



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PAULO EDUARDO GUEDES SELLERA

**INCENTIVO DE CAPITAÇÃO PONDERADA
(PROGRAMA PREVINE BRASIL):
IMPACTOS NA EVOLUÇÃO DO CADASTRO POPULACIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BRASÍLIA – DF
2022

PAULO EDUARDO GUEDES SELLERA

**INCENTIVO DE CAPITAÇÃO PONDERADA
(PROGRAMA PREVINE BRASIL):
IMPACTOS NA EVOLUÇÃO DO CADASTRO POPULACIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA – DF

2022

PAULO EDUARDO GUEDES SELLERA

**INCENTIVO DE CAPITAÇÃO PONDERADA
(PROGRAMA PREVINE BRASIL):
IMPACTOS NA EVOLUÇÃO DO CADASTRO POPULACIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Aprovada em ___ de _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (Presidente)
Orientadora
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Verônica Cortez Ginani
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Universidade Federal do Pará – UFPA

BRASÍLIA – DF

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha companheira, Carla Cisotto, por sempre me apoiar e incentivar nos momentos mais difíceis desta caminhada. À minha orientadora, a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, por compartilhar comigo sua vasta experiência e conhecimento técnico. Aos professores, pelo apoio, conhecimentos compartilhados e carinho, me auxiliando na construção deste trabalho. Ao meu amigo, o Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, à Profa. Dra. Verônica Cortez Ginani e à Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça, pelas críticas e sugestões de aprimoramento do estudo. Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelas parcerias e compartilhamento de saberes, alegrias e conquistas. Ao meu colega de trabalho Marcílio Regis Melo Silva, pelo apoio na análise estatística dos resultados.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção em saúde, sendo considerada a principal e mais adequada forma de acesso das pessoas aos sistemas de saúde. Sistemas de saúde orientados para a Atenção Primária apresentam impacto positivo nos indicadores de morbimortalidade, promovendo cuidados em saúde mais efetivos e alcançando maior efetividade, eficiência e equidade, quando comparados a sistemas voltados para a atenção especializada. A instituição do Programa Previnde Brasil em novembro de 2019 estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da APS, tendo como um de seus componentes a capitação ponderada, cujo modelo de remuneração é calculado com base no número de pessoas cadastradas. O objetivo do estudo foi analisar a evolução da população cadastrada na APS após o incentivo de capitação ponderada instituído pelo Programa Previnde Brasil. Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem quantitativa que compara o terceiro quadrimestre de 2019 e o terceiro quadrimestre de 2021, abrangendo municípios com equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária homologadas pelo Ministério da Saúde. Os dados foram obtidos por meio da plataforma e-Gestor AB e de relatórios do SISAB, agrupados de acordo com a tipologia municipal rural-urbano e o porte populacional. O estudo demonstrou que na maioria dos municípios (76,1%) houve um aumento de cadastros no período analisado. Em todas as tipologias houve um aumento na proporção de cadastros, sendo que nas tipologias intermediária remota e rural remota a evolução média foi maior (63,3% e 40%, respectivamente). Também se observou um aumento na proporção de cadastros em todos os portes populacionais, sendo que nos municípios de pequeno porte a proporção de cadastros apresentou resultado melhor que nos demais portes. Já a evolução média da proporção de cadastros foi maior nas metrópoles, com 41,9%. Os resultados apontam que o incentivo de capitação ponderada influenciou o aumento da população cadastrada na APS, independentemente do perfil demográfico dos municípios.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Modelos de Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care is the first level of health care, being considered the main and most adequate form of access for people to access health systems. Health systems oriented to Primary Care have a positive impact on morbidity and mortality indicators, promoting more effective health care and achieving greater effectiveness, efficiency and equity, when compared to systems focused on specialized care. The institution of the PreVine Brasil Program in November 2019 established a new funding model for PHC, with weighted capitation as one of its components, whose remuneration model is calculated based on the number of people registered. The aim of the study was to analyze the evolution of the population registered in PHC after the weighted capitation incentive established by the PreVine Brasil Program. This is a descriptive and quantitative study comparing the third quarter of 2019 and the third quarter of 2021, covering municipalities with Family Health Teams and Primary Care Teams approved by the Ministry of Health. Data were obtained through the e-Gestor AB platform and SISAB reports, grouped according to the rural-urban municipal typology and population size. The study showed that in most municipalities (76.1%) there was an increase in registrations in the analyzed period. In all typologies there was an increase in the proportion of registrations, and in the remote intermediate and remote rural typologies the average evolution was higher (63.3% and 40%, respectively). There was also an increase in the proportion of registrations in all population sizes, and in small municipalities the proportion of registrations presented better results than in other ones. The average evolution of the proportion of registrations was higher in the Metropolises with 41.9%. The results indicate that the weighted capitation incentive influenced the increase of the population registered in PHC, regardless of the demographic profile of the municipalities.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Care Models.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de acordo com a classificação geográfica do município	31
Quadro 2 – Exemplo de potencial de cadastro considerando-se o parâmetro das equipes.....	32
Quadro 3 – Distribuição dos municípios brasileiros segundo o porte populacional e a tipologia municipal rural-urbano (IBGE)	38
Quadro 4 – Média para todos os municípios que reduziram e aumentaram o cadastro	44
Quadro 5 – Média para os grupos de municípios de tipologia urbana que reduziram e aumentaram o cadastro	46
Quadro 6 – Média para os grupos de municípios de tipologia intermediária adjacente que reduziram e aumentaram o cadastro.....	47
Quadro 7 – Média para os grupos de municípios de tipologia intermediária remota que reduziram e aumentaram o cadastro.....	49
Quadro 8 – Média para os grupos de municípios de tipologia rural adjacente que reduziram e aumentaram o cadastro.....	50
Quadro 9 – Média para os grupos de municípios de tipologia rural remota que reduziram e aumentaram o cadastro.....	51
Quadro 10 – Média para os grupos de municípios de porte pequeno que reduziram e aumentaram o cadastro	56
Quadro 11 – Média para os grupos de municípios de médio porte que reduziram e aumentaram o cadastro	57
Quadro 12 – Média para os grupos de municípios de grande porte que reduziram e aumentaram o cadastro	59
Quadro 13 – Média para os grupos de municípios classificados como metrópoles que reduziram e aumentaram o cadastro.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados dos quadrimestres analisados no estudo.....	42
Tabela 2 – Comparação da população cadastrada por região	42
Tabela 3 – Comparação da população cadastrada por Unidade da Federação	43
Tabela 4 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para todos os municípios	43
Tabela 5 – Número e percentual de municípios que diminuíram e aumentaram o cadastro	44
Tabela 6 – Dados referentes ao 1º grupo – tipologia municipal rural-urbano	45
Tabela 7 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia urbana.....	45
Tabela 8 – Número e percentual de municípios de tipologia urbana que diminuíram e aumentaram o cadastro	46
Tabela 9 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia intermediária adjacente.....	46
Tabela 10 – Número e percentual de municípios de tipologia intermediária adjacente que diminuíram e aumentaram o cadastro	47
Tabela 11 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia intermediária remota	48
Tabela 12 – Número e percentual de municípios de tipologia intermediária adjacente que diminuíram e aumentaram o cadastro	48
Tabela 13 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia rural adjacente	49
Tabela 14 – Número e percentual de municípios de tipologia rural adjacente que diminuíram e aumentaram o cadastro	49
Tabela 15 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia rural remota.....	50
Tabela 16 – Número e percentual de municípios de tipologia rural remota que diminuíram e aumentaram o cadastro	51
Tabela 17 – Dados referentes ao 2º grupo – porte populacional.....	55
Tabela 18 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de pequeno porte	55

Tabela 19 – Número e percentual de municípios de pequeno porte que diminuíram e aumentaram o cadastro	56
Tabela 20 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de médio porte	56
Tabela 21 – Número e percentual de municípios de médio porte que diminuíram e aumentaram o cadastro	57
Tabela 22 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de grande porte	58
Tabela 23 – Número e percentual de municípios de grande porte que diminuíram e aumentaram o cadastro	58
Tabela 24 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios classificados como metrópoles.....	59
Tabela 25 – Número e percentual de municípios classificados como metrópoles que diminuíram e aumentaram o cadastro	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Proporção de cadastros de acordo com a tipologia municipal rural-urbano	52
Gráfico 2 – Diferença média de evolução dos percentuais entre o Q3.2021 e o Q3.2019 por tipologia municipal rural-urbano.....	53
Gráfico 3 – Percentual de municípios que diminuíram e aumentaram o cadastro de acordo com a tipologia municipal rural-urbano.....	53
Gráfico 4 – Impacto na proporção de cadastros para os grupos que diminuíram e aumentaram a capitação	54
Gráfico 5 – Proporção de cadastros de acordo com o porte populacional	60
Gráfico 6 – Diferença média da evolução dos percentuais entre o Q3.2021 e o Q3.2019 por porte populacional	61
Gráfico 7 – Percentual de municípios que diminuíram e aumentaram o cadastro ...	61
Gráfico 8 – Impacto na proporção de cadastros para os grupos que diminuíram e aumentaram a capitação	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
eAP	Equipe de Atenção Básica
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
Habitat III	Conferência das Nações Unidas sobre Moradia e Desenvolvimento Urbano Sustentável
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
INE	Identificação Nacional de Equipe
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PIB	Produto Interno Bruto

PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
Q3	Terceiro Quadrimestre
Rede APS	Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUCEN	Superintendência de Controle de Endemias
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	16
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL.....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	22
5	REFERENCIAL TEÓRICO – HISTÓRICO DO ESTUDO	25
5.1	APS: DEFINIÇÃO E HISTÓRICO.....	25
5.2	O ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO.....	27
5.3	A ALTERAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DA APS	29
5.4	A IMPLEMENTAÇÃO DO POTENCIAL DE CADASTRO.....	31
5.5	O DESAFIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CENÁRIO ATUAL DE RESTRIÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DE LIMITE DE GASTOS	33
6	MÉTODO.....	37
6.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	37
6.2	DESCRIÇÃO DO LOCAL E DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	37
6.3	ETAPAS DA PESQUISA	38
6.4	PROCESSO DE COLETA DE DADOS	39
6.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
6.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA	40
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
7.1	GERAL	42
7.2	1º GRUPO – TIPOLOGIA MUNICIPAL RURAL-URBANO.....	45
7.2.1	Análise do cadastro para a tipologia municipal urbana.....	45
7.2.2	Análise do cadastro para a tipologia municipal intermediária adjacente....	46
7.2.3	Análise do cadastro para a tipologia municipal intermediária remota	48
7.2.4	Análise do cadastro para a tipologia municipal rural adjacente	49
7.2.5	Análise do cadastro para a tipologia municipal rural remota.....	50
7.2.6	Análise do cadastro entre as cinco tipologias municipais rural-remoto.....	52
7.3	2º GRUPO – PORTE POPULACIONAL.....	55
7.3.1	Análise do cadastro para os municípios de pequeno porte	55

7.3.2	Análise do cadastro para os municípios de médio porte	56
7.3.3	Análise do cadastro para os municípios de grande porte	58
7.3.4	Análise do cadastro para os municípios classificados como metrópoles...	59
7.3.5	Análise do cadastro entre os quatro portes populacionais dos municípios	60
8	CONCLUSÃO.....	64
9	REFERÊNCIAS.....	66
10	APÊNDICES.....	72
10.1	APÊNDICE A – ARTIGO SUBMETIDO: “INCENTIVO DE CAPITAÇÃO PONDERADA (PROGRAMA PREVINE BRASIL): IMPACTOS NA EVOLUÇÃO DO CADASTRO POPULACIONAL NA APS”	72
10.2	APÊNDICE B – RELATÓRIO TÉCNICO: <i>ANÁLISE DO INCENTIVO DE CAPITAÇÃO PONDERADA (PROGRAMA PREVINE BRASIL): IMPACTOS NA EVOLUÇÃO DO CADASTRO POPULACIONAL NA APS</i>	74

1 APRESENTAÇÃO

Durante meus 35 anos como servidor público do Ministério da Saúde (MS), trabalhei em várias instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciei minha trajetória profissional em 1987, na Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) do Estado de São Paulo. Lá, atuei na coordenação de programas de controle de vetores e na vigilância epidemiológica de doenças de importância à saúde pública, permanecendo nessa área de atuação na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA/SP). Depois, atuei como diretor regional da Superintendência de Controle de Endemias da Secretaria de Estado de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (SUCEN/SES/SP) e, no período de 1995 a 1998, como gerente nacional do Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue no Ministério da Saúde.

Em 1999, na FUNASA/SP e depois na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), também em São Paulo, tive uma experiência desafiadora e gratificante que durou até o primeiro semestre de 2011: organizar e coordenar a assistência à saúde em 34 aldeias indígenas no estado de São Paulo. Na segunda metade do ano de 2011 até o final de 2015, integrei a equipe do recém-criado Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS), contribuindo como coordenador-geral na elaboração da sistemática de monitoramento e avaliação de políticas e programas estratégicos e na criação da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), disponibilizando 462 indicadores de saúde para acesso público e apoio à tomada de decisão dos gestores do SUS.

No período de 2017 a 2018, atuei mais uma vez na gestão estadual do SUS como subsecretário de Planejamento e Orçamento e depois como secretário de Gestão em Saúde, na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Por fim, no ano de 2019 retornei ao Ministério da Saúde para trabalhar na recém-criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Mais uma vez, o destino me levou a atuar na gestão da informação e no monitoramento e avaliação, porém, desta vez, especificamente no âmbito da APS.

A importância da APS e, em particular, o reconhecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) como experiência exitosa que influenciou decisivamente o aumento da cobertura populacional, a redução de internações por causas evitáveis e a queda das taxas de mortalidade infantil no Brasil foram decisivos para a escolha do objeto

desta dissertação. Espero que este estudo contribua com outros trabalhos de pesquisa na busca da efetivação do acesso universal e do cuidado integral à saúde.

2 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal e mais adequada forma de acesso das pessoas ao sistema de saúde. Ela está diretamente associada a uma distribuição mais equitativa da saúde entre populações⁽¹⁾.

A ideia de a Atenção Primária ser utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde foi proposta inicialmente no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento. Nesse sentido, os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada; ademais, a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação em clínica geral. Nos casos em que esse nível de atenção não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis os problemas, os pacientes deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, que contariam com especialistas de diversas áreas. No caso de indicação de internação ou cirurgia, os pacientes seriam encaminhados para hospitais⁽²⁾.

As propostas do documento estiveram presentes na base da criação do Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra, e inauguraram um conjunto de dimensões ainda centrais nas discussões contemporâneas acerca da organização de sistemas de saúde com ênfase na APS, como a atenção ao primeiro contato, a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais⁽³⁾. Essa concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo. Nos países desenvolvidos, por exemplo, as autoridades se preocupavam com a sustentação econômica da saúde, considerando a crescente complexidade da atenção médica, o uso indiscriminado de tecnologias médicas e seu elevado custo e a baixa resolutividade. Já nos países em desenvolvimento, essa preocupação ocorreu devido à iniquidade de seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, a mortalidade infantil e as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias⁽⁴⁾.

Nesse período, surgiram propostas que incluíam medidas de ordem técnica e gerencial, com ações inovadoras e de racionalização das práticas; são elas: a comunidade como fundamento das necessidades de saúde; a hierarquização; a coordenação; e a integração do cuidado. Outras ações foram as propostas

participativas, envolvendo inovações nas relações políticas e sugerindo uma maior democratização dos serviços, como: mudanças na divisão do saber/poder, com ampliação das equipes; incorporação de agentes da comunidade; acesso; e controle social⁽⁵⁾.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a *I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata*, no Cazaquistão, antiga União Soviética. Propuseram, nesse momento, um acordo e uma meta entre seus países-membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”⁽⁵⁾.

A Conferência de Alma-Ata ocorreu na sequência de uma série de conferências promovidas por organizações das Nações Unidas durante a década de 1970. Foi debatida uma agenda ampliada para uma nova ordem econômica internacional, visando à redução das disparidades entre os países centrais e os então chamados países do terceiro mundo⁽⁶⁾.

Na América Latina, nas décadas de 1980 e 1990, acompanhando os programas de ajuste estrutural e imposições do Banco Mundial, difundiram-se pacotes mínimos de serviços de APS direcionados a grupos específicos, como o materno-infantil ou populações em extrema pobreza. O fato fez Mario Testa questionar o que se pretendia: uma atenção à saúde primária ou primitiva^(7,8,9). Esse questionamento traz à reflexão o modo como a APS tem sido descrita pelos estudiosos do assunto. Em muitos momentos, ela é descrita como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada; em contrapartida, outros advogam um sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, possibilitando articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações⁽¹⁰⁾.

Nos anos 2000, com a redemocratização e a assunção de governos latino-americanos comprometidos com a justiça social, observaram-se processos de revitalização da APS em uma abordagem abrangente, reafirmando princípios de Alma-Ata⁽⁹⁾. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pressionada pelos governos da região, promoveu um processo de renovação da estratégia de APS, enfatizando a inclusão social, a equidade e a integralidade⁽¹¹⁾.

No Brasil, desde a implantação do SUS, que segue os princípios de universalidade, integralidade e equidade, estabelecidos na Constituição Federal de

1988, avanços consistentes foram feitos em direção à cobertura universal em saúde, ocorrendo especialmente após o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) como política nacional para a implantação da APS⁽¹²⁾.

Desde sua criação em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) gradualmente se tornou a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e a mudança do modelo assistencial⁽¹³⁾. Atuar em saúde tendo como objetivo o cuidado da família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, o qual fragmenta o indivíduo e o separa de seu contexto e de seus valores socioculturais⁽¹⁴⁾.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi o marco legal que estabeleceu a missão da APS no Brasil, sendo posteriormente reformulada em 2011 e em 2017. A PNAB considera “Atenção Primária” como termo equivalente a “Atenção Básica” e a define como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Seu desenvolvimento ocorre por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido⁽¹⁵⁾.

A PNAB define que a Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária de expansão, qualificação e consolidação. A ESF, por sua vez, tem como objetivo reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, com a atenção centrada na abordagem à família, agora entendida e percebida em seu ambiente físico e social. Além disso, a estratégia tem como intuito possibilitar uma compreensão do processo saúde-doença e da intervenção que não se restrinja a práticas curativas, sobretudo na promoção da qualidade de vida e na intervenção sobre fatores que a colocam em risco. Ela estrutura-se para agir sobre um território e tem, na área adscrita de cada equipe e na divisão espacial das microáreas, duas formas de delimitar a população pela qual assume a responsabilidade sanitária⁽¹⁵⁾.

A efetivação das atividades de atenção à saúde se baseia no entendimento de como funcionam e se articulam num território as condições econômicas, sociais e culturais. Também é preciso considerar como se dá a vida das populações, de seus atores sociais, em sua íntima relação com seus espaços e lugares⁽¹⁶⁾. A exclusiva referência à quantidade de população para o desenvolvimento de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de classificação ou identificação desses territórios por ações

ou problemas de saúde, acaba por limitar a eficácia da atuação das equipes da ESF⁽¹⁷⁾.

O cadastramento da população é um dos fundamentos do trabalho na referida estratégia, de modo a conhecer as famílias adscritas às equipes e oferecer informações para a realização do diagnóstico situacional em saúde e para o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população. Dessa forma, visa a garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, servindo-lhe de referência⁽¹⁸⁾.

É importante considerar a necessidade de estabelecer um contínuo processo de atualização do cadastramento familiar, dadas as mudanças dinâmicas que ocorrem no território e nas famílias⁽¹⁹⁾. Além das informações que compõem o cadastramento das famílias, para a realização do diagnóstico situacional em saúde podem ser utilizadas diversas fontes de informação que possibilitem uma melhor identificação da área de abrangência da ESF, como dados demográficos, ambientais e de condições de vida da população do território, dentre outros fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽²⁰⁾.

A PNAB prevê que, dentre as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Atenção Básica, deve ser mantido atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal. Os dados também devem ser utilizados de forma sistemática para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território. Dessa forma, objetiva-se priorizar as situações a serem acompanhadas no planejamento local⁽¹⁵⁾.

A implantação de programas de saúde que possuem uma hierarquização desde o nível federal ao municipal tem permitido tanto a elaboração de projetos que promovam o desenvolvimento local quanto a utilização de conceitos e ferramentas inerentes à geografia. A proposta é planejar a territorialidade de políticas públicas, equipamentos e ações⁽²¹⁾.

Em 12 de novembro de 2019, a instituição do Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979/GM/MS, estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS⁽²²⁾. A partir da nova proposta, o financiamento passou a ser constituído por três componentes:

- I – Capitação ponderada;
- II – Pagamento por desempenho; e
- III – Incentivo para ações estratégicas.

No ano de 2021, a Portaria GM/MS nº 2.254, de 3 de setembro, altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e, dentre as alterações, estabelece mais um componente ao custeio da APS – o incentivo financeiro com base em critério populacional. Esse incentivo é destinado aos municípios que não alcançam um número de pessoas cadastradas igual ou superior ao quantitativo potencial de cadastro⁽²³⁾.

O debate sobre a alteração da forma de financiamento utilizada até 1999 e seu impacto na APS tem ocupado a agenda de pesquisadores e gestores.

Para alguns pesquisadores, ao se adotar a capitação como critério para o financiamento da APS no SUS em substituição ao financiamento *per capita*, cria-se um condicionante que antes não existia para o repasse de recursos para a APS, com consequências diretas e indiretas para o sistema de saúde. Imediatamente, o financiamento da APS no país deixaria de ser universal e passaria a ser restrito à população cadastrada pelos municípios⁽²⁴⁾.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a evolução da população cadastrada na APS após a criação do incentivo de capitação ponderada instituído pelo Programa Previne Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a evolução e a distribuição geográfica da população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e pelas Equipes de Atenção Primária (eAP);
- Comparar o cadastro populacional realizado pelas eSF e pelas eAP com o parâmetro de cadastro, considerando a tipologia municipal rural-urbano e o porte populacional dos municípios brasileiros;
- Elaborar um relatório técnico com os resultados da análise do incentivo de capitação ponderada.

4 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A análise da intensa urbanização vivenciada no país deve levar em conta hoje não apenas os processos migratórios como também o fenômeno da periurbanização, tanto pela difusão do modo de vida urbano quanto pela construção de novas zonas residenciais. A análise da relação entre os espaços urbanos e os rurais, por sua vez, deve também considerar as ligações urbano-rurais, que podem ser representadas pelos fluxos de bens, pessoas, recursos naturais, capital, trabalho, serviços, informação e tecnologia, conectando zonas rurais, periurbanas e urbanas. Essas conexões são complementares e sinérgicas e impactam a configuração espacial brasileira⁽²⁵⁾.

Publicada pelo IBGE, a obra *Classificação e características dos espaços rurais e urbanos do Brasil – uma primeira aproximação* descreve uma nova metodologia aplicada alinhada à de organizações internacionais como a União Europeia e de países como os Estados Unidos. Ela permite, assim, a comparabilidade dos resultados brasileiros com os de outros países. Por meio da análise de abordagens consagradas nos âmbitos internacional e acadêmico, o texto propõe a discussão de uma nova delimitação rural-urbana adequada às iniciativas da Nova Agenda Urbana, adotada pelos 167 países participantes da *Conferência das Nações Unidas sobre Moradia e Desenvolvimento Urbano Sustentável* (Habitat III), e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁽²⁶⁾.

O Programa Previne Brasil considera a classificação dos municípios definida pelo IBGE, segundo as características de seus espaços rurais e urbanos, para o cálculo do incentivo da capitação ponderada, um dos componentes para o custeio da Atenção Primária.

Modelos de financiamento por capitação são encontrados em diversos países, como, entre outros, Reino Unido, Austrália, Canadá, Espanha, Suécia, Noruega, Holanda e Nova Zelândia. Historicamente, diversos critérios vêm sendo utilizados para ponderar a capitação: demográficos, étnicos, de incapacitação para o trabalho, localização geográfica, morbidade e mortalidade, além de outros fatores sociais⁽²⁷⁾.

No programa brasileiro, o cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada considera:

- I – A população cadastrada pela eSF e pela eAP no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)⁽²⁸⁾;
- II – A vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada pela eSF e pela eAP;
- III – O perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada pela eSF e pela eAP; e
- IV – A classificação geográfica definida pelo IBGE.

O cálculo estabelecido é baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa e considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

Antes de o Programa Previne Brasil ser instituído, o financiamento da Atenção Primária era composto pelo Piso da Atenção Básica (PAB), transferido do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios de forma regular e automática. O PAB era composto por dois componentes: o PAB Fixo e o PAB Variável, que juntamente a outras modalidades de financiamento custeavam a Atenção Básica. O valor fixo a ser repassado aos municípios pelo Ministério da Saúde era estabelecido segundo um *per capita* com base na população estimada pelo IBGE por município, ou seja, em toda a população⁽²⁹⁾. A capitação ponderada, componente do novo modelo de financiamento, substituiu esse modo de cálculo, considerando a população do município cadastrada na APS, e os valores foram estabelecidos segundo o perfil demográfico e de vulnerabilidade definido na portaria que instituiu o programa⁽²²⁾.

A avaliação de políticas públicas consiste no conjunto de procedimentos técnicos voltados à produção de informação e conhecimento para o desenho, a implementação e a validação *ex-post* de políticas públicas. Nesse sentido, as avaliações podem produzir evidências, compilar dados e sistematizar estudos que contribuam para o aperfeiçoamento das políticas. No âmbito do desempenho, elas geralmente têm a finalidade de verificar: (i) o cumprimento dos objetivos de programas e projetos (eficácia); (ii) os custos e os benefícios da intervenção (economicidade e eficiência); e (iii) seus impactos mais abrangentes (efetividade)⁽³⁰⁾.

Grande parte dos municípios no Brasil é de pequeno porte, com pequena base econômica de sustentação e, portanto, dependente de transferências intergovernamentais^(31,32).

Portanto, torna-se fundamental analisar como vem ocorrendo a evolução do cadastro populacional na APS a partir da adoção do incentivo da capitação ponderada e se, nessa evolução, existem diferenças relacionadas com a classificação dos municípios utilizada pelo IBGE. Dessa forma, foi elaborada uma questão de investigação a ser respondida: a criação do incentivo de capitação ponderada resultou no aumento da população cadastrada na APS, independentemente do perfil demográfico dos municípios?

5 REFERENCIAL TEÓRICO – HISTÓRICO DO ESTUDO

5.1 APS: DEFINIÇÃO E HISTÓRICO

Sistemas de saúde orientados para a Atenção Primária apresentam impacto positivo nos indicadores de morbimortalidade; além disso, promovem cuidados em saúde mais efetivos e alcançam maior efetividade, eficiência e equidade, quando comparados a sistemas voltados à atenção especializada⁽³³⁾.

A Declaração de Alma-Ata⁽³⁴⁾, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, trouxe uma definição de APS denominada “cuidados primários de saúde”, que

- Consistem em cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem-fundamentadas e socialmente aceitáveis;
- Estão ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação;
- Integram tanto o sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto o desenvolvimento social e econômico global da comunidade;
- Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e constituem, assim, o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde, permitindo que os cuidados de saúde sejam levados o mais próximo possível de onde pessoas vivem e trabalham.

A concepção de APS em Alma-Ata contempla três componentes essenciais e caros ao SUS: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social⁽³⁵⁾.

No Brasil, a década de 1990 foi marcada por importantes mudanças na PNAB e por um grande investimento na ampliação do acesso à saúde. Pode-se dizer que tais transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado

após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como ao destaque assumido pela APS na agenda setorial, principalmente a partir de meados da década de 1990⁽³⁶⁾.

Na segunda metade dos anos 1990, a política de saúde tem como característica a implementação de novos programas, ações regulatórias e modalidades de alocação de recursos visando a aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS. Essas medidas configuram-se num momento em que se busca promover a tensa conciliação entre objetivos macroeconômicos de estabilização e metas de reformas sociais teoricamente voltadas para a melhoria da eficiência e da equidade. Tal conjuntura condicionou de forma importante a agenda das políticas governamentais e o próprio tratamento das questões econômicas e sociais, ainda que seu impacto tenha se diferenciado nas diversas políticas setoriais⁽³⁷⁾.

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de Atenção Primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil⁽³⁸⁾, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. Contudo, uma política específica, nacional, de Atenção Primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso⁽³⁹⁾.

Dentre os principais desafios colocados por esse processo, vale mencionar a questão da heterogeneidade dos municípios brasileiros no que diz respeito às desigualdades sociais, regionais e de capacidade de gestão do sistema. Grande parte dos municípios do país é de pequeno porte e apresenta uma base econômica restrita para sua sustentação; por isso, é altamente dependente de transferências intergovernamentais. Em muitos deles não havia nem sequer uma base técnica local para formular e implementar políticas de saúde ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde, nos casos em que havia serviços de saúde instalados⁽⁴⁰⁾.

Em dezembro de 1997 foi instituído o PAB, que consistiu em recursos destinados exclusivamente à Atenção Básica, transferidos aos municípios de forma regular e automática do FNS para o Fundo Municipal de Saúde⁽²⁹⁾.

Paulatinamente, a Atenção Básica, e particularmente o PSF, vem obtendo uma maior participação nos gastos do Ministério da Saúde em despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), notadamente no período de 1997 a 2011, com

um aumento expressivo no PSF, partindo de 1% para 10% dos gastos do referido ministério⁽⁴¹⁾.

O PAB rompeu com a lógica dominante de alocação de recursos condicionada a pagamentos por procedimentos, pelo menos para a Atenção Básica⁽⁴²⁾. Essa mudança na forma de financiamento foi um avanço que acompanhou o desenvolvimento de um novo modelo assistencial, com a implantação da ESF, propiciando o aumento da cobertura de serviços de APS no Brasil e a redução da taxa de mortalidade infantil.

De 1998 a 2018, a ESF foi adotada por mais de 95% dos municípios brasileiros, e o número de equipes de ESF cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir cerca de 130 milhões de pessoas (62,5% da população brasileira)⁽⁴³⁾.

Estudos demonstram que o crescimento da cobertura de ESF nos municípios está associado ao aumento no acesso a serviços de saúde, à redução de internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária e à melhoria nos resultados, com queda da mortalidade infantil em todas as regiões do país, beneficiando populações mais vulneráveis e impactando positivamente a redução de iniquidades no país^(44,45,13).

Com a ESF, entre 1994 e 2017, a taxa de mortalidade infantil no Brasil caiu de 43 por mil nascidos vivos para 12,4 por mil nascidos vivos, sendo que em 2011 o Brasil já havia atingido a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de redução da taxa de mortalidade infantil para 15,3 por mil nascidos vivos^(46,47).

O modelo promoveu a expansão constante das eSF. Em dezembro de 2019, o Brasil contava com 43.755 eSF com uma estimativa de 64,47% da população brasileira (133.427.430 pessoas) coberta pela estratégia⁽⁴⁸⁾.

5.2 O ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS deve ser iniciado pelas portas de entrada e se completar na rede regionalizada e hierarquizada. Esse acesso é ordenado pela Atenção Primária e fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico. Está assegurada ao usuário a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde, conforme previsto no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080⁽⁴⁹⁾.

Entretanto, o acesso aos serviços de saúde tem sido relatado como um dos principais desafios e problemas relacionados à assistência. Essas dificuldades podem estar associadas tanto às características do atendimento quanto a barreiras estruturais, organizacionais e geográficas⁽⁵⁰⁾.

Estudos apontam que a expansão da cobertura da APS ocorreu em padrões distintos no país, enfrentando barreiras associadas a fragilidades estruturais do SUS, como restrições orçamentárias, frágil organização regional e baixa capacidade de alocação de recursos estratégicos, em particular de profissionais médicos⁽⁵¹⁾. Além disso, disparidades entre os 5.570 municípios (68,2% têm menos de 20.000 habitantes, enquanto 5,8% têm mais de 100.000 habitantes) provocam grandes variações na qualidade dos serviços prestados e limitam o desempenho de funções estratégicas da APS, como acesso de primeiro contato, coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade⁽⁵²⁾.

Apesar das dificuldades, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, as pessoas que mais utilizam o SUS avaliaram mais positivamente a qualidade dos serviços de APS.

A PNS 2019 dedicou, pela primeira vez, toda uma parte de seu questionário para a produção de dados sobre os serviços de APS na perspectiva do usuário adulto. O tema está contido no Módulo H (“Atendimento Médico”, em substituição ao módulo homônimo na PNS 2013) e foi aplicado na parte individual da entrevista com sujeitos de 18 anos ou mais. Foram incorporadas as questões da versão reduzida do Primary Care Assessment Tool (PCAT), um dos principais instrumentos empregados na avaliação da APS. O PCAT se organiza a partir da avaliação individual de cada um dos atributos da Atenção Primária, todos contemplados nos questionários. A cada indagação, o entrevistado deve responder com uma escala do tipo Likert em quatro pontos: “com certeza, sim”, “provavelmente, sim”, “provavelmente, não”, “com certeza, não”. O entrevistado também pode se abster, marcando a resposta “não sabe/não lembra”. A cada uma das respostas é atribuído um valor de 1 a 4 para compor uma pontuação (“escore”) através de uma média aritmética simples. Ao se basear nos atributos essenciais e derivados da APS definidos por Starfield (2002)⁽³³⁾ para formular suas perguntas, o PCAT tem como objetivo primordial estimar o grau de extensão e orientação de um serviço para a APS, isto é, sua capacidade de “fornecer atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, a sua comunidade adscrita”^(53,54).

Alguns dados fornecidos pela PNS 2019⁽⁵⁵⁾:

- Em 2019, 17,3 milhões (10,7%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade procuraram algum serviço da APS nos seis meses anteriores à entrevista. Entre elas, 69,9% eram mulheres; 53,8% não tinham uma ocupação; e 64,7% tinham renda domiciliar *per capita* inferior a um salário mínimo;
- No escore geral da APS, que varia de 0 a 10, a nota final obtida na pesquisa foi 5,9, abaixo do escore que indica excelência na atenção à saúde (6,6). Ou seja, a nota obtida para o total do Brasil esteve pouco abaixo do valor considerado o mínimo ideal para uma boa qualidade dos serviços de Atenção Primária, de acordo com a metodologia do instrumento. Por exemplo, entre aqueles que referiram doença do coração resultou a nota 6,4; para diabetes, 6,3; para hipertensão, 6,2; e, para depressão, 6,1 – notas superiores às aquelas dadas por quem não possui essas morbidades. Aqueles que recebem visitas de agentes comunitários de saúde e/ou de agentes de combate às endemias também atribuíram nota superior ao serviço;
- Os idosos, que possuem mais morbidades e são os que mais utilizam os serviços de saúde, avaliaram o serviço com nota superior (6,1) quando comparados aos adultos de 18 a 39 anos (5,6) e aos adultos de 40 a 59 anos (5,9). Homens (5,9) e mulheres (5,8) avaliaram de forma semelhante esses serviços, assim como os moradores brancos (5,9) e os pardos/pretos (5,9).

O percentual de cobertura da ESF no Brasil em 2019 (43.755 vinculadas à ESF) – 64,47% da população brasileira (133.427.430 pessoas) coberta⁽⁴⁸⁾ – pode ter contribuído positivamente na avaliação da APS pelas pessoas que mais utilizam o SUS. Em 2019, segundo a PNS, 60,0% (44 milhões) dos domicílios eram cadastrados por uma unidade de saúde da família⁽⁵⁵⁾.

5.3 A ALTERAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DA APS

A Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019⁽⁵⁶⁾, institui a eAP e dispõe sobre o financiamento de Equipes de Saúde Bucal (eSB), com carga horária diferenciada, alterando as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017. Segundo o disposto na referida portaria, a eAP difere da eSF em sua composição, de modo a atender às características e às necessidades

de cada município, e deve observar as diretrizes da PNAB e os atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

As eAP devem ser compostas, no mínimo, por médicos – preferencialmente especialistas em Medicina de Família e Comunidade – e enfermeiros – preferencialmente especialistas em Saúde da Família – cadastrados em uma mesma unidade de saúde. A vedação à participação em mais de um eAP ou eSF não se aplica aos profissionais de eAP; portanto, a duplicidade de profissionais não é hipótese de suspensão de repasse. A partir dessa normativa, outras portarias foram publicadas. Citamos algumas:

- Portaria nº 47, de 19 de dezembro de 2019⁽⁵⁷⁾. Dispõe sobre os códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação;
- Portaria nº 49, de 27 de dezembro de 2019⁽⁵⁸⁾, e Portaria nº 3, de 14 de janeiro de 2020⁽⁵⁹⁾. Definem e homologam os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe e aos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde credenciados e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação;
- Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020⁽⁶⁰⁾. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e estabelece o prazo de 3 (três) competências após a implementação do disposto na Portaria para que os gestores municipais e estaduais reclassifiquem as equipes no novo formato;
- Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020⁽⁶¹⁾. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio, estabelecendo o prazo máximo de 6 (seis) competências, a contar da data de publicação da Portaria no Diário Oficial da União, para o credenciamento das novas equipes e serviços, por parte da gestão municipal, distrital ou estadual, no SCNES.

5.4 A IMPLEMENTAÇÃO DO POTENCIAL DE CADASTRO

Com a instituição do Programa Previne Brasil, foi estabelecido um quantitativo potencial de pessoas a serem cadastradas por equipe de acordo com a classificação geográfica do município (IBGE) para fins de financiamento da APS, dentro do componente da capitação ponderada (Quadro 1).

Para o parâmetro de cadastro por equipe (quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe) e o parâmetro por município (limite de cadastro por município) consideram-se: (i) a quantidade de equipes credenciadas; (ii) o parâmetro por equipe; e (iii) a população total do município definida pelo IBGE. Para o financiamento, consideram-se apenas equipes devidamente cadastradas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e homologadas pelo MS⁽⁶²⁾, conforme exemplo que consta da “Nota Técnica Explicativa – Relatório de Cadastro” da SAPS (Quadro 2).

O cadastro do cidadão é feito com o CPF ou o Cartão Nacional de Saúde (CNS), e pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde local. Ele subsidia o planejamento das equipes na oferta de serviços e no acompanhamento dos indivíduos no território.

Quadro 1 – Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de acordo com a classificação geográfica do município

Classificação do município pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eSF	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eAP, modalidade I – 20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eAP, modalidade II – 30 h
1 – Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2 – Intermediário adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3 – Rural adjacente			
4 – Intermediário remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5 – Rural remoto			

Fonte: Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019

Quadro 2 – Exemplo de potencial de cadastro considerando-se o parâmetro das equipes

Classificação do município pelo IBGE	População segundo o IBGE	Equipes credenciadas	Tipo de equipe	Potencial de cadastro por equipe (parâmetro por equipe)	Parâmetro por município
1 – Urbano	10.000 pessoas	2	eSF	4.000 pessoas	8.000
3 – Rural adjacente	10.000 pessoas	1	eAP 30h	2.063 pessoas	7.563
		2	eSF	2.750 pessoas	
5 – Rural remoto	10.000 pessoas	6	eSF	2.000 pessoas	12.000

Fonte:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/nota_tecnica_relatorio_cadastro.pdf

Com a Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020⁽⁶³⁾, que, em decorrência da epidemia do coronavírus (covid-19), declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), os prazos para a implementação dos valores pactuados para o Programa Previne Brasil foram sendo sucessivamente prorrogados no ano de 2020 por intermédio das Portarias nº 29, de 16 de abril de 2020⁽⁶⁴⁾; nº 42, de 16 de julho de 2020⁽⁶⁵⁾; e nº 59, de 26 de outubro de 2020⁽⁶⁶⁾.

Já a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021⁽⁶⁷⁾, em seu art. 2º, estabeleceu que, no ano de 2021, as regras para a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da APS no âmbito do Programa Previne Brasil observariam para a capitação ponderada o equivalente a 100% do potencial de cadastro referente ao incentivo financeiro da capitação ponderada do município ou do Distrito Federal, nas quatro primeiras competências financeiras.

Por fim, a Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021⁽⁶⁸⁾, prorrogou até dezembro de 2021 as regras para a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da APS, no âmbito do Programa Previne Brasil, previstos nos incisos II e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021.

Portanto, até aquele momento, o parâmetro de cadastro para os municípios ainda não era utilizado para fins de transferência de recursos financeiros.

5.5 O DESAFIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CENÁRIO ATUAL DE RESTRIÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DE LIMITE DE GASTOS

Apesar da ampliação da cobertura da ESF, o subfinanciamento do setor saúde, somado à destinação de orçamento desigual entre os gestores do SUS para o financiamento da APS, é um problema que vem se agravando nos últimos anos⁽⁴⁰⁾ e dificultando, portanto, o crescimento sustentável do número de eSF.

O número especial “O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil”, da revista *Saúde em Debate*⁽⁶⁹⁾, trouxe uma coletânea de artigos sobre estudos realizados por grupos de pesquisa de instituições de ensino superior participantes da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS), assim como de instituições de ensino superior envolvidas com a coleta de dados para a avaliação externa das eAP no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os artigos apontaram desafios históricos a serem enfrentados na APS: condição inadequada da rede física das Unidades Básicas de Saúde (UBS); financiamento insuficiente; dificuldades de integração da APS com a atenção especializada; e insuficiente incorporação de recursos humanos qualificados. Entretanto, os pesquisadores responsáveis pelos estudos que integram a coletânea⁽⁶⁸⁾ também ponderam ter havido por parte dos governos, principalmente o federal e os municipais, ações importantes direcionadas à ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de APS, entre as quais podemos citar: Programa Mais Médicos; Requalifica UBS; Sistema de Informação (e-SUS AB); e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Alguns pesquisadores chamam atenção para aspectos que tornam o financiamento da ESF problemático e instável através dos recursos municipais; dentre eles, podem-se citar os gastos do município com pessoal e o impasse de tais despesas, pagas via recursos de transferência. Os autores questionam se esses gastos devem ou não ser incluídos no limite da Lei de Responsabilidade Fiscal. Em síntese, no que tange à esfera federal, até 2017 predominou a lógica de financiamento fragmentado, atrelado à adesão dos municípios a programas específicos⁽⁷⁰⁾.

A capacidade de ampliação, por parte dos municípios, da aplicação de recursos próprios em APS está restringida também quando analisada em conjunto com as competências constitucionais de tributar e com a receita disponível de cada ente da

Federação, respectivamente: União (69% e 57%), estados (25% e 25%) e municípios (6% e 18%). Pela moda (variação mais frequente de uma distribuição), o financiamento da APS nos municípios se comporta da seguinte forma: 70% provêm do município e 30%, da esfera federal⁽⁷¹⁾.

Já o cenário de subfinanciamento público da saúde tende a se agravar em decorrência da Emenda Constitucional nº 95/2016, que limita os gastos federais (com exceção do pagamento de juros sobre a dívida pública) pelos próximos 20 anos a um teto definido pelo montante gasto no ano anterior reajustado pela inflação acumulada, aferida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Na prática, essa medida significa o congelamento real das despesas federais, com redução progressiva do gasto público em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) e ao número de habitantes. Tais despesas não poderão acompanhar o crescimento da renda e da população, agravando ainda mais a situação de subfinanciamento público da saúde⁽⁴⁰⁾ e, conseqüentemente, trazendo implicações para o financiamento da APS.

O cenário de subfinanciamento do setor saúde, a destinação de orçamento desigual entre os gestores do SUS para o financiamento da APS e os gastos crescentes com a área da saúde colocam em risco a sustentabilidade financeira do sistema de saúde brasileiro.

Um estudo coordenado pelo Instituto Coalizão Saúde⁽⁷²⁾ aponta que até 2030 a população brasileira idosa (acima de 60 anos) deverá triplicar, equiparando nossa pirâmide etária à do Japão atual, mas com um PIB *per capita* muito menor. Além disso, cerca de apenas 10% dos idosos de renda média terão condições de contar com uma cobertura de plano de saúde privado. Segundo o estudo, se continuarem evoluindo com a mesma taxa dos últimos anos, os gastos poderão chegar a representar de 20 a 25% do PIB em 2030, implicando um investimento adicional de aproximadamente R\$ 10 trilhões e tornando o sistema insustentável (a média dos países desenvolvidos é de 10% do PIB). Outro problema abordado é o fato de o Brasil gastar mais com média e alta complexidades do que países de referência: 67% do orçamento total é gasto com esses níveis de atenção, enquanto a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de 55%.

Como parte da solução para esse problema, o instituto recomenda que o país busque se aproximar da média da OCDE. O restante dos recursos deve ser direcionado para a atenção básica e ambulatorial, considerando-se que a Atenção Primária é mais eficaz para doenças crônicas e permite, portanto, a coordenação do

cuidado e o acompanhamento desses casos, evitando assim internações desnecessárias. É possível, dessa forma, evoluir significativamente na redução de internações⁽⁷²⁾.

No Brasil, 31% das internações poderiam ser evitadas com a expansão da Atenção Primária, em especial internações causadas por complicações de doenças crônicas (por exemplo, amputações em pacientes diabéticos). Para tanto, devem ser promovidos o fortalecimento da qualidade e o avanço da Atenção Primária não apenas no setor público, mas também no setor privado. Em outros países, o estudo do instituto traz que o número de internações causadas por problemas que poderiam ser combatidos pela Atenção Básica é significativamente menor; por exemplo, 4% no Reino Unido e na Austrália, 5% no Canadá e 8% nos Estados Unidos⁽⁷²⁾.

Aumentar a participação do setor privado na gestão da saúde e criar mecanismos para melhorar a eficiência do gasto público; mudar o modelo de remuneração da saúde no Brasil, alinhando-o com outros modelos internacionais; aumentar o investimento público no setor, especialmente por parte do governo federal; fortalecer a Atenção Primária, valorizando a medicina de família e a equipe multiprofissional; e ampliar o acesso a medicamentos e garantir maior adesão a tratamentos são algumas das proposições contidas no estudo com o intuito de modificar a tendência atual de aumento de gastos⁽⁷²⁾.

A busca por expandir a cobertura e ampliar a qualidade de serviços de APS no Brasil seguindo os atributos essenciais definidos por Starfield (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação)⁽⁷³⁾ exige capacidade contínua de inovação na formulação e na implantação de políticas, modelos e práticas em saúde no SUS. Essa necessidade foi reforçada diante do contexto de crise econômica e política que o país atravessa desde 2014, seguido pela introdução de políticas de austeridade de longo prazo em 2016⁽⁷⁴⁾. Após um período de expansão do gasto em saúde no Brasil, ocorrido de 2000 a 2015 (de 7,0% para 9,1% do PIB), que permitiu promover aumentos progressivos do gasto público em saúde, houve a partir de 2015 uma inversão de tendência, com queda no gasto governamental *per capita* em saúde^(12,74).

Como relatado no estudo *Consolidação do gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) das três esferas de governo no período de 2003 a 2017*, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o grande desafio atual para o financiamento do SUS é o congelamento, até 2036, das despesas primárias do

governo federal determinado pela EC nº 95/2016. Será muito difícil que, no limite do teto de despesas do Poder Executivo, se encontrem recursos que possam ser destinados a aumentar a participação do governo federal no financiamento do SUS, embora a evolução de indicadores demográficos e epidemiológicos, além da necessidade de cobrir insuficiências de oferta e de não aprofundar a defasagem tecnológica dos serviços públicos de saúde, aponte para a necessidade de manter o crescimento dos recursos federais para o sistema – mesmo porque a maioria dos estados e dos municípios encontra-se em situação fiscal preocupante⁽⁷⁵⁾.

Portanto, embora seja importante o aumento progressivo da eficiência nos gastos com os serviços de saúde, é fundamental que ocorra uma maior participação do governo federal no financiamento do SUS.

É fundamental também que o financiamento seja direcionado a promover a sustentação do “sistema universal de saúde” adotado pelo Brasil, diferentemente de outros modelos de sistema, que, apesar de utilizarem o termo “cobertura universal”, definem pacotes básicos de serviços e usam de uma abordagem seletiva. O modelo brasileiro permitiu a expansão de serviços de APS no país, incluindo áreas remotas e desfavorecidas, ampliando o acesso à atenção coletiva e individual e produzindo impactos positivos na saúde da população⁽⁷⁶⁾.

Evidências mostram que os países que organizaram seus sistemas de saúde com base em um conceito de APS abrangente conseguiram melhores resultados de saúde e maior equidade na distribuição da oferta⁽¹⁾, estando em melhor posição para alcançar os ODS^(77,78).

6 MÉTODO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem quantitativa. Foi utilizado como fonte de dados o SISAB⁽²⁸⁾.

O período do estudo teve como ponto inicial o 3º Quadrimestre (Q3) de 2019 – pelo fato de o programa ter sido criado em 12 de novembro de 2019 e implementado a partir do ano de 2020 – e, como ponto final, o Q3 de 2021.

6.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL E DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

O estudo abrange os municípios com eSF e eAP homologadas pelo Ministério da Saúde nos anos de 2019 e 2021 dentre os 5.570 municípios brasileiros, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição dos municípios brasileiros segundo o porte populacional e a tipologia municipal rural-urbano (IBGE)

Região	UF	Porte populacional				Tipologia rural urbana				
		Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte	Metrópole	Urbano	Intermediário Adjacente	Intermediário Remoto	Rural Adjacente	Rural Remoto
Norte	AC	20	1	1	0	7	4	0	11	0
	AM	52	7	2	1	18	3	0	40	1
	AP	13	1	2	0	5	1	0	9	1
	PA	98	28	17	1	53	25	0	66	0
	RO	45	4	3	0	18	7	2	22	3
	RR	14	0	1	0	3	2	1	9	0
	TO	134	3	2	0	26	13	3	84	13
total		376	44	28	2	130	55	6	241	18
Nordeste	AL	91	9	1	1	31	10	0	54	7
	BA	371	29	16	1	116	50	5	227	19
	CE	148	27	8	1	68	23	0	86	7
	MA	192	16	8	1	56	19	0	132	10
	PB	213	6	4	0	57	22	0	128	16
	PE	149	23	12	1	48	23	0	105	9
	PI	219	3	2	0	62	34	3	115	10
	RN	159	4	4	0	44	20	2	90	11
	SE	68	4	3	0	23	5	1	45	1
total		1.610	121	58	5	505	206	11	982	90
Centro-oeste	GO	222	10	13	1	68	29	2	127	20
	DF	0	0	0	1	0	0	0	1	0
	MS	71	4	3	1	22	7	1	44	5
	MT	130	6	5	0	37	15	3	79	7
total		423	20	21	3	127	51	6	251	32
Sudeste	ES	66	2	10	0	21	6	2	45	4
	MG	782	38	32	1	202	119	9	472	51
	RJ	54	8	27	3	28	8	1	51	4
	SP	506	58	78	3	176	82	6	337	44
total		1.408	106	147	7	427	215	18	905	103
Sul	PR	363	15	20	1	84	54	3	226	32
	RS	452	26	18	1	124	65	12	268	28
	SC	265	17	13	0	60	41	4	170	20
total		1.080	58	51	2	268	160	19	664	80
TOTAL BRASIL		4.897	349	305	19	1.457	687	60	3.043	323

Fonte: Elaboração do autor com base na classificação do IBGE

6.3 ETAPAS DA PESQUISA

Os municípios foram organizados em dois grupos:

- 1º grupo – tipologia municipal rural-urbano: urbano; intermediário adjacente; intermediário remoto; rural adjacente; e rural remoto;

- 2º grupo – porte populacional: pequeno porte: até 50.000 habitantes; médio porte: entre 50.001 e 100.000 habitantes; grande porte: entre 100.001 e 900.000 habitantes; e metrópole: acima de 900.000 habitantes.

Para a avaliação da evolução do cadastro, cada município foi analisado de acordo com os cadastros de população informados no SISAB em relação ao parâmetro de cadastros esperados. A proporção dos cadastros foi calculada utilizando-se a fórmula:

$$(\text{Total de cadastros informados}) / (\text{Parâmetro esperado de cadastro}) \times 100$$

Após essa etapa, todos os municípios dentro de cada um dos dois grupos (tipologia municipal rural-urbano e porte populacional) foram classificados de acordo com a proporção de cadastros, apurada da seguinte forma:

- Municípios com aumento;
- Municípios com estabilidade;
- Municípios com redução.

6.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de acesso ao e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br>), uma plataforma *web* na qual estão disponíveis informações para apoio à gestão, nos estados e municípios, dos programas e serviços disponíveis.

O e-Gestor AB possui ambientes de acesso público e de acesso restrito, de forma a facilitar o gerenciamento de dados da APS pelos gestores e pelos profissionais de saúde. A plataforma permite, assim, o acesso a informações que podem auxiliar a organização e o planejamento dos serviços de saúde.

No acesso público do e-Gestor AB encontram-se disponíveis relatórios públicos e demais informações para os gestores, sem a necessidade de *log-in* e senha.

A plataforma permite o acesso aos sistemas da APS, dentre eles o SISAB. Através do acesso restrito do e-Gestor AB, utilizando CPF e senha previamente

cadastrados, os gestores podem consultar informações detalhadas de seus municípios.

O SISAB foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e adesão aos programas e às estratégias da PNAB, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Acessando-se o SISAB, é possível obter informações do território por meio de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe de saúde da APS.

6.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a comparação dos resultados entre as tipologias rural-urbano e entre os portes populacionais dos municípios, foram calculadas a média e a proporção média para o conjunto de municípios que **reduziram e aumentaram** a proporção de cadastros.

O Intervalo de Confiança (IC) foi calculado com base na proporção de cadastros para os resultados gerais, em nível de Brasil e nos demais grupos:

- Limite inferior: média da proporção de cadastros – $[1,96 \times ((\text{Desvio-padrão})/\sqrt{(\text{tamanho amostral})})]$;
- Limite superior: média da proporção de cadastros + $[1,96 \times ((\text{Desvio-padrão})/\sqrt{(\text{tamanho amostral})})]$

Para a tabulação dos dados e os cálculos necessários ao estudo, foi utilizado o programa Microsoft Excel.

6.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo consultou informações públicas do SISAB⁽²⁸⁾ dos anos de 2019 e 2021. Foram utilizadas informações agregadas, sem possibilidade de identificação das pessoas cadastradas pelas eSF e pelas eAP. Desse modo, levando-se em consideração o disposto no art. 1º da Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016⁽⁷⁹⁾, a presente pesquisa não careceu de ser registrada nem avaliada pelo sistema de

Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão expostos através da publicação um artigo científico de acesso público e gratuito em periódico de saúde coletiva e de um relatório técnico apresentado à SAPS, por ser esta a secretaria do Ministério da Saúde responsável pela coordenação em nível federal da PNAB e, dessa forma, apoiar os gestores no aperfeiçoamento da referida política com análises mais detalhadas sobre a evolução do cadastro da população na APS.

Apresentaremos inicialmente uma análise geral e, depois, análises detalhadas para cada um dos dois grupos objeto do estudo (1º grupo – tipologia municipal rural-urbano; 2º grupo – porte populacional).

7.1 GERAL

Tabela 1 – Dados dos quadrimestres analisados no estudo

Quadrimestre/ano	Nº de municípios com equipes homologadas	Nº de equipes homologadas	População cadastrada
Q3.2019	5.517	45.589	98.922.662
Q3.2021	5.568	52.626	154.187.618

Fonte:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>

Tabela 2 – Comparação da população cadastrada por região

Região	Q3.2019	Q3.2021	Percentual
Nordeste	32.477.849	47.336.231	46%
Sudeste	34.216.891	57.458.302	68%
Centro-Oeste	7.597.242	11.691.902	54%
Norte	7.648.890	12.760.559	67%
Sul	16.981.790	24.940.624	47%

Fonte:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>

Tabela 3 – Comparação da população cadastrada por Unidade da Federação

UF	Q3.2019	Q3.2021	Percentual
Acre	444.968	674.613	51,61%
Alagoas	1.993.537	2.557.003	28,26%
Amazonas	1.781.303	3.071.460	72,43%
Amapá	175.532	390.108	122,24%
Bahia	7.470.787	11.390.734	52,47%
Ceará	5.564.314	8.502.030	52,80%
Distrito Federal	912.687	1.718.266	88,26%
Espírito Santo	1.838.247	3.085.432	67,85%
Goiás	3.070.855	4.760.767	55,03%
Maranhão	3.814.592	5.751.897	50,79%
Minas Gerais	13.442.248	18.750.427	39,49%
Mato Grosso do Sul	1.598.370	2.296.589	43,68%
Mato Grosso	2.015.330	2.916.280	44,70%
Pará	2.660.259	5.246.741	97,23%
Paraíba	2.852.261	3.722.601	30,51%
Pernambuco	5.137.711	7.203.490	40,21%
Piauí	2.534.082	3.324.598	31,20%
Paraná	6.217.712	9.763.572	57,03%
Rio de Janeiro	4.865.590	10.164.516	108,91%
Rio Grande do Norte	1.986.899	2.799.698	40,91%
Rondônia	1.095.694	1.380.343	25,98%
Roraima	311.085	500.587	60,92%
Rio Grande do Sul	5.278.029	7.998.664	51,55%
Santa Catarina	5.486.049	7.178.388	30,85%
Sergipe	1.123.666	2.084.180	85,48%
São Paulo	14.070.806	25.457.927	80,93%
Tocantins	1.180.049	1.496.707	26,83%

Fonte:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>

Tabela 4 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para todos os municípios

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q.2019	0,0%	355,5%	81,2%	84,3%	(80,5; 82,0)
Q.2021	0,0%	827,8%	108,4%	105,5%	(107,5; 109,2)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021

Absoluta: em média 9.931 cadastros por município

IC: (8.321; 11.540)

Percentual: 27,2%

IC: (26,4%; 27,9%)

Tabela 5 – Número e percentual de municípios que diminuíram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	23	0,4	-19.335
Estabilidade	1.308	23,5	-
Aumento	4.237	76,1	53.230.208

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	-841	-10,2
(+)	12.563	29,8

Fonte: Elaboração do autor

- 23 municípios (0,4%) apresentaram **redução** no total de cadastros (-19.335 pessoas);
- 1.308 municípios (23,5%) apresentaram cadastro **igual ou superior** ao parâmetro esperado;
- 4.237 municípios (76,1%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (53.230.208 pessoas).

Quadro 4 – Média para todos os municípios que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Absoluta: em média -841 cadastros Média: -10,2%	Absoluta: em média 12.563 cadastros Média: 29,8%

Fonte: Elaboração do autor

7.2 1º GRUPO – TIPOLOGIA MUNICIPAL RURAL-URBANO

Tabela 6 – Dados referentes ao 1º grupo – tipologia municipal rural-urbano

Tipologia municipal rural-urbano	Nº de municípios com equipes homologadas		Nº de equipes homologadas		População cadastrada	
	Q3.2019	Q3.2021	Q3.2019	Q3.2021	Q3.2019	Q3.2021
Urbano	1.438	1.455	28.424	34.043	64.333.377	108.196.819
Intermediário adjacente	678	687	4.254	4.669	9.234.127	12.306.907
Intermediário remoto	60	60	378	432	795.475	1.239.253
Rural adjacente	3.019	3.043	11.344	12.146	22.277.313	29.176.018
Rural remoto	322	323	1.189	1.336	2.282.370	3.268.621
Total (Brasil)	5.517	5.568	45.589	52.626	98.922.662	154.187.618

Fonte:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>

7.2.1 Análise do cadastro para a tipologia municipal urbana

Tabela 7 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia urbana

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q3.2019	0,0%	155,8%	65,0%	66,3%	(63,6; 66,3)
Q3.2021	8,6%	224,3%	96,0%	96,6%	(94,9; 97,1)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021

Absoluta: em média 30.147 cadastros por município

IC: (24.118; 36.175)

Percentual: 31%

IC: (29,9%; 32,2%)

Tabela 8 – Número e percentual de municípios de tipologia urbana que diminuíram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	5	0,3	-3.301
Estabilidade	112	7,7	-
Aumento	1.338	92,0	43.498.541

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	-660	-6,8
(+)	32.510	32,4

Fonte: Elaboração do autor

- 5 municípios (0,3%) apresentaram **redução** no total de cadastros (-3.301 pessoas);
- 112 municípios (7,7%) apresentaram cadastro **igual ou superior** ao parâmetro esperado;
- 1.338 municípios (92,0%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (43.498.541 pessoas).

Quadro 5 – Média para os grupos de municípios de tipologia urbana que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Absoluta: em média 660 cadastros Média: -6,8%	Absoluta: em média 32.510 cadastros Média: 32,4%

Fonte: Elaboração do autor

7.2.2 Análise do cadastro para a tipologia municipal intermediária adjacente

Tabela 9 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia intermediária adjacente

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q3.2019	0,0%	191,1%	83,6%	85,9%	(81,6; 85,5)
Q3.2021	0,0%	381,5%	110,3%	106,6%	(108,3; 112,2)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021

Absoluta: em média 4.479 cadastros por município

IC: (4.138; 4.820)

Percentual: 26,7%

IC: (24,8%; 28,6%)

Tabela 10 – Número e percentual de municípios de tipologia intermediária adjacente que diminuíram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	3	0,4	-6.766
Estabilidade	163	23,7	-
Aumento	521	75,8	2.706.235

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	-2.255	-41,5
(+)	5.194	29,3

Fonte: Elaboração do autor

- 3 municípios (0,4%) apresentaram **redução** no total de cadastros (-6.766 pessoas);
- 163 municípios (23,7%) apresentaram cadastro **igual ou superior** ao parâmetro esperado;
- 521 municípios (75,8%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (2.706.235 pessoas).

Quadro 6 – Média para os grupos de municípios de tipologia intermediária adjacente que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Absoluta: em média -2.255 cadastros Média: -41,5%	Absoluta: em média 5.194 cadastros Média: 29,3%

Fonte: Elaboração do autor

7.2.3 Análise do cadastro para a tipologia municipal intermediária remota

Tabela 11 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia intermediária remota

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q3.2019	17,2%	197,0%	103,6%	104,6%	(92,9; 114,2)
Q3.2021	33,3%	827,8%	166,8%	147,8%	(141,3; 192,3)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021

Absoluta: em média 7.396 cadastros por município

IC: (5.780; 9.012)

Percentual: 63,3%

IC: (38,6%; 88,0%)

Tabela 12 – Número e percentual de municípios de tipologia intermediária adjacente que diminuíram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	0	0,0	0
Estabilidade	32	53,3	-
Aumento	28	46,7	249.114

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	0	0,0
(+)	8.897	81,1

Fonte: Elaboração do autor

- Nenhum município (0,0%) apresentou **redução** no total de cadastros (0 pessoas);
- 32 municípios (53,3%) apresentaram cadastro **igual ou superior** ao parâmetro esperado;
- 28 municípios (46,7%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (249.114 pessoas).

Quadro 7 – Média para os grupos de municípios de tipologia intermediária remota que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Absoluta: em média 0 cadastros Média: 0%	Absoluta: em média 8.897 cadastros Média: 81,1%

Fonte: Elaboração do autor

7.2.4 Análise do cadastro para a tipologia municipal rural adjacente

Tabela 13 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia rural adjacente

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q3.2019	0,0%	355,5%	86,3%	89,0%	(85,4; 87,2)
Q3.2021	0,0%	626,2%	109,6%	107,8%	(108,7; 110,5)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021

Absoluta: em média 2.269 cadastros por município

IC: (2.166; 2.371)

Percentual: 23,3%

IC: (22,5%; 24,2%)

Tabela 14 – Número e percentual de municípios de tipologia rural adjacente que diminuíram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de Municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	15	0,5	-9.268
Estabilidade	859	28,2	-
Aumento	2.169	71,3	6.168.122

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	-618	-5,1
(+)	2.844	26,9

Fonte: Elaboração do autor

- 15 municípios (0,5%) apresentaram **redução** no total de cadastros (-9.268 pessoas);
- 859 municípios (28,2%) apresentaram cadastro **igual ou superior** ao parâmetro esperado;
- 2.169 municípios (70,3%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (6.168.122 pessoas).

Quadro 8 – Média para os grupos de municípios de tipologia rural adjacente que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Absoluta: em média -618 cadastros Média: -5,1%	Absoluta: em média 2.844 cadastros Média: 26,9%

Fonte: Elaboração do autor

7.2.5 Análise do cadastro para a tipologia municipal rural remota

Tabela 15 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de tipologia rural remota

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q3.2019	0,0%	246,2%	97,7%	94,8%	(94,0; 101,5)
Q3.2021	0,0%	802,5%	137,7%	121,2%	(130,9; 144,6)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021

Absoluta: em média 3.053 cadastros por município

IC: (2.666; 3.441)

Percentual: 40%

IC: (34,6%; 45,3%)

Tabela 16 – Número e percentual de municípios de tipologia rural remota que diminuíram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	0	0,0	0
Estabilidade	142	44,0	-
Aumento	181	56,0	608.196

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	0	0,0
(+)	3.360	38,5

Fonte: Elaboração do autor

- Nenhum município (0,0%) apresentou **redução** no total de cadastros (0 pessoas);
- 142 municípios (44,0%) apresentaram cadastro **igual ou superior** ao parâmetro esperado;
- 181 municípios (56,0%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (608.196 pessoas).

Quadro 9 – Média para os grupos de municípios de tipologia rural remota que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Absoluta: em média 0 cadastros Média: 0%	Absoluta: em média 3.360 cadastros Média: 38,5%

Fonte: Elaboração do autor

7.2.6 Análise do cadastro entre as cinco tipologias municipais rural-remoto

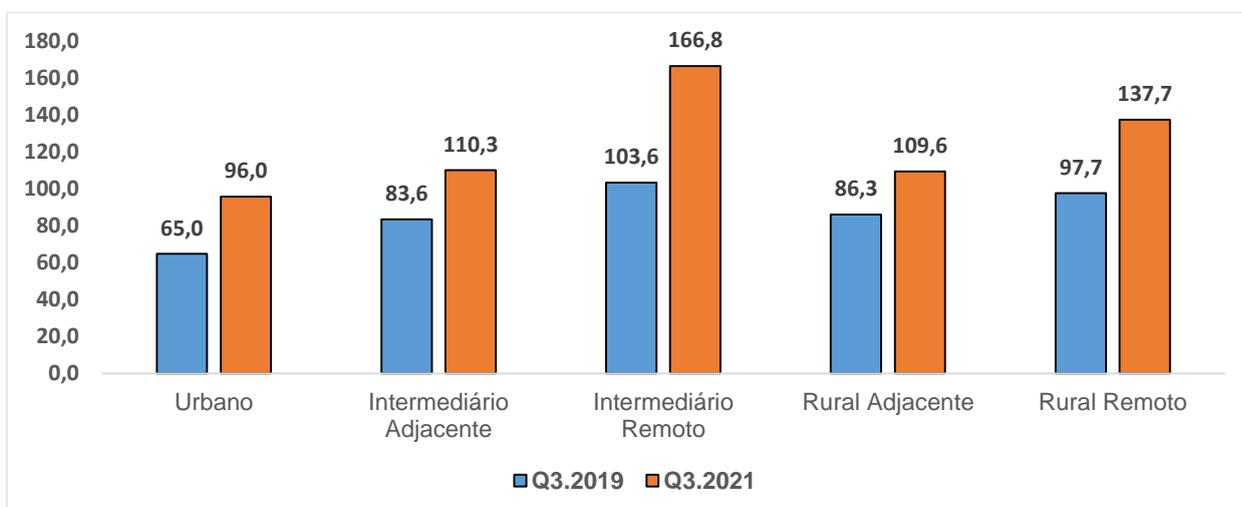


Gráfico 1 – Proporção de cadastros de acordo com a tipologia municipal rural-urbano

Fonte: Elaboração do autor

Observa-se no Gráfico 1 que em todas as tipologias houve um aumento na proporção de cadastros entre o Q3.2019 e o Q3.2021.

Para as tipologias intermediária remota e rural remota, a proporção de cadastros no Q3.2019 já apresentava resultados em torno de 100%, com 103,6% e 97,7%, respectivamente; e o Q3.2021 apresentou resultados ainda mais expressivos, com 166,8 % e 137,7%, respectivamente.

Embora as tipologias urbana, intermediária adjacente e rural adjacente tenham as menores proporções de cadastros, vale considerar o aumento expressivo em sua evolução: a primeira com 96% e as demais acima de 100% (109,6%,110,3% e 109,6%).

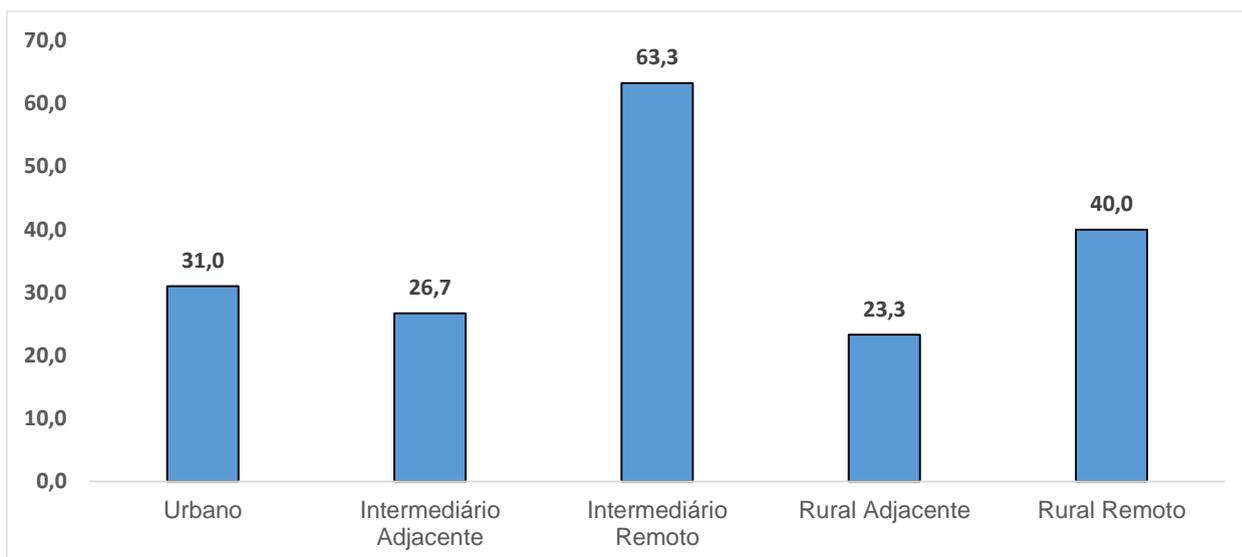


Gráfico 2 – Diferença média de evolução dos percentuais entre o Q3.2021 e o Q3.2019 por tipologia municipal rural-urbano

Fonte: Elaboração do autor

Comparando-se a evolução média da proporção de cadastros em cada tipologia, nota-se que o maior impacto recaiu sobre as tipologias intermediária remota e rural remota, com 63,3% e 40%, respectivamente (Gráfico 2).

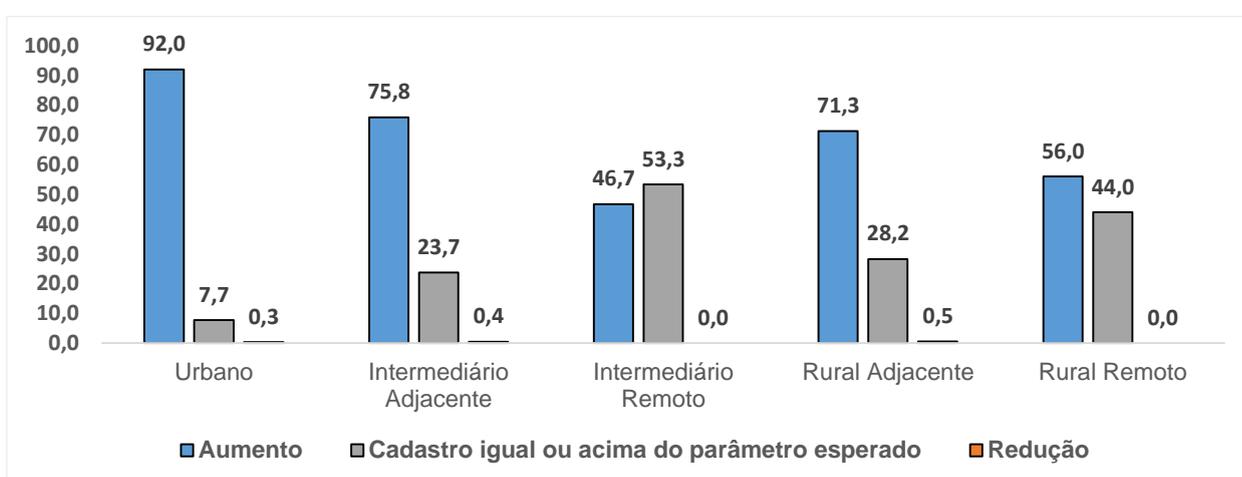


Gráfico 3 – Percentual de municípios que diminuíram e aumentaram o cadastro de acordo com a tipologia municipal rural-urbano

Fonte: Elaboração do autor

O Gráfico 3 demonstra que, considerando-se todas as tipologias, 1,2% dos municípios tiveram redução no cadastro informado entre o Q3.2019 e o Q3.2021. Os municípios de tipologia urbana, com 92%, intermediária adjacente, com 75,8%, e rural adjacente, com 71,3%, apresentaram um aumento superior ao das demais tipologias.

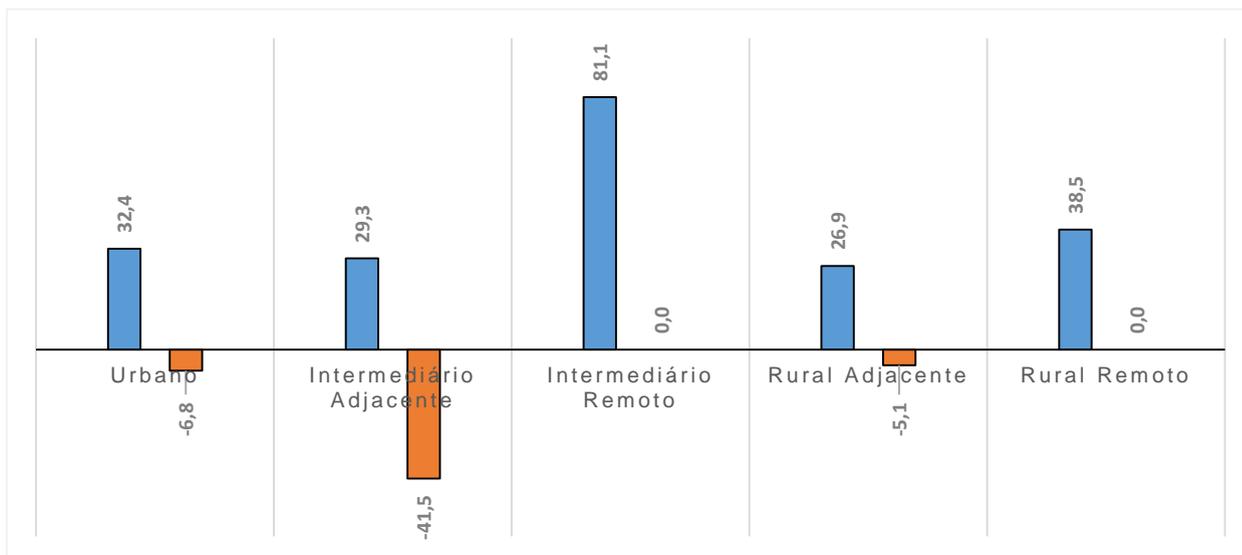


Gráfico 4 – Impacto na proporção de cadastros para os grupos que diminuíram e aumentaram a capitação

Fonte: Elaboração do autor

O Gráfico 4 demonstra que, mesmo entre as tipologias que apresentaram **redução** na capitação (com exceção da intermediária adjacente), a proporção média de municípios com **aumento** de cadastros tem o impacto mais expressivo.

Para a tipologia intermediária adjacente, a proporção média de municípios que reduziram a capitação foi de 41,5%; entretanto, esse percentual está relacionado a **apenas três municípios** – inclusive, dois desses municípios não possuem nenhum cadastro informado no Q3.2021.

É importante ressaltar a evolução da proporção de cadastros na tipologia urbana, que apresentava no final de 2019 a menor proporção entre as tipologias, com 65%, alcançando 96% no final de 2021.

Obviamente, o cadastro de usuários na APS está diretamente relacionado à disponibilidade de equipes de saúde para a realização do cadastramento das famílias no território.

Nesta categoria, composta por 1.438 municípios, ocorreu no período analisado um aumento de 5.619 equipes de saúde, o que corresponde a 80% do incremento de 7.037 equipes que ocorreu em nível nacional entre o Q3.20219 e o Q3.2021. Houve em média quatro equipes a mais por município nessa categoria. Trata-se da maior média entre as tipologias, o que ajuda a explicar os bons resultados.

7.3 2º GRUPO – PORTE POPULACIONAL

Tabela 17 – Dados referentes ao 2º grupo – porte populacional

Porte	Nº de municípios com equipes homologadas		Nº de equipe homologadas		População cadastrada	
	Q3.2019	Q3.2021	Q3.2019	Q3.2021	Q3.2019	Q3.2021
Pequeno porte	4.850	4.892	21.739	23.680	45.775.558	61.261.391
Médio porte	348	350	5.447	6.244	12.748.417	19.202.747
Grande porte	301	307	11.822	14.895	26.282.505	46.360.557
Metrópole	18	19	6.581	7.807	14.116.182	27.362.923
Total (Brasil)	5.517	5.568	45.589	52.626	98.922.662	154.187.618

Fonte:
<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>
 ml

7.3.1 Análise do cadastro para os municípios de pequeno porte**Tabela 18** – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de pequeno porte

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q3.2019	0,0%	355,5%	84,7%	87,2%	(83,9; 85,5)
Q3.2021	0,0%	802,5%	110,4%	107,1%	(109,6; 111,3)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021

Absoluta: em média 3.167 cadastros por município

IC: (3.061; 3.274)

Percentual: 25,7%

IC: (25,0%; 26,5%)

Tabela 19 – Número e percentual de municípios de pequeno porte que diminuíram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	23	0,5	-19.335
Estabilidade	1.296	26,5	-
Aumento	3.573	73,0	13.613.094

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	-841	-10,2
(+)	3.810	28,3

Fonte: Elaboração do autor

- 23 municípios (0,5%) apresentaram **redução** no total de cadastros (-19.335 pessoas);
- 1.296 municípios (26,5%) apresentaram cadastro **igual ou superior** ao parâmetro esperado;
- 3.573 municípios (73,0%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (13.613.094 pessoas).

Quadro 10 – Média para os grupos de municípios de porte pequeno que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Absoluta: em média -841 cadastros Média: -10,2%	Absoluta: em média 3.810 cadastros Média: 28,3%

Fonte: Elaboração do autor

7.3.2 Análise do cadastro para os municípios de médio porte

Tabela 20 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de médio porte

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q3.2019	3,7%	197,0%	62,3%	62,3%	(59,9; 64,6)
Q3.2021	32,4%	827,8%	97,8%	94,3%	(93,0; 102,6)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021**Absoluta:** em média 18.441 cadastros por município**IC:** (17.406; 19.476)**Percentual:** 35,5%**IC:** (30,9%; 40,2%)**Tabela 21** – Número e percentual de municípios de médio porte que diminuíram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	0	0,0	0
Estabilidade	11	3,1	-
Aumento	339	96,9	6.318.463

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	0	0,0
(+)	18.639	35,5

Fonte: Elaboração do autor

- Nenhum município (0%) apresentou **redução** no total de cadastros (0 pessoas);
- 11 municípios (3,1%) apresentaram cadastro **igual ou superior** ao parâmetro esperado;
- 339 municípios (96,9%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (6.318.463 pessoas).

Quadro 11 – Média para os grupos de municípios de médio porte que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Absoluta: em média 0 cadastros Média: 0%	Absoluta: em média 18.639 cadastros Média: 35,5%

Fonte: Elaboração do autor

7.3.3 Análise do cadastro para os municípios de grande porte

Tabela 22 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios de grande porte

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q3.2019	0%	105,0%	49,5%	50,2%	(47,0; 52,0)
Q3.2021	8,6%	204,1%	89,2%	89,6%	(86,7; 91,7%)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021

Absoluta: em média 65.401 cadastros por município

IC: (59.009; 71.793)

Percentual: 39,7%

IC: (36,9%; 42,5%)

Tabela 23 – Número e percentual de municípios de grande porte que diminuíram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de Municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	0	0,0	0
Estabilidade	1	0,3	-
Aumento	306	99,7	20.051.910

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	0	0,0
(+)	65.529	39,7

Fonte: Elaboração do autor

- Nenhum município (0 %) apresentou **redução** no total de cadastros;
- 1 município (0,3%) apresentou cadastro **igual ou superior** ao parâmetro esperado;
- 306 municípios (99,7%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (20.051.910 pessoas).

Quadro 12 – Média para os grupos de municípios de grande porte que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Absoluta: em média 0 cadastros Média: 0%	Absoluta: em média 65.529 cadastros Média: 39,7%

Fonte: Elaboração do autor

7.3.4 Análise do cadastro para os municípios classificados como metrópoles

Tabela 24 – Proporção de cadastros em relação ao parâmetro para os municípios classificados como metrópoles

Quadrimestre/ano	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	IC
Q3.2019	10,3%	74,1%	45,7%	48,1%	(37,8; 53,5)
Q3.2021	47,9%	133,3%	87,6%	84,7%	(77,9; 97,3)

Fonte: Elaboração do autor

Média das diferenças entre 2019 e 2021

Absoluta: em média 697.197 cadastros por município

IC: (377.426; 1.016.968)

Percentual: 41,9%

IC: (35,5%; 48,4%)

Tabela 25 – Número e percentual de municípios classificados como metrópoles que diminuiram e aumentaram o cadastro

Brasil	Nº de municípios	Municípios (%)	Cadastros
Redução	0	0,0	0
Estabilidade	0	0,0	-
Aumento	19	100,0	13.246.741

Grupo	Média absoluta de cadastros	Média (%) de cadastros
(-)	0	0,0
(+)	697.197	41,9

Fonte: Elaboração do autor

- 19 municípios (100%) apresentaram **aumento** no total de cadastros (13.246.741 pessoas).

Quadro 13 – Média para os grupos de municípios classificados como metrópoles que reduziram e aumentaram o cadastro

Grupo (-)	Grupo (+)
Nenhum município teve redução	Absoluta: em média 697.197 cadastros Média: 41,9%

Fonte: Elaboração do autor

7.3.5 Análise do cadastro entre os quatro portes populacionais dos municípios

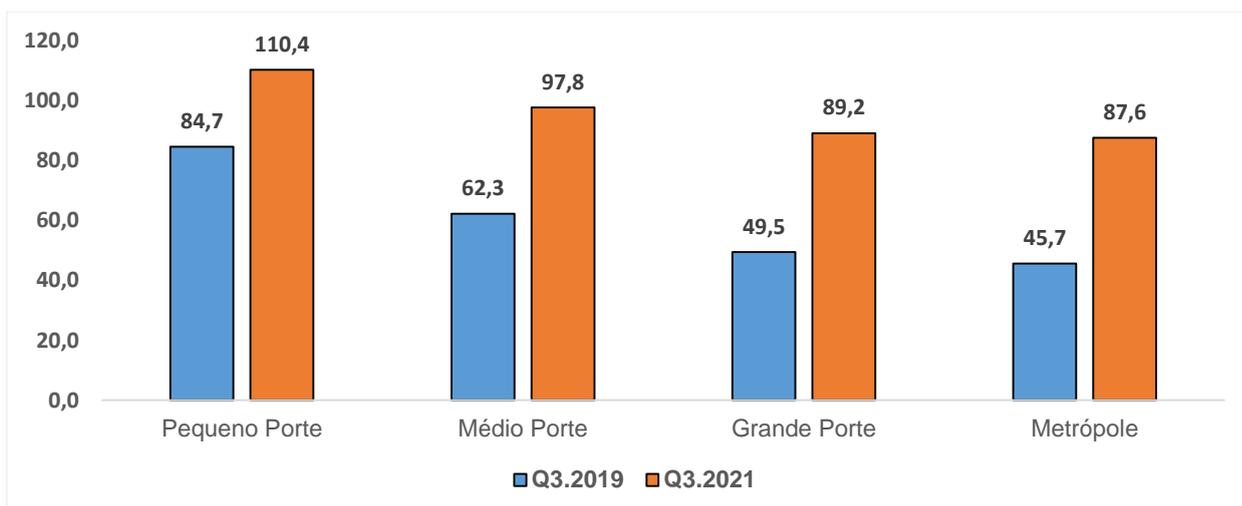


Gráfico 5 – Proporção de cadastros de acordo com o porte populacional

Fonte: Elaboração do autor

Observa-se no Gráfico 5 que em todos os portes houve um aumento na proporção de cadastros entre o Q3.2019 e o Q3.2021.

Para os municípios de pequeno porte, a proporção de cadastros nos dois períodos avaliados apresentou um resultado melhor quando comparado ao dos municípios dos demais portes (Q3.2019 – 84,7%; Q3.2021 – 110,4%).

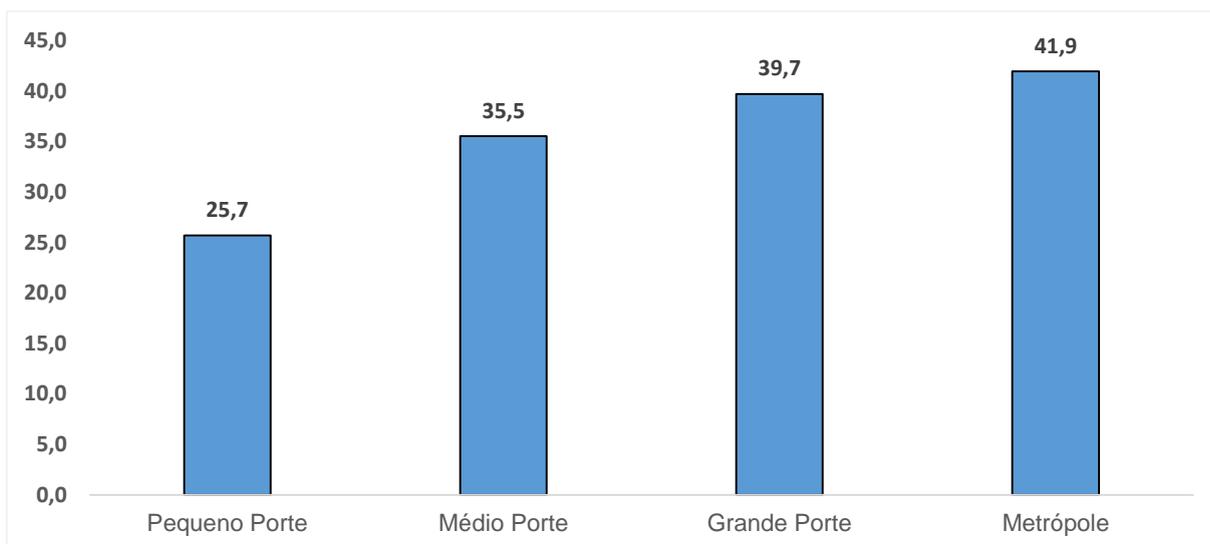


Gráfico 6 – Diferença média da evolução dos percentuais entre o Q3.2021 e o Q3.2019 por porte populacional

Fonte: Elaboração do autor

Comparando-se a evolução média da proporção de cadastro em cada grupo, nota-se que o maior impacto se deu nas metrópoles, com 41,9%.

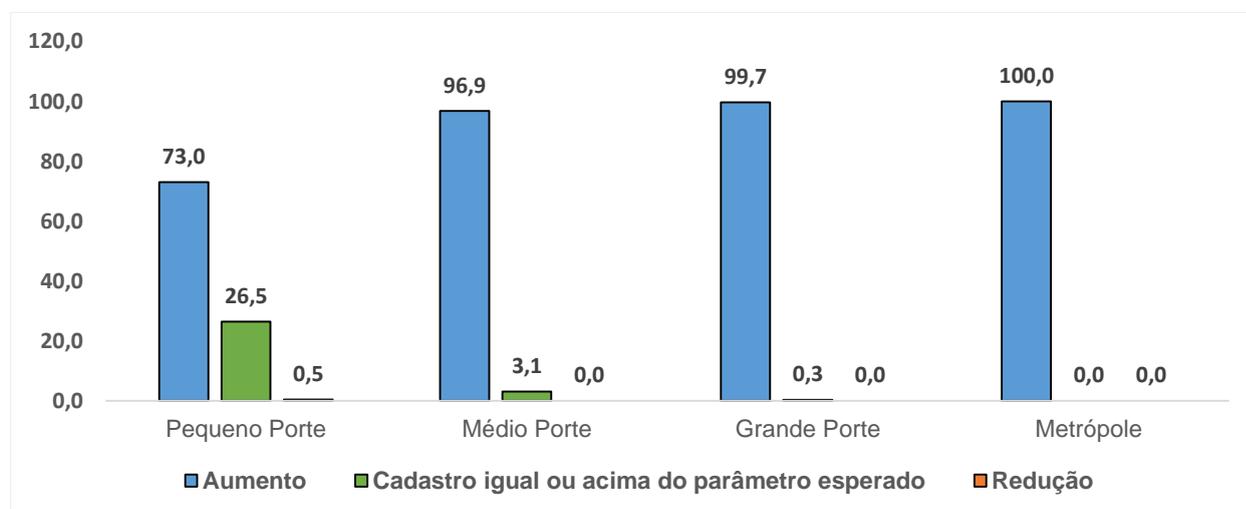


Gráfico 7 – Percentual de municípios que diminuíram e aumentaram o cadastro

Fonte: Elaboração do autor

Observa-se que municípios de pequeno porte tendem a ter com mais frequência uma redução no cadastro quando comparados aos municípios dos demais portes; entretanto, trata-se de um percentual bem pequeno (0,5%), podendo ser considerado insignificante.

Ainda no pequeno porte, percebe-se que o percentual de municípios que apresentaram aumento no cadastro está em torno 30% a menos quando comparado ao dos demais portes.

Nos portes médio, grande e metrópole, o comportamento de uma forma geral apresenta bastante similaridade.

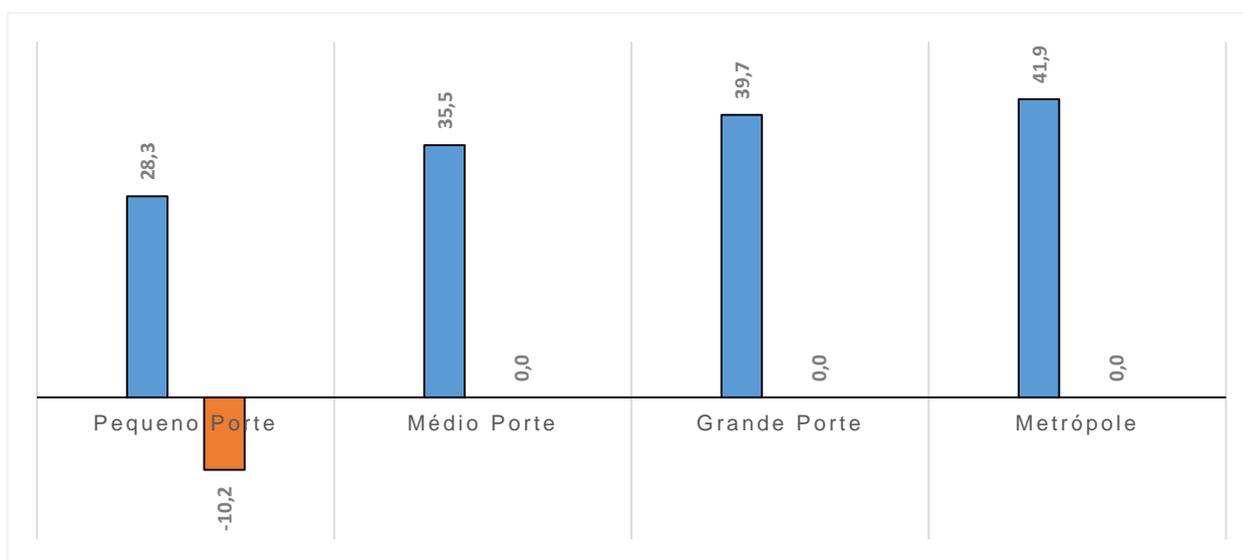


Gráfico 8 – Impacto na proporção de cadastros para os grupos que diminuíram e aumentaram a capitação

Fonte: Elaboração do autor

O Gráfico 8 demonstra que os municípios que apresentaram redução no cadastro foram de pequeno porte; conforme descrito na Tabela 15, foram menos 19.335 cadastros.

Destacam-se os bons resultados da categoria metrópole, tanto na evolução média da proporção de cadastro como no percentual de municípios que aumentaram o cadastro entre o Q3.2019 e o Q3.2021, quando comparados aos de outros portes populacionais.

Como já mencionado, o cadastro de usuários da APS está diretamente relacionado à disponibilidade de equipes de saúde no território.

Nesta categoria, que é composta por 19 municípios, ocorreu no período analisado um aumento de 1.226 equipes de saúde, o que corresponde a 17,4% do incremento em nível nacional de 7.037 equipes entre o Q3.2019 e o Q3.2021. Houve em média 54 equipes a mais por município nessa categoria – a maior média entre os

portes populacionais, contribuindo fortemente para os bons resultados alcançados no cadastro.

É importante destacar que não foi um objetivo do estudo comparar nos dois grupos a capacidade dos municípios de aplicar recursos próprios para ampliar o número de equipes de saúde na APS. Esse é mais um fator que deve ser estudado em futuros estudos a partir dos resultados apresentados.

Também não foi um objetivo desta dissertação analisar se ocorreu variação significativa dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde em determinado grupo de municípios em função de seus resultados obtidos na capitação ponderada.

O aumento observado do número de equipes de saúde em municípios de tipologia urbana e também em municípios de porte metrópole – este últimos consistindo majoritariamente em capitais – traz à reflexão a importância de estudar a capacidade dos municípios de aplicar os recursos financeiros para a ampliação do número de equipes de saúde na APS.

8 CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a população cadastrada ao final do ano de 2019 (Q3.2019) era de 98.922.662 pessoas e, ao final de 2021 (Q3.2021), passou a ser de 154.187.618 pessoas, com um incremento de aproximadamente 56%. Em todas as regiões e Unidades da Federação ocorreu um aumento da população cadastrada (Tabela 2 e Tabela 3). Na maioria dos municípios (76,1%) houve um aumento no total de cadastros no período analisado (Tabela 5).

No que se refere à tipologia rural-urbano, em todas as tipologias houve um aumento na proporção de cadastros entre o Q3.2019 e o Q3.2021 (Gráfico 1). Comparando-se a evolução média da proporção de cadastros em cada tipologia, o impacto positivo foi maior nas tipologias intermediária remota e rural remota, com 63,3% e 40%, respectivamente (Gráfico 2).

Com relação ao porte populacional dos municípios, em todos os portes houve um aumento na proporção de cadastros entre o Q3.2019 e o Q3.2021 (Gráfico 5), sendo que nos municípios de pequeno porte a proporção de cadastro nos dois períodos avaliados apresentou um resultado melhor quando comparado ao dos demais portes. Comparando-se a evolução média da proporção de cadastros em cada grupo, o impacto positivo foi maior nas metrópoles, com 41,9% (Gráfico 6).

Com os resultados do estudo, é possível afirmar que o incentivo de capitação ponderada influenciou o aumento da população cadastrada na APS independentemente do perfil demográfico dos municípios; todavia, é importante lembrar que um melhor resultado no cadastramento não significa necessariamente efetivo acesso, acompanhamento e cuidado aos usuários vinculados às eSF e às eAP.

O acesso é um dos principais elementos que impactam a capacidade resolutiva da APS e é estreitamente vinculado ao atributo essencial do primeiro contato. Ele pode ser definido como a relação de proporcionalidade entre a parcela da população que necessita de um determinado cuidado de saúde e a que o consegue efetivamente^(80,81).

Apesar de a maioria dos municípios, independentemente da tipologia rural-urbano ou do porte populacional, ter apresentado um aumento no número de pessoas cadastradas, dados fornecidos nos relatórios públicos do SISAB demonstram que a maioria dos municípios não atingiu as metas dos sete indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil no terceiro quadrimestre de 2021. Por exemplo, dos 5.337 (95,8%) municípios que não alcançaram a meta do indicador de

pagamento por desempenho “Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre”, 61,8% têm cadastro maior ou igual a 100%.

É inegável a importância do cadastro para o conhecimento da população adscrita no território e vinculada às equipes de saúde da APS; porém, um elevado percentual de cadastro parece não ter relação direta com o alcance das metas dos indicadores de desempenho.

Portanto, torna-se necessário, para além de alcançar os resultados de cadastramento, compreender nos territórios as diversas necessidades dos usuários e de suas famílias, fortalecendo os vínculos entre profissionais de saúde e comunidade e valorizando o trabalho multiprofissional das equipes de saúde.

Também é importante reforçar a importância do cofinanciamento por parte do Ministério da Saúde para a sustentação da APS em nível local, devendo ele ser previsível e estável e se dar em valores condizentes com o desafio de ampliar a cobertura da APS em todas as regiões do país, promovendo dessa forma a universalidade do acesso e a efetivação do direito à saúde, independentemente da tipologia rural-urbano ou do porte populacional dos municípios.

O aumento do percentual de financiamento federal permitirá que os gestores municipais planejem melhor, e com a devida antecedência, as ações de saúde em seu território. Esse seria um financiamento público compatível com o sistema universal de saúde, modelo adotado pelo Brasil.

9 REFERÊNCIAS

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
2. Ministry of Health. Consultative Council on Medical and Allied Services. Interim report on the future provision of medical and allied services. London; 1920.
3. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis.* 2017;27(2): 255-276.
4. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Atenção Primária à Saúde. [página na internet]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>.
5. Conill EM. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Rev Bras Promoc Saúde.* 2018;31(4).
6. Pires-Alves FA, Cueto M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(7):2135-2144.
7. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública.* 2019; 35(3):e00012219.
8. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
9. Giovanella L, Almeida PF. Atenção Primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(Sup 2):e00118816.
10. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV Fiocruz; 2007.
11. Birn AE. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond. *Am J Public Health.* 2018;108(9):1153-1155.
12. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2020;44.
13. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(6):1903-1913.
14. Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(5):1250-1255.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União;* 2017.
16. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(3):898-906.
17. Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães MAFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(1):45-56.
18. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização

- da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Diário Oficial da União; 2011.
19. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012.
 20. Barcellos C, Monken M. Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no Programa de Saúde da Família. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
 21. Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia. 2006;2(2):47-55.
 22. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União; 2019.
 23. Brasil. Portaria GM/MS nº 2.254, de 3 de setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União; 2021.
 24. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc Saúde Colet. 2020;25(4):1181-1188.
 25. IBGE. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
 26. Agência Brasil. Empresa Brasil de Comunicação. Nova proposta de classificação territorial do IBGE vê o Brasil menos urbano. [página na internet]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-07/nova-proposta-de-classificacao-territorial-do-ibge-ve-o-brasil-menos-urbano>.
 27. Harzheim E, D’Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2020;25(4):1361-1374.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Diário Oficial da União; 2013.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. Diário Oficial da União; 1997.
 30. Jannuzzi PM. Monitoramento e avaliação de programas: uma compilação conceitual e metodológica para orientar a produção de conhecimento aplicado para aprimoramento da gestão pública. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Avaliação de políticas públicas: reflexões acadêmicas sobre o desenvolvimento social e o combate à fome. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014. v. 1.
 31. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
 32. Mattos RA, Robaina JR, Siqueira NN. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. In: Pinheiro R, Silva Jr. AG, Mattos RA, organizadores. Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisas e Desenvolvimento para a Segurança das

- Comunicações; 2008.
33. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
 34. OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.
 35. Giovanella L. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde? *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):11-15.
 36. Castro ALB, Machado CV. A política de Atenção Primária à Saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):693-705.
 37. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Sup):203-211.
 38. Paim JS. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos". Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2002.
 39. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21(2/3):164-176.
 40. Castro AB, Machado CV, Lima LD. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
 41. Piola SF, Servo LMS, Sá EB, Paiva AB. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. v. 4.
 42. Machado ENM, Fortes FBCTP, Somarriba M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(1):99-111.
 43. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor AB. [página na internet]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
 44. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's Primary Care expansion and strong health governance. *Health Affairs*. 2017;36(1):149-158.
 45. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of Primary Health Care and racial inequalities in mortality amenable to Primary Care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14(5):e1002306.
 46. Núcleo Ciência pela Infância. *Estudo Impactos da Estratégia Saúde da Família e desafios para o desenvolvimento infantil: estudo 5*. São Paulo: NCPI; 2019.
 47. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Faltam 1.000 dias para a data limite dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. [página na internet]. 2013. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2013/04/05/faltam-1000-dias-para-a-data-limite-dos-objetivos-de-desenvolvimento-do-mil-nio.html>.
 48. Brasil. Ministério da Saúde. *Painéis de Indicadores – Atenção Primária à Saúde*.

- [página na internet]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>.
49. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2011.
 50. Damaceno AN, Bandeira D, Hodali N, Weiller TH. Acesso de primeiro contato na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa. Rev APS. 2016;19(1):122-138.
 51. Andrade MV, Coelho AQ, Neto MX, Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Transition to universal Primary Health Care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). PloS One. 2018;13(8):e0201723.
 52. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde Debate. 2018;42(Esp 1):208-223.
 53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool (PCATool). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 54. Silva VSTM, Pinto LF. Inquéritos domiciliares nacionais de base populacional em saúde: uma revisão narrativa. Ciênc Saúde Colet. 2021;26(9):4045-4058.
 55. Agência IBGE Notícias. PNS: quem mais utiliza o SUS avaliou mais positivamente a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde. [página na internet]. Disponível em: <https://censoagro2017.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29203-pns-2019-quem-mais-utiliza-o-sus-avaliou-mais-positivamente-a-qualidade-dos-servicos-de-atencao-primaria-a-saude>.
 56. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – eSB com carga horária diferenciada. Diário Oficial da União; 2019.
 57. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 47, de 19 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação. Diário Oficial da União; 2019.
 58. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 49, de 27 de dezembro de 2019. Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe e aos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde credenciados e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação. Diário Oficial da União; 2019.
 59. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3, de 14 de janeiro de 2020. Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe e aos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde credenciados e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação. Diário Oficial da União; 2020.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União; 2020.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. Diário Oficial da União; 2020.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Nota Técnica Explicativa – Relatório de Cadastro. [página na internet]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/nota_tecnica_relatorio_cadastro.pdf.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União; 2020.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União; 2020.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 42, de 16 de julho de 2020. Prorroga o prazo da Portaria nº 29/SAPS/MS, de 16 de abril de 2020, para dispor sobre o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União; 2020.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 59, de 26 de outubro de 2020. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União; 2020.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. Diário Oficial da União; 2021.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021. Prorroga os prazos estabelecidos nos incisos II e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. Diário Oficial da União; 2021.
69. Fausto MCR, Rizotto MLF, Giovanella L, Seidl Helena, Bousquat A, Almeida PF et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Saúde Debate. 2018;42(Esp 1):12-14.
70. Mendes A, Marques R. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde

- da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2014;38(103):900-916.
71. Ocké-Reis CO, Benevides RPS, Funcia FR. O piso constitucional da saúde caiu? Rio de Janeiro: Ipea; 2020.
 72. Coalizão Saúde. Caderno de Propostas – Coalizão Saúde Brasil. [página na internet]. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%CC%81rioNet.pdf>.
 73. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
 74. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018;3(4):e000829.
 75. Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Ipea Textos para Discussão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018.
 76. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6):1763-1776.
 77. Hone T, Macinko J, Millett C. (2018). Revisiting Alma-Ata: what is the role of Primary Health Care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018;392(10156):1461-1472.
 78. Massuda A, Bigoni A, Paschoalotto MAC, Tasca R. Rumos para um sistema de saúde resiliente. *GVExecutivo*. 2012;21(2):1-8.
 79. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*; 2016.
 80. Rodrigues MR. A integralidade das práticas em saúde no âmbito da Atenção Primária: uma análise comparada entre Brasil e Portugal. Brasília. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Coletiva] – Universidade de Brasília; 2022.
 81. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;31(3):260-268.

10 APÊNDICES

10.1 APÊNDICE A – ARTIGO SUBMETIDO: “INCENTIVO DE CAPITAÇÃO PONDERADA (PROGRAMA PREVINE BRASIL): IMPACTOS NA EVOLUÇÃO DO CADASTRO POPULACIONAL NA APS”

16/12/2022 01:08 ScholarOne Manuscripts

 **Ciência & Saúde Coletiva**

[# Home](#)

[/ Author](#)

Submission Confirmation Print

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2022-2014

Title
Título: INCENTIVO DE CAPITAÇÃO PONDERADA (PROGRAMA PREVINE BRASIL): IMPACTOS NA EVOLUÇÃO DO CADASTRO POPULACIONAL NA APS

Authors
Sellera, Paulo Eduardo
DE SOUSA, MARIA FÁTIMA

Date Submitted
16-Dec-2022

[Author Dashboard](#)



© Clarivate | © ScholarOne, Inc., 2022. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@Clarivate for Academia & Government](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

10.2 APÊNDICE B – RELATÓRIO TÉCNICO: ANÁLISE DO INCENTIVO DE CAPITAÇÃO PONDERADA (PROGRAMA PREVINE BRASIL): IMPACTOS NA EVOLUÇÃO DO CADASTRO POPULACIONAL NA APS

