

# Análise de situação de saúde do município de Criciúma/SC utilizando indicadores do previne Brasil

## *Analysis of the health situation in the municipality of Criciúma/SC using previne Brasil indicators*

**Rafael Zaneripe de Souza Nunes<sup>1</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6195-0400>

**Natan Gonçalves de Lima João<sup>2</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3141-0235>

**Maria Eduarda Oliveira Cardoso<sup>3</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2514-2593>

**Marcos Bauer Torriani<sup>4</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5890-1539>

**Leticia Monteiro Bettiol<sup>5</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9977-8116>

**Filipe Fernandes Gabriel<sup>6</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1838-9136>

**Luciane Bisognin Ceretta<sup>7</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3294-341X>

**Lisiane Tuon<sup>8</sup>**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0809-0712>

### Resumo

**Introdução:** A Atenção Primária à Saúde (APS) possui como objetivo um atendimento integral, humanizado e de qualidade, sempre atenta às mudanças epidemiológicas e sociodemográficas da população. Diante da importância de conhecer o estado de saúde da população, o presente estudo baseou-se nos indicadores estipulados pelo Programa Previne Brasil, para avaliar a atual situação de saúde nas unidades básicas de saúde (UBS) de um município do extremo sul catarinense. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados, foram construídos um conjunto de questionários que abordavam os aspectos presentes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e no Programa Previne Brasil. **Resultados:** Foram consideradas elegíveis para a pesquisa 44 unidades básicas de saúde, e participaram da pesquisa 179 usuários e 45 profissionais de saúde. **Conclusões:** Destaca-se que a maior parte das unidades participantes da pesquisa contemplaram os sete indicadores do programa, no entanto, salienta-se que os serviços de saúde do município ainda estão em processo de adaptação aos novos indicadores de saúde, evidenciado nos percentuais encontrados em relação à vacina *Haemophilus Influenzae* (HIB), adicionada recentemente ao Programa Previne Brasil.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; assistência integral à saúde; indicadores básicos de saúde

### Abstract

<sup>1</sup> Psicólogo, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. E-mail: [rafaelzaneripe@unesc.net](mailto:rafaelzaneripe@unesc.net)

<sup>2</sup> Dentista, Residente em Atenção Básica e Saúde da Família, Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. E-mail: [ntanlima@gmail.com](mailto:ntanlima@gmail.com)

<sup>3</sup> Nutricionista, Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. E-mail: [eduardaoliveirac97@gmail.com](mailto:eduardaoliveirac97@gmail.com)

<sup>4</sup> Profissional de Educação Física, Especialista e Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. E-mail: [marcosbauer@unesc.net](mailto:marcosbauer@unesc.net)

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, Residente e Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. E-mail: [leticiamonteirobettiol@gmail.com](mailto:leticiamonteirobettiol@gmail.com)

<sup>6</sup> Nutricionista, Residente e Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. E-mail: [filipefernandesg@unesc.net](mailto:filipefernandesg@unesc.net)

<sup>7</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. E-mail: [lucianeceretta@unesc.net](mailto:lucianeceretta@unesc.net)

<sup>8</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Medicina e Ciências da Saúde, Pesquisadora do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. E-mail: [lfb@unesc.net](mailto:lfb@unesc.net)

**Introduction:** Primary Health Care (known in Brazil by the Portuguese acronym APS) aims to provide comprehensive, humanized and quality care, always attentive to epidemiological and sociodemographic changes in the population. Given the importance of knowing the health status of the population, the present study was based on the indicators established by the *Previne Brasil* Program, to assess the current health situation in Basic Health Units (known in Brazil by UBS) of a municipality in the extreme south of Santa Catarina. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study with a quantitative approach. For data collection, a set of questionnaires were constructed which addressed the aspects present in the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ) and in the *Previne Brasil* Program. **Results:** 44 basic health units were considered eligible for the survey, and 179 users and 45 health professionals participated in the survey. **Conclusions:** It is noteworthy that most of the units participating in the research complied with the seven indicators of the program, however, it is emphasized that the health services of the municipality are still in the process of adapting to the new health indicators, evidenced in the percentages found regarding the *Haemophilus Influenzae* (HIB) vaccine, recently added to the *Previne Brasil* Program.

**Keywords:** primary health care; comprehensive health care; basic health indicators

## Introdução

O Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em um período de emergência de políticas sociais no final da década de 1980, com a proposta de universalizar a oferta de serviços públicos de saúde e descentralizar o poder político nas esferas de governo, possibilitando maior autonomia aos estados e municípios para implementar políticas<sup>1</sup>. Uma das premissas adotadas para reorganizar o modelo de atenção à saúde no país foi investir na Atenção Primária à Saúde (APS) que é reconhecida internacionalmente como um fator de benefício na sustentação de sistemas de saúde de qualidade<sup>2</sup>.

Como afirma Portela<sup>3</sup>, no Brasil, as diversas experiências de organização e oferta da APS no sistema de saúde convergiram para o modelo de Saúde da Família, adotado progressivamente a partir dos anos 1990 como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no país. O crescente interesse em avaliar avanços e lacunas da Atenção Primária à Saúde (APS) nos últimos 30 anos<sup>1-8</sup> tem contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao produzir evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade<sup>4</sup>.

Em 2011, o tema qualidade ganhou forte impulso na APS brasileira com a

implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que institucionalizou o incentivo financeiro do MS à melhoria do padrão da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por meio das equipes de saúde da família<sup>5</sup>. Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde lançou uma nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), chamada “Previne Brasil”, com objetivo de fortalecer os atributos essenciais e derivados da APS propostos por Starfield<sup>6</sup>.

O Previne Brasil busca sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem<sup>7</sup>, sendo possível através dos indicadores obter informações sobre os cenários, contribuindo para a criação de novas políticas públicas além de serem ferramentas de monitoramento e avaliação dos serviços e intervenções de saúde e, mais do que nunca, seus resultados subsidiam o aporte financeiro para a manutenção dos serviços de saúde da APS<sup>8</sup>.

Nesse sentido, entende-se que o Previne Brasil é um modelo de financiamento que se suporta sob as bases da captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo financeiro com vistas a critério populacional e incentivos para ações estratégicas, que estabelecem-se



como formas de ampliar o acesso da população a rede de saúde e a coresponsabilização de gestores e trabalhadores. Para o ano de 2022 sete indicadores formaram a proposição do pagamento por desempenho, sendo eles, proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação, Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS, Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo B e Poliomielite inativada, proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre<sup>9</sup>.

Sob o comparativo com o programa de financiamento anterior da APS, denominado de Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), este tinha como objetivos ampliar e melhorar a qualidade da APS com equidade nos âmbitos nacional, regional e local, com princípios de melhora da estrutura física das unidades de saúde e dos processos de trabalho, subsidiado por dois alicerces, o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, estabelecido pelo aporte populacional e o PAB variável conforme o município aderir e realizava ações de políticas de saúde. Já o Previnhe Brasil, tem a sua maior diferença relacionada ao PMAQ, na proposição de ações diretas relacionadas aos indicadores propostos, e na reformulação do modelo de pagamento, agora estruturado em 4 bases<sup>10</sup>.

Nesse sentido, o presente estudo tem por base os indicadores estipulados pelo Programa Previnhe Brasil e tem por objetivo avaliar a atual situação de saúde nas unidades básicas de saúde (UBS) do

município de Criciúma/SC, localizado no extremo sul catarinense.

## **Materiais e Métodos**

### **Amostra e tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e censitária, realizado em março do ano de 2022 no município de Criciúma/SC. A microrregião do estudo pertence ao extremo sul catarinense, e segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) a população é composta por 215.186 habitantes, sendo o município considerado o quinto maior em número de habitantes. A economia da região é derivada da exploração do carvão, indústria, agricultura e pecuária. Em 2017, o PIB per capita era de R\$33.811,63, 36,5% da população tinha ocupação e o salário médio era 2,6 salários-mínimos. Trata-se de uma população composta majoritariamente por mulheres e que está em processo de envelhecimento desde os dados informados no último censo. Logo, tem uma população suscetível a diversas condições crônicas de saúde.

### **Delineamento da pesquisa**

Participaram da pesquisa 179 usuários, sendo uma média de quatro usuários entrevistados por Unidade básica de saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou Policlínica/24h. E, 45 profissionais de saúde, sendo 81,8% destes gerentes das unidades.

### **Critérios de Inclusão e Exclusão**

Para a execução deste estudo, foram consideradas elegíveis para a pesquisa 44 das 47 unidades de saúde, sendo estas divididas entre ESF, UBS e ESF/UBS. As 3 (três) unidades não participantes encontravam-se em reforma durante a realização do estudo, inviabilizando a coleta de dados nesses locais.



## Procedimentos

Para a coleta de dados foram utilizados três questionários: Bloco A – sobre a estrutura física da unidade, como disponibilidade de insumos, disponibilidade de imunobiológicos, acessibilidade e condições da instalação; Bloco B – atribuições dos profissionais de saúde da atenção primária, a fim de compreender suas percepções sobre o processo e organização do trabalho e; Bloco C – percepção dos usuários sobre os procedimentos, organização, funcionamento, satisfação e participação social. A construção dos questionários foi baseada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e no Programa Previnde Brasil, os quais possuíam como objetivo, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na atenção básica, além de produzir maior transparência e efetividade das ações do governo nesse nível de atenção à saúde. Apesar de baseados nesses programas, os questionários foram reestruturados conforme a demanda elencada pelo município. O Bloco A e Bloco B foram aplicados, preferencialmente, com o gerente da unidade, ou um funcionário com nível superior, da área da saúde, e mais de 6 meses de experiência naquela unidade. Já o bloco C foi respondido por quatro usuários do serviço.

Ressalta-se o cumprimento dos princípios éticos, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 48125421.8.0000.0119). Os dados foram coletados através do formulário do Google Forms e do aplicativo Epicollect 5, posteriormente foram tabulados no programa Microsoft Excel e analisados no Software for Statistics and Data Science – Stata versão 14.0. Destaca-se lacunas nos dados da tabela 1 em virtude das transferências dos dados dos questionários físicos para o banco de dados digital.

## Resultados

Sobre a descritiva geral dos respondentes e da estrutura das unidades de saúde, 81,8% (n=36) dos respondentes eram gerentes da unidade, e destes 65,9% são Enfermeiro(a) de formação, e dos gerentes no total 56,8% possuíam pós-graduação. Da estrutura das unidades, grande parte (81,8%) é Estratégia de saúde da família e apenas 1 (2,2%) é policlínica/UBS/ESF. No que se refere à distribuição das unidades pelos distritos sanitários, 10 ficam no distrito da Próspera, 8 no distrito do Centro e 8 também no distrito de Santa Luzia, 7 no distrito do Rio Maina, 5 no da Quarta Linha e 5 também no distrito da Boa Vista.

Para o ano de 2022, o novo modelo de financiamento da atenção básica considerou sete indicadores de saúde, sendo eles; Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b, e Poliomielite Inativada; Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. Sobre este modelo de financiamento, quando perguntados sobre a sua participação no Programa Previnde Brasil, 95,5% (n=41) das unidades disseram participar, 1 disse não saber e 1 disse não participar do programa. Já quando questionados sobre a importância do Programa, 95,3% consideram este importante. Para tais informações, as estratégias que o município de Criciúma usa para alcançar as proporções dos indicadores de saúde estão descritas nas tabelas abaixo:

A tabela 1 demonstra dados sobre as gestantes que realizaram o pré-natal até os 6 meses, testes rápidos e atendimento odontológico, em relação ao acompanhamento das cadernetas e cartões das gestantes 43 (100%) responderam “sim”. Além das consultas para o pré-natal, 42 (97,18%) das entrevistadas confirmaram haver oferta. Assim como os testes rápidos com 39 (90,7%) da amostra, e orientações

para IST 44 (100%) afirmaram que ocorreram. O atendimento odontológico para a gestante na APS, mostrou-se que o encaminhamento do pré-natal odontológico e marcada por telefone, contemplou 29 (90,63%) da amostra, em relação à informação e marcar a consulta para o pré-natal odontológico, notou-se que 27 (81,82%) relatou não instruir a gestante.

**Tabela 1 – Quantitativo da proporção de gestantes que realizaram o pré-natal até os 6 meses, testes rápidos e atendimento odontológico.**

**INDICADOR 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.**

Variáveis	Sim	Não	Não sabe	n
Faz busca das pacientes em período de pré-natal?	41 (93,18%)	2 (6,81%)	-	44
Programa a oferta consulta de para o pré-natal?	42 (97,61%)	1 (2,38%)	-	44
utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?	43 (100%)	-	-	44
Alimenta o sistema de informação sobre o pré-natal?	42 (95,45%)	2 (4,55%)	-	44

**INDICADOR 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV**

Oferta de testes rápidos	39 (90,7%)	3 (3,98%)	1 (2,33%)	43
Orienta as gestantes em relação as IST	44 (100%)	-	-	44

**INDICADOR 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. (Estratégias de facilitação de encaminhamentos de gestantes para o pré-natal odontológico)**

Encaminhamentos da gestante para o pré-natal odontológico do mesmo dia.	26 (70,27%)	11 (29,73%)	-	37
Encaminhamentos da gestante para o pré-natal odontológico com data e hora marcada	20 (55,56%)	16 (44,44%)	-	36
Encaminhamentos da gestante para o pré-natal odontológico, onde a unidade marca a consulta e informa a gestante	6 (18,18%)	27 (81,82%)	-	33
Encaminhamentos da gestante para o pré-natal odontológico. A consulta deve ser marcada por telefone pela gestante	29 (90,63%)	3 (9,38%)	-	32





Encaminhamentos da gestante para o pré-natal odontológico. Não há um percurso definido	19 (82,61%)	4 (17,39%)	-	23
--	-------------	------------	---	----

Fonte: Os autores, 2022.

Na tabela 2, observa-se o percentual de mulheres que realizaram coleta citopatológica na Atenção Primária à Saúde, no que refere ao exame/coleta do citopatológico feito na unidade 41 (95,35%)

respondeu que “sim”. Assim como quando perguntou se a equipe possuía o registro das mulheres elegíveis para o exame citopatológico 38 (88,27%) alegaram que ‘sim’.

**Tabela 2 – Percentual de mulheres que realizaram coleta citopatológica na Atenção Primária à Saúde.**

**INDICADOR 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS**

Variáveis	Sim	Não	Não sabe	n
A equipe possui o registro das mulheres elegíveis para o exame citopatológico.	38 (88,27%)	5 (11,63%)	-	43
A unidade faz busca ativa das mulheres com o citopatológico atrasado?	20 (68,97%)	6 (20,69%)	3 (10,34%)	29
Faz o exame/coleta do citopatológico na unidade?	41 (95,35%)	2 (4,65%)	-	44

Fonte: Os autores, 2022.

A tabela 3 é apresentada à proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na Atenção Primária à Saúde. No que diz respeito à realização de vacinação na unidade, 43 (93,33%) afirmou realizar o

procedimento. Já a disponibilidade de vacina de Poliomielite e Pentavelente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B) 39 (86,67%) confirmaram a oferta na unidade.

**Tabela 3 – Distribuição proporcional a crianças de um ano de idade vacinadas na Atenção Primária à Saúde.**

**INDICADOR 5 - Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo B e poliomielite inativada.na APS**

Variáveis	Sim	Não	Não sabe	n
Faz o acompanhamento da vacinação das crianças do território	28 (96,55%)	1 (3,45%)	-	29
Realização de vacinação na unidade?	43 (93,33%)	3 (6,67%)	-	45
Tem vacina da Poliomielite na unidade?	39 (86,67%)	5 (11,11%)	1 (2,22%)	45
Tem vacina da HIB (Vacina Haemophilus influenzae) na unidade?	31 (68,89%)	13 (28,89%)	1 (2,22%)	45



Tem vacina da Pentavelente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B) na unidade?	39 (86,67%)	5 (11,11%)	1 (2,22%)	45
---	-------------	------------	-----------	----

Fonte: Os autores, 2022.

A tabela 4 identifica a distribuição de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis com consultas na Atenção Primária à Saúde. É possível observar que 42 (92,45%) UBS tem registro de usuários com diagnóstico de hipertensão arterial. Bem como, 17 (58,62%) das equipes fazem a busca ativa dos pacientes com

diagnóstico. Entretanto 9 (45%) não faz a programação de consultas de acordo com o risco programado para hipertensão. No que tange os registros das pessoas com diagnóstico de diabetes 42 (95,55%) afirmam. Além de que 26 (70,27%) afirmam a oferta de consultas para pessoas com diabetes.

**Tabela 4 – Distribuição de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis com consultas na Atenção Primária à Saúde.**

**INDICADOR 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre**

Variáveis	Sim	Não	Não sabe	n
Tem o registro de usuários com diagnóstico de Hipertensão arterial?	42 (92,45%)	2 (4,55%)	-	44
Programa consulta para hipertensão?	27 (72,97%)	10 (27,03%)	-	37
Faz a programação de consultas de acordo com o risco programado para hipertensão?	10 (50%)	9 (45%)	1 (5%)	20
Faz a busca ativa dos pacientes com diagnóstico de pessoas com hipertensão?	17 (58,62%)	9 (31,02%)	3 (10,34%)	29

**INDICADOR 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.**

Tem o registro das pessoas com diagnóstico de diabetes do território?	42 (95,55%)	2 (4,55%)	-	44
Oferta de consultas para pessoas com diabetes?	26 (70,27%)	11 (29,73%)	-	37
Programa consultas de acordo com o risco programado para pessoas com diabetes?	10 (47,62%)	10 (47,62%)	1 (4,67%)	21
Faz busca ativa dos pacientes com diagnóstico de pessoas com diabetes?	17 (58,62%)	9 (31,03%)	3 (10,34%)	29

Fonte: Os autores, 2022.

**Discussão**

Sobre o indicador 1, sendo a proporção de gestantes com pelo menos 6

(seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, encontra-se que na rede, 93,1% das unidades fazem



busca ativa das gestantes para o pré-natal, todas (100%), utilizam caderneta da gestante com as grávidas da unidade e 95,4% alimenta regularmente o sistema de informação sobre o pré-natal.

Leal em seu estudo<sup>11</sup>, afirma que atenção pré-natal se constitui em um conjunto de ações que são simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, visando o bom desfecho da gestação para a mulher e seus filhos. Bem como as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste tiveram as maiores prevalências de mulheres com início precoce do pré-natal, e a Sudeste, a maior cobertura de mulheres com pelo menos seis consultas de pré-natal, no qual corroboram com os dados da pesquisa.

Analisou-se que a proporção de mulheres que realizaram seis ou mais consultas durante a gestação foi maior entre as de mais idade, as brancas, as de renda mais alta, moradoras na Região Sul e em municípios de menor porte, o que também contribui para os resultados encontrados no estudo<sup>12</sup>. Verificou-se que 92,4% das cadernetas das gestantes foram consideradas com registros, no qual a caderneta da gestante amplia o papel do cartão da gestante, na medida em que incluiu um conjunto de orientações e procedimentos de ampla importância na atenção do pré-natal<sup>13</sup>.

Do segundo indicador, para a contemplação da proporção de gestantes com a realização de exames de sífilis e HIV; Todas as unidades referiram orientar as gestantes em relação às ISTs, e 90,7% delas tem a oferta de testes rápidos na unidade.

A literatura<sup>13</sup> evidencia o percentual de municípios com redução da transmissão vertical de infecções sexualmente transmissíveis no pré-natal, sendo as regiões do Centro-oeste, Sul e Norte do país, as três regiões nas quais o estudo evidenciou maior oferta de teste rápido e realização de diagnóstico.

Assim o acompanhamento do pré-natal, por sua vez, constitui ferramenta valiosa para o desenvolvimento de uma

gestação saudável e livre de complicações, neste contexto, as ações de rastreamento, prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Sobretudo, as ações de educação em saúde e prevenção do adoecimento ocupam espaço de destaque entre as atividades de combate à sífilis e demais IST<sup>14</sup>.

Entretanto observa-se que o diagnóstico de sífilis em gestantes segundo a idade gestacional por regiões brasileiras, no ano de 2017, nota-se que o diagnóstico no primeiro trimestre ocorreu em maior proporção na região Sul (47,7%), com menor proporção nas regiões Sudeste (47,5%), Nordeste (27,6%) e Norte (25,3%). No presente estudo, 72,7% das gestantes com sífilis na gestação foram diagnosticadas com a infecção no pré-natal<sup>15</sup>.

A promoção de saúde bucal na gestante é considerada parte importante do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>16</sup>. A crença de que o tratamento odontológico durante a gravidez prejudica o desenvolvimento do feto ainda é parte da cultura de algumas mulheres e dificulta o cuidado com a saúde bucal na gestação<sup>17</sup>.

A gestação por si só não é responsável pelo surgimento de manifestações bucais como cárie e doença periodontal, mas alterações hormonais e de comportamento podem contribuir para agravar infecções já existentes<sup>18</sup>.

Tanto se faz necessário o acompanhamento de pré-natal odontológico que se tornou um dos indicadores requisitados no programa Previne Brasil.

O presente estudo pôde constatar que a grande maioria das unidades (77,7%) contam com equipes ESF com eSB, contudo, ainda há equipes que, infelizmente, não possuem equipe de Saúde Bucal vinculada<sup>19</sup> em consonância com a literatura<sup>20</sup>, apontam como entrave para implantação de equipes de saúde bucal os altos custos advindos da compra de materiais, instrumentais e equipamentos



indispensáveis para o atendimento odontológico, mesmo considerando a atenção primária.

Em relação a forma como ocorre o encaminhamento do atendimento da gestante, pode-se perceber que na maior parte dos casos esse direcionamento para o atendimento odontológico pré-natal é realizado através do telefone. A facilidade com o uso do telefone para marcação da consulta maximiza os atendimentos, corroborando com um estudo<sup>21</sup> onde em seu estudo evidenciou que os principais motivos para o não comparecimento dos usuários nas consultas agendadas são agendamentos em horários inoportunos, falta e/ou falha de comunicação entre paciente e unidade de saúde, agendamentos marcados com semanas ou meses de antecedência e dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Aumentando assim a satisfação dos usuários em relação ao acesso aos serviços de APS, que está relacionada com a sua capacidade de reservar um espaço na agenda no momento mais oportuno para si mesmo<sup>22</sup>.

No Brasil o câncer de colo de útero se apresenta como a segunda neoplasia diagnóstica em mulheres, por isso o CCU é visto como um importante problema de saúde pública no país. Este tipo de câncer pode ser detectado e tratado precocemente através da realização do exame citopatológico, também conhecido como preventivo ou Papanicolau<sup>23</sup>.

No estudo foi possível constatar que mais de 95% das unidades realizam a coleta do exame citopatológico, o que demonstra a preparação da atenção primária em relação a insumos, locais e profissionais adequados para ofertar o exame. O que vai ao contrário do que diz a literatura onde se percebeu que a falta de materiais necessários para a coleta do exame preventivo também aparece como barreira de acesso aos exames, uma vez que nem sempre estão presentes em todas as UBS<sup>24</sup>.

Ao que tange referente a busca ativa das mulheres elegíveis para realização do exame mas que não compareceram a

unidade, apesar da maior parte das equipes realizarem a busca este percentual deve ser ampliado. Esta busca ativa se faz de extrema importância visto que, como corrobora a literatura, esta doença possui cerca de 100% de chances de cura, podendo ser tratada em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos quando diagnosticada e tratada precocemente, o que representa, portanto, grande melhoria na sobrevida e qualidade de vida das mulheres<sup>25</sup>. Além disso a busca ativa cria vínculo e aumenta a adesão das mulheres para com o exame, como nos diz um estudo em que a intervenção propiciou o fortalecimento das relações profissionais entre a equipe e a comunidade, culminando no aprimoramento da adesão e da qualidade da cobertura do exame citopatológico<sup>26</sup>.

O número de equipes que possui o registro de mulheres elegíveis para realização do citopatológicos se mostrou insatisfatório e necessita de atenção neste aspecto, visto que o acompanhamento destas mulheres é considerado indispensável pois um tratamento precoce interrompe a evolução da doença, o que contribuirá para a diminuição da incidência e mortalidade do câncer do colo do útero no Brasil<sup>27</sup>. O processo de vacinação no território nacional é operacionalizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), estruturado em 18 de setembro de 1973, com o propósito de reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, aplicando estratégias para o fortalecimento de ações de vigilância, promoção, proteção e prevenção em saúde<sup>28</sup>.

A prática de vacinação possibilita a erradicação de doenças imunopreveníveis e é uma das intervenções em saúde mais custo-efetivas e seguras, apresentando-se como componente estratégico dos programas de saúde<sup>29</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como prioridade a prevenção da morbidade infantil por meio da imunização com o cumprimento do calendário vacinal recomendado pelo Programa Nacional de

Imunização (PNI)<sup>30</sup>. A vacinação também contribui de maneira importante para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que dentre seus objetivos busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades<sup>31</sup>.

Em uma revisão sistemática realizada por Tauil et al.<sup>32</sup>, a respeito dos fatores que influenciam a adesão ao calendário de vacinação infantil em crianças de zero a 24 meses em diversos países, verificou-se que, de forma geral, a ordem de nascimento superior, baixa escolaridade materna e baixo nível socioeconômico foram os mais frequentemente observados como fatores que influenciam a adesão ao esquema vacinal infantil em diferentes países. O fortalecimento dos contatos e relações entre os serviços de saúde e mães com várias crianças e famílias com baixo nível educacional ou baixo nível socioeconômico parecem ser uma ação importante para melhorar a cobertura vacinal.

A poliomielite é uma doença altamente infecciosa causada por um vírus transmitido de pessoa a pessoa por via fecal-oral, que se multiplica no intestino com capacidade de migração para o sistema nervoso causando um quadro de paralisia flácida, de início súbito. Atualmente existem dois países endêmicos com o vírus da poliomielite circulante, o Paquistão e Afeganistão<sup>32</sup>. Diante desse cenário, enquanto o vírus da poliomielite não for globalmente erradicado, ações de imunização devem ser reforçadas, mesmo em países com certificado de erradicação, para evitar um recrudescimento da Pólio<sup>32</sup>.

Considerando as recomendações do PNI<sup>32</sup> a administração da vacina de Poliomielite inativada (VIP) deve ser administrada em 3 doses: 1 (uma) dose aos 2 meses, 1 (uma) dose aos 4 e 1 (uma) dose aos 6 meses. Crianças de 2 meses até 4 anos, 11 meses e 29 dias, sem comprovação vacinal devem receber a vacina em 3 (três) doses de VIP, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias<sup>33</sup>.

A vacina combinada difteria-tétano-coqueluche-Haemophilus influenzae tipo b (DTP/Hib) permite uma redução no número de injeções necessárias, melhorando assim o cumprimento do calendário vacinal e maior cobertura vacinal. Além disso, a vacina combinada reduziu os custos logísticos relacionados a fatores como número de visitas a centros de saúde, número de seringas e agulhas necessárias e espaço de armazenamento necessário<sup>34</sup>. As vacinas pentavalentes (uma vacina combinada que protege contra cinco doenças assassinas: difteria, coqueluche, tétano, hepatite B e Hib) foram lançadas em 65 dos 67 países elegíveis da GAVI até 2011. As vacinas pentavalentes oferecem uma oportunidade de ouro para conter a doença de HIB e hepatite B, juntamente com difteria, coqueluche e tétano nos países em desenvolvimento<sup>35</sup>.

A vacina Pentavalente é a união da vacina Tetravalente + hepatite B, foi incluída no calendário em 2012 e seu esquema busca imunizar contra cinco doenças: Difteria, Tétano, Coqueluche, Infecções causadas pelo Haemophilus Influenzae tipo b, e Hepatite B. É válido ressaltar que a vacinação e as baixas coberturas vacinais podem incorrer em aumento do número de casos e surtos<sup>36</sup>.

Antes da implantação dos programas de vacinação haemophilus influenzae tipo b (Hib) conjugados na década de 1990, o Hib era a causa mais comum de meningite bacteriana em crianças de <5 anos. Embora a carga de toda a doença de Hib tenha diminuído significativamente na era pós-vacinação, Hib ainda foi responsável por > 29.000 mortes em todo o mundo em crianças de <5 anos em 2015<sup>37</sup>.

Até o início de 2019, 191 países haviam introduzido a vacinação hib em seus programas nacionais de imunização (NIPs) e a cobertura vacinal global com três doses de vacina hib foi estimada em 72% em 2018. No entanto, a cobertura vacinal varia muito de acordo com região e país (até 23% para a Região do Pacífico Ocidental e até



87% nas Américas e Sudeste Asiático em 2018)<sup>38</sup>, e a carga da doença de Hib permanece considerável em países com baixa absorção de vacinas. Além disso, mesmo em países com altas coberturas vacinais, os surtos continuam a ocorrer esporadicamente<sup>38</sup>. Portanto, ainda há necessidade de vigilância contínua e reavaliação das estratégias de vacinação para garantir o progresso na erradicação da doença.

Ao considerarmos a vacinação na condição de um serviço de caráter preventivo, a princípio, cabe ao usuário a busca por esse serviço quando e se considerá-lo como uma necessidade de saúde<sup>39</sup>. No entanto, apesar da utilização do serviço de vacinação depender de fatores relacionados ao usuário, como a citada identificação de uma necessidade de saúde ou ainda características demográficas, socioeconômicas ou culturais, por exemplo; há de se considerar a importância de fatores relacionados ao “sistema de barreiras” existentes no acesso ao serviço, que inclui características dos prestadores de serviços e da organização dos serviços<sup>40</sup>.

Os motivos relacionados ao usuário que o levam a não adesão à vacinação pode ser muitas vezes individuais, complexos e subjetivos, sendo difícil a atuação do gestor ou dos profissionais da área de saúde no sentido de modificá-los. É necessário, portanto, identificar os fatores relacionados à estruturação e organização dos serviços de APS que, se aperfeiçoados pelos gestores ou profissionais, podem atuar de forma positiva nos indicadores de cobertura vacinal<sup>41</sup>.

Em relação aos dados apresentados na tabela 4, observa-se que 95,5% das UBS, relataram possuir registro dos usuários com DM, resultados estes que diferem dos encontrados por Radigonda et al.<sup>42</sup>, onde apenas 4,4% dos 386 participantes, apresentavam registro de pessoas com DM. Em relação a busca ativa dos pacientes, identificou-se que 58,6% ou seja, 17 UBS, realizam este procedimento, resultado este que se diferencia dos encontrados por

Radigonda et al.<sup>41</sup>, visto que apenas 12,3% dos pacientes recebiam visita domiciliar, resultado este, que vai de encontro ao observado por Bortoluz, Lima & Nedel<sup>43</sup>, onde 10,9% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) relataram ter recebido visita domiciliar no último mês.

Ao analisar as consultas, apenas 29,7% das unidades relataram realizar a programação da oferta para pacientes com diagnóstico de diabetes e 47,6%, ou seja, dez unidades relataram realizar a oferta de acordo com o risco programado para DM. Resultado concordante ao observado em outros estudos, onde apenas 35,3% dos pacientes com haviam frequentado a uma consulta nos últimos doze meses, 22% relataram ter ido a uma consulta médica nos últimos seis meses, e apenas 24,0% relatou realizar acompanhamento regular com o enfermeiro<sup>42,43</sup>.

Desse modo, diante dos resultados analisados na tabela 4, a presente pesquisa mostrou uma cobertura regular no acompanhamento de pessoas com DM e HAS, pois apesar de 92,4% e 95,5% das unidades, apresentarem registro de pessoas diagnosticadas com HAS e DM, respectivamente, apenas, 50% e 47,6% fazem a programação de consultas de acordo com o risco para estas patologias. Tais resultados sugerem dificuldade no acompanhamento e cuidado integral dos pacientes com essas comorbidades no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesse sentido, frente a essas questões, é fundamental o planejamento e execução de ações e estratégias de saúde, que visem a garantia integral das demandas de saúde de indivíduos e coletividades que estão adscritos nos territórios de cada UBS, visando o cumprimento dos atributos essenciais da APS, e conseqüentemente, reduzindo a busca pelos serviços de atenção secundária e terciária da rede<sup>44,45,46</sup>.

## Conclusão

Levando em consideração os indicadores estipulados pelo Programa



Previne Brasil com objetivo de realizar a análise de situação de saúde das unidades de saúde do município de Criciúma/SC, entende-se que a maior parte das unidades participantes da pesquisa contemplaram os sete indicadores do programa. Isso pode ser observado a partir do acompanhamento efetivo das gestantes, oferta de campanhas de vacinação e registro de pessoas diagnosticadas com HAS e DM, procedimentos realizados pela maioria das UBS. No entanto, salienta-se que os serviços de saúde do município ainda estão em processo de adaptação aos novos indicadores de saúde, em especial quanto a disponibilidade e adesão à vacina HIB (Vacina *Haemophilus influenzae*).

Segundo os resultados observados, destaca-se a preparação da APS em relação às necessidades de saúde da população, sendo observado, em sua maioria, a oferta

de cuidados de qualidade, voltados para as principais demandas dos territórios. Vale ressaltar, no entanto, a necessidade da ampliação da busca ativa dos casos de DCNT, visando um maior vínculo entre a APS e os usuários, a fim de garantir uma maior adesão ao tratamento, maior cobertura e assistência.

Diante do exposto, evidencia-se a importância de conhecer o estado de saúde de indivíduos e coletividades. Destaca-se ainda, que a oferta de um cuidado integral e longitudinal, possibilita a APS o cumprimento de seu objetivo de ser resolutiva aos principais problemas de saúde encontrados na população, reduzindo a busca pelos serviços de média e alta complexidade, a partir da elaboração de ações e estratégias de educação em saúde, e criação de vínculo entre profissionais, usuários e comunidade.

### Referências Bibliográficas

1. Arretche M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ Soc.* setembro de 2002;23(80):25-48.
2. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 20 de agosto de 2018; 34(8):1-5.
3. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis Rev Saúde Coletiva.* junho de 2017;27(2):255–76.
4. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CK de A, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad Saúde Pública.* junho de 2010;26(6):1079-95.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011 [acesso em 05 de maio de 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)
6. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
7. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* abril de 2020;25(4):1189-96.
8. Guimarães TA, Pinheiro AKB, Silva AA, Castro LRG, Silva MB da, Fonseca LMB. Qualidade dos registros da assistência pré-natal na caderneta da gestante. *Rev Baiana Enfermagem* [Internet]. 9 de abril de 2020; 34:1-11.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *Previne Brasil.* Brasília- DF. 2022 [acesso em 10 de maio de 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo PMAQ para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. 2 ed. Brasília- DF. 2015 [acesso



- em 08 de maio de 2022]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf)
11. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN da. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saúde Pública*. 21 de janeiro de 2020;54:1-12.
  12. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS da, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017; 33(3):1-11.
  13. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Coletiva*. junho de 2016;24(2):252-61.
  14. Figueiredo DCMM de, Figueiredo AM de, Souza TKB de, Tavares G, Vianna RP de T. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):1-12.
  15. Rosa LGF, Santos FS, Vataam CM, Burg MR, Carmago MEB. Análise do rastreamento oportuno da sífilis no pré-natal de baixo risco. *Aletheia*. 2020; 53(1):133-145.
  16. Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves, HHR, Sguario RM. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina*. 2020; 48(12):753-759.
  17. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal. 2004 [acesso em 10 de maio de 2022].. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm)
  18. Bastiani C, Cota ALS, Provezano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol. Clín. Cient*. 2010; 9(2):155-160.
  19. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP de, Moraes MEL de, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc. saúde coletiva (Online)*. janeiro de 2010;15(1):269–76.
  20. Pinho JRO, Souza TC, Bôas MDV, Marques CPC, Neves PAM. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev. Assoc. Paul. Cor. Dent*. 2015; 69(1):80-5.
  21. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva (Online)*. 2014; 19(2):373-382.
  22. Postal L, Celuppi IC, Lima G dos S, Felisberto M, Lacerda TC, Wazlawick RS, et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva (Online)*. 2021;26(6):2023–34.
  23. Zhao P, Lavoie J, Lavoie BJ, Simões E. Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. *J. Med. Internet Res*. 2017; 19(4):e134.
  24. Marques MMDS, Pedrozo RE da SB. Fatores associados a recusa do exame citopatológico por mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde no Brasil. *Res Soc Dev*. 4 de dezembro de 2021;10(16):1-9.
  25. Aline C. Ações de Rastreamento do Câncer do Colo do útero nas Equipes de Atenção Básica (AB) da Região centro-sul (CS) do Estado do Rio de Janeiro (ERJ). In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018; Mangueiras (RJ). Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: ABRASCO; 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38578>
  26. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. 2013 [acesso em 05 de maio de 2022].. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf)
  27. Maciel NDS, Luzia FJM, Ferreira DDS, Ferreira LCC, Mendonça VDM, Oliveira AWN, et al. Busca ativa para aumento da adesão ao exame papanicolaou. *Rev Enferm UFPE Line* [Internet]. 2021;15(1).



28. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Primária: Rastreamento. 2010 [acesso em 05 de maio de 2022]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf)
29. Brasil. Ministério da Saúde. Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a covid-19. 2021 [acesso em 08 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-a-covid-19-pno-2a-edicao-com-isbn>
30. Cavalcanti MAF, Nascimento EGC. Aspectos Intervenientes da criança, da família e dos serviços de saúde na imunização infantil. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2015;15(1):31-37.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022>
32. Tauil MC, Sato APS, Waldman EA. Factors associated with incomplete or delayed vaccination across countries: A systematic review. *Vaccine.* 2016;34(24):2635–43.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e Multivacinação para Atualização da Caderneta da Criança e do Adolescente. ago 30, 2022 [acesso em 08 de maio de 2022]. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/informes-tecnicos/informe-tecnico-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-a-poliomielite-e-multivacinacao-para-atualizacao-da-caderneta-de-vacinacao-da-crianca-e-do-adolescente>
34. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. 2020 [acesso em 05 de maio de 2022]. Disponível: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Calend%C3%A1rio%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o/INSTRUCAO%20NORMATIVA%202020.pdf>
35. Martins R de M, Camacho LAB, Marcovistz R, Noronha TG de, Maia M de LS, Santos EM dos, et al. Immunogenicity, reactogenicity and consistency of production of a Brazilian combined vaccine against diphtheria, tetanus, pertussis and *Haemophilus influenzae* type b. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2008;103(7):711–718.
36. Bairwa M, Paliana M, Rajput M, Khanna P, Kumar N, Nagar M, et al. Pentavalent vaccine: A major breakthrough in India's Universal Immunization Program. *Hum Vaccines Immunother.* 2012;8(9):1314–6.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 05 de maio de 2022]. Disponível: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_volume\\_1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_1.pdf)
38. Slack M, Esposito S, Haas H, Mihalyi A, Nissen M, Mukherjee P, et al. *Haemophilus influenzae* type b disease in the era of conjugate vaccines: critical factors for successful eradication. *Expert Rev Vaccines.* 2020;19(10):903–17.
39. OMS. Organização mundial da saúde. Cobertura vacinal. Fatos-chave. 2019 [acesso em 10 de maio de 2022]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>.
40. Moraes JC de, Ribeiro MCS de A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol.* maio de 2008;11(suppl 1):113–24.
41. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(suppl 2):190–8.
42. Holanda WTG, Oliveira SB de, Sanchez MN. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. *Ciência Saúde Coletiva.* 2022;27(4):1679–94.
43. Radigonda B, Kazue Tanno de Souza R, Cordoni Junior L, Maria Rigo Silva A. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. *Epidemiol E Serviços Saúde.* 2016;25(1):1-10.



44. Bortoluz S, Lima LA de, Nedel FB. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. *Ciênc Saúde*. 2016;9(3):156-166.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. 2013 [acesso em 10 de maio de 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf)
46. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde Em Debate* [Internet]. 2014;38(special): 265-278.

---

### Como citar this article:

Nunes RZS, João NGL, Cardoso MAO, Torriani MB, Bettiol LM, Gabriel FF, Ceretta LB, Tuon T. Análise de situação de saúde do município de Criciúma/SC utilizando indicadores do previne Brasil. *Rev. Aten. Saúde*. 2023; e20238655(21). doi <https://doi.org/10.13037/ras.vol21.e20238655>

