

Desempenho da atenção primária à saúde no estado de São Paulo, Brasil, no período de 2010-2019

Performance of primary health care in São Paulo state, Brazil, during the period 2010-2019

Arnaldo Sala (<https://orcid.org/0000-0002-8941-8045>)¹

Carla Gianna Luppi (<https://orcid.org/0000-0001-9183-8594>)²

Gabriela Arantes Wagner (<https://orcid.org/0000-0001-6070-7233>)²

Raimundo Valdey Borges Pinheiro Junior (<https://orcid.org/0000-0001-9758-8856>)³

Nivaldo Carneiro Junior (<https://orcid.org/0000-0003-1358-9160>)⁴

Abstract *This article presents the results of an analysis of the performance of primary health care in São Paulo state over the last decade against a backdrop of financial crisis and health funding cuts. We conducted a time series analysis (2010-2019) of performance indicators across the following dimensions based on an adapted conceptual framework: health service performance, health system, and determinants of health. Annual percentage change was calculated for each indicator using a log-linear model. Performance across the indicators was generally positive; however, there was a decline in performance across indicators of quality of care (congenital syphilis, cesarean section rate and cervical cancer screening). The findings also show a potential rise in demand for public services (due to population aging and a reduction in the percentage of the population with private health insurance) and increase in health expenditure against a backdrop of falling GDP per capita.*

Key words *Primary health care, Primary care indicators, Time series studies, Brazil*

Resumo *O artigo apresenta uma análise do desempenho da APS no estado de São Paulo na última década, em contexto de crise econômica e retração dos investimentos em saúde. Utilizaram-se indicadores de desempenho, determinantes em saúde e sistema de saúde, em série temporal (2010 a 2019), a partir de matriz conceitual adaptada. Foram calculadas variações percentuais anuais (VPA) de cada indicador em modelo log-linear. Os indicadores de desempenho apresentaram, no geral, evolução favorável; no entanto, ocorreu piora em indicadores relacionados à qualidade do cuidado (sífilis congênita, partos cesáreos e rastreamento de câncer de colo uterino). Verificou-se, ainda, um potencial aumento das demandas ao SUS (envelhecimento da população e redução da cobertura da saúde suplementar) e aumento das despesas em saúde em contexto de redução do PIB per capita.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Indicadores básicos de saúde, Estudos de séries temporais, Brasil*

¹ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Av. Doutor Arnaldo 351, 5º andar. 01246-901 São Paulo SP Brasil.

asala@saude.sp.gov.br

² Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

⁴ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introdução

A atenção primária à Saúde (APS) tem sido denominada como um ponto de atenção à saúde que oferece um conjunto de ações individuais e coletivas articuladas em um sistema de saúde com o objetivo de conferir atenção integral à população¹. No Brasil, avanços significativos na organização da APS ocorreram a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituiu-se um novo modelo tecnológico de organização, denominado de atenção básica (AB), centrado na territorialização e adscrição da população à equipe de saúde, com foco na família e na comunidade e com a implantação progressiva da Estratégia Saúde da Família (ESF)².

Para a indução desse modelo de atenção em território nacional, foram publicadas as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) (2006, 2012 e 2017)³⁻⁵, que se pautaram na centralidade da ESF e disciplinaram as regras de financiamento para a sua expansão. Adicionalmente, destacou-se também a promulgação da lei dos Mais Médicos, em 2013, que propiciou, além de dispositivos para ampliação e qualificação da formação médica, um aumento significativo de sua disponibilidade na rede da AB⁶.

A partir de 2017, ocorreu inflexão na direção das políticas de AB: perda da centralidade no modelo e mudança do modelo de financiamento, com prejuízos na manutenção da ESF como indutora da reorientação da APS⁵⁻⁹. Além das mudanças nas regras a Emenda Constitucional nº 95/2016 – “teto de gastos” – que congelou por 20 anos os recursos destinados à saúde, o que contribuiu para prejuízos ao já deficitário financiamento do SUS, e consequentemente da AB¹⁰.

O monitoramento e avaliação da APS são instrumentos essenciais à gestão pública da saúde¹¹⁻¹⁴. Em decorrência das mudanças nas políticas públicas no período e do contexto político e econômico no país nas últimas duas décadas, torna-se oportuno a necessidade de compreensão da efetivação da AB.

É nesse contexto que se buscou analisar como a APS vem desenvolvendo suas ações, observadas a partir de um conjunto de indicadores de desempenho, nessa última década em uma de suas unidades da federação (UF): o estado de São Paulo (ESP). Se por um lado esse estado é caracterizado

por apresentar a maior população estimada e riqueza produzida no país¹⁵, em 2009 apresentava baixa cobertura de ESF, o que contrastava com as demais UF, em parte devido ao modelo de atenção programático, caracterizado por sua ampla rede de Centros de Saúde, anterior à implantação do SUS¹⁶. Em 2019, o ESP tinha população estimada de 45.919.049 habitantes, correspondendo a 22% do total do país, distribuída em 645 municípios, com 76% da população vivendo nos 81 municípios com mais de 100 mil habitantes^{15,17}.

Nessa perspectiva, o objetivo deste artigo é analisar as tendências temporais dos indicadores de desempenho da APS no estado de São Paulo no período de 2010 a 2019.

Materiais e métodos

Este estudo ecológico de série temporal de indicadores relacionados à APS integra o projeto de pesquisa intitulado “participação das organizações sociais na gestão da atenção básica em saúde em municípios do Estado de São Paulo” (FAPESP-PPSUS, nº 2019/03961-8), e compreende o período de 2010 a 2019.

Indicadores e fontes de dados

Os indicadores selecionados compõem uma matriz conceitual para monitoramento da AB, adaptada das proposições do Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS)¹⁸, composta pelas dimensões de desempenho dos serviços de saúde, sistema de saúde e determinantes da saúde. A primeira dimensão foi composta pelas subdimensões de acesso, efetividade e adequação relacionadas à APS. A dimensão de sistema de saúde considerou a subdimensão de financiamento, e a dimensão de determinantes da saúde, as subdimensões socioeconômica e demográfica.

A seleção dos indicadores privilegiou a questão da viabilidade de obtenção dos dados, a partir de bases de dados oficiais, de acesso livre e vinculadas ao SUS, adotando-se os critérios de validade, confiabilidade e sensibilidade¹⁹. Os indicadores considerados, as fontes dos dados e os métodos de cálculo das respectivas taxas são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Indicadores utilizados e respectivos numeradores, denominadores, método de cálculo e fonte de dados.

Dimensão e subdimensão	Indicador	Numerador	Denominador	Método de cálculo	Fontes de dados
1. Desempenho dos serviços					
Acesso	Cobertura da APS	Carga horária médica na APS	População total	$[(\text{Carga horária médica na APS} / 40) * 3.000] / \text{População total}$	e-Gestor AB ¹
	Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal	Carga horária cirurgião dentista na APS	População total	$[(\text{Carga horária cirurgião dentista na APS} / 40) * 3.000] / \text{População total}$	e-Gestor AB ¹
Efetividade	Taxa de internação por asma em menores de 10 anos	Número de internações por asma em menores de 10 anos	População de 0 a 9 anos	Número de internações por asma de 0 a 9 anos de idade * 100.000 / População menor de 10 anos	SIH ³ /SEADE ²
	Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) em pessoas de 30 a 59 anos de idade	Número de internações por AVC de 30 a 59 anos	População de 30 a 59 anos	Número de internações por AVC de 30 a 59 anos * 100.000 / População de 30 a 59 anos	SIH ³ /SEADE ²
	Taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em crianças menores de 5 anos de idade	Número de internações por IRA em menores de 5 anos de idade	População menor de 5 anos	Número de internações por IRA em menores de 5 anos de idade * 10.000 / População menor de 5 anos	SIH ³ /SEADE ²
	Taxa de mortalidade infantil	Óbitos em menores de um ano	Nascidos vivos	Óbitos em menores de um ano * 1.000 / Nascidos vivos	SIM ⁴ /SINASC ⁵
	Taxa de mortalidade neonatal	Óbitos em menores de 28 dias	Nascidos vivos	Óbitos em menores de 28 dias * 1000 / Nascidos vivos	SIM ⁴ /SINASC ⁵
	Taxa de mortalidade pós-neonatal	Óbitos de 28 a 365 dias de vida	Nascidos vivos	Óbitos de 28 a 365 dias de vida * 1000 / Nascidos vivos	SIM ⁴ /SINASC ⁵
	Proporção de recém-nascidos filhos de mães adolescentes menores de 20 anos	Recém-nascidos filhos de mães adolescentes (< 20 anos)	Nascidos vivos	Recém-nascidos filhos de mães adolescentes (< 20 anos) * 100 / Nascidos vivos	SINASC ⁵
	Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer	Recém-nascidos com baixo peso ao nascer (peso < 2.500 gramas)	Nascidos vivos	Recém-nascidos com baixo peso ao nascer (peso < 2.500 gramas) * 100 / Nascidos vivos	SINASC ⁵
	Taxa de detecção de sífilis em gestante	Número de gestantes notificadas com sífilis	Nascidos vivos	Número de gestantes notificadas com sífilis * 1000 / Nascidos vivos	SINAN ⁶ /SINASC ⁵
	Taxa de sífilis congênita	Número de casos notificados de sífilis congênita	Nascidos vivos	Número de casos notificados de sífilis congênita * 1.000 / Nascidos vivos	SINAN ⁶ /SINASC ⁵
	Porcentual de internações por condições sensíveis à APS	Número de internações por condições sensíveis à APS	Total de internações	Número de internações por condições sensíveis à APS * 100 / Total de internações	SIH ³

continua

Quadro 1. Indicadores utilizados e respectivos numeradores, denominadores, método de cálculo e fonte de dados.

Dimensão e subdimensão	Indicador	Numerador	Denominador	Método de cálculo	Fontes de dados
Adequação	Proporção de cesarianas entre os partos	Número de partos cesarianas	Número de partos totais	$\frac{\text{Número de partos cesarianas} \times 100}{\text{Número de partos totais}}$	SINASC ⁵
	Proporção de cesarianas entre os partos no SUS	Número de partos cesarianas	Número de partos SUS	$\frac{\text{Número de partos cesarianas} \times 100}{\text{Número de partos SUS}}$	SIH ³
	Porcentagem de nascidos-vivos cujas mães fizeram sete e mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos cujas mães fizeram sete e mais consultas de pré-natal	Nascidos vivos	$\frac{\text{Número de nascidos vivos cujas mães fizeram sete e mais consultas de pré-natal} \times 100}{\text{Nascidos vivos}}$	SINASC ⁵
	Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos	População feminina de 24 a 64 anos de idade	$\frac{\text{Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos}}{(\text{População feminina de 24 a 64 anos de idade} / 3)}$	SIA ⁷
	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa	Número de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	População feminina de 50 a 69 anos de idade	$\frac{\text{Número de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos}}{(\text{População feminina de 50 a 69 anos de idade} / 2)}$	SIA ⁷
2. Determinantes de saúde					
Socioeconômica e demográfica	Proporção de idosos no total da população	Número de pessoas com menos de 60 anos de idade	População total	$\frac{\text{Número de pessoas com menos de 60 anos de idade} \times 100}{\text{População total}}$	SEADE ²
	PIB municipal <i>per capita</i>	Produto interno bruto em reais	População total	$\frac{\text{Produto interno bruto em reais} \times 1.000.000}{\text{População total}}$	IBGE ⁸
	Percentual de população beneficiária de saúde suplementar	Número de pessoas beneficiária da saúde suplementar	População total	$\frac{\text{Número de pessoas beneficiária da saúde suplementar} \times 100}{\text{População total}}$	ANS ⁹ /SEADE ²
3. Sistema de saúde					
Financiamento	Despesa total em saúde <i>per capita</i>	Despesa total em Saúde	População total	$\frac{\text{Despesa total em Saúde}}{\text{População total}}$	SIOPS ¹⁰
	Percentual de recursos orçamentários em saúde	Despesa total em Saúde	Receita de impostos e transferências constitucionais	$\frac{\text{Despesa total em Saúde}}{\text{Receita de impostos e transferências constitucionais}}$	SIOPS ¹⁰

1. Informação e Gestão da Atenção Básica - e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/>); 2. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (<https://www.seade.gov.br/>); 3. Sistema de Informações Hospitalares (<http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>); 4. Sistema de Informações sobre Mortalidade (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>); 5. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>); 6. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (<https://portalsinan.saude.gov.br/>); 7. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (<http://sia.datasus.gov.br/versao/versao.php>); 8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (<https://www.ibge.gov.br/>); 9. Agência Nacional de Saúde (<https://www.gov.br/ans/pt-br>); 10. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>).

Fonte: Autores.

Os indicadores foram obtidos dos seguintes sistemas de informação em saúde (SIS): Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI); Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Foram extraídos das seguintes interfaces: Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB); Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP); Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS) do Brasil; Fundação Sistema Estadual de Dados (SEADE). Os valores anuais do PIB *per capita* e da despesa em saúde *per capita* foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), por meio da calculadora do IPCA. As bases de dados consultadas são de acesso público, disponíveis na internet e já apresentavam as taxas dos indicadores calculadas para os anos incluídos na investigação.

Análise estatística

As tendências de cada um dos indicadores selecionados foram analisadas em modelo log-linear, sendo o ano considerado a variável independente e as taxas de cada indicador as variáveis dependentes. Calcularam-se as estimativas de variação percentual anual (*annual percent change* – APC) dessas taxas no período analisado, utilizando-se o *software* Joinpoint Regression Program 4.8.0.0. O *software* analisou as variações percentuais anuais no período, identificando os eventuais pontos de inflexão (*joinpoint*) na curva de tendência, traduzindo uma mudança significativa da APC no decorrer do período estudado.

Na ocorrência de *joinpoint*, foram calculadas as APC correspondentes a cada segmento da curva. Adicionalmente, foi calculada também a variação percentual anual média para o período inteiro (*average annual percent change* – AAPC). Ainda foram calculados os intervalos de confiança (IC) para 95%.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, sob parecer nº 4.007.368.

Resultados

A distribuição das taxas de cada um dos 23 indicadores selecionados para o ESP segundo ano é apresentada na Tabela 1. Em relação à dimensão de desempenho dos serviços, no período observado destacaram-se: elevação da cobertura da APS de 51,03% para 60,33%; a redução das taxas de internação (por asma em menores de 10 anos; por AVC em pessoas de 30 a 59 anos de idade, por IRA em crianças menores de 5 anos de idade); redução discreta da taxa de mortalidade infantil e seus componentes; redução de RN filhos de mães adolescentes (< 20 anos) e de RN com baixo peso ao nascer; e redução do percentual de internações por condições sensíveis à APS. As taxas de incidência de sífilis congênita e a taxa de detecção de sífilis em gestantes apresentaram elevação. Destacam-se, ainda, a elevação da proporção de cesarianas entre os partos no SUS e a diminuição da razão de exames citopatológicos cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos.

Na dimensão de determinantes em saúde destaca-se o aumento na proporção de idosos no total da população, em todo o período estudado.

Na dimensão de sistema de saúde verifica-se aumento da despesa total em saúde *per capita* entre os anos de 2010 e 2014 e de redução a partir de 2015, com discreta recuperação no último ano.

Na análise das tendências temporais desses indicadores, apresentadas na Tabela 2, a cobertura da APS apresentou aumento consistente (AAPC = 1,9; IC95% 1,4; 2,5); já a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal apresentou redução consistente no período (APC = -0,4; IC95%: -0,8; -0,1 – dimensão de desempenho dos serviços).

Dos 11 indicadores considerados na subdimensão de efetividade, 9 apresentaram tendência de redução no período de 2010 a 2019 (Tabela 2), incluindo o percentual de internações por condições sensíveis à APS, que apresentou redução em todo o período analisado (APC = -1,4; IC 95%: -1,5; -1,3).

A taxa de sífilis congênita, nessa subdimensão de efetividade, destacou-se por apresentar tendência desfavorável, com APC = 25,0 (IC95%: 20,6; 29,6) no período de 2010 a 2015; no período subsequente, de 2015 a 2019, não apresentou APC significativa. No entanto, a variação percentual anual média do período inteiro mostrou importante tendência de aumento (AAPC = 14,3; IC95%: 11,7; 17,0). Destacou-se, ainda, a taxa de detecção de sífilis em gestantes, que apresentou aumento considerável no período de 2010 até 2017 (APC = 24,1; IC95%: 19,5; 28,9), com esta-

Tabela 1. Taxas anuais dos indicadores de APS de acordo com as dimensões e subdimensões para os anos de 2010 a 2019.

Dimensão	SD	Indicador	Ano										
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Desempenho dos serviços	Acesso	Cobertura da APS	51,03	51,72	53,74	54,81	57,88	58,75	60,56	59,94	60,30	60,33	
		Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal	35,26	35,45	35,91	35,67	35,27	35,32	35,43	34,11	34,15	34,46	
Efetividade		Taxa de internação por asma em menores de 10 anos	190,17	173,08	160,67	171,61	138,30	166,36	139,29	139,36	160,01	129,49	
		Taxa de internação por AVC em pessoas de 30 a 59 anos de idade	62,65	62,22	58,21	56,42	56,04	55,44	56,40	55,29	56,95	55,89	
		Taxa de internação por IRA em crianças menores de 5 anos de idade	244,77	233,96	224,30	215,53	197,92	186,65	195,65	193,89	193,41	186,45	
		Taxa de mortalidade infantil	11,86	11,58	11,52	11,53	11,45	10,80	11,08	10,90	10,76	11,05	
		Taxa de mortalidade neonatal	8,13	7,90	7,91	7,86	7,87	7,57	7,66	7,66	7,44	7,77	
		Taxa de mortalidade pós-neonatal	3,73	3,68	3,61	3,67	3,58	3,22	3,42	3,23	3,33	3,28	
		Proporção de RN filhos de mães adolescentes (< 20 anos)	14,77	14,77	14,85	14,94	14,55	13,82	13,18	12,10	11,20	10,43	
		Proporção de RN com baixo peso ao nascer	9,12	9,30	9,28	9,30	9,13	9,10	9,12	9,15	9,17	9,37	
		Taxa de sífilis congênita	1,90	2,40	3,10	3,90	4,80	5,40	6,10	6,70	6,60	6,00	
		Taxa de detecção de sífilis em gestante	3,60	5,30	6,30	8,20	10,20	11,20	14,00	17,50	20,50	18,90	
		Porcentual de internações por condições sensíveis à APS	16,82	16,58	16,37	15,93	15,72	15,66	15,40	15,28	14,99	14,74	
	Adequação		Proporção de cesarianas entre todos os partos	58,68	59,97	60,89	61,88	61,41	59,32	59,00	59,16	58,57	58,82
			Proporção de cesarianas entre os partos no SUS	40,35	41,15	42,65	43,51	43,50	42,78	43,31	43,89	43,72	44,69
		Porcentagem de nascidos-vivos cujas mães fizeram sete e/ou mais consultas de pré-natal	77,75	77,89	75,57	75,78	76,07	76,93	78,12	79,65	79,72	80,20	
		Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos	0,53	0,52	0,51	0,49	0,46	0,43	0,45	0,42	0,43	0,38	
Determinantes de saúde		Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos	0,26	0,30	0,30	0,31	0,32	0,30	0,31	0,31	0,30	0,31	
	Socio-econômica e demográfica	Proporção de idosos no total da população	11,57	11,88	12,20	12,52	12,85	13,19	13,60	14,01	14,43	14,86	
		PIB Per capita	51318,08	52869,29	53549,59	55020,73	55965,72	54061,51	50952,22	49944,48	48206,62		
Sistema de saúde	Financiamento	Percentual de população beneficiária de saúde suplementar	42,16	42,34	42,92	43,78	43,85	42,22	40,19	39,26	38,99	38,61	
		Despesa total em saúde per capita	751,86	801,64	852,36	919,36	971,80	938,21	931,34	911,99	931,50	960,92	
	Recursos	Percentual de recursos orçamentários em saúde	21,24	21,48	22,26	23,01	23,91	24,42	25,86	25,44	24,12	23,54	

Fonte: Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações Hospitalares (SIH); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE); Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tabela 2. Variação percentual anual (APC) dos indicadores selecionados de APS e variação percentual anual média (AAPC) para os indicadores que apresentaram ponto de inflexão (*joinpoint*) na curva de tendência, e respectivos intervalos de confiança para 95% (IC 95%).

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Período	APC	IC 95%	AAPC	IC 95%
	Acesso	Cobertura da APS	2010 - 2016	3,0	2,4 - 3,6	1,9	1,4 - 2,5
			2016 - 2019	-0,2	-1,9 - 1,6		
		Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal	2010 - 2019	-0,4	-0,8 - -0,1		
Desempenho dos serviços	Efetividade	Taxa de internação por asma em menores de 10 anos	2010 - 2019	-3,1	-5,2 - -0,9		
		Taxa de internação por AVC em pessoas de 30 a 59 anos de idade	2010 - 2013	-4,0	-6,6 - -1,3	-1,4	-2,2 - -0,5
			2013 - 2019	0,0	-1,0 - 0,9		
		Taxa de internação por IRA em crianças menores de 5 anos de idade	2010 - 2015	-4,9	-6,0 - -3,8	-2,8	-3,5 - -2,1
			2015 - 2019	-0,1	-1,7 - 1,5		
		Taxa de mortalidade infantil	2010 - 2019	-1,0	-1,4 - -0,5		
		Taxa de mortalidade neonatal	2010 - 2019	-0,7	-1,1 - -0,2		
		Taxa de mortalidade pós-neonatal	2010 - 2019	-1,6	-2,4 - -0,9		
		Proporção de recém-nascidos filhos de mães adolescentes menores de 20 anos	2010 - 2014	0,1	-0,9 - 1,0	-3,7	-4,2 - -3,3
			2014 - 2019	-6,7	-7,3 - -6,0		
		Proporção de RN com baixo peso ao nascer	2010 - 2019	0,0	-0,3 - 0,3		
		Taxa de sífilis congênita	2010 - 2015	25,0	20,6 - 29,6	14,3	11,7 - 17,0
			2015 - 2019	2,2	-2,8 - 7,5		
		Taxa de detecção de sífilis em gestante	2010 - 2017	24,1	19,5 - 28,9	19,3	13,2 - 25,8
	2017 - 2019	3,9	-21,7 - 37,8				
	Porcentual de internações por condições sensíveis à APS	2010 - 2019	-1,4	-1,5 - -1,3			
Adequação	Proporção de cesarianas entre todos os partos	2010 - 2013	1,4	-0,5 - 3,4	-0,2	-0,7 - 0,4	
		2013 - 2019	-0,9	-1,6 - -0,3			
	Proporção de cesarianas entre os partos no SUS	2010 - 2012	3,1	-0,9 - 7,3	1,1	0,3 - 1,8	
		2012 - 2019	0,5	0,0 - 1,0			
	Porcentagem de nascidos-vivos cujas mães fizeram sete e/ou mais consultas de pré-natal	2010 - 2013	-1,10	-2,5 - 0,4	0,4	-0,1 - 0,8	
		2013 - 2019	1,1	0,6 - 1,6			
	Razão de exames citopatológicos cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos	2010 - 2019	-3,3	-4,1 - -2,5			
Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos	2010 - 2012	8,0	-0,7 - 17,5	1,6	0,0 - 3,2		
	2012 - 2019	-0,2	-1,3 - 0,9				

continua

Tabela 2. Variação percentual anual (APC) dos indicadores selecionados de APS e variação percentual anual média (AAPC) para os indicadores que apresentaram ponto de inflexão (*joinpoint*) na curva de tendência, e respectivos intervalos de confiança para 95% (IC 95%).

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Período	APC	IC 95%	AAPC	IC 95%
Determinantes de saúde	Socio-econômica e demográfica	Proporção de idosos no total da população	2010 - 2015	2,7	2,6 - 2,7	2,8	
			2015 - 2019	3,0	3,0 - 3,0		
	Financiamento	Despesa total em saúde <i>per capita</i>	2010 - 2014	6,0	4,1 - 7,9	2,3	1,5 - 3,2
			2014 - 2019	-0,5	-1,8 - 0,8		
			2010 - 2016	3,5	2,9 - 4,0	1,4	0,9 - 1,9
Sistema de Saúde	Percentual de recursos orçamentários em saúde	2010 - 2013	1,6	-1,3 - 4,6	-1,1	-1,9 - -0,2	
		2013 - 2019	-2,3	-3,3 - -1,4			
			2016 - 2019	-2,7	-4,3 - -1,1		

Fonte: Autores.

bilização no período subsequente. Para o período inteiro, a AAPC foi de 19,3 (IC95%: 19,3; 25,8).

Na subdimensão de adequação, embora a proporção de partos cesáreos tenha apresentado tendência significativa de redução no período de 2013 a 2019, nos partos realizados no SUS verificou-se um aumento consistente no período inteiro (AAPC = 1,1; IC95%: 0,3; 1,8). A razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais apresentou redução sustentada no período de 2010 a 2019 (APC = -3,3; IC95%: -4,1; -2,5). A razão de mamografia de rastreamento em mulheres não apresentou tendência significativa (Tabela 2).

Na dimensão de determinantes de saúde os indicadores apresentaram ponto de inflexão, mas com comportamentos distintos: a proporção de idosos no total da população teve, no período inteiro, tendência de aumento (AAPC = 2,8; IC95%: 2,8; 2,8), enquanto o percentual de população beneficiária de saúde suplementar apresentou tendência de redução no período de 2013 a 2019, com APC = -2,3 (IC95%: -3,3; -1,4). O PIB *per capita* teve variação positiva até 2014 (APC = 2,1; IC95%: 0,9; 3,3), seguido por período de variação negativa até 2019 (APC = -3,8; IC95%: -4,9; -2,7).

Na dimensão de sistema de saúde, a despesa total em saúde *per capita* e o percentual de recursos orçamentários em saúde apresentaram ponto de inflexão, com um primeiro período com tendência de aumento significativo, seguido por período com tendência de estabilização (despesa total em saúde) ou de diminuição (percentual de recursos orçamentários em saúde). Os pontos de

inflexão ocorreram, respectivamente, em 2014 e 2016.

O Quadro 2 apresenta a síntese dos resultados segundo as dimensões, apontando a tendência no período completo de observação e as eventuais inflexões ocorridas.

Discussão

Ao se analisar a tendência dos indicadores de desempenho da AB, ficou claro que, apesar da ampliação do acesso à APS no ESP, no período observado, os indicadores de desempenho relacionados à qualidade do cuidado apresentaram resultados desfavoráveis, apontando o desafio do ESP na qualificação das ações da AB. Observou-se que a maioria dos indicadores de desempenho, de acesso e efetividade exibiram tendência favorável; apenas a taxa de incidência de sífilis congênita destacou-se por apresentar tendência inversa. Os indicadores de adequação tiveram tendência de desempenho desfavorável ou estáveis no período, indicando que, apesar de o ESP ter apresentado ampliação do acesso, a qualidade da atenção ainda constitui um desafio.

Em relação ao acesso, destacou-se o indicador de cobertura da APS, com elevação até 2016, possivelmente relacionada à proposição do PMM²⁰, que alocou 14.256 profissionais nas equipes de Saúde da Família em todo o país nos dois primeiros anos de implantação⁶. No período seguinte, a estabilização da cobertura da APS pode ser decorrente de diversos fatores presentes

Quadro 2. Síntese dos resultados segundo as dimensões e subdimensões, com a tendência média no período, presença de ponto de inflexão, e tendência em cada segmento a partir do ponto de inflexão.

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Tendência média no período 2010-2019 *	Ponto de inflexão	Tendência em cada segmento *
Desempenho dos serviços	Acesso	Cobertura da APS	Aumento	Em 2016	Aumento/estável
		Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal	Diminuição	Não	
	Efetividade	Taxa de internação por asma em menores de 10 anos	Diminuição	Não	
		Taxa de internação por AVC em pessoas de 30 a 59 anos de idade	Diminuição	Em 2013	Diminuição/estável
		Taxa de internação por IRA em crianças menores de 5 anos de idade	Diminuição	Em 2015	Diminuição/estável
		Taxa de mortalidade infantil	Diminuição	Não	
		Taxa de mortalidade neonatal	Diminuição	Não	
		Taxa de mortalidade pós-neonatal	Diminuição	Não	
		Proporção de RN filhos de mães adolescentes (<20 anos)	Diminuição	Em 2014	Estável/diminuição
		Proporção de RN com baixo peso ao nascer	Estável	Não	
		Taxa de sífilis congênita	Aumento	Em 2015	Aumento/estável
		Taxa de detecção de sífilis em gestante	Aumento	Em 2017	Aumento/estável
		Porcentual de internações por condições sensíveis à APS	Diminuição	Não	
	Adequação	Proporção de cesarianas entre todos os partos	Diminuição	Em 2013	Estável/diminuição
		Proporção de cesarianas entre os partos no SUS	Aumento	Em 2012	Estável/aumento
		Porcentagem de nascidos-vivos cujas mães fizeram sete e/ou mais consultas de pré-natal	Estável	Em 2013	Estável/estável
		Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos	Diminuição	Não	
Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos		Estável	Em 2012	Estável/estável	
Determinantes de saúde	Socioeconômica e demográfica	Proporção de idosos no total da população	Aumento	Em 2015	Aumento/aumento
		PIB <i>Per capita</i>	Diminuição	Em 2014	Aumento/diminuição
		Percentual de população beneficiária de saúde suplementar	Diminuição	Em 2013	Estável/diminuição
Sistema de saúde	Financiamento	Despesa total em saúde <i>per capita</i>	Aumento	Em 2014	Aumento/estável
		Percentual de recursos orçamentários em saúde	Aumento	Em 2016	Aumento/diminuição

* Variação estatisticamente significativa.

Fonte: Autores.

nos últimos anos, entre eles os constrangimentos financeiros que impactaram as ações em saúde, a reorientação da PNAB e a redução de médicos na APS, em especial após 2018^{10,21}. O indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes

de saúde bucal apresentou tendência de decréscimo no período. Em estudo com dados nacionais de cobertura populacional de equipes de saúde bucal, observou-se elevação de 2008 a 2015, com discreta redução em 2016 e estabilização poste-

rior; ao se analisar o total de repasse financeiro em saúde bucal, os autores observaram que ocorreu tendência crescente até 2010, e a partir de então, estabilidade²². Em análise acerca do incremento de cobertura de saúde bucal nas diferentes macrorregiões brasileiras, foi observado, entre 2001 e 2013, que a região Sudeste apresentou a menor expansão de cobertura²³.

Com exceção do indicador relacionado à infecção por sífilis congênita, os demais indicadores de efetividade mostraram variações percentuais anuais favoráveis, sobretudo aqueles relacionados às internações – asma, AVC e IRA, com as maiores reduções. Essas condições de internação, que integram a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária²⁴, se reduzem com uma melhor assistência na APS. O percentual de internações por condições sensíveis à APS apresentou redução em todo o período. O aumento de cobertura da APS e da ESF podem estar implicados nessa redução; estudos de desenho ecológico mostraram a associação entre o aumento de cobertura da ESF e a redução de internações e mortalidade por causas sensíveis à APS²⁵⁻²⁸.

A tendência do indicador referente à sífilis congênita, com variação anual de 25% entre 2010 e 2015, é preocupante, indicando falha na atenção às gestantes²⁹. O aumento expressivo na detecção de sífilis em gestantes, que aponta um adequado processo de identificação dos casos entre as gestantes, não se traduziu em tratamento satisfatório, seja na prescrição e aplicação do tratamento correto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seja por uma eventual e persistente falha na qualidade assistencial de pré-natal, em que permanecem sem assistência integral um conjunto de gestantes expostas à infecção pela sífilis. Em estudo que analisou a evolução da média da taxa de sífilis congênita no Brasil, observou-se elevação no período de 2010 a 2015, e correlação com a elevação da taxa de sífilis em gestantes, apontado para uma baixa qualidade do cuidado prestado às gestantes com sífilis³⁰.

Os indicadores de adequação mostraram pouco progresso, e até mesmo retrocesso. As altas taxas de partos cesáreos no SUS e nos partos fora do sistema público revelam um modelo de assistência que privilegia os interesses dos profissionais e das parturientes, resultando em intervenções no parto que não são, necessariamente, decorrentes de situações de risco obstétrico³¹. Mesmo com os esforços decorrentes das proposições da Rede Cegonha³² na qualificação da assistência ao parto no SUS, os resultados obtidos

foram insatisfatórios, indicando falhas na qualidade dos serviços na APS.

Em relação aos indicadores de adequação, o percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram sete ou mais consultas de pré-natal oscilou entre 75% e 80%, com um discreto aumento de 2013 a 2019, apesar de esse resultado não ser estatisticamente significativo para todo o período. Em estudo de âmbito nacional com usuárias da APS, nos anos de 2012 e 2013, 89% delas referiram ter se submetido a seis ou mais consultas durante a gestação, mas um percentual menor teve acesso à realização de todos os exames preconizados (69%), a todas as orientações (60%) e a todos os procedimentos de exame físico (24%), expondo a questão da qualidade do pré-natal³³. Em revisão de artigos acerca da assistência pré-natal no Brasil, foi apontado o aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo do período de 2005 a 2015, mas com variabilidade na qualidade da assistência, envolvendo não só o número de consultas, mas a realização dos exames de rotina, as orientações em saúde e os procedimentos técnicos básicos³⁴.

As ações de rastreamento de câncer de colo uterino e de mama são estratégias importantes de prevenção para a redução da mortalidade por essas duas causas. Os respectivos indicadores considerados na análise apontaram para uma baixa cobertura das ações de rastreamento, com tendência de piora em relação ao câncer de colo, e de estagnação em relação ao de mama. No entanto, estudos revelaram a redução da mortalidade por câncer de mama e de colo nas capitais dos estados da região Sudeste do país, sobretudo em decorrência do diagnóstico e do tratamento precoce. Essa tendência de redução ocorreu de forma mais expressiva para o câncer cervical^{35,36}. Ao se analisar o rastreamento de câncer cervical e de mama no Brasil, por meio de dados da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) no período de 2007 a 2017, observou-se tendência crescente de cobertura de rastreamento para câncer de mama e de estabilidade para a cobertura de citologia oncológica no país. O ESP apresentou cobertura superior a 90% de rastreamento para câncer cervical e 80% para câncer de mama em 2018³⁷. Note-se que a metodologia do VIGITEL consiste em entrevistas telefônicas por amostra, restritas às capitais de cada uma das unidades da federação. A divergência com os valores dos indicadores deste estudo pode ser, em parte, decorrente da metodologia de cálculo, que considera apenas os procedimentos de rastreamento realizados no âmbito do SUS; o

viés de uma entrevista por telefone também pode estar contribuindo para essa divergência.

A análise do indicador de rastreamento do câncer de colo uterino indica a necessidade de ampliação dos esforços da APS para elevar a cobertura do exame de rastreamento, que é habitualmente feito na UBS. No rastreamento do câncer de mama, o esforço será no sentido do encaminhamento dessas mulheres para serviços que realizam mamografia. A APS, já tendo um amplo cadastro da população vinculada a cada uma das equipes de Saúde da Família, estendido para as demais equipes de saúde da APS, precisa estabelecer estratégias ativas para o acolhimento dessas mulheres.

Na dimensão de determinantes de saúde, os indicadores selecionados mostraram, primeiro, a tendência de envelhecimento da população, com a conseqüente demanda progressivamente maior de serviços e ações relacionadas ao envelhecimento, como as doenças neoplásicas, as do aparelho circulatório e as sequelas neurológicas decorrentes de AVC. A chamada “transição demográfica” e o envelhecimento da população trazem modificações no perfil de adoecimento e de morte³⁸ que precisam ser reconhecidas para a adequação das políticas públicas em saúde nessa perspectiva³⁹.

Além do aumento da proporção de idosos, a redução do PIB *per capita* e do percentual de população beneficiária de saúde suplementar apontam para um cenário de aumento da pressão de demanda por assistência à saúde no âmbito do SUS, e conseqüentemente na APS.

Considerando todo o período observado, é importante ressaltar que ocorreu uma tendência de elevação, tanto nas despesas em saúde *per capita* quanto no percentual de recursos orçamentários investidos em saúde, embora com inflexão das tendências no decorrer do período do estudo. Os pontos de inflexões observados nas curvas de tendência desses dois indicadores de financiamento revelaram que, nos anos mais recentes, tem ocorrido retração dos recursos financeiros, em um contexto de retração do PIB *per capita* e de aumento de demandas em saúde para o SUS, delineando assim um cenário potencialmente desfavorável para o atendimento às demandas no SUS e na APS. A inflexão nas tendências apontadas neste estudo mostra a provável influência das mudanças, também ocorrida no mesmo período,

tanto na reorientação da política da atenção básica (revisão da PNAB ocorrida em 2017) como nas estratégias e na capacidade de financiamento verificadas nos anos mais recentes, com destaque para a Emenda Constitucional nº 95/2016.

Na dimensão de sistema de saúde, os indicadores de financiamento, partindo de uma tendência a princípio favorável, mostraram inflexão no período estudado, certamente impactados pela crise econômica que se instalou no país a partir de 2015. Essa inflexão no financiamento das ações em saúde no SUS, por sua vez, indica um tensionamento na estrutura e na oferta dos serviços da APS⁴⁰.

Uma limitação deste estudo foi a análise dos indicadores para o ESP sem desagregação por regiões ou por outras características dos municípios, o que pode ter dificultado a visualização de tendências mais acentuadas na evolução do desempenho da APS em grupos mais homogêneos de municípios.

Conclusão

As políticas nacionais do Brasil que incidiram diretamente sobre a APS nessa última década⁴⁻⁶ ampliaram a cobertura e o acesso ao sistema de saúde, mas sofreram reorientações nos últimos anos^{8,10}. No ESP, houve expansão de cobertura da APS até 2016, seguida por período de estabilização, espelhando essas políticas e suas reorientações.

No contexto estrutural e de demandas potenciais em saúde, os dados dos indicadores de sistema de saúde e de determinantes em saúde mostraram também um movimento de inflexão na segunda metade da década, com redução do financiamento em saúde e desaceleração da economia (redução do PIB *per capita*), que potencialmente fragilizariam as respostas da APS frente ao envelhecimento da população e ao aumento das pessoas dependentes exclusivamente do SUS.

São preocupantes, por fim, as tendências desfavoráveis ou estabilizadas em níveis ainda não satisfatórios dos indicadores de adequação da APS e da transmissão vertical da sífilis, apontando a persistência de problemas na qualidade da assistência oferecida à população. Esses pontos precisam ser problematizados e enfrentados pelas instâncias de gestão e de planejamento em saúde no estado de São Paulo.

Colaboradores

A Sala, CG Luppi, GA Wagner e N Carneiro Junior: concepção do projeto do trabalho; aquisição, análise e interpretação de dados; redação e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. RVB Pinheiro Junior: redação e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; N Carneiro Junior: concepção do projeto do trabalho; aquisição, análise e interpretação de dados; redação e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Todos os autores manifestam concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas.

Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP-PPSUS, nº 2019/03961-8.

Referências

1. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc* 2011; 20(4):867-874.
2. Luppi CG, Andrade MC, Simões O, Pinho VP. Atenção primária à saúde/Atenção básica. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2011. p. 332-353.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 29 mar.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 2, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). *Diário Oficial da União* 2017; 29 set.
6. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2675-2684.
7. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e180.
8. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saude Debate* 2018; 42(Esp.1):38-51.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
10. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42:11-24.
11. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, Puttini RE, Soares ID, Patrício KP, Nasser MA, Machado DF, Caldas Júnior AL, Vasconcelos Rd'A, Pissato SB, Carapato JFL, Bizelli SSK. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saude Soc* 2011; 20(4):935-947.
12. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):821-828.
13. Hernández-Rubio MSI, Armesto SG. Indicadores em atención primaria: la realidad o el deseo. *Gac Sanit* 2012; 26(Supl. 1):27-35.

14. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic DR, Svab I, Tedeschi P, Wilson A, Windak A, Dedeu T, Wilm S. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice* 2010; 11:81.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Produto Interno Bruto dos Municípios [Internet]. [acessado 2021 maio 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=o-que-e>
16. Sala A, Mendes JDV. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saude Soc.* 2011; 20(4): 912-926.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população [Internet]. [acessado 2021 maio 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=25272&t=resultados>
18. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2021; 17(4):921-934.
19. McGlynn EA. Selecting Common measures of quality and system performance. *Medical Care* 2003; 41(1):139-147.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
21. Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1327-1337.
22. Rossi TRA, Lorena-Sobrinho JE, Chaves SCL, Martelli PJJ. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4427-4436.
23. Pinho JRO, Souza TC, Bôas MDV, Marques CPC, Neves PAM. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2015; 69(1):80-85.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União* 2008; 18 abr.
25. Ceccon RF, Meneghel SN, Viecili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(4):968-977.
26. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Pires ROM, Peres KG, Lindner SR, Peres MA. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saude Publica.* 2012; 46(2):359-366.
27. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate* 2018. 42(Esp. 1):18-37.
28. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Mauricio L Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014. 349:g4014.
29. Domingues RMS, Saracen V, Hartz ZMDA, Leal MDC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica* 2013; 47(1):147-157.
30. Bezerra MLMB, Fernandes FECV, Oliveira JPN, Araújo SLSMB, Randau KP. Congenital syphilis as a measure of maternal and child healthcare, Brazil. *Emerg Infect Dis* 2019; 25(8):1469-1476.
31. Patah LEM, Malik, AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):185-194.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 25 jun.
33. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, Duro SM, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(3):e00195815.
34. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saude Colet* 2016; 24(2):252-261.
35. Silva GAE, Jardim BC, Ferreira VM, Junger WL, Girianelli VR. Cancer mortality in the Capitals and in the interior of Brazil: a four-decade analysis. *Rev Saude Publica* 2020; 54:126.
36. Girianelli VR, Gamarra CJ, Azevedo, Silva G. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. *Rev Saude Publica* 2014; 48(3):459-467.
37. Malta DC, Prates EJS, Silva AG, Santos FM, Oliveira GC, Vasconcelos NM, Cristo EB. Inequalities in mammography and Papanicolaou test coverage: a time-series study. *Sao Paulo M J* 2020; 38(6):475-482.
38. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia* 2019; 15(31):69-79.
39. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(3):507-519.
40. Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saude Soc* 2018; 27(4):1105-1119.

Artigo apresentado em 14/05/2023

Aprovado em 08/08/2023

Versão final apresentada em 10/08/2023

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