019, período em que o Programa Previne Brasil não existia, acontecia um crescimento lento no alcance do indicador, no entanto, após esse período e continuando até 2021 no segundo quadrimestre, observa-se uma estabilidade, depois um novo avanço.

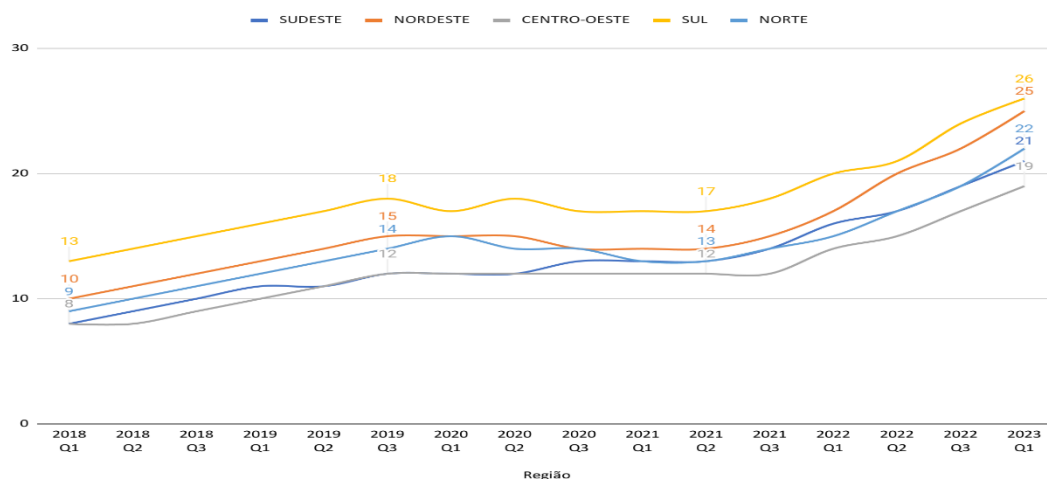
Um estudo semelhante a esse de levantamento documental, realizado em Manaus-AM, identificou que entre os anos de 2020 a 2022, houve um aumento dos indicadores do exame citopatológico, todavia nota-se que entre o terceiro quadrimestre de 2020 e o primeiro quadrimestre de 2022, teve uma queda deste indicador voltando a se elevar no segundo quadrimestre de 2021, (DA SILVA, 2023) o que torna estes dados corroborativos ao encontrado no estudo em questão.

Uma das discussões sobre o assunto envolve a pandemia mundial de COVID 19, o que pode ter contribuído para que estes indicadores reduzissem. Em 2020, houve uma reorganização no modelo de atendimento da Atenção Primária, devido à necessidade proveniente da Pandemia de Covid19 o que fez com que se estendesse a adaptação às medidas propostas no novo modelo Previne Brasil (ROSA et al 2023).

Deste modo, quando inicia o Programa Previne Brasil também inicia a pandemia de COVID 19, fazendo com que os exames de rastreamento de papanicolau não fossem ofertados durante o período pandêmico, ampliando o crescimento novamente após esse período.

Considerando essas diferenciações entre os quadrimestres avaliados, investigou-se também se essa distribuição do indicador foi uma realidade em todas as regiões do Brasil. Assim, o Gráfico II traz o representativo da distribuição do indicador de citopatológico por região do Brasil entre os anos de 2018.1 a 2023.1.

GRÁFICO II - Distribuição Do Indicador De Citopatológico Entre 2018 - 1 Quadrimestre De 2023 Por Região Do Brasil



FONTE: SISAB, 2023

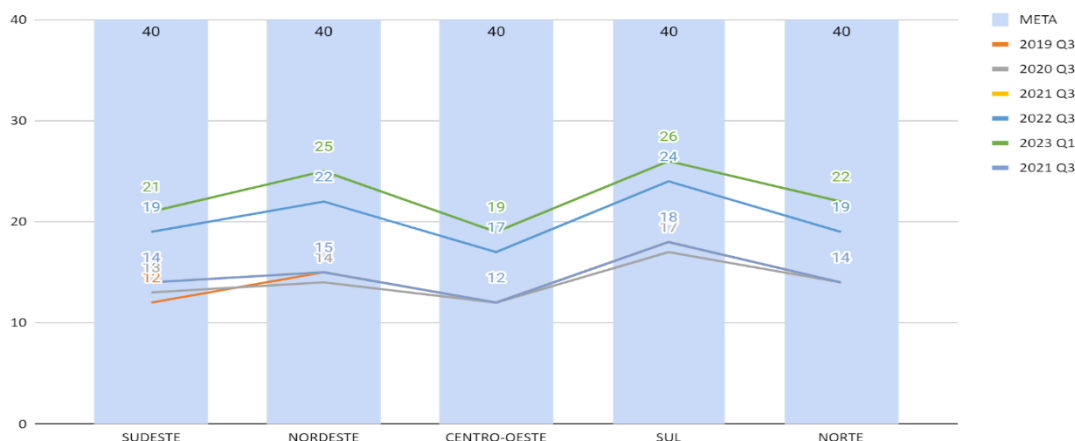
O gráfico II demonstra que, quando analisada a distribuição do citopatológico por região do Brasil, no período de 2018 a 2019, percebe-se um crescimento no Indicador de Citopatológico em todas as regiões. Já nos quadrimestres de 2020 até Q2/2021, período em que o país passava pelo enfrentamento da Pandemia Covid19, ocorreu redução nos resultados do indicador nas regiões do país com exceção do sudeste que apresentou um aumento de 1% no indicador saindo de 12% para 13% e o centro oeste que ficou estável durante todo o período com 12%.

Segundo um estudo realizado no Distrito Federal em 2021, no período de pandemia da Covid19 fez-se necessário remodelar a Carteira de Serviços Essenciais para a Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. O distanciamento social e a quarentena prejudicaram a oferta e procura pelos serviços, o que impactou nos resultados dos Indicadores do Previne Brasil (PIRES et al,2021).

Ainda em relação ao Gráfico II, após o período de pandemia, fazendo um recorte do Q3/2021 até o Q1/2023, as regiões apresentaram avanços no indicador, principalmente na

região nordeste que apresentava um resultado de 15% e passou para 25%. Assim, os dados apresentados mostram que antes e pós-pandemia houve oscilações no avanço do indicador de citopatológico, porém, quando comparado às metas estabelecidas pelo ministério da Saúde, as regiões ainda estão abaixo do que é estabelecido, como mostra o Gráfico III,

GRÁFICO III - Comparação Entre Meta E Resultado Do Indicador De Citopatológico No Brasil



FONTE: SISAB, 2023

O gráfico III demonstra que em todas as regiões do Brasil a meta mínima estabelecida para este indicador, que é de 40%, não foi alcançada. Os resultados apresentados nos quadrimestres entre 2019 e 2023 variaram entre 12% a 26%, em relação ao aumento percentual a região nordeste teve um resultado melhor quando comparado às demais regiões. No entanto, quando observamos apenas o último quadrimestre analisado, ou seja, o quadrimestre 1/2023 a região Sul tem o melhor resultado em comparação às demais, fechando com 26%, mas longe ainda da meta estabelecida.

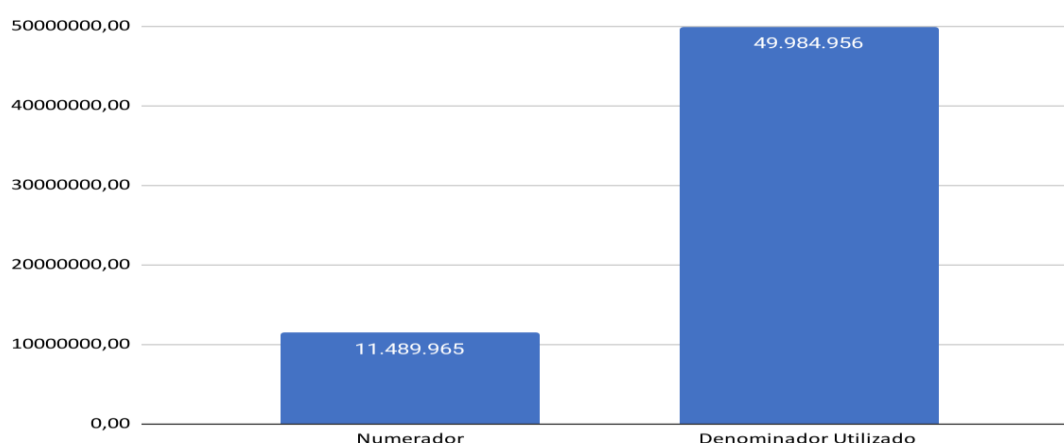
De acordo com um estudo descritivo em Brasília em que foi realizado uma análise do desempenho dos indicadores no Distrito Federal no período de 2019 a 2021, o índice muito baixo de cobertura do citopatológico sinaliza falta de busca ativa às mulheres dentro da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de 25 a 64 anos, atendendo apenas àquelas que procuram o serviço de saúde. (PIRES et al,2021).

Ferreira et al (2022), em seu estudo transversal realizado em Minas Gerais em 2019, reafirma que a ausência das usuárias dentro da unidade de saúde para realização do exame

citopatológico se refere ao baixo envolvimento dos profissionais de saúde quanto a busca ativa, pouco conhecimento sobre as práticas adequadas ao rastreamento e ausência de atitudes adequadas para realização do exame pelos profissionais.

A importância da busca ativa para a realização dos exames citopatológicos se torna relevante quando analisamos junto a esse indicador o denominador, ou seja, a quantidade de mulheres entre 25 a 64 anos que devem realizar o exame citopatológico, associando a este a quantidade de mulheres que já realizaram o referido exame. Esses dados foram analisados e apresentados no Gráfico IV.

GRÁFICO IV - Relação Entre Numerador E Denominador Do Indicador De Citopatológico No 1 Quadrimestre De 2023, No Brasil

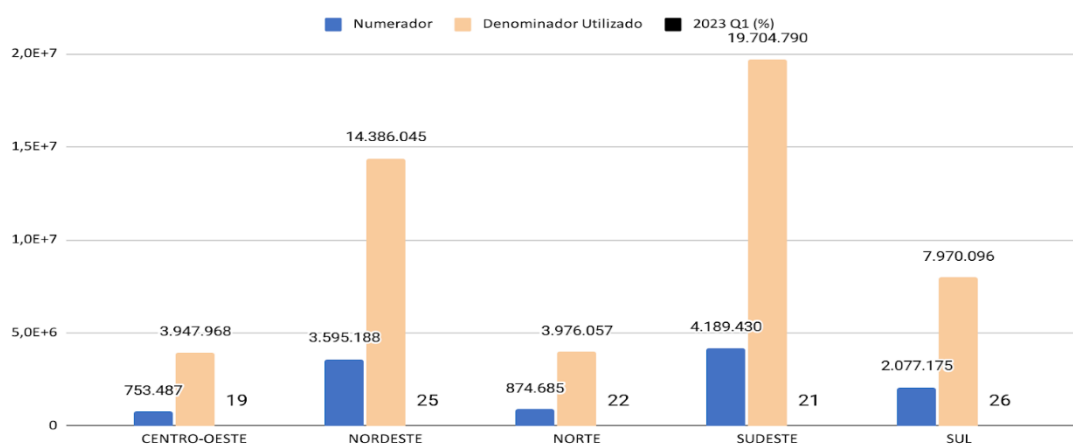


FONTE: SISAB, 2023

O gráfico demonstra uma diferença entre o numerador, que são as mulheres que realizaram o Citopatológico até primeiro quadrimestre do 2023, contabilizando mais de 11 milhões de mulheres, e o denominador que são as mulheres que, estariam aptas a realizarem o exame, correspondendo a 49 milhões de mulheres. Ressalta-se que isso representa, no total de alcance, um percentual de 23% de resultado nacional, distante dos 40% de meta prevista.

Fazendo a mesma análise por região, o gráfico V também demonstra as diferenças entre numerador e denominador no indicador de citopatológico.

GRÁFICO V - Relação Entre Numerador E Denominador Do Indicador De Citopatológico No 1 Quadrimestre De 2023 Por Região Do Brasil



FONTE: SISAB, 2023

O gráfico V demonstra o número de coletas de citopatológico realizadas com referência às regras do numerador do indicador x número de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos por região do Brasil identificadas no primeiro quadrimestre de 2023. É possível observar que a região de saúde com maior variação entre o numerador e o denominador é a região sudeste, seguida da nordeste, sul, norte e centro oeste.

Considerando a relação entre numerador, denominador e os resultados até o último quadrimestre analisado destaca-se, assim como já referido, que ainda há um longo caminho para o alcance da meta. A região Centro Oeste foi a que ficou mais distante com alcance de 19%.

No estudo realizado por Soares e Pontes (2022) foram analisados todos os indicadores e destacado o indicador de citopatológico como um dos mais difíceis de serem alcançados, sendo necessário um planejamento mais intenso, estratégico e específico para esse indicador e a população feminina na faixa etária preconizada. A região sudeste tem a maior dificuldade em alcançar devido o número alto da população feminina em relação às outras regiões de saúde.

Assim, entre oscilações e avanços, observa-se que o Programa incentivou um movimento para a retomada da coleta do citopatológico como mecanismo de detecção precoce, no entanto, ainda distante das metas preconizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a análise, foi possível perceber que desde a implantação do Programa Previne Brasil o Desempenho do Indicador de Citopatológico tem sido um dos mais difíceis para alcance da meta mínima estabelecida, tanto no país de forma geral, como também quando analisado por regiões brasileiras. O cenário da Pandemia Covid19 demonstrou um impacto importante, colaborando para que as metas mínimas não fossem alcançadas.

A baixa cobertura de exame citopatológico é uma preocupação importante no contexto da saúde pública e da prevenção de doenças, principalmente quando se trata do rastreamento do câncer de colo do útero. Esse tipo de exame, também conhecido como Papanicolau, é uma ferramenta fundamental para detectar alterações pré-cancerígenas e cânceres em estágios iniciais, o que permite o tratamento precoce e melhora as chances de recuperação das pacientes.

A falta de acesso aos serviços de saúde, principalmente em áreas rurais ou em comunidades carentes, pode ser um dos motivos da baixa cobertura. É necessário investir em infraestrutura de saúde e em programas que facilitem o acesso a exames preventivos em todo o país.

Para lidar com a baixa cobertura, é essencial monitorar constantemente os índices de realização do exame e avaliar a eficácia das estratégias adotadas. Dessa forma, é possível ajustar as abordagens e aprimorar os resultados ao longo do tempo.

Em suma, apesar dos avanços e oscilações, ainda observa-se a baixa cobertura de exame citopatológico como um desafio a ser enfrentado para melhorar a saúde das mulheres e reduzir a incidência do câncer de colo do útero. É um esforço conjunto que envolve profissionais de saúde, governo, organizações não governamentais e a própria sociedade em geral. A conscientização, o acesso facilitado aos serviços de saúde e o desenvolvimento de políticas públicas eficazes são chaves para superar esse obstáculo e garantir uma abordagem preventiva mais abrangente e eficiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 13 nov 2019; Seção 1.

e. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. ****Nota Técnica SEI/MS - 0027966530/2022****. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, [2022]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/02/SEI_MS-0027966530-Nota-Tecnica-16.pdf>. Acesso em: 29 set. 2023.

DANTON, Gian. Metodologia científica. Pará de Minas: Virtual Books Online, 2002.

DA SILVA, Daniel Nogueira. Indicadores municipais da Atenção Primária à Saúde no Brasil: desempenho e oferta no período 2020-2022. 2023. 117 f. Dissertação (Mestrado em Economia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

DOS SANTOS, Caroline Dellabeta et al. Aspectos epidemiológicos de mortalidade por câncer de colo do útero em Cascavel-PR durante o período de 2012 A 2021. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, n. 3, p. 432-450, 2023.

FERREIRA, Márcia de Castro Martins et al. Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, p. 2291-2302, 2022.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA .Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil: Rio de Janeiro: INCA,2022.Disponível:<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em 28/11/2024.

LIBÓRIO, Daisy; TERRA, Lucimara. Metodologia científica. Editora Laureate International Universities, 2015.

PIRES, Carlos et al. Previne Brasil: Uma análise dos Indicadores de Desempenho do Distrito Federal nos anos de 2019 a 2021.Cadernos de Ciências da Saúde e da Vida,

ROSA, Leonardo et al. Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. OSF Preprints. January, v. 27, 2023.

VIEIRA, Juliana Rodrigues. Politização do útero: entre tecnologias e representações de gênero nas campanhas preventivas de HPV e câncer de colo do útero desenvolvidas pelo Ministério da Saúde de 2014 a 2020. 2022.

SOARES e PONTES, 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.

CAPÍTULO 2

O IMPACTO FINANCEIRO DO PREVINE BRASIL NA CAPITAÇÃO PONDERADA NA MICRORREGIÃO 5 DO ESPÍRITO SANTO

Cleia de Moraes Bezerra Mello

Especialização em urgência e emergência no Centro Universitário Internacional - UNITER

Eliane Alves Cordeiro

Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Centro Universitário Fametro (Unifametro)

Madiane Rodrigues de Oliveira

Especialista em Urgência e Emergência pela Escola Superior da Amazônia.(Esamaz)

Heliana Mara Souza Fonseca

Especialização em Saúde Digital pela Universidade Federal de Goiás - UFG

Verilanda Sousa Lima

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Verineida Sousa Lima

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

O IMPACTO FINANCEIRO DO PREVINE BRASIL NA CAPITAÇÃO PONDERADA NA MICRORREGIÃO 5 DO ESPÍRITO SANTO

RESUMO

INTRODUÇÃO: O previne Brasil substituiu o financiamento fixo por variável, mas qual o impacto dessa mudança? Considerando uma nova política, estudar impactos direciona a compreensão da realidade. **OBJETIVO:** analisar o impacto que o financiamento do Previne Brasil trouxe para microrregião 5 de Saúde do Espírito Santo. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa documental e abordagem quantitativa, com coleta de dados pelo site e-Gestor do Ministério da Saúde, realizada em agosto/2023, referente ao ano 2022, sendo os dados analisados em gráficos estatísticos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os resultados apontam para uma evidência de uma população identificada maior que o IBGE e a capacidade das unidades de saúde. No entanto, a variação de tipos de equipe e capacidade, interferiram para que alguns municípios apresentassem perdas financeiras, comprometendo a manutenção dos serviços. Na região, o impacto apresentado, demonstrou uma alteração financeira entre os meses. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível identificar uma oscilação importante dos recursos, trazendo a vulnerabilidade da gestão municipal sobre a incerteza dos repasses federais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Financiamento da assistência à Saúde; Recursos Financeiros em Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Previne Brasil replaced fixed funding with variable funding, but what is the impact of this change? Considering a new policy, studying impacts guides understanding the reality. **OBJECTIVE:** To analyze the impact of Previne Brasil funding on Health Microregion 5 of Espírito Santo. **MATERIALS AND METHODS:** This is a documentary research with a quantitative approach, with data collected through the Ministry of Health's e-Gestor website, conducted in August 2023, for the year 2022. The data were analyzed in statistical graphs. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The results point to evidence of a larger identified population than the IBGE and the capacity of health units. However, variations in team types and capacity led to some municipalities experiencing financial losses, compromising the maintenance of services. In the region, the impact demonstrated a financial change between months. **FINAL CONSIDERATIONS:** It was possible to identify a significant fluctuation in resources, highlighting the vulnerability of municipal management due to the uncertainty of federal transfers.

Keywords: Primary Health Care; Health Care Financing; Financial Resources in Health.

INTRODUÇÃO

Os municípios brasileiros são responsáveis em organizar a porta de entrada à saúde, conscientes que precisam seguir os princípios constitucionais previstos. Para que estes princípios sejam seguidos o Governo Federal propôs a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece diretrizes, responsabilidades e critérios para organização e financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil (FARIA,2020).

Para o financiamento da APS a responsabilidade é compartilhada dos entes federativos, assim, a PNAB possibilitou a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) como modelo de financiamento, o PAB fixo funcionava por meio de transferência regular e automática calculada com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o PAB variável relativo a adesão a programas específicos, o somatório das partes fixa e variável do PAB compõe o Teto Financeiro do Bloco da Atenção Básica (HARZHEIM et.al 2020).

De acordo com Morosini; Fonseca e Baptista (2020) a PNAB por ser o documento dinâmico passou por várias revisões sendo a última em 2017 trazendo como alteração a retirada do PAB fixo e Variável com a Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017 que institui o financiamento em dois blocos: custeio e financiamento.

Todavia, em 2019, foi lançado um novo modelo de financiamento através da portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 que substituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), pelo Previnde Brasil. Dentre as mudanças podem-se ressaltar a troca do financiamento por habitante (PAB FIXO) pelo financiamento por pessoa cadastrada (captação ponderada) a mais importante. As transferências variáveis são realizadas de acordo com o desempenho assistencial das equipes e incentivos para ações estratégicas (BRASIL 2019).

Um dos eixos dessa nova política de financiamento é a capitação ponderada que de acordo com Harzheim et al (2020) está relacionada na identificação do usuário, potencial do município, critério de ponderação da população, tipologia do município e tipo de equipe, variáveis que se relacionam no eixo e determinam os valores que serão repassados para os municípios.

Portanto, observa-se que todas essas variáveis podem alterar os valores financeiros entre os quadrimestres. Assim, com base nas vivências de apoio institucional em uma região de saúde do Espírito Santo, inquietou-se a necessidade de analisar melhor o eixo da captação ponderada considerando as demandas diárias por compreensão acerca dos valores financeiros que se

alteram entre os quadrimestres. Deste modo, questiona-se qual o impacto financeiro do Previne Brasil na captação ponderada na microrregião 5 no Espírito Santo?

Ao analisar os dados da região pode-se identificar variáveis que ocasionam a perda de recursos financeiros, podendo sugerir melhorias para a manutenção dos repasses baseados na qualificação do acompanhamento. Sendo assim, esse estudo tem como objetivo analisar as modificações que o financiamento do Previne Brasil trouxe para a microrregião e do Espírito Santo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de levantamento documental primário de abordagem quantitativa, que de acordo com Mattar e Ramos (2021) refere-se a um questionamento direto aos investigados onde é utilizado abordagem quantitativa para a estruturação dos dados.

Esta pesquisa foi elaborada na base de dados do site e-Gestor da Secretaria de Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde. A coleta foi realizada em agosto/2023, para a tabulação dos dados foram considerados os seguintes filtros: financiamento APS no ano 2022, unidade geográfica Espírito Santo, com filtros específicos nos municípios de Atílio Vivacqua, Itapemirim, Marataízes, Mimoso do Sul, Presidente Kennedy que compreendem uma região de saúde do Espírito Santo. O ano da coleta de dados foi em 2022, sendo executado o download dos dados para facilitar o processo de tabulação.

Destaca-se que a escolha do ano de 2022 aconteceu considerando que foi nesse período que os municípios passaram a ter o modelo definitivamente executado, devido a pandemia, isso por que apesar do Programa Previne Brasil ter sido instituído no final de 2019, devido o período pandêmico o mesmo não foi executado com interferência financeira, sendo isso realizado em 2022 após o fim da pandemia de Covid 19

Os dados foram analisados com análises estatísticas, apresentados em gráficos feitos no programa excel e os resultados foram discutidos por meio da literatura científica. Como trata-se de uma pesquisa realizada com base em dados públicos, não houve necessidade de aprovação do comitê de ética.

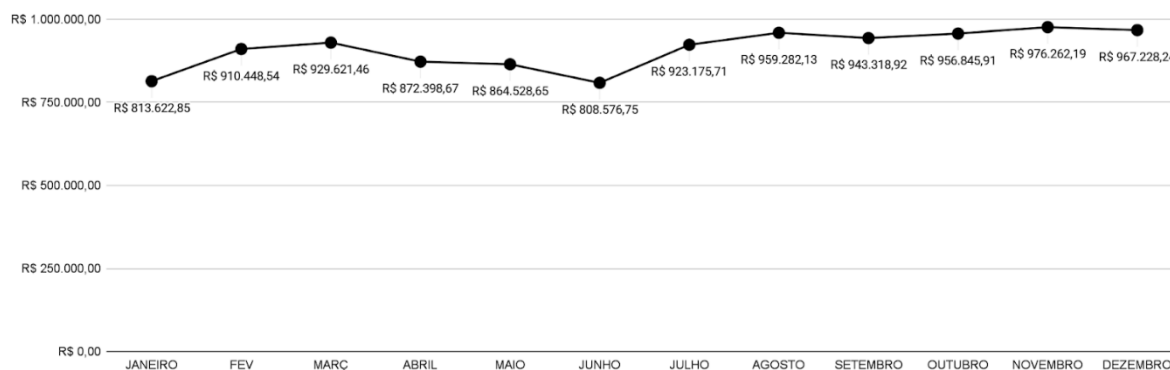
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A 5ª região de Espírito Santo é formada por cinco municípios que juntos possuem um total de 139.585 pessoas identificadas e compõem a Região Sul que ao todo é formada por 26 municípios conforme a Resolução 153/2020 de 18 de dezembro de 2020 (GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2020).

Para a avaliação do financiamento direcionado a captação ponderada da região, deve-se lembrar que a Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 destaca que o modelo de pagamento por captação ponderada pode ter variação em decorrência do potencial de cadastro, das equipes com composição incompletas ou suspensas e também da identificação dos usuários (Brasil, 2019).

Avaliando a 5ª microrregião no Espírito Santo em relação a distribuição do financiamento por captação ponderada, pode-se avaliar que no gráfico I houve oscilações nos valores de financiamento.

GRÁFICO I - Distribuição Dos Recursos De Captação Ponderada Recebidos Pela Região De Saúde, 2022



Fonte: e-Gestor, 2022

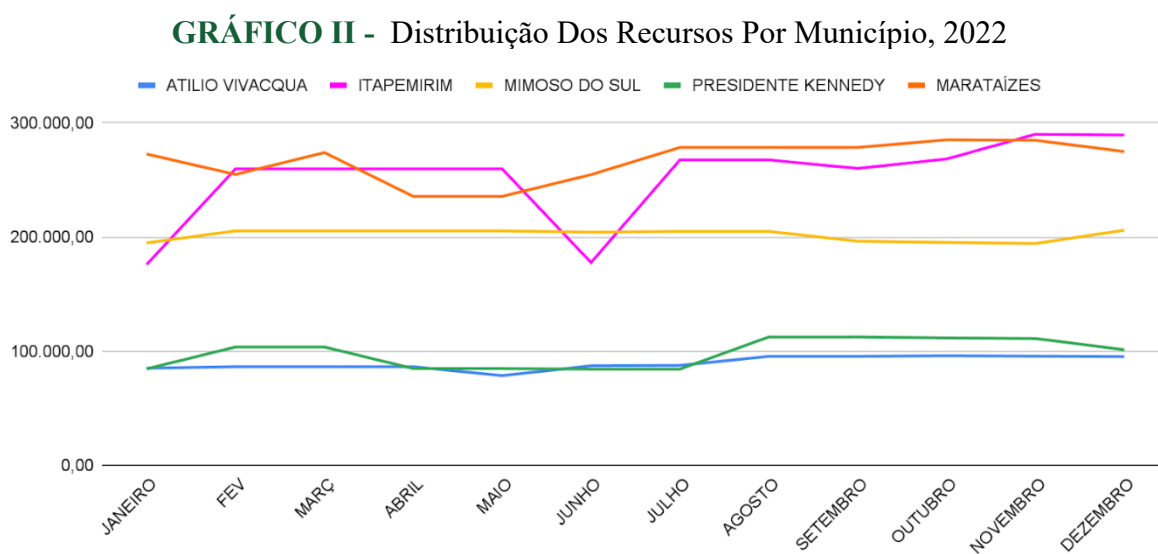
Identifica-se que em relação a distribuição financeira, no mês de janeiro a região recebia um valor financeiro de R\$813.622,85 aumentando ao longo dos meses. No entanto, houve uma redução dos valores recebidos na captação ponderada no mês de junho chegando a R\$808.576,75, aumentando novamente nos meses posteriores e finalizando em dezembro com um valor de R\$967.228,24.

Para Massuda (2020) quando se resolve assumir o modelo de financiamento com a captação ponderada sendo um dos critérios de pagamento, temos como vantagem a adstrição

da clientela, que traz consigo além do fortalecimento do vínculo a possibilidade de reconhecimento do perfil epidemiológico e planejamento de ofertas de serviços de saúde. Mas também traz como consequências diretas a oscilação no repasse dos recursos para APS, tendo em vista que este pagamento é realizado de acordo com o cadastro de seus indivíduos.

Rosa et al (2023) realizaram um estudo comparando o modelo anterior chamado PAB e seus demais componentes com o Previne Brasil. Os autores afirmam que comparando os dois modelos, a captação ponderada do Previne Brasil representa o maior incremento de recebimento dos recursos da APS, correspondendo a 53% e que, há oscilações e variâncias importantes nesse financiamento, destacando ainda que o perfil territorial e as características da população interferem diretamente no valor que será repassado.

Como essas oscilações também foram percebidas nesse estudo e considerando uma investigação mais detalhada a fim de identificar melhor os recursos recebidos na região, foi realizada uma avaliação municipal considerando os meses de janeiro a dezembro de 2022 e os recursos recebidos, conforme o Gráfico II.



Fonte: e-Gestor, 2022

Analisando os dados de junho onde se observou uma redução nos valores financeiros comparados aos demais meses, verificou-se que essa diferença deu-se por causa dos municípios de Itapemirim e Maratáizes. No município de Itapemirim observou-se que no mês de junho não recebeu complementação financeira, considerando a redução do Índice Sintético Final (ISF) a menos de 7,0 e como não tinha potencial de cadastro, aplicou-se a regra da Portaria 2254 de 3

de setembro de 2021. Já no município de Marataizes a diminuição do valor transferido se deu por suspensão de ESF por duplicidade de profissional técnico em enfermagem no cadastro no CNES.

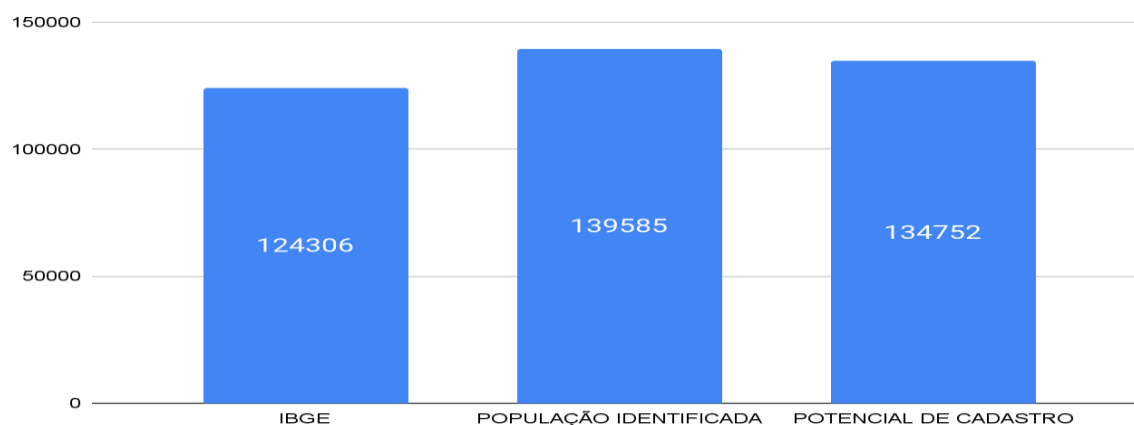
No ano de 2021 o modelo de capitação ponderada teve reajuste com a Portaria 2254 de 3 de setembro de 2021, na qual foi acrescentado que os municípios sem potencial de cadastro porém com resultados de índice sintético final (ISF) igual ou superior a 7,0, teriam seus cadastros excedentes pagos, assim como os municípios com potencial de cadastro acima da população, também seria calculado a diferença para pagamento.

Deste modo, municípios sem potencial de cadastro e sem ISF de 7,0 ou acima, como no caso de Itapemirim, acabaram perdendo recursos devido à mudança da regra na Portaria 2254. No gráfico II foi possível apontar que os municípios Itapemirim e Marataizes, possuem o maior número de inconsistências das Equipes no CNES e por sua vez uma grande oscilação no recebimento de recursos de capitação ponderada.

Na pesquisa realizada por Soares (2022) em municípios do Estado de Minas Gerais com foco na avaliação do novo modelo de financiamento federal da APS, obteve que com a mudança e a aplicação das regras da capitação ponderada poderiam, em simulação, representar uma perda de 26,5%, ou seja, 226 dos municípios analisados poderiam ter perdas na capitação ponderada, considerando que a mesma tem relação direta com população e equipes válidas.

Considerando que o potencial de cadastro e a população identificada são variáveis importantes na análise financeira da capitação ponderada, apresenta-se o Gráfico III com esses resultados:

GRÁFICO III - Relação Entre População Ibge, População Identificada No Sisab E Potencial De Cadastro



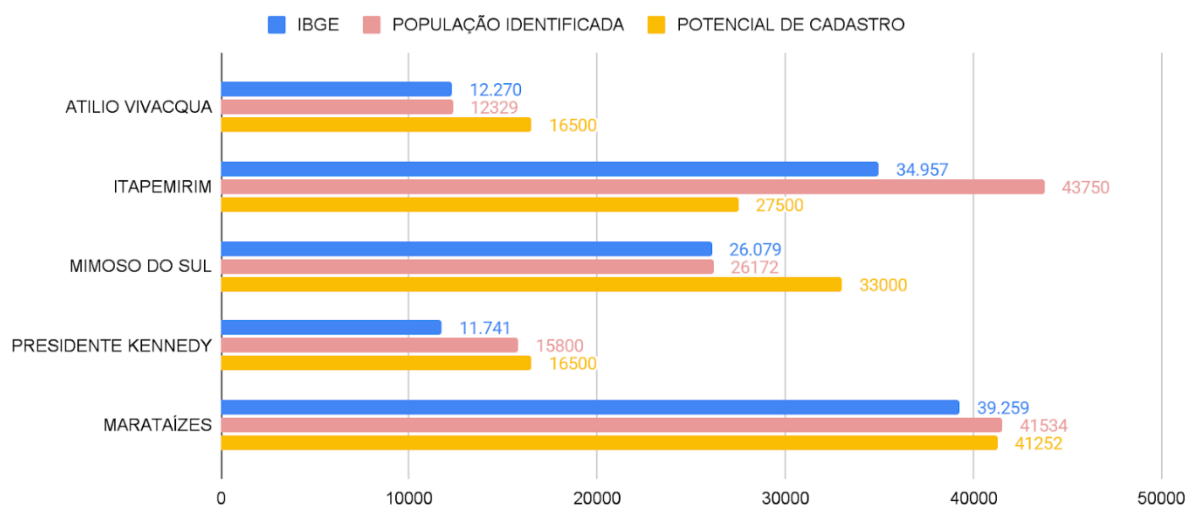
Fonte: e-Gestor, 2022

Percebe-se que a população identificada pelo IBGE é menor em 12,29% (15.279 indivíduos) quando comparamos com a população identificada no SISAB. Além disso, a população identificada supera em 3,43% (4.833 indivíduos) o potencial de cadastro, sinalizando que esses municípios estão acima da sua capacidade de cobertura.

O novo modelo de financiamento tem como base para os recursos financeiros de captação ponderada a quantidade de pessoas cadastradas nas equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde da Família (eSF) pautada em [parâmetros](#) de equidade. Esses critérios são embasados por pessoas cadastradas que variam de acordo com as caracterização e classificação do IBGE quanto à tipologia dos municípios em espaços urbanos e rurais HARSZHEIM et al (2020).

Corroborando com o autor acima Brasil (2021) refere que o custeio dos municípios pelo potencial de cadastro é caracterizado pela multiplicação do número suas eSF e eAP de acordo com critérios definidos, por o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe. Assim, buscando identificar essa distribuição entre população do IBGE, identificada e potencial de cadastro, realizou-se uma avaliação detalhada por município, apresentada no Gráfico IV.

GRÁFICO IV - Relação Entre População Ibge, População Identificada No Sisab E Potencial De Cadastro Por Município



Fonte: e-Gestor, 2022

Nesse gráfico chama a atenção o município de Itapemirim e Maratáizes superando seu potencial de cadastro enquanto os outros três municípios ficam abaixo ou chegam próximo do seu potencial de cadastro. Esse resultado requer uma avaliação local a fim de identificar estratégias ou outras situações que corroboram para esse aumento expressivo da população identificada quando comparado aos demais municípios.

Considerando que o potencial de cadastro e identificação da população tem relação direta com a quantidade de equipes, que por si também interferem no financiamento, entendendo que de acordo com Brasil (2021), para pagamento no modelo do Previn Brasil apenas são consideradas equipes homologadas e válidas. Nesse sentido, apresenta-se a evolução das equipes distribuindo essas equipes de saúde da família, apresentadas na Tabela I.

Tabela I - Distribuição das equipes eAP e eSF entre homologadas e pagas

Parcela	Nº de eSF homologadas	Nº de eSF pagas	Nº de eAP homologadas	Nº de eAP 20h pagas	Nº de eAP 30h pagas
jan./2022	46	46	4	1	3
fev./2022	46	45	4	1	3
mar./2022	46	46	4	1	3
abr./2022	46	43	4	1	3
mai./2022	46	43	4	1	3

jun./2022	46	44	4	1	3
jul./2022	46	45	4	0	4
ago./2022	46	46	4	0	4
set./2022	46	46	4	0	4
out./2022	47	46	4	0	4
nov./2022	47	46	4	0	4
dez./2022	47	47	4	0	4

Fonte: e-Gestor, 2022

A tabela I evidencia que apesar de alguns meses com suspensão de equipes de saúde da família, há uma certa constância na quantidade e ainda correlacionando os dados observa-se uma supremacia de equipes no modelo Saúde da família quando comparadas ao modelo de equipe de Atenção Primária, seja por serem equipes mais antigas em homologação ou mesmo considerando que no escopo do modelo de financiamento do Previn Brasil, representam um maior potencial de cadastro e valor financeiro quando comparadas a eAP. Ressalta-se ainda que no modelo eAP apesar de poucas na região a de carga horária de 30hs ainda é mais evidente do que a de carga horária de 20 hs.

Segundo HARTZHEIM (2020) o modelo da eAP ganhou impulsionamento apenas em 2019, considerando que antes esse modelo não era pago, com isso 1.192 eAP que passaram a ser pagas em 2020.

De acordo com a Portaria Nº 32, de 19 de maio de 2021 as equipes e serviços da APS válidos são aquelas com equipes e serviços credenciados pelo Ministério da Saúde, cadastrados no CNES pela gestão municipal, distrital ou estadual, homologados pelo Ministério da Saúde e com ausência de irregularidades que justifiquem a suspensão de 100% (cem por cento) dos incentivos financeiros, estando aptos para a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio (BRASIL 2021 c).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a mudança no modelo de financiamento observou-se a vulnerabilidade da gestão municipal, vivenciando inconstância dos recursos financeiros, atrelados a necessidade de um acompanhamento preciso sobre as diversas variáveis que interferem na capitação ponderada, podendo o município aumentar ou diminuir o valor recebido.

Considerando que o modelo de financiamento do Previne Brasil traz variáveis importantes e que impactam diretamente na composição financeira, foi observado que municípios com equipes suspensas e não homologadas acabam tendo oscilações importantes, reflexo de regras estabelecidas e que requerem mais atenção na organização do cadastramento e funcionamento dessas equipes.

Outra necessidade é a ampliação das equipes, considerando que a região atende e identifica mais usuários do que tem potencial de atendimento, novamente mostra que acompanhar e monitorar as equipes é uma estratégia fundamental, e que as oscilação financeira é uma realidade, principalmente considerando que a avaliação é quadrimestral com impacto financeiro recorrente até a nova avaliação.

Estudar esse novo modelo de Financiamento é algo imprescindível para evitar perdas financeiras, surgindo aí a necessidade dos gestores municipais e coordenadores tornarem-se familiarizados com esse novo modelo, para que possam monitorar e acompanhar seus indicadores e assim evitar as oscilações e diminuição de recursos, os quais interferem diretamente na manutenção dos serviços já existentes.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.254, de 03 de setembro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as regras de validação do cadastro de pessoas na base de dados nacional e a forma de cálculo do **valor per capita** para fins da transferência de incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326>. Acesso em: 21 jul. 2023.
- _____. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 13 jul. 2023.
- FARIA, M. S. Portaria 2.979/2019 e a saúde no Brasil. In: **Boletim de Análise de Conjuntura**, v. 5, n. 1, p. 1-13, 2020.
- GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SUS-ES). **Resolução CIB/SUS-ES n. 153, de 18 de dezembro de 2020**. Aprova os limites regionais instituídos no Território do Estado do Espírito Santo (ES) no âmbito do Plano Diretor Regional (PDR 2020) e as Regiões de Saúde. Vitória, ES: SESA, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20153%202020%20-%20PDR%202020.docx>. Acesso em: 21 jul. 2023.
- HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. Acesso em: 22 jul. 2023.
- HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1189-1196, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>. Acesso em: 22 jul. 2023.
- MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 18 jul. 2023.
- MATTAR, J.; RAMOS, D. K. **Metodologia da pesquisa em educação**: abordagens qualitativas, quantitativas e mistas. Salvador: Grupo Almedina, 2021.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, e00040220, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.
- ROSA, L. et al. **Previne Brasil**: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023.
- SOARES, B. M. L. **Análise do novo modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (Previne Brasil)**: Um estudo de simulação em municípios de Minas Gerais. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2022.

CAPÍTULO 3

MORBIDADE HOSPITALAR DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NOS ÚLTIMOS 5 ANOS NA REGIÃO NORDESTE

Herton Lima Costa

Graduado em Enfermagem no Centro Universitário Planalto do Distrito Federal - UNIPLAN

Maria Olindina Vieira de Matos

Especialização em gestão e serviço de saúde Instituição FERA

Maria Fabiana da Silva Neves

Especialização Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências - Instituto Sírio-Libanês

Verilanda Sousa Lima

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Verineida Sousa Lima

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

MORBIDADE HOSPITALAR DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NOS ÚLTIMOS 5 ANOS NA REGIÃO NORDESTE

RESUMO

INTRODUÇÃO: As doenças cardiovasculares apresentam taxas importantes de internação, direcionando a necessidade de compreensão das características desses internamentos. **OBJETIVO:** apresentar o perfil da morbidade hospitalar das doenças cardiovasculares nos últimos 5 anos na região nordeste do Brasil. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de pesquisa documental e abordagem quantitativa, com coleta de dados pelo site TABNET do Ministério da Saúde, realizada em agosto/2023, referente ao ano período 2018 a 2022, sendo os dados analisados em gráficos estatísticos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Evidenciou-se uma média de 245 mil internações/ano, sendo mais frequentes na Bahia e Pernambuco. Além disso, são mais comuns na faixa etária de 60 anos a mais, com 60% dos casos e tem uma certa predominância no sexo masculino, sendo frequente acidente vascular cerebral, a insuficiência cardíaca e o infarto. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** os internamentos por doenças cardiovasculares representam a necessidade de rever as estratégias de prevenção primária para a redução desses internamentos e consequentemente dos óbitos.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis; Doenças cardiovasculares; Morbidade hospitalar.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cardiovascular diseases have significant hospitalization rates, highlighting the need to understand the characteristics of these admissions. **OBJECTIVE:** To present the profile of hospital morbidity due to cardiovascular diseases over the last 5 years in the Northeast region of Brazil. **MATERIALS AND METHODS:** This is a documentary research with a quantitative approach, with data collected through the Ministry of Health's TABNET website, conducted in August 2023, for the period 2018 to 2022. The data were analyzed in statistical graphs. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** An average of 245,000 hospitalizations/year was observed, with the highest frequency in Bahia and Pernambuco. Furthermore, they are more common in the age group over 60 years, accounting for 60% of cases. There is a certain predominance in males, with stroke, heart failure, and myocardial infarction being frequent. **FINAL CONSIDERATIONS:** hospitalizations due to cardiovascular diseases represent the need to review primary prevention strategies to reduce these hospitalizations and, consequently, deaths.

Keywords: Chronic noncommunicable diseases; Cardiovascular diseases; Hospital morbidity.

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) estão no grupo de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) que segundo Hein e Toldrá (2021), no Brasil, são um problema de saúde importante, considerando que as DCNTs respondem por 72% das causas de morte e, dentro desse grupo, 31,3% correspondem às DCV.

Dentre as DCNT, citamos as doenças do aparelho circulatório, que acometem o coração, vasos sanguíneos e linfáticos. São as principais causas de óbitos em todo o mundo, independentemente do nível de renda dos países, sendo assim um problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 17 milhões de mortes em 2011, o que representa três em cada dez óbitos (SOARES, 2015).

Segundo Siqueira; Siqueira-Filho e Land (2017), no Brasil, nos últimos cinco anos, as doenças cardiovasculares estiveram entre as principais causas de mortalidade, com custos de internações elevados, aumentando conforme o envelhecimento da população o qual é uma realidade no território nacional, trazendo a necessidade de pesquisas que abordem o processo de envelhecimento populacional e às doenças prevalentes.

Aguiar et al., (2022) destacam que a região nordeste no período de 2016 a 2020 correspondeu a 25% das internações e dos óbitos por DCV, ficando atrás somente da região sudeste. Para Pinheiro e Jardim(2021) o Brasil tem desigualdades importantes nas diversas regiões e em sua pesquisa sobre mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil, identificou que a região nordeste apresenta resultados elevados quando comparados a outras regiões, devendo assim ser considerado como espaço de avaliação dos fatores que conduzem a essa diferenciação.

Diante da problemática que se identifica sobre a mudança do perfil etário e aumento das DCV, associada à região nordeste evidenciada em outros estudos que analisaram dados singulares, questiona-se qual o perfil da morbidade hospitalar por doenças cardiovasculares no nordeste, considerando que o estudo sobre essas causas auxilia na compreensão de singularidades da região que possam justificar as taxas e direcionar ao desenvolvimento de ações para a prevenção.

Portanto, objetiva-se apresentar o perfil da morbidade hospitalar das doenças cardiovasculares nos últimos 5 anos na região nordeste do Brasil. Assim, entende-se que o

reconhecimento das características da mortalidade por doenças cardiovasculares, proporciona a possibilidade de estabelecer estratégias em públicos alvos importantes para reduzir essas taxas significativas e, nesse caso, reconhecer o perfil epidemiológico do nordeste pode ser útil para a tomada de decisão das políticas de saúde voltadas a essa população.

METODOLOGIA

Pesquisa documental de abordagem quantitativa que conforme Kripka, Scheller e Bonotto (2015) compreende ao uso de fontes que não tiveram tratamento analítico, assim são bases importantes para análise e disponíveis para tabulação. Mattar e Ramos (2021) descreve que nesse tipo de estudo utiliza-se uma abordagem quantitativa, a fim de quantificar os resultados de forma mais exata.

A coleta de dados aconteceu em agosto/2023 no site do TABNET do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Ministério da Saúde, utilizando o campo morbidade hospitalar que extrai os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Para a coleta utilizou-se os filtros: Região nordeste; Internação por doenças cardiovasculares; faixa etária; sexo; lista de morbidade, AIHs aprovadas, período 2018 a 2022, destaca-se que a tabulação foi realizada com base na região de residência.

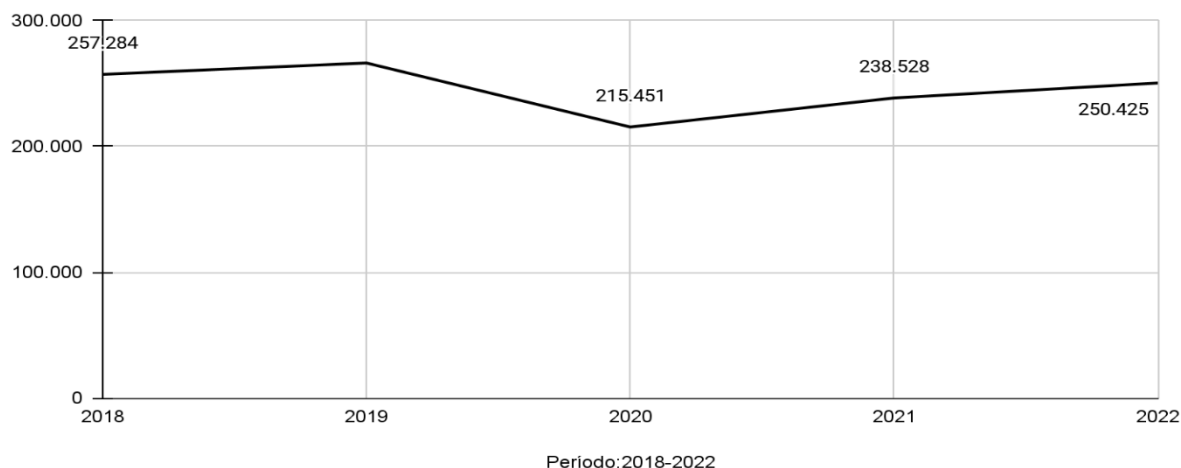
A escolha do banco de dados entre 2018 a 2022 considera que os mesmos são banco de dados já finalizados, e, portanto, há poucas possibilidades de alteração nos registros pela retroalimentação dos sistemas de informação, trazendo informações mais fidedignas.

Os dados foram analisados por meio de tabelas e gráficos com análises estatísticas feitas no software Google Sheets e por serem dados de domínio público, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética de Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na região nordeste, as doenças cardiovasculares e a morbidade hospitalar entre 2018 a 2022 registraram 1.228.026 internamentos, uma média de 245 mil internações causas/ano, com exceção de 2020 e 2021, considerando que esses anos houve o período pandêmico e alterações importantes foram evidenciadas nos dados de saúde que justificam essas alterações, conforme apresenta o Gráfico I.

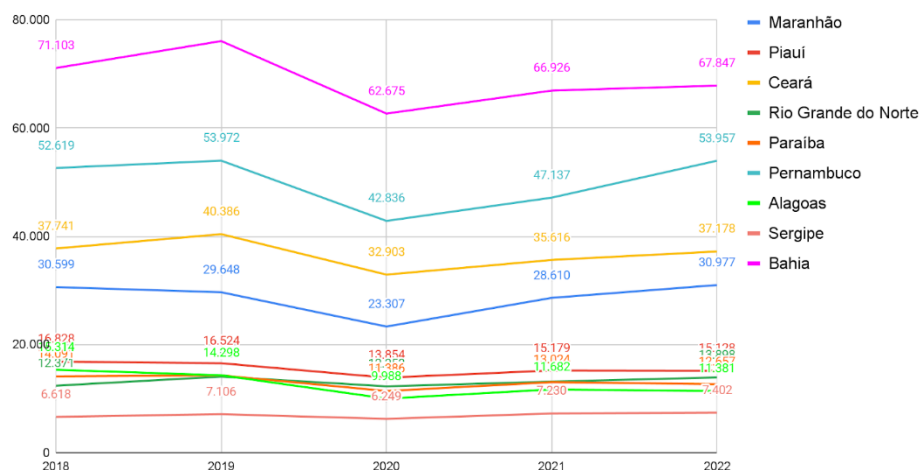
GRÁFICO I - Distribuição Dos Internamentos Por Doenças Cardiovasculares No Brasil, 2018 - 2022



Fonte: TABNET – Elaborado pelos autores

Distribuindo esses dados por estado, tem-se o Gráfico II, identificando que a Bahia e Pernambuco apresentaram o maior número de internamentos, esses mesmos achados são descritos na pesquisa realizada por Aguiar et al (2022) e em relação a 2020 e 2021 tem-se uma alteração desse perfil, associada, provavelmente, a COVID-19 que segundo Normando et al (2021) há uma redução de internações por DCV, porém um aumento da letalidade hospitalar, muitas vezes associada a COVID-19. Ressalta-se que a pandemia de Covid 19 mascarar outras doenças, sendo perceptível a redução de internamentos com outras condições clínicas que não a Covid 19 (Gouveia, 2023).

GRÁFICO II - Internamentos Por Doenças Cardiovasculares Por Estado Da Região Nordeste, 2018 - 2022



Fonte: TABNET – Elaborado pelos autores

Outro aspecto importante que deve ser considerado corresponde a faixa etária das internações, principalmente relacionando ao sexo, assim tem-se a Tabela I que traz a frequência relativa dos internamentos por DCV conforme a faixa etária e o sexo.

TABELA I - Frequencia Relativa Faixa Etária/Sexo, 2018 - 2022

	2018		2019		2020		2021		2022		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Até 19	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
20 a 59	0,37	0,38	0,36	0,38	0,37	0,37	0,37	0,36	0,36	0,36	0,36	0,37
60 +	0,60	0,59	0,60	0,59	0,60	0,60	0,61	0,61	0,62	0,61	0,61	0,60
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Fonte: TABNET – Elaborado pelos autores

Observa-se que os idosos correspondem a 60% das ocorrências, com predominância do sexo masculino. A segunda faixa etária que chama atenção corresponde a de 20 a 59 anos que representa de 36% a 38% em ambos os sexos de uma forma equilibrada ao longo dos anos. Esses dados chamam atenção para a necessidade constante de avaliação da evolução histórica para vigilância nas mudanças do perfil.

Em relação a essa prevalência nos idosos, Barroso et al (2021) relaciona o avanço da idade com a diminuição da complacência das artérias que associa-se à DCV. Isso quer dizer que com o aumento do envelhecimento no Brasil, as doenças crônicas podem se ampliar pela própria fisiologia do corpo e suas funções.

Sobre a predominância do sexo masculino, Oliveira, Nascimento e Loth (2022) destacam que as mulheres procuram mais o serviço e assim conseguem um diagnóstico precoce de condições que podem direcionar a ocorrência das DCV ou mesmo acabam tendo um controle maior no cuidado em saúde quando comparado com o sexo masculino que por sua vez não tem costume de fazer exames e acompanhamentos periódicos

Em relação às doenças mais prevalentes para a ocorrência da DCV como causas bases no período analisado, tem-se a Tabela II que descreve a lista de morbidade conforme a Classificação internacional de doenças.

TABELA II - Lista De Morbidade Entre 2018-2022

Lista Morb CID-10	FR
.. Febre reumática aguda	0,002
.. Doença reumática crônica do coração	0,009
.. Hipertensão essencial (primária)	0,070
.. Outras doenças hipertensivas	0,027
.. Infarto agudo do miocárdio	0,108
.. Outras doenças isquêmicas do coração	0,093
.. Embolia pulmonar	0,005
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	0,042
.. Insuficiência cardíaca	0,168
.. Outras doenças do coração	0,039
.. Hemorragia intracraniana	0,027
.. Infarto cerebral	0,017
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	0,186
.. Outras doenças cerebrovasculares	0,017
.. Aterosclerose	0,024
.. Outras doenças vasculares periféricas	0,016
.. Embolia e trombose arteriais	0,021
.. Outras doenças das artérias arteríolas e capil	0,033
.. Flebite tromboflebite embolia e trombose venosa	0,027
.. Veias varicosas das extremidades inferiores	0,030
.. Hemorróidas	0,022
.. Outras doenças do aparelho circulatório	0,016

De acordo com dados da tabela II o Acidente vascular cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico, teve uma frequência relativa de 0,18 (228.225) hospitalizações entre 2018 a 2022. Destaca-se ainda a insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas também apresenta-se como causas importantes para a ocorrência da morbidade por DCV.

Segundo Lima et al., (2021) o que favorece ao aumento da mortalidade e do tempo de internação em pacientes com AVC no nordeste, não se deve ao fato da demora na procura de atendimento do paciente, mas sim, pela demora de atendimento dentro da instituição de saúde.

No estudo de Barbosa et al., (2021), ressalta-se que a incidência do AVC relaciona-se com o crescimento populacional e aumento da expectativa de vida, o que corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa.

Diante do que foi identificado nos achados do presente estudo verifica-se o impacto das doenças cardiovasculares na morbidade e mortalidade da região nordeste indicando a necessidade de reorganização do modelo assistencial e preventivo para este grupo de doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morbidade associada às doenças cardiovasculares é uma preocupação para gestores e sociedade em geral, visto que, demanda atenção e intervenções adequadas. Através da análise da morbidade dessas doenças na região nordeste, foi possível compreender os desafios que os sistemas de saúde enfrentam em identificar oportunidades para melhorias.

Estes desafios vão desde o sistema de saúde defasado, sem muitas condições de atendimento, até a capacitação do profissional de saúde, passando pela dificuldade do acesso difícil às unidades de saúde pela população. O propósito desta pesquisa foi traçar o perfil nos últimos cinco anos das doenças cardiovasculares no nordeste do Brasil.

Os resultados apresentados obtiveram o alcance deste objetivo identificando que a região nordeste precisa urgente ser trabalhada quanto às doenças cardiovasculares, principalmente em idosos. Estratégias de prevenção primária, como promoção de estilos de vida saudáveis, conscientização sobre fatores de risco e educação da população, são cruciais para reduzir a incidência dessas doenças. Além disso, é fundamental o fortalecimento dos sistemas de saúde para garantir o diagnóstico precoce, tratamento adequado e acesso a serviços especializados.

Conclui-se que existe lacunas ainda a serem sanadas identificadas no decorrer desta pesquisa como: Motivos que levaram o nordeste a ter uma queda de internamentos no ano de 2019 a 2020 e razões que favorecem o aumento das doenças cardiovasculares em homens conforme aumento da idade. Diante dessas lacunas faz-se necessário novas abordagens, isto é, estudos que possam trazer algo que complementam os achados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Yasmin Martins et al. Perfil epidemiológico das internações e óbitos por doenças cardiovasculares no nordeste do Brasil antes e durante a pandemia do Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e590111436850-e590111436850, 2022.
- BARBOSA, Anderson Matheus de Lima et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral no nordeste do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5155-e5155, 2021.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. "Brazilian Guidelines of Hypertension - 2020." "Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020." **Arquivos brasileiros de cardiologia**, vol. 116,3: 516-658. doi:10.36660/abc.20201238. 2021
- GOUVEIA, Rafael de Castro Almeida. **Análise nacional e regional dos custos associados a internações por doenças cardiovasculares de 2016 a 2022**. 2023. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador, Bahia. Disponível em:<<http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/7073>>
- HEIN, Daniele Tatiane; TOLDRÁ, Rosé Colom. Perspectivas de terapia ocupacional na atenção aos usuários com doenças do aparelho circulatório no contexto hospitalar de média complexidade. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, p. e2033, 2021.
- KRIPKA, Rosana; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa Lara. **Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa**. CIAIQ2015, v. 2, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/280924900_Pesquisa_Documental_consideracoes_sobre_conceitos_e_caracteristicas_na_Pesquisa_Qualitativa_Documentary_Research_consideration_of_concepts_and_features_on_Qualitative_Research>
- LIMA, Daniel Meira Nóbrega et al. Uma análise dos custos e internações por acidente vascular cerebral no Nordeste, 2008-2019. *Revista Brasileira de Administração Científica*, v. 12, n. 1, p. 203-212, 2021.
- MATTAR, J.; RAMOS, D. K. Metodologia da pesquisa em educação: abordagens qualitativas, quantitativas e mistas. Salvador: Grupo Almedina, 2021.
- NORMANDO, Paulo Garcia et al. Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Mar;116(3):371–80. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20200821>>
- OLIVEIRA, Daiane Pereira; NASCIMENTO, Geiselaine Lima; LOTH, Thyanne Pastro. Caracterização da hospitalização e mortalidade por IAM em tempos pandêmicos, análise de 2018-2022, no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e85111637817-e85111637817, 2022. DOI <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37817>
- PINHEIRO, D. S.; JARDIM, P. C. B. V. Mortalidade por Doença Isquêmica do Coração no Brasil – Disparidades no Nordeste. ****Arquivos Brasileiros de Cardiologia****, [S. l.], v. 117, n. 1, p. 61-62, jul. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20210419>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2024.
- SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp; SIQUEIRA-FILHO, Aristarco Gonçalves de; LAND, Marcelo Gerardin Poirot. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, p. 39-46, 2017.
- SOARES, Gabriel Porto et al. Evolução da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 1979 a 2010. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 104, p. 356-365, 2015.

CAPÍTULO 4

MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA REGIÃO NORDESTE

Eliane Alves Cordeiro

Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Centro Universitário Fametro (Unifametro)

Madiane Rodrigues de Oliveira

Especialista em Urgência e Emergência pela Escola Superior da Amazônia.

Maksoane Nobre do Nascimento

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

Verilanda Sousa Lima

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Verineida Sousa Lima

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA REGIÃO NORDESTE

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são a maior causa de morbimortalidade global, demandando estudos para mapear essa realidade e assim elaborar políticas eficazes para redução e prevenção. **OBJETIVO:** Analisar a taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis na região Nordeste no ano de 2013 a 2022. **METODOLOGIA:** Estudo de levantamento documental de abordagem quantitativa, que utilizou dados do DATASUS/TABNET com filtros para região nordeste. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** No período analisado o nordeste registrou o total 719.406 óbitos e sua taxa média anual de 280,80 observou se um aumento consistente na taxa de mortalidade em todos os anos analisados, entretanto no ano 2016 apresentou a maior taxa média, sendo 286,55 casos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os dados demonstraram uma complexidade nas dinâmicas de saúde da região Nordeste, apontando dessa forma, a necessidade de análises mais detalhadas que possam trazer uma melhor compreensão dos fatores determinantes para essas variações relacionadas a mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Palavras-chave: Mortalidade Prematura, Doenças Crônicas, Causa de Morte, Sistema de Informação.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) are the leading cause of global morbidity and mortality, requiring studies to map this reality. **OBJECTIVE:** To analyze the premature mortality rate due to Chronic Non-Communicable Diseases in the Northeast region from 2013 to 2022. **METHODOLOGY:** A documentary survey study with a quantitative approach, which used data from DATASUS/TABNET with filters for the Northeast region. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** In the period analyzed, the Northeast registered a total of 719,406 deaths and its average annual rate of 280.80. A consistent increase in the mortality rate was observed in all years analyzed. However, 2016 presented the highest average rate, with 286.55 cases. **FINAL CONSIDERATIONS:** The data demonstrated the complexity of health dynamics in the Northeast region, thus highlighting the need for more detailed analyses that can provide a better understanding of the determining factors for these variations in mortality from Chronic Noncommunicable Diseases.

Keywords: Premature Mortality, Chronic Diseases, Cause of Death, Information System.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são agravos que representam a maior causa de morbimortalidade na população mundial ultrapassando as doenças infectocontagiosas na atualidade como consequência das transformações no perfil demográfico e de agravos à saúde (MUZY , CASTANHEIRA , ROMERO, 2021).

As DCNT constituem-se doenças acometidas por indivíduos e dividem-se em quatro grupos das quais incluem as principais doenças crônicas como: diabetes mellitus, doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias (MELO et al 2019).

Mundialmente, estima-se que a cada ano as DCNT sejam responsáveis por 41 milhões de óbitos, o equivalente a mais de 70% das mortes em todo o mundo. No país essa estimativa é de 76% dos óbitos com carga elevada anualmente por doenças crônicas. Em 2019, foram registrados mais da metade do total de óbitos no Brasil em decorrência das DCNT, com destaque para as ocorrências nas regiões de baixa e média renda apresentando elevado número de mortes prematuras que diante das transformações estruturais, têm modificado o padrão etário da mortalidade brasileira (BRASIL, 2021).

Diante do crescente aumento das DCNTs, da relevância de um aprofundamento sobre as estratégias de enfrentamento e o impacto na saúde pública, iniciaram-se movimentos conduzidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que passaram a monitorar as desigualdades na distribuição da mortalidade incluindo o tema no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com meta de redução de um terço até 2030, estabelecendo compromissos com a finalidade de implementar ações de prevenção com foco nos fatores de risco e atenção adequada. (MALTA et al, 2022)

Assim, identifica-se a necessidade de estabelecer medidas para o enfrentamento das doenças crônicas por meio de políticas, programas e acordos. (MUZY, CASTANHEIRA, ROMERO, 2021). Deste modo, questiona-se: qual a taxa de mortalidade por DCNT na região nordeste do Brasil, considerando que essas políticas vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos e se estas produzem impactos para a redução. Nesse contexto, o estudo objetiva analisar a taxa de mortalidade prematura por DCNT na região Nordeste no ano de 2013 a 2022.

Destaca-se que ao avaliar a taxa de mortalidade por DCNT é possível verificar padrões e variáveis importantes para elaboração de políticas públicas que busquem a promoção da saúde e redução dos casos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de levantamento documental primário de abordagem quantitativa. A pesquisa documental refere-se a um questionamento direto aos investigados onde é utilizado abordagem quantitativa permitindo a estruturação dos dados adquiridos através da pesquisa de caráter descritivo, pois tem como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (MATTAR; RAMOS, 2021)

Foram analisados, neste estudo, os óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, que caracteriza a mortalidade prematura segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), com ênfase nos quatro principais grupos de causas de mortalidade prematura para as seguintes causas: doenças cardiovasculares (I00-I99), doenças respiratórias crônicas (J30-J98), neoplasias (C00-C97) e diabetes mellitus (E10-E14) que ocorreram durante o período de 2012 a 2022 nos nove estados que compõem a região nordeste do Brasil.

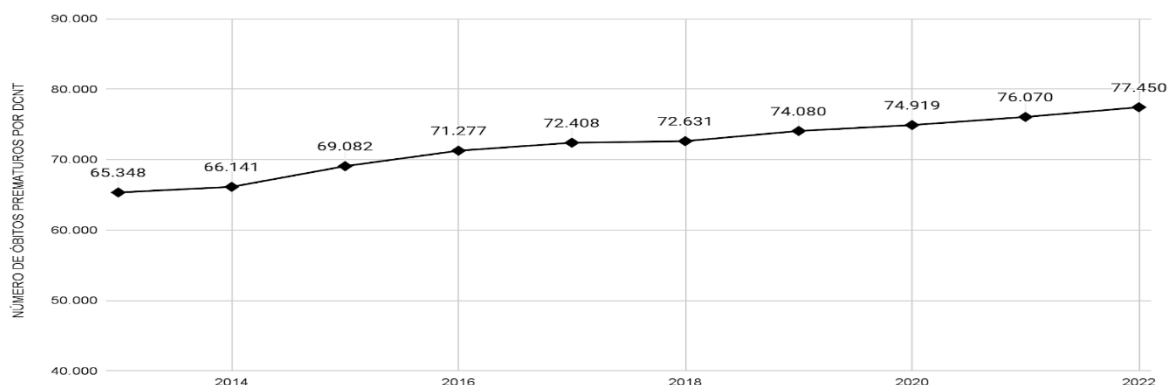
A coleta de dados foi realizada no período de outubro a janeiro de 2024, na base de dados provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade, acessada no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) através do aplicativo de Tecnologia da Informação Serviço do SUS (TABNET), para gerar informações e tabular dados. Foram utilizados os seguintes filtros para a tabulação: mortalidade por DCNT nos anos 2012 a 2022 por região nordeste, período janeiro a dezembro, sendo executado o download dos dados para cálculo das taxas de mortalidade.

Para cálculo da taxa de mortalidade prematura foram coletados dados de mortalidade nas estatísticas vitais e dados populacionais por residência e projeções demográficas para estabelecer a relação entre o número de óbitos e o número de população residente exposta à ocorrência de óbitos por cem mil habitantes. A análise de dados foi realizada por meio de gráficos com análises estatísticas, que foram discutidas por meio da literatura científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando as mortes por DCNT no nordeste observa-se um aumento gradativo ao longo dos anos, sendo em 2012 um total de 65.348 e chegando em 2022 em 77.450, isso mostra um aumento de mais de 10%, conforme demonstra o Gráfico I.

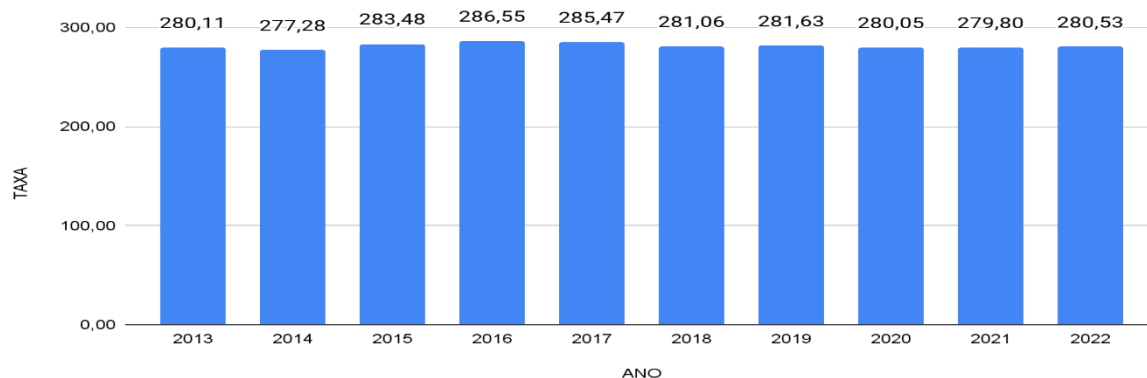
GRÁFICO I - Total De Mortes Prematuras Por Dcnt No Nordeste



FONTE: TABNET

No estudo realizado por Melo et al (2023) em relação a prevalência de DCNT em idosos no nordeste foi identificado que doenças base como hipertensão e diabetes acabam sendo comuns, além de cardiopatias e transtornos mentais. Esses dados então mostram que o avanço da mortalidade pode estar associada a doenças base, sendo necessário uma investigação mais detalhada sobre as causas. Considerando esses óbitos e estabelecendo o cálculo da taxa de mortalidade por DCNT no nordeste, tem-se o Gráfico II.

GRÁFICO II - Taxa De Mortalidade Prematura Por Dcnt Por Ano Na Região Nordeste



FONTE: TABNET

Ao analisar a taxa geral de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis na região nordeste entre os anos de 2013 a 2022, identificou-se que a maior taxa de mortalidade prematura foi em 2016 apresentando uma mortalidade de 286,55/100.000 habitantes, porém quando avaliado toda série histórica as oscilações não foram significativas, apresentando um valor médio da taxa é de 280,80/100.000 habitantes, com o menor número em 2014 e o maior em 2016.

Conforme Brasil (2021) quando comparada ao cenário nacional, observa-se que o Brasil apresentou tendência de redução da mortalidade prematura por DCNT na última década, alcançando taxas próximas a 230–240/100.000 habitantes em 2022. De acordo com Carvalho et al (2024) essa taxa no Brasil já foi de 312,8 em 2010, reduzindo ao longo dos anos.

Assim, observa-se que a região nordeste tem uma taxa considerável em relação à taxa nacional, mostrando que as desigualdades regionais permanecem significativas, refletindo diferenças no acesso a serviços de saúde, prevenção e promoção de hábitos saudáveis ou mesmo fatores de risco que podem estar associadas.

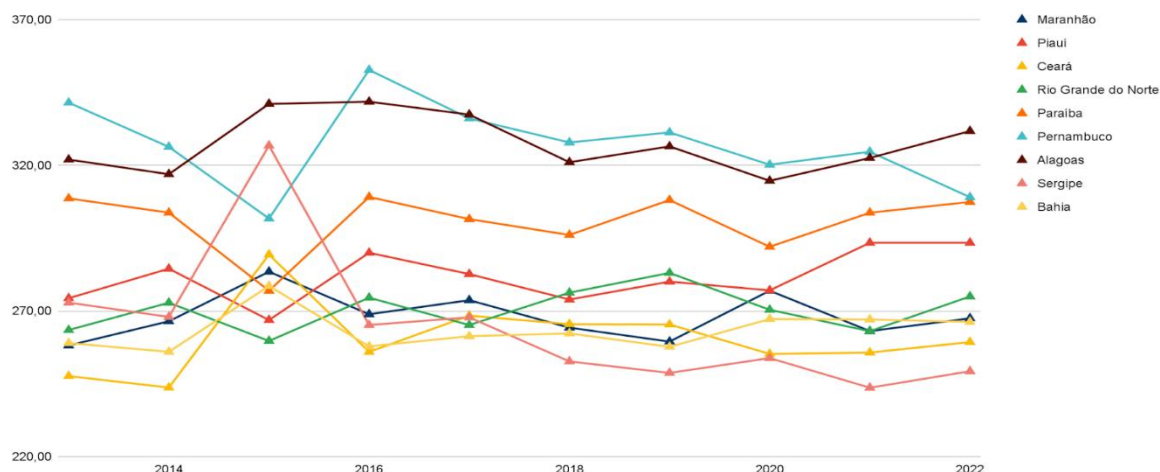
No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu, por meio do Plano Global de Prevenção e Controle de DCNT, a meta de reduzir em 25% a mortalidade prematura por essas doenças até 2025, tomando como referência a taxa de 2010 (OMS, 2013). Diante disso, verifica-se que os valores observados na série histórica analisada, próximos a 280/100.000 habitantes, permanecem elevados, demonstrando que não houve declínio compatível com o ritmo necessário para atingir plenamente a meta proposta, sendo necessário o ajuste das políticas ou programas associados que busquem a redução dessas situações.

Segundo MUZY, CASTANHEIRA, ROMERO (2021) referência que em comparação com as outras regiões do Brasil, o Nordeste apresenta alguns indicadores de DCNT mais elevados, por exemplo, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Nordeste é 20% superior à média nacional. A taxa de mortalidade por câncer também é mais elevada no Nordeste, principalmente no caso do câncer de mama e do câncer de próstata.

Esses resultados conduzem a necessidade de rever as variáveis associadas a essa elevação dos casos de DCNT e bem como reajustar ações que possam auxiliar na redução, bem como na prevenção da mortalidade.

Assim, analisando a taxa de mortalidade na região nordeste por estado entre o período de 2013 a 2022, apresenta-se o Gráfico III.

GRÁFICO III - Taxa De Mortalidade Prematura Por Dcnt Por Ano Nos Estados Da Região Nordeste

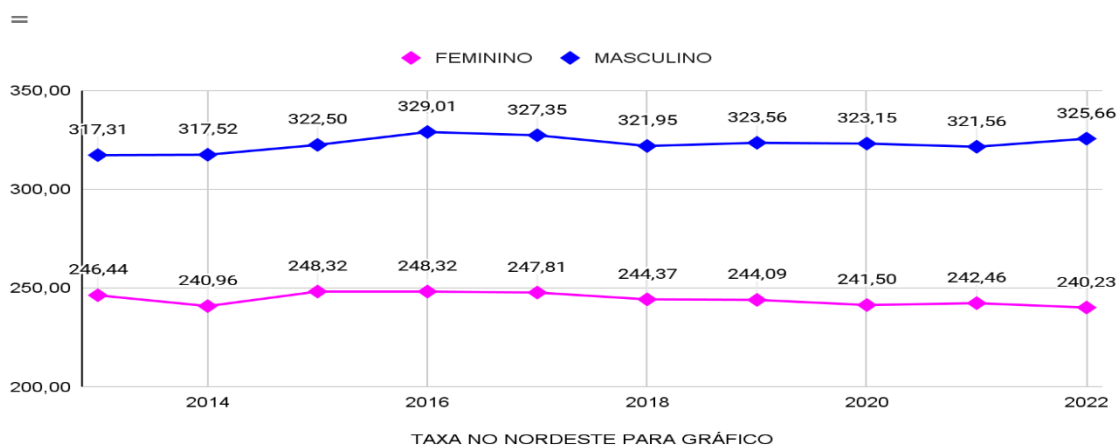


FONTE: TABNET

No início do período analisado, ano 2013, observa-se que a diferença entre os Estados na magnitude das taxas era maior entre o Ceará e Pernambuco. No ano de 2016 em diante os Estados de Pernambuco e Alagoas passam a apresentar a maior taxa de mortalidade prematura, encerrando no ano de 2022 com o decréscimo de Pernambuco e aumento em Alagoas, porém ainda superiores quando comparado aos demais Estados e sendo Sergipe o Estado com decréscimo nos últimos dois anos de análise.

Analisando a taxa de mortalidade prematura considerando o sexo, obteve-se os dados apresentados no Gráfico IV.

GRÁFICO IV - Taxa De Mortalidade Prematura Por Sexo Por Ano Nos Estados Da Região Nordeste



FONTE: TABNET

Em relação ao sexo, observa-se uma predominância em todos os anos do sexo masculino e uma diferença significativa quando comparado ao sexo feminino. Assim, em 2013 a taxa no sexo feminino era de 246,44/100.000 e no sexo masculino 317,31/100.000, esse números diminuíram em 2022 no sexo feminino que passou a ser 240,23/100.000, já no sexo masculino aumentou para 325,66/100.000, mostrando a necessidade de ações voltadas a saúde do homem.

De acordo com Melo et al (2019) na sua pesquisa realizada em uma área urbana de condição vulnerável de um estado nordestino para detecção de DCNT, a diferença entre o sexo masculino e feminino também apresentou valores significativos, sendo que o sexo masculino resultou em 60,8% da mostra de 631 adultos de 20 a 59 anos.

Com a intenção de verificar a faixa etária dos usuários em relação à mortalidade de DCNT, tem-se a Tabela I.

TABELA I - Relação Da Taxa De Mortalidade Prematura De Dcnt Por Idade

	NORDESTE			
ANO/IDADE	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69
2013	50,70	156,22	408,42	956,86
2014	51,13	150,68	400,70	949,91
2015	52,06	150,09	405,46	976,64
2016	52,51	150,07	410,09	979,71
2017	49,86	148,68	397,35	989,34
2018	12,35	36,44	98,46	232,93
2019	48,93	142,09	389,61	962,05
2020	48,86	142,58	385,92	939,67
2021	47,99	145,02	384,20	920,55
2022	48,29	144,60	377,18	917,94

Na tabela I os dados demonstram um aumento exponencial e direto da taxa de mortalidade com o avanço da idade. A taxa é progressivamente maior a cada faixa etária, o que é clinicamente esperado para DCNT, que possuem longo período de latência e maior incidência de desfechos fatais em idades mais avançadas Para Brasil (2013) este padrão reflete o acúmulo de fatores de risco e comorbidades crônicas ao longo do curso de vida, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e doenças cardiovasculares.

Em relação a faixa etária os idosos de fato são os que representam as maiores taxas quando considerado aos demais públicos, no entanto, os públicos de 30 a 59 anos também representam uma preocupação, considerando que estas têm taxas quase que estáveis com oscilações bem pontuais ao longo dos anos e por ser um público em idade produtiva, o impacto da mortalidade nessas outras faixas etárias também deve ser analisada com mais cautela.

Mesmo assim, esses dados evidenciam que, no contexto geral, apesar de persistirem elevadas entre os idosos, as taxas de mortalidade prematura por DCNT apresentam tendência de queda contínua, refletindo o impacto das políticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e das ações intersetoriais de promoção da saúde, porém ainda sendo necessário ajustes considerando que são mais altas do que o cenário nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade por DCNT na região nordeste é uma realidade, apresentando uma linha contínua de crescimento ao longo dos anos que resulta também no aumento da taxa de mortalidade com uma média de 280,80 e maior que a taxa nacional, despertando a necessidade de avaliação sobre as variáveis relacionadas a essa situação.

Os resultados reforçam o perfil das DCNT em que a mortalidade prematura afeta mais os homens, despertando para a problemática do predomínio de óbitos masculinos e evidenciando a necessidade de estratégias específicas de engajamento dos homens nos serviços de atenção à saúde, com ênfase em ações de rastreamento, acompanhamento de hipertensos e diabéticos e ampliação das práticas de promoção da saúde voltadas à prevenção das DCNT.

Em relação à faixa etária, predomina-se os idosos, o que traz de fato a questão do envelhecimento populacional, no entanto, desperta-se a necessidade de um olhar para as demais faixas etárias considerando que as mesmas possuem uma certa estabilidade de ocorrência, podendo ser algo de intervenção mais precoce.

Observa-se que há necessidade de melhorias e avaliações mais detalhadas sobre as causas de mortalidade por DCNT no nordeste, compreendendo a magnitude do problema e que as políticas existentes não tem em si impacto de forma efetiva na região, o que requer uma percepção mais minuciosa para analisar variáveis que ajudem na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2021–2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CARVALHO, C. C. et al. Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas Grandes Regiões do Brasil (2010-2021). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, ICICT, PROADESS. Boletim Informativo nº 12, maio 2024. Disponível em:

https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_12_%20mortalidadeprematura_maio2024_vf.pdf. Acesso em: 23 de agosto de 2024

MATTAR, João; RAMOS, Daniela Karine. Metodologia da pesquisa em educação: abordagens qualitativas, quantitativas e mistas. São Paulo: Edições 70/Almedina Brasil, 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis em capitais brasileiras: redistribuição de causas garbage e evolução por estratos de privação social. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 26, p. e230002, 2023.

MELO, Mônica Thalia Brito de et al. Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos do Nordeste: uma revisão integrativa. Diversitas Journal, Santana do Ipanema, AL, v. 8, n. 1, p. 431–444, jan./mar. 2023. Disponível em: https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/2036/1956. Acesso em: 23 de agosto de 2024

MUZY, Jéssica; CASTANHEIRA, Débora; ROMERO, Dalia. Análise da qualidade da informação da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e sua utilização nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Cadernos Saúde Coletiva, v. 29, p. 152-164, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2013–2020. Genebra: OMS, 2013.

CAPÍTULO 5

O EXAME CITOPATOLÓGICO ANTES E DEPOIS DO PREVINE BRASIL: ANÁLISE SISAB E SISCAN (2018-2024)

Ana Paula Daniel Fontenele

Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Grancursos.

Luana Magnólia Valente Scantbelruy

Especialização em Atenção Primária à Saúde pela faculdade UNYLEYA

Walkiria Silva Leonel Dias

Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela UFMG.

Verilanda Sousa Lima

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Verineida Sousa Lima

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

O EXAME CITOPATOLÓGICO ANTES E DEPOIS DO PREVINE BRASIL: ANÁLISE SISAB E SISCAN (2018-2024)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer do colo do útero é o quarto mais incidente entre as mulheres, portanto várias ações são realizadas para minimizar essa situação, entre essas, a escolha da coleta de citopatológico como indicador do Programa Previne Brasil. **OBJETIVO:** identificar com base no SISAB e SISCAN se o indicador de citopatológico do programa Previne Brasil ampliou na oferta de exames e na identificação de lesões precursoras. **MÉTODO:** Pesquisa de levantamento documental primário de abordagem quantitativa no banco de dados provenientes do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), no período de 2018 a 2024. **RESULTADOS:** Foram realizados mais de 38 milhões de exames, quando avalia-se a série histórica observa-se que após a implantação do Programa Previne Brasil houve um aumento significativo na coleta de exames de citopatológico, já no SISCAN os registros não conseguiram aumentar na mesma possibilidade, mostrando falhas do sistema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** apesar do avanço na coleta promovido pelo indicador do Programa Previne Brasil, a ausência do uso concomitante do SISCAN pode prejudicar na vigilância em saúde do câncer de colo uterino, mostrando a necessidade da interoperabilidade entre os sistemas, bem como a obrigatoriedade de uso de ambos que podem juntos serem úteis para a tomada de decisão de gestão.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; exame citopatológico; Programas de rastreamento;

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cervical cancer is the fourth most common cancer among women. Therefore, several actions are taken to minimize this situation, among them, the choice of cytopathological collection as an indicator of the Previne Brasil Program. **OBJECTIVE:** To identify, based on SISAB and SISCAN, whether the cytopathological indicator of the Previne Brasil Program expanded the offer of exams and the identification of precursor lesions. **METHOD:** Primary documentary survey with a quantitative approach in the databases from the Primary Care Health Information System (SISAB) and the Cancer Information System (SISCAN), from 2018 to 2024. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** More than 38 million exams were performed. When evaluating the historical series, it is observed that after the implementation of the Previne Brasil Program, there was a significant increase in the collection of cytopathological exams. However, in SISCAN, the records failed to increase by the same possibility, demonstrating system failures. **CONSIDERATIONS:** Despite the progress in data collection promoted by the Previne Brasil Program indicator, the lack of concomitant use of SISCAN may hinder cervical cancer health surveillance, highlighting the need for interoperability between systems, as well as the mandatory use of both, which can be useful in management decision-making.

Keywords: Primary Health Care; Pap smear; Screening programs;

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública que atinge o Brasil, sendo o quarto mais comum entre as mulheres e a quarta causa mais frequente de morte por câncer entre as mulheres no mundo, com 570 mil casos novos. Por muito tempo, a medicina seguiu sem uma estratégia eficaz para prevenir ou tratar o câncer de colo uterino, sendo as cirurgias de retirada de útero a principal forma de tratamento. No final da década de 1930, o médico grego, radicado nos EUA, George Papanicolaou descobriu que o exame do esfregaço retirado do colo do útero de mulheres, conseguiu detectar a presença de lesões que poderiam se transformar em formações cancerosas (Teixeira, 2015).

No Brasil, observa-se um esforço para controle do câncer do colo do útero, que começou com a elaboração de um estudo piloto chamado de Viva Mulher, implantado no início de 1997 em algumas capitais, atendendo mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazer há mais de três anos (INCA, 2021).

O Ministério da Saúde foi se organizando com ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle em todos os níveis de atenção. Uma destas ações foi implementar a realização do exame citopatológico, estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero, onde mulheres de 25 a 64 anos de idade, que já tiveram ou têm atividade sexual são elegíveis para a coleta (Silva, PRM *et al* 2025; INCA, 2021).

Em 2019, o ministério da saúde lança o indicador de citopatológico dentro do novo financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS) chamado Previne Brasil, buscando ampliar a oferta do exame, justamente pela necessidade de diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Destaca-se que conforme Vieira et al (2022) a Atenção Primária à Saúde representa um papel fundamental na realização das ações na detecção precoce e no controle do câncer do colo uterino, e mesmo assim muitas mulheres não realizam os exames por diversos motivos, dentre eles a falta de conhecimento sobre a importância do exame, questões culturais ou religiosas, preconceito ou vergonha, indo contra o prognóstico da doença, que é melhorado com o diagnóstico precoce.

Para o monitoramento dos dados da APS tem-se o SISAB que é um sistema que recebe os dados das ações realizadas, entre elas, o exame citopatológico nas unidades básicas de saúde. Conforme Silva et al (2025) já para o monitoramento dos exames e das situações clínicas encontradas, foi criado o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que integra os Sistemas

de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e nele, registra-se a solicitação de exames citopatológico e histopatológico de rastreamento e de investigação diagnóstica de câncer de colo do útero, resultados de todos os exames e seguimento dos exames alterados.

Considerando esses dois sistemas de registro e a necessidade de identificação se a escolha do indicador de citopatológico no modelo de financiamento da APS trouxe algum avanço significativo, objetiva-se identificar com base no SISAB e SISCAN se o indicador de citopatológico do programa Previne Brasil ampliou na oferta de exames e na identificação de lesões precursoras.

A relevância deste estudo relaciona-se a identificar dados registrados no SISAB, englobando o indicador de cobertura do exame citopatológico do Programa Previne Brasil e confrontá-los com os resultados registrados no SISCAN.

Com isso busca-se compreender se a inserção desse indicador realmente impactou na ampliação da oferta e da realização dos exames, contribuindo para um diagnóstico precoce de lesões. Este estudo fornecerá subsídios importantes para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e para a alocação mais eficiente de recursos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de levantamento documental primário de abordagem quantitativa. A coleta foi realizada no mês de abril de 2025, no banco de dados provenientes do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), ambos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, por meio dos relatórios públicos disponíveis no portal e-Gestor AB e na plataforma TABNET/DATASUS.

Para a realização desta pesquisa, foram escolhidos todos os estados brasileiros, organizando-se os dados por regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). A realização da divisão regional possibilitou ter uma visão macro da realidade nacional, permitindo analisar os padrões e as particularidades da coleta do citopatológico em diferentes partes do país.

Utilizou-se como os critérios de inclusão a coleta do citopatológico em todos os estados brasileiros nos anos de 2018 a 2024 realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, e os dados obtidos foram tabulados e analisados no Excel, sendo apresentados por gráficos e tabelas.

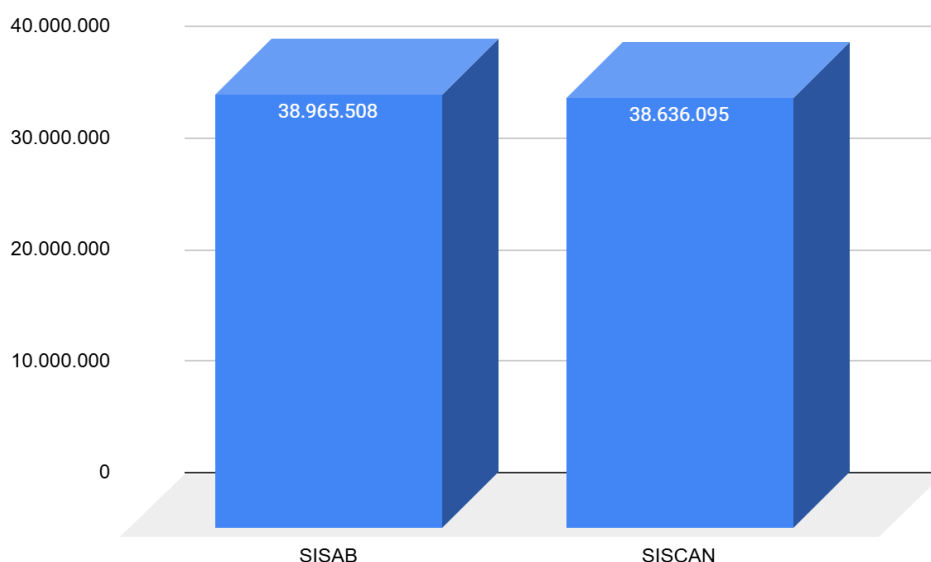
Para a discussão dos resultados alcançados, foi realizada uma busca na literatura científica nacional, da qual permitiu que se encontrassem as pesquisas relacionadas com os objetivos deste estudo. A pesquisa não necessitou passar pelo comitê de ética, conforme a Resolução de Nº 466/2012 e 510/2016, que dispuseram sobre as normas aplicáveis às pesquisas e que consideraram os procedimentos metodológicos envolvendo pesquisa com bancos de dados, cujas informações foram agregadas, sem possibilidade de identificação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao total de exames realizados nesse período e registrados em ambos sistema observa-se uma quantidade quase que igual, o que chama atenção, considerando que os dados no SISCAN deveriam ser maiores que o SISAB, tendo em vista que o SISCAN agrega dados da APS e média complexidade, já o SISAB apenas APS.

O gráfico I mostra que a análise dos dados dos sistemas SISAB e SISCAN, no período de 2018 a 2024, representa uma diferença de 329.413 exames a mais no SISAB.

Gráfico I - Distribuição dos exames citológicos registrados no SISCAN e SISAB no Brasil, 2018 a 2024.



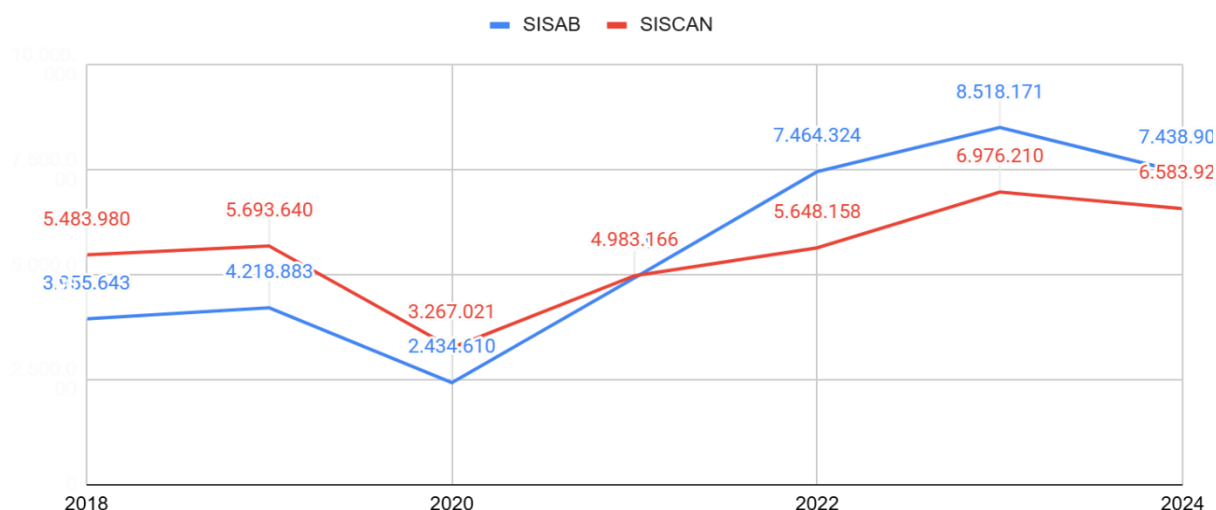
Fonte: SISCAN/SISAB (2025)

Assim, pode-se observar que o SISAB apesar de apenas apresentar dados da APS ainda conseguiu superar um pouco os dados do SISCAN, mostrando fragilidades no registro do sistema.

A comparação entre os sistemas evidencia inconsistências importantes, que sugere subnotificação ou falhas na integração de dados. Para Benício et al. (2024) tal cenário dificulta o planejamento de ações efetivas de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Com isso dificulta o acompanhamento da linha de cuidado e prejudica a efetividade do programa de rastreamento.

Buscando identificar a série histórica do avanço dos exames ao longo do período que antecede o modelo de financiamento do Previne Brasil e se esse modelo pode ter tensionado o avanço na coleta de exames de citopatológico, apresenta-se o Gráfico II.

Gráfico II - Distribuição registrados no SISCAN e SISAB no Brasil, 2018 a 2024.



Fonte: SISCAN/SISAB (2025)

O gráfico II apresenta que antes da pandemia o SISCAN tinha mais registros que o SISAB, isso é correto do ponto de vista que o referido sistema recebe dados da atenção primária e secundária. No entanto, após pandemia quando há um retorno das ações de citopatológicos, principalmente na APS, o SISAB ultrapassa os registros do SISCAN, mostrando uma certa fragilidade do sistema.

Essa relação mostra que após o início do Programa Previne Brasil e o indicador de citopatológico tem-se um aumento gradual e permanente na oferta dos exames. Esse mesmo resultado foi observado na pesquisa realizada por Silvia et al (2025) que descreve uma avaliação do Estado de Minas Gerais, apontando que após pandemia houve um aumento no número de exames realizados com consequente avanço no indicador de citopatológico, demonstrando que essa ação resultou em uma melhoria na oferta do exame.

Destaca-se que em relação a essa diferença entre SISAB e SISCAN, pode estar relacionado a ausência do uso do sistema SISCAN, principalmente em estabelecimentos como prestadores de serviços privados que muitas vezes não possuem o sistema ou mesmo em municípios que usam o SISAB que é obrigatório para APS, mas não usam o SISCAN.

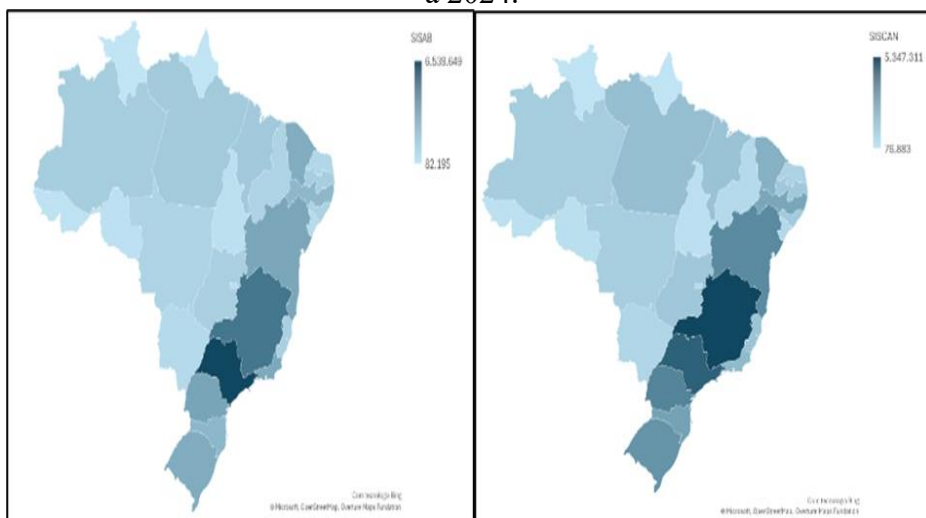
Tal situação contribui para a subnotificação, dificultando o monitoramento da cobertura real do rastreamento e a garantia do seguimento dos casos alterados. Brasil (2016) reconhece que a ausência de integração entre os diferentes pontos da rede e a limitação no uso dos sistemas de informação prejudicam o planejamento e a tomada de decisão em saúde pública.

Destaca-se ainda nessa análise temporal que os efeitos da pandemia de COVID-19, especialmente nos anos de 2020 e 2021, também impactaram negativamente a realização dos exames, com quedas inesperadas na cobertura em praticamente todos os estados, conforme também relatado no estudo de Benício et al. (2024).

Em 2022, observa-se uma retomada da cobertura possivelmente associada à reestruturação das ações da Atenção Primária e ao fortalecimento da vigilância em saúde. No entanto, a ausência da conectividade entre o SISAB e o SISCAN continua sendo um dos principais entraves para a consolidação de uma política de rastreamento eficaz, equitativa e contínua.

Portanto, buscando identificar o registro do SISAB e do SISCAN nos estados brasileiros, realizou-se uma análise da quantidade de dados registrados em ambos sistemas, os quais estão apresentados no Gráfico III.

Gráfico III - Comparação dos registrados no SISCAN e SISAB por Estados do Brasil, 2018 a 2024.



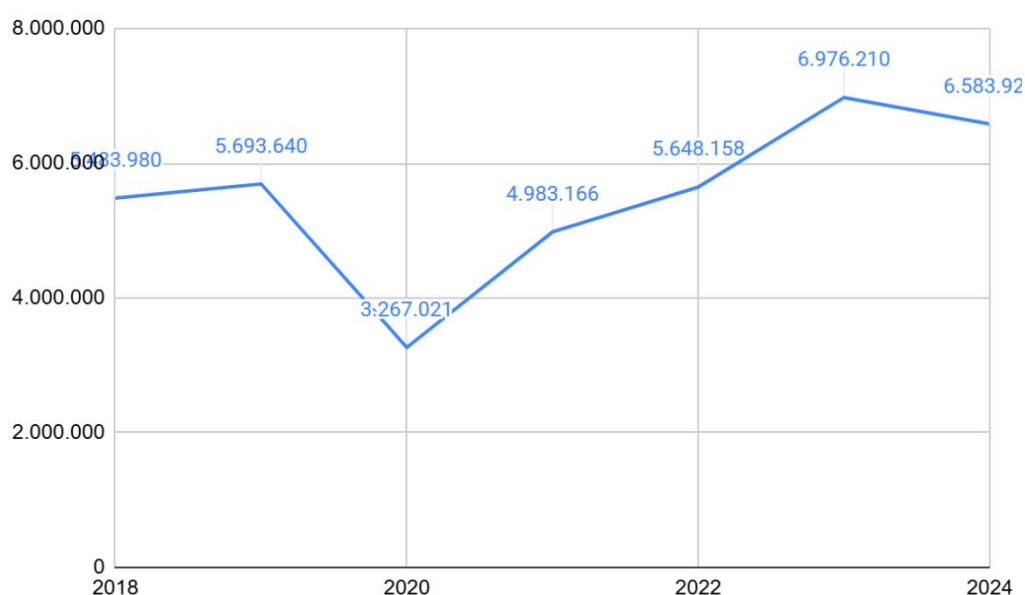
Fonte: SISCAN/SISAB (2025)

O gráfico III traz que os três estados se destacaram por apresentarem, de forma consistente, mais registros no SISAB do que no SISCAN: São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará. Nestes, a Atenção Primária à Saúde parece ser a principal porta de entrada para a realização dos exames, com registro das ações no SISAB, mas com pouca adesão ao uso do SISCAN como instrumento de vigilância qualificada. Por outro lado, os estados de Minas Gerais, Paraná e Bahia, apresentaram maior volume de registros no SISCAN do que no SISAB, o que pode refletir uma melhor organização da rede de cuidado, maior integração com os serviços especializados e estrutura consolidada de laboratórios conveniados. Esses estados tendem a utilizar o SISCAN não apenas como base de notificação, mas como ferramenta estratégica de gestão da linha de cuidado do câncer do colo do útero.

O ideal é que todos os municípios possam utilizar os dois sistemas, considerando que as informações de ambos complementam o cuidado em saúde, estabelecendo o registro do procedimento, bem como o resultado e encaminhamentos do cuidado em saúde. Destaca-se que a vigilância do câncer do colo do útero depende da rastreabilidade do exame desde a sua realização até o desfecho clínico, o que somente é possível com informações completas, padronizadas, integradas e registradas de forma correta nos Sistemas de informações.

Buscado identificar se o aumento da oferta de exames após o Programa Previne Brasil também elevou a identificação dos exames alterados, apresenta-se o Gráfico IV.

Figura IV. Registros de Exames alterados no SISCAN no Brasil, 2018 a 2024.



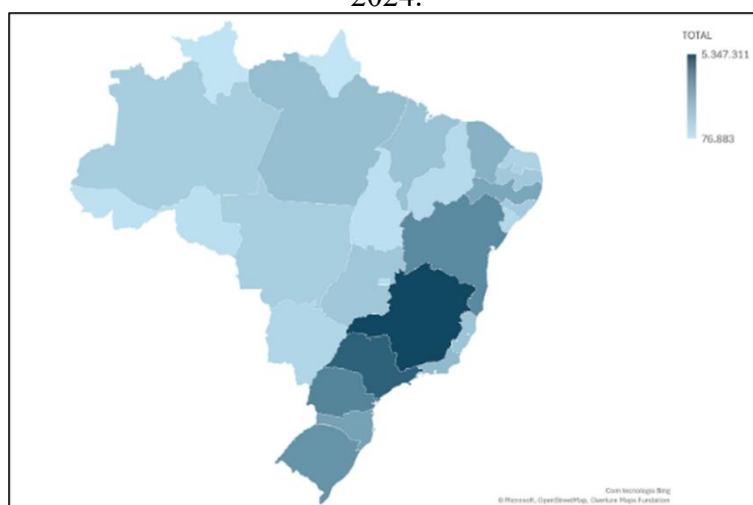
Fonte: SISCAN/SISAB (2025)

Os dados apenas mostram o SISCAN considerando que a identificação dessa informação pelo SISAB é complexa de filtros, não sendo viável a realização da busca do dado, o que demonstra a importância do uso do SISCAN por todos os serviços, considerando que a identificação do resultado da lâmina é o maior indicativo de vigilância do câncer.

No entanto, mesmo sem a possibilidade de uma extração de alterados no SISAB, observou-se que, à medida que aumentou o volume de registros no SISCAN ao longo dos anos, também foi possível identificar um crescimento proporcional na detecção de resultados alterados. Esse comportamento reforça a importância da alimentação adequada e contínua desse sistema como ferramenta estratégica para a vigilância do câncer do colo do útero, bem como a necessidade das políticas de incentivo na APS para ampliação da oferta do exame para as mulheres.

Distribuindo esses exames alterados no SISCAN com base nos Estados, tem-se o Gráfico 5 que traz a distribuição, mostrando também que, como já foi mencionado, estados que mais usam o SISCAN acabam sendo também estados que terão uma possibilidade de diagnóstico e acompanhamento mais preciso da situação de vigilância no câncer de colo de útero.

GRÁFICO V - Registros de Exames alterados no SISCAN por Estados no Brasil, 2018 a 2024.



Fonte: SISCAN/SISAB (2025)

Dessa forma, os resultados reforçam a necessidade de investimentos em capacitação profissional, melhoria na qualidade dos dados inseridos nos sistemas e ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde. A integração entre SISAB e SISCAN deve ser prioridade estratégica para os gestores estaduais e municipais, com vistas ao fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e à detecção precoce do câncer do colo do útero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam desafios relevantes no rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, com desigualdades regionais marcantes na cobertura e na qualidade dos registros entre os sistemas SISAB e SISCAN, no período de 2018 a 2024. A falta de integração entre os sistemas, junto com a realização de exames na rede privada sem registro no SISCAN, contribui para a subnotificação e fragiliza o monitoramento da linha de cuidado.

A implantação do indicador de citopatológico pelo Programa Previne Brasil de financiamento da APS representou um importante avanço na oferta de exames, sendo identificado um aumento gradual e contínuo da realização dos exames, porém, conforme acontecia o avanço da coleta no SISAB, o sistema SISCAN mostrava redução de registros, fazendo entender que há subnotificação e não uso do sistema SISCAN como mecanismo de vigilância dos exames.

Além disso, essa realidade é diferente conforme os estados, com alguns com uso mais do SISCAN e outros do SISAB, mostrando a necessidade de um alinhamento que desenvolva conforme uma política seja elaborada o uso de um registro qualificado ou mesmo da interoperabilidade dos sistemas, considerando que ambos possuem informações importantes para a tomada de decisão da gestão.

Estados que utilizam o sistema de maneira estratégica demonstraram melhores indicadores de vigilância, reforçando a importância da alimentação contínua e qualificada do sistema. Os impactos negativos da pandemia de COVID-19 também evidenciaram a vulnerabilidade dos serviços de rastreamento. Diante desses achados, é essencial fortalecer a integração entre SISAB e SISCAN, investir na qualificação das equipes, aprimorar a qualidade dos registros e ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BENÍCIO, L. B. B., et al. Análise descritiva do indicador de cobertura do exame citopatológico no Brasil: um estudo de 2018 a 2023. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. Supl. 1, p. e20240044, 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União [ou Imprensa Nacional, conforme o caso], Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. Brasília: INCA, 2016.

Conceito e Magnitude. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude> Acesso em: 15 de Maio de 2025.

INCA. **Sistema de informação do câncer (Siscan): módulo 1 : apresentação, controle de acesso, fluxo de informação, integração com outros sistemas, vinculação** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro, INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/siscan_modulo_1_2021.pdf. Acesso em: 19 de Maio de 2025.

SILVA, C. L. L. DA et al. **Perfil das Coletas do Exame Citopatológico em um Município Gaúcho: Análise do Triênio 2019-2021**. Saúde Coletiva (Barueri), v. 15, n. 95, p. 15678–15693, 2025a. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2025v15i95p15678-15693>

SILVA, P. R. M. et al. **Exame Citopatológico em Minas Gerais: Análise do Indicador do Previne Brasil dos Anos 2022-2023**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 71, n. 1, 2025.

TEIXEIRA, L. **Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil**. História ciências, saúde - Manguinhos, v. 22, n. 1, p. 221–239, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/jB3QhTffmYww3VmjcD6SNjf/?lang=pt>>

VIEIRA, E. A. et al **Atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer de colo uterino: revisão integrativa**. Nursing (São Paulo). 25. 7272-7281. 10.36489/nursing. 2022 v25 i285 p7272-7281. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1371986>.

CAPÍTULO 6

COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE NO PERÍODO DE 2019-2024

Emily Rocha da Silva Rodrigues

Especialização em Gestão em Saúde da Família (UCAM)

Juliane Pereira Cruz da Silva

Especialização em Gestão em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica (PUC)

Vanessa Margarido dos Santos Henriques

Especialização em Cuidados Paliativos Ensino Einstein – Hospital Israelita Albert Einstein

Verilanda Sousa Lima

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Verineida Sousa Lima

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE NO PERÍODO DE 2019-2024

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cobertura de atenção primária em saúde é essencial para a ampliação do acesso à população, sendo influenciada diretamente pelos modelos de financiamento propostos na política nacional. **OBJETIVO:** Analisar a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil entre 2019 a 2024 com foco nos efeitos do modelo de financiamento Previne Brasil. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Pesquisa documental de caráter exploratório e com abordagem quantitativa. Realizado em domínio público por meio do sistema E-gestor Atenção Primária à Saúde com recorte temporal entre novembro de 2019 a abril de 2024. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os resultados evidenciaram crescimento no número total de equipes de APS ao longo do período analisado, especialmente a partir da incorporação das Equipes de Atenção Primária (eAP) como modelo financiável, impulsionado pela flexibilidade do Previne Brasil. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar das incertezas iniciais e das dificuldades enfrentadas durante a pandemia de COVID-19, o modelo do Previne Brasil contribuiu para a expansão de equipes, ainda que de forma desigual entre as regiões.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária. Cobertura de Serviços de Saúde. Financiamento. Saúde da Família.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary health care coverage is essential for expanding access to the population and is directly influenced by the financing models proposed in national policy. **OBJECTIVE:** To analyze Primary Health Care (PHC) coverage in Brazil between 2019 and 2024, focusing on the effects of the Previne Brasil financing model. **MATERIALS AND METHODS:** This is an exploratory documentary research with a quantitative approach. It was carried out in the public domain through the E-gestor Primary Health Care system, covering the period from November 2019 to April 2024. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The results showed an increase in the total number of PHC teams over the analyzed period, especially with the incorporation of eAP as a fundable model, driven by the flexibility of Previne Brasil. **FINAL CONSIDERATIONS:** Despite initial uncertainties and the challenges faced during the COVID-19 pandemic, the Previne Brasil model contributed to the expansion of teams, albeit unevenly across regions.

KEYWORDS: Primary Care. Health Service Coverage. Financing. Family Health.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o nível organizador central do Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo papel essencial na coordenação do cuidado e no ordenamento das redes assistenciais. A APS é estruturada a partir de atributos como acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação, visando promover cuidado contínuo e centrado nas necessidades das populações adscritas (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (eSF) consolidou-se como principal modelo de reorganização da APS, contribuindo significativamente para a ampliação da cobertura e para a territorialização das ações em saúde (FADEL et al., 2009). Sabe-se que o desempenho da APS, contudo, está intimamente relacionado à garantia de um financiamento adequado, estável e compatível com suas responsabilidades crescentes.

Historicamente, os recursos federais foram transferidos por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), composto por parcelas fixa e variável, conforme parâmetros definidos na década de 1990 (BRASIL, 1997). Com o Pacto pela Saúde, em 2006, avançou-se na pactuação intergestores e no fortalecimento do federalismo sanitário (BRASIL, 2006). Posteriormente, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, ampliou as possibilidades de arranjos de equipes, incorporando as Equipes de Atenção Primária (eAP) como modalidade passível de financiamento federal (BRASIL, 2017).

A instituição do programa Previnde Brasil, pela Portaria nº 2.979/2019, representou uma mudança estrutural no modelo de financiamento da APS. A nova proposta organizou os repasses com base em três componentes principais: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos estratégicos, substituindo os critérios anteriores centrados na cobertura populacional (BRASIL, 2019).

A implementação desse modelo coincidiu com o contexto crítico da pandemia de COVID-19, desafiando a capacidade de resposta dos municípios às mudanças operacionais. Em 2024, uma nova diretriz federal foi estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024, atualizando os critérios de financiamento da APS (BRASIL, 2024).

Apesar das transformações recentes, ainda são incipientes os estudos quantitativos que avaliem, de forma sistemática, os impactos do modelo Previnde Brasil sobre a cobertura da Atenção Primária no país. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a

cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil entre 2019 a 2024 com foco nos efeitos do modelo de financiamento Previne Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter exploratório e com abordagem quantitativa, desenvolvida com base em dados secundários disponibilizados em plataformas públicas do Ministério da Saúde, não envolvendo seres humanos diretamente, portanto, dispensada de avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisa foi realizada a partir da análise de dados do sistema e-Gestor Atenção Primária à Saúde (APS), disponível em ambiente público e de livre acesso, especificamente nos relatórios de cobertura da APS. O recorte temporal considerado abrangeu o período de novembro de 2019 a abril de 2024, contemplando as variações mensais e a transição entre o modelo de financiamento do Previne Brasil e a nova metodologia instituída pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024.

Foram analisadas todas as unidades geográficas federativas do Brasil, considerando as cinco regiões do país. Como critério de inclusão, foram consideradas as Equipes de Saúde da Família (eSF) e as Equipes de Atenção Primária (eAP) com Identificador Nacional de Equipe (INE) ativo e carga horária compatível com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Foram excluídas as chamadas equipes equivalentes, por não atenderem aos requisitos formais de composição mínima.

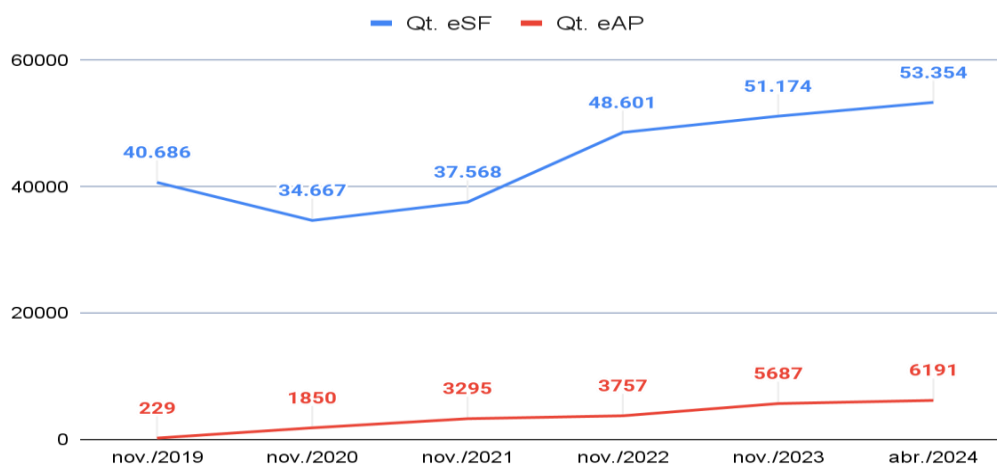
As variáveis analisadas incluíram: número de eSF, número de eAP, cobertura da Atenção Básica (percentual de cobertura populacional estimada), unidade federativa, região geográfica e competência mensal. A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2025. Os dados foram extraídos diretamente do ambiente eletrônico do e-Gestor e organizados no programa Microsoft Excel, onde foram tabulados e consolidados.

Para a análise estatística descritiva, foram utilizadas técnicas de distribuição temporal, variação percentual e gráficos comparativos por região e por tipo de equipe. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e mapas, com análise interpretativa sustentada por literatura científica nacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados referentes ao período de 2019 a 2024 evidenciou um crescimento no número de equipes eSF e eAP. No entanto, esse aumento não se deu de maneira contínua. Ao longo do período analisado, observou-se uma trajetória marcada por oscilações, com momentos de retração seguidos por retomadas no número de equipes, dados apresentados no Gráfico I.

Gráfico I - Distribuição das equipes no Brasil, conforme tipo e período(2019-2020)



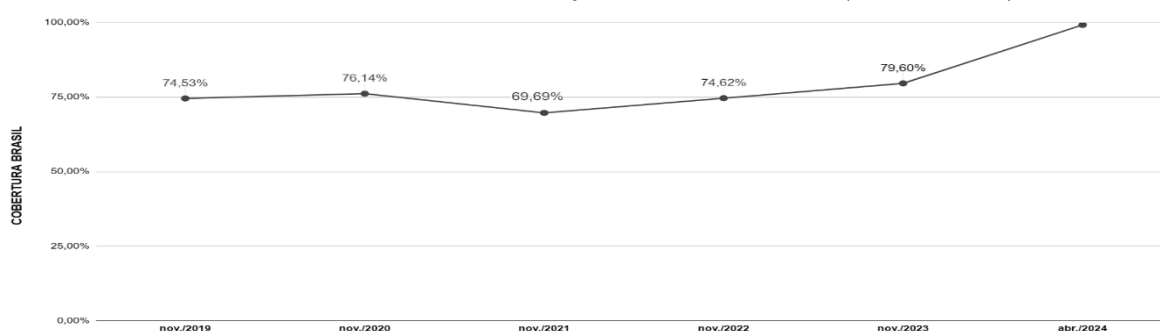
Fonte: Dados extraídos do sistema e-Gestor APS (2025). Elaboração própria.

Deste modo, a análise do Gráfico 1 demonstrou uma queda significativa no número de eSF entre 2019-2020, caindo de 40.866 para 34.667, os impactos provocados pela pandemia de COVID-19, especialmente nos anos de 2020 e 2021. A partir de 2021, observa-se uma retomada gradual, alcançando o maior número de equipes em 2024. Este movimento pode ser interpretado como resultado da adaptação progressiva dos municípios ao novo modelo de financiamento, da maior estabilidade pós-pandemia. A readequação institucional às novas regras e o incentivo federal ao cadastro individual foram fundamentais para esse processo de recuperação. (Harzheim et al., 2022).

Em paralelo, as eAP cresceram de forma contínua, saindo de 229 em 2019 para 6.191 em 2024, sendo essa ampliação de eAP mais evidente entre 2022 e 2023, com um aumento de 1.930 novas eAP. Esse modelo oferece maior flexibilidade na composição da equipe, podendo ser uma alternativa para os municípios com dificuldades de compor equipes de eSF. (GIOVANELLA & BOUSQUAT, 2021).

Dessa forma, essa ampliação de equipes impacta diretamente na evolução da cobertura da atenção primária entre novembro de 2019 a abril de 2024. Observa-se, oscilações nos percentuais ao longo dos anos, com destaque para queda em 2021 e posterior recuperação até 2024. Para uma análise mais qualificada é importante considerar que o número absoluto de equipes representa um dado bruto, assim adotou-se como parâmetro a cobertura a qual é calculada pela quantidade de equipes pela população. O resultado dessa análise está apresentado no Gráfico II.

Gráfico II – Cobertura da Atenção Básica no Brasil (2019 a 2024)

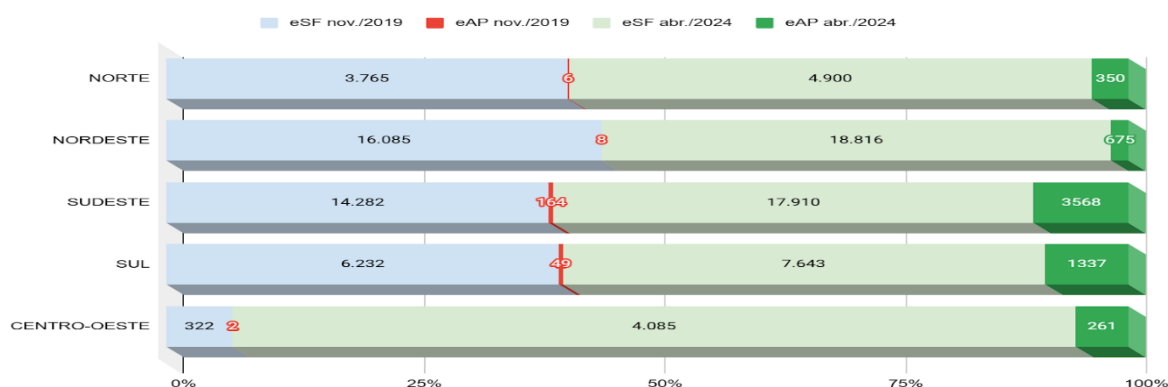


Fonte: e-Gestor APS (2025). Elaboração própria.

Entre novembro de 2019 e abril de 2024, a cobertura apresentou variações significativas, influenciada pela expansão das equipes e pelas mudanças nos critérios de cálculo. Em 2019, a cobertura era de 74,62%, subindo levemente em 2020, em 2021, houve queda expressiva para 69,69%, influenciada principalmente pelos impactos da pandemia de COVID-19 e pela transição para o novo modelo. A partir de então, o cadastro nominal da população passou a ser a base para o cálculo, exigindo maior precisão na identificação dos usuários e alterando diretamente na cobertura. A partir de 2022, observou-se retomada gradual da cobertura, alcançando 79,60% em 2023, reflexo dos esforços municipais em ampliar cadastros e garantir recursos federais (Medrado; Mendes, 2021; Harzheim et al., 2022). Em abril de 2024, o indicador atingiu 99,31%, o maior valor do período, embora seja relevante considerar a alteração metodológica ocorrida naquele ano.

Buscando identificar essa ampliação de equipes e cobertura em relação a regiões brasileiras, o Gráfico III apresenta a análise de distribuição das equipes da APS, destaca-se que para melhor análise foi escolhido um mês de referência, sendo novembro por ser o primeiro do novo modelo e abril por ser o ultimo do modelo, até sua substituição.

Gráfico III – Distribuição das eSF e eAP (2019 a 2024)



Fonte: e-Gestor APS (2025). Elaboração própria.

O destaque ficou por conta da região Centro-Oeste com o crescimento proporcional mais expressivo. Em 2019, a região contava com 322 eSF e, em 2024, esse número saltou para aproximadamente 4.085, já as eAP passaram de 2 para 261. Esse avanço pode estar relacionado à reestruturação dos modelos de atenção e à adoção de políticas de indução de cobertura em áreas que, até então, contavam predominantemente com Equipes de Atenção Básica não vinculadas ao modelo da ESF.

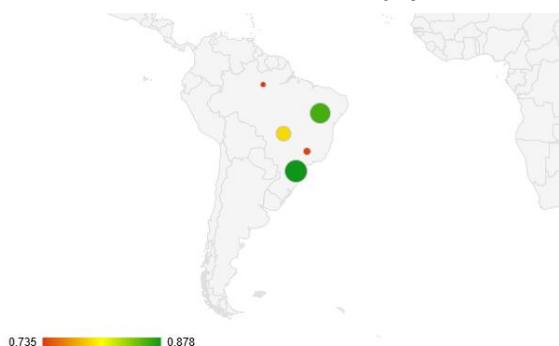
As demais regiões também apresentaram aumento no número de equipes, no entanto, a região sul e sudeste observa-se um maior aumento também de eAP quando comparada as outras regiões. Na Região Sul, o número de eSF com um crescimento de 22,6%, enquanto a eAP representa um salto expressivo de 49 para 1.337. Este aumento demonstra uma transição estratégica para composição de modelos de APS, ampliando a cobertura como política estruturante, alinhados aos incentivos federais.

Por fim, o Nordeste mantém-se como a região com maior cobertura de eSF no país. Em 2019, havia 16.085 equipes, número que subiu para cerca de 18.816 em 2024, representando um aumento de 17%. Essa estabilidade com crescimento progressivo está relacionada ao histórico de adesão sólida ao modelo da Estratégia Saúde da Família, evidenciando o comprometimento dos gestores locais com os princípios do SUS, mesmo diante das mudanças no financiamento da APS promovidas pelo programa Previne Brasil.

Segundo Garnelo et al.(2021), a expansão da cobertura das eSF é fundamental para a redução das desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde. No entanto, como alerta Campos e Pereira (2022), o aumento quantitativo de equipes não garante, por si só, qualidade da atenção ou acesso oportuno e integral. É necessário monitorar a resolutividade da APS, continuidade do cuidado e a efetividade dos serviços prestados à população.

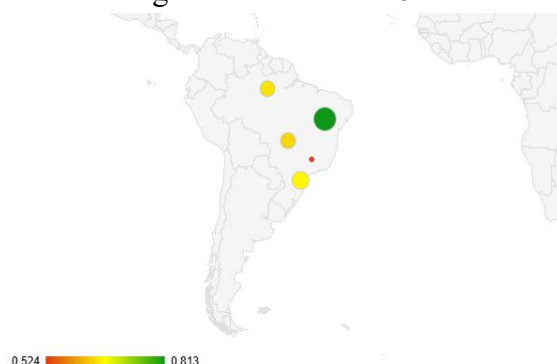
Percebendo-se as variações na quantidade de equipes ao longo do período analisado, realizou-se também a avaliação da cobertura, considerando que a cobertura é um cálculo realizado em referência a população. O mapa 1 e 2 evidenciam de forma gráfica e comparativa como essas transformações se manifestam nas diferentes regiões do país, revelando tanto progressos significativos quanto a persistência de desigualdades estruturais.

Mapa I – Cobertura da APS por regiões em novembro de 2019



Fonte: e-Gestor APS (2025). Elaboração própria.

Mapa II – Cobertura da APS por regiões em abril de 2024



Fonte: e-Gestor APS (2025). Elaboração própria.

A análise comparativa dos mapas 1 e 2 de cobertura da APS entre novembro de 2019 e abril de 2024 evidencia transformações significativas nas regiões brasileiras. Utilizando uma escala de cores que varia do vermelho (menor cobertura) ao verde (maior cobertura), observa-se tanto avanços quanto retrocessos regionais. No Sudeste, sul e centro oeste apresentou-se uma elevação da cobertura, já o Nordeste e norte mantiveram certa estabilidade.

Essas variações refletem o impacto das políticas públicas, especialmente após a adoção do modelo de financiamento Previnir Brasil em 2020, que passou a vincular recursos ao desempenho e cadastramento das equipes. A estabilidade da cobertura em algumas regiões também evidencia desigualdades estruturais, apontando para a necessidade de estratégias específicas e políticas de indução para territórios vulneráveis (Barros; Aquino; Souza, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcançou seu objetivo ao analisar a evolução da cobertura da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre os anos de 2019 e 2024. Os resultados demonstraram um crescimento no número total de equipes de APS, especialmente a partir da incorporação das Equipes de Atenção Primária (eAP) como modelo financiável, o que contribuiu para a ampliação da cobertura populacional.

Mesmo diante de oscilações durante o período analisado — notadamente em 2021, em parte relacionada ao contexto pandêmico, os dados apontam para uma retomada gradativa e consistente, culminando em expansão e níveis mais elevados de cobertura até o ano de 2024. As diferenças regionais observadas, contudo, revelam persistência de desigualdades no acesso e na distribuição das equipes, refletindo disparidades estruturais já conhecidas no sistema de saúde.

As variações regionais na cobertura revelam que, embora o modelo Previnde Brasil tenha promovido avanços na reorganização da APS, permanecem evidentes desigualdades territoriais na distribuição de equipes e na efetivação da cobertura. Consideramos, portanto, que o modelo de financiamento instituído pelo Previnde Brasil contribuiu para a expansão da APS no país. Contudo, os achados reforçam a importância de estratégias que fortaleçam a capacidade de gestão local, de modo a promover maior equidade, sustentabilidade e continuidade do cuidado em todos os territórios.

REFERÊNCIAS

BARROS, R. D.; AQUINO, R.; SOUZA, L. E. P. F. Evolution of the structure and results of Primary Health Care in Brazil between 2008 and 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 11, p. 4289–4301, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022711.02272022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1997.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

_____. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019.

_____. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA, N. J. Qualidade da atenção primária e desafios para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 789–798, 2022.

FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública (RAP)*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/XRfVGdRqqg57cKkpxvLttj/?format=html&lang=pt> Acesso em: 3 ago. 2025

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 42, n. especial 1, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>. Acesso em: 3 ago. 2025

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. M. Atenção Primária à Saúde: a centralidade do acesso e da cobertura. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 1297-1306, 2021.

HARZHEIM, E. et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 609–617, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.20172021>. Acesso em: 3 ago. 2025.

MEDRADO ALVES CARNEIRO, C.; MENDES, A. Revisão narrativa sobre o novo modelo de financiamento da atenção primária em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. *Journal of Management & Primary Health Care*, [S.l.], v. 12, n. especial, p. 1-2, 2021. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1096>. Acesso em: 6 ago. 2025.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

CAPÍTULO 7

MUNICÍPIOS COM BAIXO ALCANCE NAS METAS DE DIABETES E HIPERTENSÃO DO PREVINE BRASIL

Eliane Alves Cordeiro

Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Centro Universitário Fametro (Unifametro)

Juliana Bachietti Bernardina

Especialização em Atenção Primária à Saúde - Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC

Zayra de Paiva Sousa

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de Teixeira de Freitas/BA.

Verilanda Sousa Lima

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Verineida Sousa Lima

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

MUNICÍPIOS COM BAIXO ALCANCE DAS METAS DE DIABETES E HIPERTENSÃO DO PREVINE BRASIL

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hipertensão e diabetes correspondem a problemas importantes no cenário de saúde pública, sendo foco de várias políticas, entre elas a do Previne Brasil que traz essas doenças como indicadores. **OBJETIVO:** Descrever o perfil dos municípios com alcance de até 10% no desempenho para os indicadores de hipertensão e diabetes no Previne Brasil. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Pesquisa documental no sistema e-Gestor AB e SISAB, considerando os indicadores hipertensão e diabetes entre 2022 a jan-2025. Foram selecionados 20 municípios que apresentaram desempenho inferior a 10% em ambos os indicadores. As variáveis foram: localização geográfica, porte populacional, tipo de território, teto e número de equipes válidas da Atenção Primária à Saúde, com análise em tabelas e gráficos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A maioria dos municípios com baixo desempenho concentra-se nas regiões Sudeste (40%) e Sul (20%), há uma predominância de municípios com menos de 20 mil habitantes (55%) e situados majoritariamente em zonas rurais adjacentes e remotas (55%), com diferença entre o teto de equipes e equipes válidas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A análise do perfil mostrou que os fatores como a validação das equipes e o uso do denominador estimado possam ter sido variáveis importantes.

PALAVRAS-CHAVE: hipertensão; diabetes; indicadores de gestão; atenção primária; monitoramento de resultados.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hypertension and diabetes represent important public health problems and are the focus of several policies, including Previne Brasil, which includes these diseases as indicators. **OBJECTIVE:** To describe the profile of municipalities achieving up to 10% performance on hypertension and diabetes indicators in Previne Brasil. **MATERIALS AND METHODS:** Documentary research in the e-Gestor AB and SISAB systems, considering hypertension and diabetes indicators between 2022/January and 2025. Twenty municipalities that performed below 10% on both indicators were selected. The variables were: geographic location, population size, territory type, ceiling, and number of valid Primary Health Care teams, with analysis in tables and graphs. **RESULTS AND DISCUSSION:** Most of the low-performing municipalities are concentrated in the Southeast (40%) and South (20%) regions. There is a predominance of municipalities with fewer than 20,000 inhabitants (55%) and located mostly in adjacent and remote rural areas (55%), with a difference between the maximum number of teams and valid teams. **FINAL CONSIDERATIONS:** The profile analysis showed that factors such as team validation and the use of the estimated denominator may have been important variables.

KEYWORDS: hypertension; diabetes; management indicators; primary care; results monitoring.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), estão entre as principais causas de internações hospitalares, incapacidade e óbitos evitáveis configurando-se como as enfermidades mais prevalentes e de maior impacto epidemiológico no Brasil (Silva et al, 2020).

O manejo dessas doenças crônicas e a necessidade de um acompanhamento contínuo e integral, traz o papel central da Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A resolutividade da APS está ligada à implementação de estratégias que priorizem a qualidade e a eficiência do cuidado. Nesse sentido, o financiamento do programa Previne Brasil, instituído em dezembro de 2019, trouxe um novo modelo para a gestão da saúde pública, com ênfase na performance dos municípios, baseada em indicadores de saúde e na captação ponderada de usuários e estabelecidos na Portaria (Brasil, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2020), entre os indicadores do programa Previne Brasil relacionados às DCNTs, destacam-se: a proporção de pessoas com hipertensão arterial que realizaram pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem e aferição da pressão arterial no semestral e a proporção de pessoas com diabetes que realizaram consulta médica ou de enfermagem e tiveram hemoglobina glicada solicitada no semestre, ambos são fundamentais para prevenir complicações graves, como nefropatia, retinopatia, neuropatia, acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal.

O programa Previne Brasil, apesar de suas propostas de mudança, enfrentou desafios significativos em sua implementação e no alcance de seus objetivos. Muitos municípios tiveram dificuldades para cumprir as metas dos indicadores de acompanhamento de hipertensão e diabetes, esse cenário destaca a complexidade para compreender e se adequar ao modelo de financiamento.

Diante dessa realidade, surge o questionamento Qual o perfil dos municípios que não conseguiram atingir a meta dos indicadores de Diabetes e Hipertensão? O objetivo geral é descrever o perfil dos municípios com alcance de até 10% no desempenho para os indicadores de hipertensão e diabetes no previne brasil.

Reconhecer esses municípios permite entender desafios importantes que podem ter sido as razões para não alcance e com isso necessidade de ajustes no modelo proposto do

financiamento para adequar a realidades tão distintas no território nacional, bem como adequações dos próprios municípios para organização dos serviços.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de levantamento documental primário de abordagem quantitativa. A pesquisa documental refere-se a um questionamento direto aos investigados onde é utilizada abordagem quantitativa permitindo a estruturação dos dados adquiridos através da pesquisa de caráter descritivo, pois tem como objetivo primordial a descrição das características de uma população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (Mattar; Ramos, 2021)

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2025, na base de dados provenientes do Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde, acessada no e-Gestor e SISAB. No e-Gestor, foi realizada a busca dos dados de equipes em relação ao teto de equipes e validação e no SISAB os indicadores de hipertensão e diabetes, sendo o período analisado os anos de 2022 a Q1 de 2025.

Destaca-se que foram considerados ainda os filtros: equipes válidas e sobre as equipes em relação a teto e equipes válidas foi considerado competência do CNES e não parcela, considerando que o CNES reflete a real situação no mês e a parcela o pagamento com divergência de meses. A escolha do período corresponde ao fim do período pandêmico, quando inicia de fato a avaliação dos indicadores do Previn Brasil.

Para a elaboração do estudo, inicialmente realizou-se um filtro para identificação dos municípios, escolhendo apenas as equipes válidas como critério financeiro nos municípios com resultados abaixo de 10% concomitantemente nos indicadores de hipertensão e diabetes, resultando assim em uma amostra de 20 municípios que nunca atingiram esses indicadores do Previn Brasil, esse filtro foi importante para trazer um número de municípios possíveis de investigação.

Foram coletados dados abrangentes, incluindo a distribuição dos municípios conforme sua localização geográfica no Brasil e região, os indicadores de desempenho referentes a todos os quadrimestres, desde o ano de 2022 até o primeiro quadrimestre de 2025. Também foram analisadas informações populacionais dos respectivos municípios utilizando uma classificação

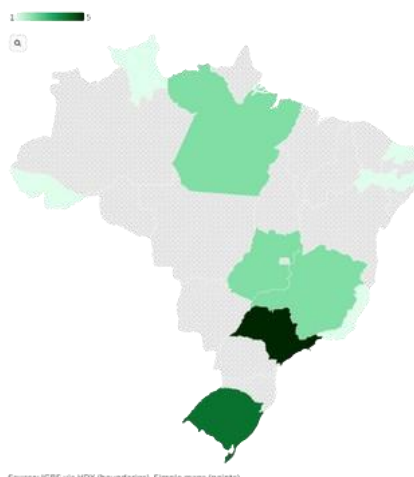
de organização de porte populacional do IBGE, o teto de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e a quantidade de equipes válidas cadastradas.

A análise de dados foi realizada por meio de gráficos e tabelas com análises estatísticas, que foram discutidas na literatura científica. E a pesquisa por utilizar dados públicos disponíveis na internet não necessitou de aprovação do Comitê de ética e pesquisa, considerando que os dados utilizados são de domínio público.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os indicadores de hipertensão e diabetes do Previne Brasil, nesse estudo, inicialmente buscou-se identificar a distribuição geográfica dos municípios com alcance de até 10% nesses indicadores, cujos dados são apresentados no Gráfico I.

Gráfico I - Distribuição dos municípios conforme localização geográfica - Estado



Fonte: Dados extraídos do sistema e-Gestor e Sisab (2025). Elaboração própria.

Assim, conforme o Mapa apresentado, observou-se que em relação a distribuição, a região Sudeste correspondeu a 40% (8), Sul e Norte com 20% (4) cada e Nordeste e Centro oeste com 20% (2) cada, demonstrando que regiões Sudeste e Sul apresentaram juntas a maior proporção 60% da amostra

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2021), indicam que, nessas regiões, fatores como maior renda per capita, ampla cobertura por

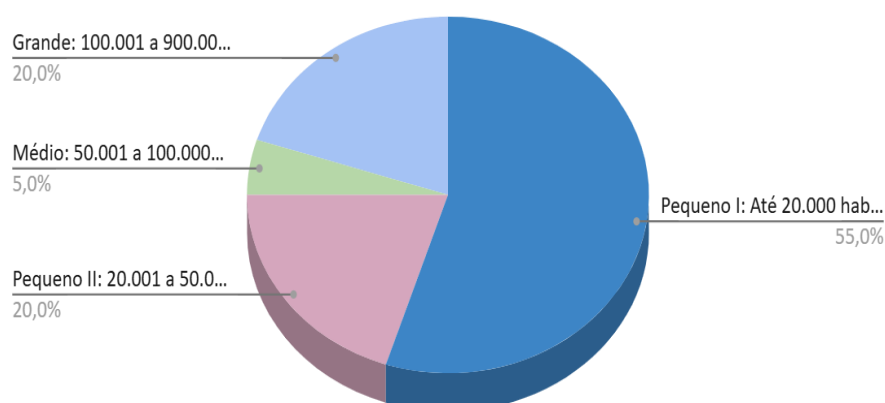
planos de saúde privados e estrutura de serviços mais desenvolvida influenciam significativamente a dinâmica de acesso e utilização dos serviços públicos de saúde. A coexistência entre sistemas público e privado, comum especialmente no Sudeste, pode levar à fragmentação do cuidado e à redução da centralidade da APS como porta de entrada preferencial no SUS.

Além disso, deve-se considerar que conforme Gomes (2022) a distribuição da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil apresenta padrões geográficos desiguais, refletindo disparidades estruturais entre regiões. Assim, pode-se considerar que distribuição de renda, acesso a saúde suplementar, bem como cobertura da APS podem ser variáveis importantes relacionadas ao resultado dessa distribuição municipal.

Portanto, analisar o não alcance de metas no cenário de saúde pública requer um olhar sobre diversas variáveis que vão além do espaço e atuação do Sistema Local de Saúde, mas que perpassam aspectos relacionados à população, suas condições socio-econômicas, bem como suas formas de organização e cultura.

Deste modo, para compreender melhor o perfil desses municípios, além da análise de distribuição, realizou-se também a distribuição por perfil populacional, utilizando o parâmetro de distribuição dos municípios com base na Portaria GM/MS Nº 3.493 de abril de 2024 que separa os municípios em 4 portes populacionais, sendo apresentados no Gráfico II.

Gráfico II - Distribuição dos municípios conforme porte populacional



Fonte: Dados extraídos do sistema e-Gestor e Sisab (2025). Elaboração própria

Em relação ao porte populacional, a maioria dos municípios, correspondendo a 55% (11) tem menos de 20 mil habitantes. Em contraste, 20% (4) são de grande porte, outros 20% (4) são de pequeno porte II, e apenas 5% (1) é de médio porte.

Portanto, nota-se que, dos municípios com menos de 20 mil habitantes, 8 estão nas regiões Sudeste e Sul (4 em cada, respectivamente). Essa predominância de cidades pequenas nessas regiões pode indicar características específicas da organização territorial, como uma menor densidade populacional. Em relação ao tipo de território, considerando a classificação IBGE (2023), 9 municípios estão localizados em zona urbana, 7 em zona rural adjacente e 4 em zona rural remota. Esses dados, em conjunto, reforçam a importância de considerar as particularidades regionais, populacionais e territoriais.

Seguindo o processo de avaliação, considera-se também importante a capacidade dos municípios em relação ao teto e equipes válidas da APS, assim, somando todos os municípios como ponto de referência para a capacidade total, temos que ao longo desses anos foram ampliadas 21 equipes, mostrando uma diferença entre o teto e a quantidade de equipes válidas, lembrando que ao considerar apenas as válidas, estamos também trazendo o ponto de vista do financiamento das equipes, na qual parte a responsabilidade do credenciamento e homologação é federal.

Visando uma exposição mais clara e comparativa desses dados, a Tabela I apresenta os municípios e o quantitativo de teto e equipes válidas, tomando como referência os dois pontos extremos, dezembro de 2022 e 2024. A escolha dos dois meses extremos corresponde à necessidade de ter um ponto de partida e conclusão da avaliação, considerando que a avaliação de todos os meses muitas vezes trazem suspensões ou invalidações que dificultam uma percepção mais coerente da realidade.

Tabela I - Distribuição dos municípios de acordo com teto e equipes válidas

Municípios	Porte Populacional	Teto	Equipes válidas	
			dez./2022	dez./2024
Boa Esperança do Sul	Até 20 mil	8	3	4
Bonfim	Até 20 mil	4	3	3
Camargo	Até 20 mil	2	1	1
Canas	Até 20 mil	3	1	1
Formosa	Mais de 100 mil	60	24	24
Gurupá	20 a 50 mil	17	4	2
Itanhaém	Mais de 100 mil	59	24	26
Itupeva	50 a 100 mil	37	7	21

Jacutinga	Até 20 mil	2	2	2
Jordão	Até 20 mil	5	2	2
Morro da Garça	Até 20 mil	1	1	1
Paulista	Mais de 100 mil	181	48	51
Pires do rio	20 a 50 mil	17	7	7
Porto de Moz	20 a 50 mil	22	4	4
Queimados	Mais de 100 mil	75	18	16
Rio Grande da Serra	20 a 50 mil	23	3	9
Santo Expedito do Sul	Até 20 mil	1	1	1
Uiramutã	Até 20 mil	8	4	4
Venha-Ver	Até 20 mil	2	2	2
Vista Gaúcha	Até 20 mil	1	1	1

Fonte: Dados extraídos do sistema e-Gestor e Sisab (2025). Elaboração própria

Notou-se que apenas 5 municípios da amostra analisada possuem a totalidade de equipes válidas implantadas em conformidade com o teto estabelecido, além disso, todos esses municípios pertencem ao porte populacional de até 20 mil habitantes. Assim, o universo avaliado, apenas 25% dos municípios contam com um número de equipes compatível com sua capacidade máxima, demonstrando que ainda há desafios na cobertura da APS nos territórios e que demandam variáveis que vão, principalmente, relacionar na manutenção e custos para a implantação das equipes.

Segundo a Mendonça (2023) um dos principais desafios enfrentados pela gestão da APS é garantir cobertura adequada e contínua para o acompanhamento da população adscrita. Essa evidência foi observada no estudo analisado, demonstrando que os municípios operam com número de equipes abaixo do teto previsto pelo ministério da saúde, o que pode interferir diretamente na regularidade do atendimento e, conseqüentemente, no desempenho dos indicadores de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), a presença de equipes completas e estáveis é essencial para a efetividade das ações de cuidado e para o alcance das metas pactuadas no âmbito do Programa Previne Brasil.

De acordo com estudo da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS), municípios de médio e grande porte apresentam menor cobertura proporcional da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que compromete a equidade e a resolutividade do cuidado em saúde. A ampliação do credenciamento de equipes nesses territórios é essencial para garantir o acesso universal e contínuo da população aos serviços de saúde, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Rede APS, 2024).

Por fim, foram analisados os denominadores utilizados para os cálculos do indicador de Hipertensão e Diabetes, nesse caso, destaca-se que para análise do indicador eram considerados dois tipos de denominadores que de acordo com a nota técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MSO o denominador estimado é uma projeção para cada tipo de indicador e o informado é aquele identificado no sistema de informação após os processos de validação de dados, sendo a escolha do denominador para o cálculo sendo feito por uma regra de alcance de, no mínimo, 85% do estimado. Essa análise traz uma diferenciação importante no resultado e por essa razão foi considerado nesse estudo para análise sendo os resultados apresentados na Tabela II.

Tabela II - Distribuição dos municípios avaliados pelo denominador estimado nos quadrimestres analisados na pesquisa

Municípios	Porte Populacional	Quantidade de quadrimestres denominador estimado	
		Hipertensão	Diabetes
Boa Esperança do Sul	Até 20 mil	3	0
Bonfim	Até 20 mil	0	0
Camargo	Até 20 mil	8	7
Canas	Até 20 mil	10	10
Formosa	Mais de 100 mil	0	0
Gurupá	20 a 50 mil	7	10
Itanhaém	Mais de 100 mil	0	0
Itupeva	50 a 100 mil	1	0
Jacutinga	Até 20 mil	0	10
Jordão	Até 20 mil	10	10
Morro da Garça	Até 20 mil	0	0
Paulista	Mais de 100 mil	0	0
Pires do rio	20 a 50 mil	0	0
Porto de Moz	20 a 50 mil	10	10
Queimados	Mais de 100 mil	10	10
Rio Grande da Serra	20 a 50 mil	0	0
Santo Expedito do Sul	Até 20 mil	0	10
Uiramutã	Até 20 mil	10	10
Venha-Ver	Até 20 mil	0	0
Vista Gaúcha	Até 20 mil	10	10

Fonte: Dados extraídos do sistema e-Gestor e Sisab (2025). Elaboração própria

Considerando a Tabela 2 tem-se que 30% (06) dos municípios foram ao longo dos 10 quadrimestres analisados, submetidos a regra do denominador estimado, sendo a maioria municípios com menos de 20 mil habitantes, com 4 municípios. Já 40% (8) não tiveram

nenhuma avaliação com a regra do denominador estimado, porém, eram municípios com porte populacional entre 20 a mais de 100 mil habitantes. Observa-se, portanto, que a regra de denominador estimado pode estar relacionada diretamente no não alcance dos resultados dos municípios de porte populacional de 20 mil habitantes, associadas a outras questões mencionadas nesse estudo.

Conforme Sartoretto et al (2024) há vários desafios relacionados à implantação do programa previne brasil, seja desde processos relacionados à informatização e uso dos profissionais de saúde para o registro clínico dos atendimentos até mesmo a ausência de informações do programa, mudanças e adaptações que acabam confundido.

Assim, por ser um novo modelo, o Programa Previne Brasil acaba trazendo desafios importantes que consideram desde a própria estrutura do programa com suas regras, até a implantação nos municípios, onde a singularidade de cada espaço acaba sendo importante para o desenvolvimento das ações, bem como dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise realizada, observou-se que os municípios concentram-se majoritariamente nas regiões Sudeste e Sul com 60% da amostra, são em sua maioria de pequeno porte populacional (55%), ou seja, até 20 mil habitantes e que da totalidade, apenas 25% possuem um número de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) implantadas e válidas correspondendo ao teto ideal previsto pelo Ministério da Saúde. Além disso, foi evidenciado que a regra do denominador estimado esteve presente em 6 dos 11 municípios de porte populacional de até 20 mil habitantes, o que pode ter direcionado ao não alcance das metas.

Destaca-se que mesmo diante esses resultados é necessário o desenvolvimento de outros estudos com mais evidências que possam ajudar a compreender melhor o perfil desses municípios, tais como estudos que avaliem o número de consultas realizadas e os critérios adotados para mensuração dos indicadores, avaliações mais detalhadas do denominador identificado ou estimado, validação das produções, bem como os aspectos de renda e culturais que envolvem o acesso à atenção primária em cada município, credenciamento e implantação de novas equipes, especialmente nos municípios de maior porte populacional, onde o déficit tende a ser mais expressivo sendo uma responsabilidade federal, considerando que essas variáveis impactam diretamente na avaliação do indicador.

Assim, a análise do perfil desses municípios fornece subsídios valiosos para futuras intervenções e pesquisas que não apenas busquem compreender suas características demográficas e organizacionais, mas também, dialoguem sobre iniciativas essenciais para a superação das desigualdades na cobertura e disponibilização dos serviços da atenção às doenças crônicas não transmissíveis que foquem realmente na melhoria dos resultados em saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Previne Brasil: Novo modelo de financiamento da APS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Estabelece critérios e parâmetros para o financiamento federal da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 69, p. 114, 11 abr. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-547875435>. Acesso em: 2 ago. 2025.

_____. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 2 ago. 2025.

GOMES, M. C., de M., et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 893-904, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5nY9ZFK9h7JP9K3jKqZL5rk/>. Acesso em: 19 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada do Brasil em 2025**. Brasília: IBGE, 2025.

_____. **Proposta metodológica para classificação dos espaços do rural, do urbano e da natureza no Brasil**. Coordenação de Geografia. Série Investigações Experimentais (Informações Geocientíficas Experimentais), 2023

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Paris: OCDE, 2021. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/primary-health-care-in-brazil-8ba611b2.htm>. Acesso em: 19 jul. 2025.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – Rede APS. **Monitoramento da cobertura da Atenção Primária à Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: Rede APS, 2024. Disponível em: <https://redeaps.org.br>. Acesso em: 30 jul. 2025.

SARTORETTO, E. A.; TOMBINI, L. H.; MADUREIRA, V. S. F.; GEREMIA, D. S.; ROSSETTO, M.; ARAUJO, J. S. Previne Brasil e financiamento da atenção primária: facilidades e dificuldades de gestores municipais de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e79433, 2024. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/79433>. Acesso em: 10 set. 2025.

SILVA, L. D. F. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis na Infância: Revisão Integrativa de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Obesidade. **Revista Saúde Dinâmica**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 40-52, 2020. Disponível em: <https://revista.faculdaadedinamica.com.br/index.php/sausedinamica/article/view/36/164>. Acesso em: 30 jul. 2025

MATTAR, F. N.; RAMOS, G. M. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

CAPÍTULO 8

TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DO CENÁRIO BRASILEIRO DE 2021 A 2024.

Alice Vieira da Silva

Especialização em Saúde do Trabalhador pela Faculdade Redentor

Camila Sâmara Alves Soares

Especialização Enfermagem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (PUCMinas)

Katiana Diógenes Saldanha

Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP- CE))

Mailson Silva de Oliveira

Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/UFDPAR)

Verilanda Sousa Lima

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Verineida Sousa Lima

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DO CENÁRIO BRASILEIRO DE 2021 A 2024.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A teleconsulta consolidou-se como estratégia fundamental para a atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID-19, porém sua universalização permanece limitada por iniquidades sociais e econômicas. **OBJETIVO:** Analisar o perfil da teleconsulta na atenção primária à saúde no Brasil. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória de abordagem quantitativa e descritiva. As variáveis consideradas incluíram região, estado, sexo, idade e categoria profissional. A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2025. Os dados foram extraídos do banco de dados da plataforma e-Gestor APS, do ministério da saúde, que permite acesso público a informações da atenção primária no Brasil. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os resultados evidenciaram maior concentração de teleconsultas nas regiões Sudeste e Sul, especialmente em São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina. Em contrapartida, Amapá, Roraima e Acre registraram os menores índices. Observou-se predominância do uso por mulheres e adultos jovens, sendo os indivíduos de meia-idade os principais usuários. Enfermeiros e médicos destacaram-se como as categorias que mais realizam este tipo de atendimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os achados corroboram evidências de que disparidades no financiamento e na infraestrutura tecnológica influenciam a desigualdade no acesso à saúde digital no país.

Palavras-chave: Saúde digital; teleconsulta; Atenção primária à saúde; Gestão em saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Teleconsultations have established themselves as a fundamental strategy for primary health care during the COVID-19 pandemic, but their universalization remains limited by social and economic inequities. **OBJECTIVE:** To analyze the profile of teleconsultations in primary health care in Brazil. **METHODS:** This is an exploratory, documentary study with a quantitative and descriptive approach. The variables considered included region, state, sex, age, and professional category. Data collection took place in June 2025. Data were extracted from the Ministry of Health's e-Gestor APS platform database, which allows public access to primary care information in Brazil. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The results showed a higher concentration of teleconsultations in the Southeast and South regions, especially in São Paulo, Minas Gerais, and Santa Catarina. In contrast, Amapá, Roraima, and Acre recorded the lowest rates. Use was predominantly among women and young adults, with middle-aged individuals being the main users. Nurses and physicians stood out as the categories that most frequently provide this type of care. **FINAL CONSIDERATIONS:** The findings corroborate evidence that disparities in funding and technological infrastructure influence inequality in access to digital health in the country.

Keywords: Digital health; teleconsultation; Primary health care; Health management

INTRODUÇÃO

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, reconhece o papel estratégico das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e do acesso universal à internet como catalisadores do progresso humano e do desenvolvimento de sociedades baseadas no conhecimento (ONU, 2015). No contexto da transformação digital, que vem sendo acelerado por mudanças socioculturais e tecnológicas, vivencia-se uma era de hiperconectividade, em que a informação circula em tempo real e redefine dinâmicas sociais, econômicas e institucionais (Oliveira *et al.*, 2024).

No setor saúde, as TICs têm sido amplamente incorporadas para múltiplas finalidades, tais como o monitoramento de condições crônicas, promoção do autocuidado, gestão de serviços e a expansão das ações educativas em saúde (Dhane *et al.*, 2017). Inicialmente denominadas *e-Health*, essas tecnologias envolvem o uso de dispositivos digitais e conectividade para qualificar os fluxos de informação e subsidiar a tomada de decisão por profissionais e gestores (WHO, 2021).

Com a evolução tecnológica e a crescente sofisticação dos recursos disponíveis, emergiu o conceito de saúde digital, que, segundo a Estratégia Global de Saúde Digital 2020–2025 da Organização Mundial da Saúde (OMS), engloba o *e-Health*, o *m-Health* (dispositivos móveis) e a incorporação de dispositivos inteligentes, como internet das coisas (*IoT*), inteligência artificial (IA) e *big data* (Silva, 2019; WHO, 2021).

Nos países em desenvolvimento, o acesso a ações e cuidados de saúde ainda representa um grande desafio para o setor de saúde. Nesse cenário, as TICs, dentre elas a telessaúde, podem melhorar o acesso a recursos interdisciplinares, indispensáveis à gestão de condições crônicas complexas, além de ser custo-efetivo e promover maior satisfação dos profissionais e usuários (Pariser *et al.*, 2019). Ao mesmo tempo, problemas como retardo na inclusão de novas tecnologias, déficit tecnológico e baixa literacia digital, acabam por produzir iniquidades digitais em saúde (Lopez *et al.*, 2023; Lorenzetti *et al.*, 2014; Boni *et al.*, 2023).

A telessaúde pode ser conceituada como a prestação de serviços de saúde por profissionais da área, para atividades a distância, por meio das TICs. Os termos telessaúde e telemedicina, por vezes, são intercambiáveis, porém é importante destacar as ações de telessaúde definidas pelo Ministério da Saúde em território nacional, a partir da portaria nº 2.546/2011, quais sejam: teleconsulta, teleconsultoria, telediagnóstico, telecirurgia, telemonitoramento, teleducação e segunda opinião formativa (SOF) (Brasil, 2019; Brasil 2011).

O lançamento do Programa Telessaúde Brasil Redes, em 2006, fortaleceu o protagonismo do SUS na adoção de TICs para ações de assistência e educação à distância, que hoje integra o Programa SUS Digital, alinhados à Estratégia Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (Brasil, 2024).

Ressalta-se que a compreensão do papel da teleconsulta na APS é, portanto, estratégica, especialmente no que se refere à ampliação do acesso, à racionalização dos recursos e à qualificação da resolutividade dos serviços, sobretudo em regiões com barreiras geográficas ou estruturais (Oliveira *et al.*, 2024). Contudo, as desigualdades regionais em termos de infraestrutura tecnológica, competências digitais dos profissionais e capacidade gestora ainda configuram barreiras à universalização da telessaúde (Catapan, Willemann, Calvo, 2021; Mainz *et al.*, 2024).

Diante das políticas públicas já estabelecidas, questiona-se: Qual o perfil de teleconsulta de cada região da APS brasileira? Este estudo justifica-se pela inquietação dos pesquisadores atuantes na Estratégia Saúde da Família em diferentes regiões do país, que enfrentam uma mesma problemática relacionada à teleconsulta. Diante desse panorama, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil da teleconsulta na atenção primária à saúde no Brasil.. Busca-se, com isso, gerar evidências que contribuam para o aperfeiçoamento das estratégias digitais no SUS, promovendo um cuidado mais equitativo, acessível e resolutivo em âmbito nacional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória de abordagem quantitativa e descritiva. Segundo Silva e Silva (2006), a pesquisa documental é uma estratégia metodológica fundamental para a construção do conhecimento histórico em áreas como a saúde. Já Piovesan e Temporini (1995) destacam que a pesquisa exploratória descritiva é recomendada para o estudo prévio da realidade, auxiliando na elaboração de instrumentos baseados na experiência dos sujeitos.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2025. Os dados foram extraídos do banco de dados da plataforma e-Gestor APS, do Ministério da Saúde, que permite acesso a informações da Atenção Básica (AB), sendo utilizadas as seguintes variáveis: região, idade, sexo e categoria profissional. Para compilação e apresentação dos resultados foram elaborados tabelas e gráficos com as principais características do estudo, bem como uma análise

quantitativa foi realizada para fornecer uma visão sobre os perfis de atendimentos da teleconsulta na atenção primária, por regiões e estados no Brasil.

Inicialmente foi feita a busca dos dados de todas as teleconsultas realizadas na atenção primária do ano de 2021 até o final de 2024, visto que o código do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) de teleconsulta na APS foi criado em junho de 2020. As variáveis utilizadas foram: distribuição da teleconsulta por região; distribuição da teleconsulta por estado; distribuição da teleconsulta por idade; distribuição da teleconsulta por sexo; distribuição da teleconsulta por categoria profissional utilizando o código brasileiro de ocupações (CBO).

A análise dos resultados foi realizada por meio do *software microsoft Excell*, identificando valores numéricos para gráficos e tabelas. A discussão de cada resultado encontrado se deu por meio da literatura científica nacional, em que autores selecionados trouxeram dados que pudessem correlacionar ou contrapor com os achados desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo analisou os perfis regionais e demográficos da utilização da teleconsulta APS no Brasil entre 2021 e 2024, revelando padrões que refletem tanto avanços na digitalização da saúde quanto persistentes desigualdades estruturais.

Inicialmente para uma percepção geral da teleconsulta na APS, foram analisadas todas as teleconsultas registradas entre 2021 e 2024 no Brasil por meio do sistema SISAB e apresentadas na Tabela I com referência ao gênero, faixa etária, região e categoria profissional.

Observou-se então a predominância expressiva das regiões Sudeste e Sul em todos os anos avaliados, o Sudeste concentrou mais de 50% do total nacional, enquanto Norte e Centro Oeste apresentaram os menores volumes, evidenciando desigualdades regionais consistentes.

A predominância das regiões Sudeste e Sul na realização de teleconsultas corrobora a literatura existente sobre a distribuição assimétrica de recursos humanos, tecnológicos e financeiros no país (Scheffer, 2023; Silva, *et al.*, 2022). Historicamente, essas regiões beneficiam-se de maior densidade de profissionais de saúde, infraestrutura tecnológica mais robusta e investimentos mais substanciais, o que facilita a incorporação de modalidades como a teleconsulta. Em contraste, as regiões Norte e Nordeste apresentam os menores índices de utilização, sugerindo a existência de barreiras significativas, como acesso limitado à internet de

qualidade, escassez de dispositivos eletrônicos e menor letramento digital da população (Lopez, *et al.*, 2023; Catapan, Willemann, Calvo, 2021).

Tabela I. Caracterização das teleconsultas realizadas na APS de 2021 a 2024.

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	1.297.435	100%
Maculino	725.873	56%
Faixa etária		
0 a 12 anos	623.414	48%
18 a 59 anos	960.805	74%
60 a mais	383.745	30%
13 a 17 anos	55.344	4%
Região		
Sudeste	1.366.221	68%
Sul	461.250	23%
Nordeste	80.496	4%
Centro-Oeste	79.466	4%
Norte	36.073	2%
Categoria profissional		
Médico	849.940	42%
Enfermeiro	760.421	38%
Psicólogo	89.202	4%
Assistente Social	75.021	4%
Fisioterapeuta	61.088	3%
Nutricionista	57.603	3%
Fonoaudiólogo	48.824	2%
Farmacêutico	38.176	2%
Terapeuta ocupacional	18.337	1%
Técnico e auxiliar de enfermagem	14.091	1%
Profissional de educação física	10.798	1%
Agente Comunitário de Saúde	4	0%

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao perfil demográfico, as mulheres representaram a maioria dos atendimentos, com 61% do total de registros. Em relação à idade, a faixa de 18 a 59 anos concentrou mais de 70% das consultas, seguida por indivíduos com 60 anos ou mais.

O perfil demográfico dos usuários, com maior prevalência de mulheres e adultos jovens, alinha-se às tendências observadas no uso geral dos serviços de saúde, onde mulheres tendem

a buscar mais cuidados e indivíduos em idade produtiva demonstram maior familiaridade com tecnologias digitais (Zluhlán, *et al.*, 2023). Contudo, a baixa adesão por parte da população idosa, um grupo com elevada carga de doenças crônicas e, portanto, grande potencial de benefício da teleconsulta, representa uma lacuna crítica. Essa disparidade etária sublinha a necessidade de desenvolver estratégias de inclusão digital e capacitação específicas para idosos, a fim de garantir um acesso equitativo e universal à saúde digital.

Além disso, crianças e adolescentes representaram proporções discretas, revelando lacuna na cobertura desses grupos. No recorte profissional, médicos e enfermeiros foram responsáveis pela quase totalidade dos atendimentos, confirmando seu protagonismo na operacionalização da teleconsulta na APS. Esses achados indicam que, apesar do avanço da saúde digital, a teleconsulta permanece marcada por forte concentração geográfica e perfil restrito de usuários, o que reforça desigualdades já existentes no SUS.

A análise temporal da adoção da teleconsulta demonstra um pico expressivo em 2021, diretamente associado à intensificação da pandemia de COVID-19 e à necessidade imperativa de distanciamento social. A subsequente redução e estabilização dos atendimentos a partir de 2022, em consonância com a diminuição dos casos de COVID-19 e a retomada gradual dos serviços presenciais, levanta questionamentos cruciais sobre a sustentabilidade e a integração contínua da teleconsulta na APS. Embora a promulgação da Lei nº 14.510/2022 tenha visado consolidar a telessaúde no arcabouço legal brasileiro, os achados sugerem que desafios regulatórios, culturais e estruturais ainda limitam sua plena adoção como uma prática rotineira e não apenas emergencial (Brasil, 2022).

Quanto às categorias profissionais, médicos e enfermeiros destacam-se como os principais provedores de teleconsultas, confirmando seu papel central na operacionalização da APS. A literatura aponta que a capacitação desses profissionais em competências digitais e o suporte institucional são fundamentais para a efetividade da telessaúde (Godoy, Guimarães, Assis, 2012; Barbosa, Silva, 2017). A participação incipiente de outras categorias profissionais, como psicólogos e fisioterapeutas, embora presente, indica a necessidade de expandir a abrangência da teleconsulta para uma abordagem multiprofissional mais integrada, otimizando o cuidado ao paciente (Caetano, *et al.*, 2020; Paixão, *et al.*, 2022).

No recorte por estados, São Paulo liderou amplamente, seguido de Santa Catarina, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul, enquanto Amapá, Roraima e Acre apresentaram registros residuais (Tabela II).

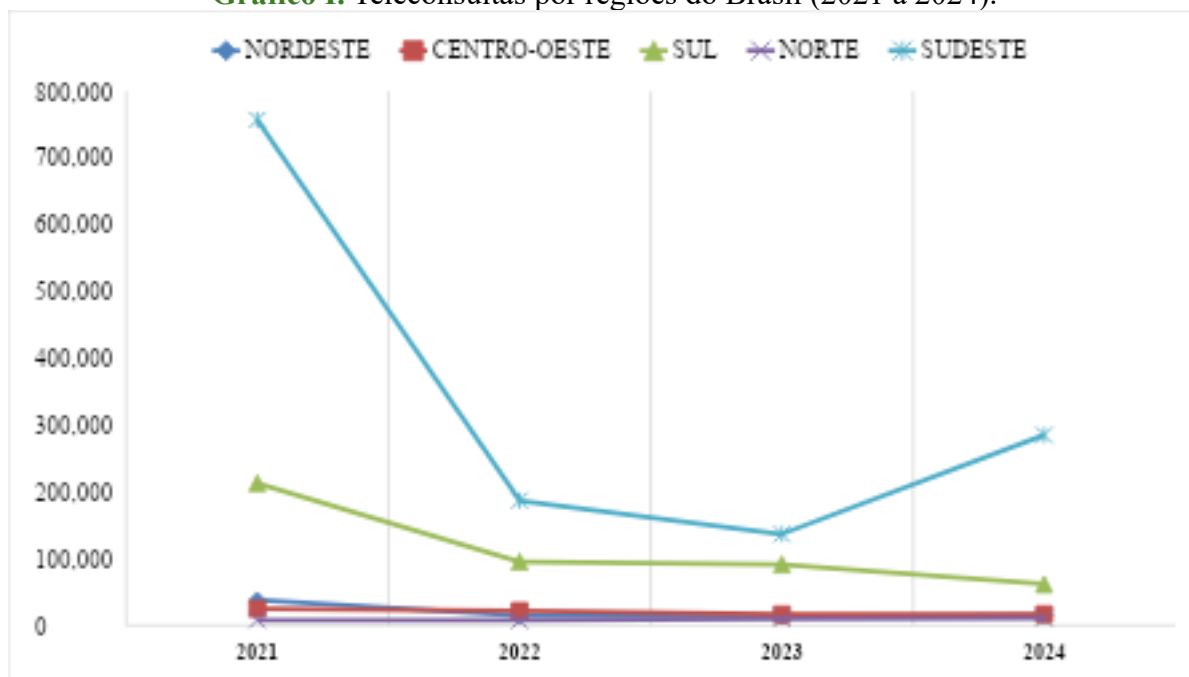
Tabela II. Quantidade de teleconsultas na APS por estado no Brasil (2021–2024).

ESTADO	2021	2022	2023	2024	TOTAL	
	N	N	N	N	N	%
SAO PAULO	587.102	144.154	104.645	254.814	1.090.715	54%
SANTA CATARINA	128.429	76.619	63.604	18.627	287.279	14%
MINAS GERAIS	143.398	36.089	26.660	22.411	228.558	11%
PARANA	71.729	12.805	13.446	17.349	115.329	6%
RIO GRANDE DO SUL	12.818	5.999	14.257	25.568	58.642	3%
ESPÍRITO SANTO	23.397	5.063	3.517	4.719	36.696	2%
BAHIA	17.544	8.256	4.734	6.014	36.548	2%
GOIAS	10.123	11.500	5.357	4.950	31.930	2%
MATO GROSSO DO SUL	3.653	4.967	6.648	8.635	23.903	1%
AMAZONAS	1.881	5.080	6.065	5.374	18.400	1%
MATO GROSSO	8.325	2.504	1.558	1.137	13.524	1%
RIO DE JANEIRO	3.488	1.758	1.945	3.061	10.252	1%
DISTRITO FEDERAL	2.713	2.598	2.819	1.979	10.109	0%
CEARA	4.798	451	916	1.574	7.739	0%
PARAIBA	2.684	1.671	1299	1.397	7.051	0%
PERNAMBUCO	3.392	1.657	999	718	6.766	0%
RONDONIA	2.227	550	1.664	2.222	6.663	0%
PIAUI	3.289	520	1.049	1.336	6.194	0%
MARANHAO	3.916	1.477	196	436	6.025	0%
TOCANTINS	3.459	1.119	583	406	5.567	0%
PARA	564	549	1.348	2.631	5.092	0%
ALAGOAS	95	44	2.180	2.395	4.714	0%
SERGIPE	1.510	104	1.635	858	4.107	0%
RIO GRANDE DO NORTE	256	648	199	249	1.352	0%
ACRE	4	10	91	55	160	0%
AMAPÁ	0	0	95	12	107	0%

Fonte: elaboração própria

A pandemia de COVID-19 impulsionou significativamente a adoção de teleconsultas em 2021, culminando em um pico de atendimentos notável, conforme evidenciado no Gráfico I. Com a estabilização da pandemia e a subsequente redução na disseminação do vírus a partir de 2022, observou-se um declínio progressivo no volume de teleconsultas. Contudo, nos anos de 2023 e 2024, os números de atendimentos via teleconsulta demonstraram uma estabilização, sugerindo uma integração duradoura dessa modalidade na prática clínica, embora em patamares distintos dos observados durante o auge da crise sanitária.

Gráfico I. Teleconsultas por regiões do Brasil (2021 a 2024).



Fonte: Elaboração própria.

Do ponto de vista das políticas públicas, os resultados reforçam a necessidade de estratégias que promovam equidade digital, ampliando infraestrutura de conectividade, capacitação de profissionais e usuários, e adequação da APS às novas demandas. Programas de inclusão digital, investimentos em telemedicina e financiamento diferenciado para regiões menos favorecidas são medidas prioritárias (Barbosa, *et al.*, 2024; Mainz *et al.*, 2024).

Entre as limitações do estudo, destaca-se a natureza documental da pesquisa, baseada em registros secundários do e-Gestor APS, os quais podem apresentar inconsistências ou subnotificações. Além disso, o recorte temporal até 2024 não permite avaliar a consolidação da teleconsulta em médio e longo prazo. Estudos qualitativos e de custo-efetividade poderão complementar estas evidências, explorando percepções de usuários, profissionais e gestores, bem como avaliando impactos sobre a qualidade do cuidado.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que, apesar do avanço da saúde digital no SUS, a teleconsulta ainda reflete as desigualdades estruturais do país. O predomínio do Sudeste revela concentração de recursos e infraestrutura. A menor adesão em regiões como Norte e Nordeste aponta para a necessidade urgente de políticas públicas que promovam equidade digital, ampliem o acesso à tecnologia e qualifiquem a APS em todo o território nacional.

Para que a teleconsulta alcance seu potencial como um pilar fundamental da saúde digital no Brasil, é imperativo que se superem as barreiras de infraestrutura, promova-se ativamente a inclusão digital de populações vulneráveis, como os idosos, e se expanda a capacitação e o engajamento de todas as categorias profissionais da saúde. Apenas por meio de uma abordagem multissetorial e inclusiva será possível edificar um sistema de saúde mais acessível, eficiente e equitativo, capaz de atender às necessidades de todos os cidadãos brasileiros e consolidar a teleconsulta como uma prática integral e sustentável na APS.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, J. S., *et al.* A digital transformation for primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 102, p. 2–2A, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/journals/bulletin>. Acesso em: 18 maio 2025.
- BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(5):928-34. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>.
- BONI, R. B.; FALCÃO, M. Z.; MURTINHO, R. Debatendo a saúde digital no Brasil. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 464-468, jul.-set. 2023. <https://doi.org/10.29397/reciis.v17i3.3979>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 28 out. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020**. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 25 jun. 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Básica: **Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.2** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. **Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. Manual Instrutivo do Programa SUS Digital [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Informação e Saúde Digital. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicações>.
- CAETANO, R., *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(5):e00088920. doi: 10.1590/0102-311X00088920
- CATAPAN, S. C. et al. Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, e03302024, 2024. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 22 maio 2025.
- CATAPAN, S. C.; WILLEMANN, M. C. A.; CALVO, M. C. M. Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsulta médica no Sistema Único de Saúde do Brasil: um estudo transversal com dados de 2017-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. 1, e2020305, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100015>. Acesso em: 3 jun. 2025.

DAHNE, J. *et al.* Moodivate: A self help behavioral activation mobile app for utilization in primary care - Development and clinical considerations. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 52, n. 2, p. 160-175, 2017. DOI: 10.1177/0091217417720899

GODOY, S. C. B.; GUIMARÃES, E. M. P.; ASSIS, D. S. S. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. **Esc Anna Nery** 2014;18(1):148-155. DOI: 10.5935/1414-8145.20140022

LOPEZ, M. P. A., *et al.* Digital literacy as a new determinant of health: A scoping review. **PLOS Digit Health** 2(10): e0000279. October 2023. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000279>

LORENZETTI, J., *et al.* Health management in Brazil: Dialogue with public and private managers. **Texto e Contexto Enfermagem**, 23(2), 417–425. 2014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>

MAINZ, A., NITSCHKE, J., WEIRAUCH, V., MEISTER, S. Medindo a competência digital dos profissionais de saúde: revisão de escopo. **Educação Médica JMIR**, 10. 2024 <https://doi.org/10.2196/55737>. Acesso em: 3 jun. 2025.

OLIVEIRA, B. S. S. B., *et al.* Análise, evolução e importância da telemedicina no Brasil. **Revista Contemporânea**, [S.l.], v. 4, n. 10, p. 01–21, 2024. ISSN 2447-0961. Acesso em: 19 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Resolução A/RES/70/1 [internet]. Nova Iorque: UN; 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>

PAIXÃO, L. C., *et al.* National analysis of dental teleconsulting of the Brazilian Telehealth Program. **Braz. Oral Res.** 2022;36:e110. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0110>

PARISER, P., *et al.* Connecting people with multimorbidity to interprofessional teams using telemedicine. **Annals of Family Medicine**, 17. 2019. <https://doi.org/10.1370/afm.2379>

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fF44L9rmXt8PVYLNvphJgTd/>. Acesso em: 7 jun. 2025.

SCHEFFER, Mário *et al.* Demografia Médica no Brasil 2023 São Paulo: FMUSP, AMB, 2023. 344 p [em linha]. jun. 2023.

SILVA, A.B. Adaptação transcultural do aplicativo Zero Mothers Die para dispositivos móveis no Brasil: contribuições para a saúde digital com abordagem do cuidado centrado na e-gestante. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 4, p. 763–775, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000400002>

SILVA, C. R. D. V. *et al.* Conceito de saúde digital na Atenção Primária à Saúde (2020–2022): um estudo baseado no método evolucionário de Rodgers. **Boletim de Conjuntura**, Boa Vista, ano VI, v. 17, n. 49, p. 431–453, 2024. Disponível em: <http://www.ioles.com.br/boca>. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10565467>. Acesso em: 18 maio 2025.

SILVA, G. F. S. *et al.* Distribuição geográfica da telemedicina no Brasil a partir da produção ambulatorial. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, e18111535982, 2022.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/35982/30727>. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.35982>. Acesso em: 08 de junho de 2025.

SILVA, J. B. et al. A digital transformation for primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 102, n. 1, 2024.

SILVA, K.; SILVA, M. A pesquisa documental na construção do conhecimento histórico. In: **ESCOLA EM TEMPOS DE CONEXÕES**. Editora Realize, 2006. p. 158. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/conedu/2021/ebook3/TRABALHO_EV150_MD7_SA100_ID8085_14102021190247.pdf. Acesso em: 7 jun. 2025.

WHO. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ZLUHLAN, L. S. et al. Percepção dos enfermeiros sobre teleconsulta de enfermagem na atenção primária. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 32, e20220217, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0217pt>. Acesso em: 18 maio 2025.