

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Caroline Schilling Soares

PROGRAMA PREVINE BRASIL: análise da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de Minas Gerais

Belo Horizonte
2022

Caroline Schilling Soares

PROGRAMA PREVINE BRASIL: análise da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de Minas Gerais

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mirela Castro Santos Camargos

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha

Belo Horizonte
2022

Soares, Caroline Schilling.
SO676p Programa Previne Brasil [recursos eletrônicos]: análise da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de Minas Gerais. / Caroline Schilling Soares. - - Belo Horizonte: 2022.
189f.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.
Coorientador (a): Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Financiamento da Assistência à Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Camargos, Mirela Castro Santos. II. Noronha, Kenya Valéria Micaela de Souza. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 84.6

AGRADECIMENTOS

Meu sincero agradecimento a todos aqueles que contribuíram para que este trabalho fosse possível, especialmente:

A Deus por guiar os meus caminhos e abençoar minhas realizações.

Ao meu marido, André, pelo companheirismo, apoio e contribuições.

Aos meus pais, Elisabeth e José Feliciano, pelos ensinamentos, dedicação, auxílio e apoio de sempre.

Aos meus cães, Nalla (*in memoriam*), Bidu e Barthô, pelos ensinamentos e companhia.

A toda minha família, meus amigos e colegas de trabalho pelo apoio e contribuições.

Às minhas orientadoras, professoras Dra. Mirela Castro Santos Camargos e Dra. Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha, pela acolhida, atenção, dedicação, ensinamentos e condução deste trabalho com relevantes contribuições para minha trajetória acadêmica e profissional.

À Universidade Federal de Minas Gerais por ter me acolhido como aluna do curso de Mestrado.

Aos docentes do programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde pelos valiosos ensinamentos e dedicação ao trabalho desenvolvido, contribuindo para a formação acadêmica e profissional dos discentes.

Ao secretário deste Programa, Davidson, pela presteza, auxílio e pelo excelente trabalho realizado.

Aos colegas da Turma III do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, em especial a Klébio Ribeiro, Maria Célia Ventura, Mariane Coimbra e Tatiana Nunes, pelo aprendizado compartilhado, pelo apoio, contribuição e união durante o ensino remoto emergencial e pelas ricas discussões nas disciplinas.

RESUMO

O financiamento específico da Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecido em 1996, mediante a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), composto por uma parte fixa (PAB Fixo) e outra variável (PAB Variável). Em 2019, o Ministério da Saúde definiu um novo modelo de financiamento para a APS, denominado Programa Previne Brasil, composto por Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas. O objetivo geral deste estudo foi analisar as mudanças provocadas em indicadores e no financiamento da Atenção Primária dos municípios do estado de Minas Gerais mediante instituição do Programa Previne Brasil. Trata-se de pesquisa do tipo transversal descritiva, de abordagem quantitativa, realizada a partir de dados secundários, contidos em relatórios públicos do portal e-Gestor Atenção Básica e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Realizou-se o trabalho para os 853 municípios de Minas Gerais, com análise desagregada por macrorregiões de saúde. O período de análise compreendeu os anos de 2018 a 2021, apresentando os resultados do 3º quadrimestre de cada ano. Realizou-se análise estatística descritiva por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas e média aritmética, com informações organizadas em gráficos, mapas e tabelas. Realizou-se a análise segundo resultados observados e resultados obtidos a partir de simulações, considerando os seguintes agrupamentos: Capitação Ponderada; Pagamento por Desempenho; Incentivo para Ações Estratégicas; e Financiamento (PAB Fixo x Capitação Ponderada, PMAQ-AB x Pagamento por Desempenho, PAB Variável x Incentivo para Ações Estratégicas, e Financiamento Global). Os resultados encontrados mostraram aumento importante do cadastro da população das macrorregiões de saúde de Minas Gerais, inclusive da população vulnerável, e melhoria gradual dos indicadores de Pagamento por Desempenho, apesar de todos os indicadores apresentarem resultados muito abaixo das metas estabelecidas pelo Programa. A substituição do PAB Variável pelo Incentivo para Ações Estratégicas mostrou que algumas equipes importantes deixaram de ser custeadas pelo governo federal, algumas ações, programas e estratégias foram mantidas e outras, incorporadas. A Capitação Ponderada mostrou-se melhor financeiramente que o PAB Fixo, porém o Pagamento por Desempenho e o Incentivo para Ações Estratégicas mostraram-se piores em relação ao PMAQ-AB e ao PAB Variável, respectivamente. Contudo, a análise do financiamento global mostrou que o Programa Previne Brasil foi melhor financeiramente que o PAB para a maioria dos municípios de Minas Gerais. Elaborou-se relatório técnico com os resultados encontrados e sugestões de melhoria para o avanço do Programa Previne Brasil. A análise realizada neste trabalho não permite uma avaliação de impacto do Programa Previne Brasil e sim uma avaliação de processo que gera conhecimento, podendo contribuir para o seu aprimoramento e consolidação. Este estudo pode subsidiar novas pesquisas acerca do novo modelo de financiamento da APS.

Palavras-chave: Financiamento da Atenção Primária à Saúde. Programa Previne Brasil. Avaliação de políticas públicas.

ABSTRACT

Specific funding for Primary Health Care (PHC) was established in 1996, through the creation of the Basic Care (PAB), composed of a fixed part (Fixed PAB) and another variable (Variable PAB). In 2019, the Ministry of Health defined a new financing model for PHC, called Programa Previne Brasil, composed of Weighted Capitation, Payment for Performance and Incentive for Strategic Actions. The general objective of this study was to analyze the changes caused in indicators and in the financing of Primary Care in the municipalities of the state of Minas Gerais through the institution of the Previne Brasil Program. This is a descriptive cross-sectional research, with a quantitative approach, carried out from secondary data, contained in public reports from the e-Gestor Primary Care portal and from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The work was carried out for the 853 municipalities of Minas Gerais, with analysis disaggregated by health macro-regions. The period of analysis comprised the years 2018 to 2021, with the results of the 3rd quarter of each year. Descriptive statistical analysis was performed through the distribution of absolute and relative frequencies and arithmetic mean, with information organized in graphs, maps and tables. The analysis was performed according to observed results and results obtained from simulations, considering these groups: Weighted Capitation; Pay for Performance; Incentive for Strategic Actions; and Financing (Fixed PAB x Weighted Capital, PMAQ-AB x Pay for Performance, Variable PAB x Incentive for Strategic Actions, and Global Financing). The results found showed a significant increase in the registration of the population of the health macro-regions of Minas Gerais, including the vulnerable population, and a gradual improvement in the Pay for Performance indicators, despite all indicators presenting results far below the goals established by the Program. The replacement of the Variable PAB by the Incentive for Strategic Actions showed that some important teams were no longer funded by the federal government, some actions, programs and strategies were maintained and others were incorporated. The Weighted Capitation proved to be financially better than the Fixed PAB, however the Performance Pay and the Incentive for Strategic Actions were worse in relation to the PMAQ-AB and the Variable PAB, respectively. However, the analysis of global funding showed that the Programa Previne Brasil was financially better than the PAB for most municipalities in Minas Gerais. A technical report was prepared with the results found and suggestions for improvement for the advancement of the Previne Brasil Program. The analysis carried out in this work does not allow an impact assessment of the Previne Brasil Program, but an assessment of the process that generates knowledge and can contribute to its improvement and consolidation. This study may support further research on the new PHC financing model.

Key-words: Financing of Primary Health Care. Programa Previne Brasil. Evaluation of public policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CDS	Coleta de Dados Simplificado
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
e-Gestor AB	e-Gestor Atenção Básica
eABP	equipe de Atenção Básica Prisional
eAP	equipe de Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
eCR	equipe de Consultório na Rua
eSB	equipe de Saúde Bucal
eSF	equipe de Saúde da Família
eSFR	equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
GEAPS	Gerência de Atenção Primária à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ISF	Indicador Sintético Final
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
P4P	<i>Pay for performance</i> (pagamento por desempenho)
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i> (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária)
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSH	Programa Saúde na Hora
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SB	Saúde Bucal
SF	Saúde da Família
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UOM	Unidade Odontológica Móvel

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha histórica do financiamento da APS	20
Figura 2 – Componentes do Programa Previne Brasil definidos na sua instituição	24
Figura 3 – Componentes do Programa Previne Brasil incorporados posteriormente à sua instituição	27
Figura 4 – Linha do tempo das medidas implementadas na transição do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde após a instituição do Programa Previne Brasil	27
Figura 5 – Mapa do Estado de Minas Gerais dividido em 14 macrorregiões de saúde.....	44
Figura 6 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de cobertura da população cadastrada em 2018, 2019, 2020 e 2021	63
Figura 7 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, 2018-2021	68
Figura 8 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo com faixas de resultado do indicador de Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, 2018-2021	68
Figura 9 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, 2018-2021	69
Figura 10 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de cobertura de exame citopatológico, 2018-2021	71
Figura 11 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas do indicador de percentual de pessoas com hipertensão que tiveram pressão arterial aferida em cada semestre, 2018-2021	75
Figura 12 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada, 2018-2021	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Potencial de pessoas cadastradas segundo a tipologia do município e a equipe vinculada	30
Quadro 2 – Indicadores de pagamento por desempenho	33
Quadro 3 – Informações coletadas para análise	45
Quadro 4 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise dos dados de Capitação Ponderada	48
Quadro 5 – Definição e cálculo do indicador utilizado na análise dos dados de pagamento por desempenho	49
Quadro 6 – Faixas de percentual de alcance dos resultados dos indicadores do Pagamento por Desempenho, definidas pelo Ministério da Saúde	49
Quadro 7 – Definição e cálculo do indicador utilizado na análise dos dados de adesão a ações estratégicas	51
Quadro 8 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise dos dados de financiamento de PAB Fixo x Capitação Ponderada	53
Quadro 9 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise dos dados de financiamento do PMAQ-AB x Pagamento por Desempenho	55
Quadro 10 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise dos dados de financiamento de PAB Variável x Incentivo para Ações Estratégicas	56
Quadro 11 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise do financiamento global	57
Quadro 12 – Ações, programas e equipes custeadas pelo PAB Variável e pelo componente Incentivo para Ações Estratégicas do Programa Previne Brasil	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População total cadastrada em eSF e eAP por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais em 2018, 2019, 2020 e 2021	59
Tabela 2 – Quantitativo total e percentual da população vulnerável cadastrada, e percentual de aumento da população vulnerável cadastrada em 2021 em relação a 2018, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021	61
Tabela 3 – Percentual de municípios segundo faixas de cobertura da população cadastrada, por macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021	62
Tabela 4 – Resultados alcançados pelo estado de Minas Gerais nos indicadores de Pagamento por Desempenho calculados pelo Ministério da Saúde, no 3º quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021	64
Tabela 5 – Percentual de municípios, segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, por faixas de cobertura dos indicadores de pré-natal, no 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021	65
Tabela 6 – Percentual de municípios, segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, por faixas de cobertura do indicador de saúde da mulher, no 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021	70
Tabela 7 – Percentual de municípios, segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, por faixas de cobertura dos indicadores de doenças crônicas, no 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021	73
Tabela 8 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada em comparação ao PAB Fixo	85
Tabela 9 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada 2021 em relação a 2020, com e sem o adicional do ano	87
Tabela 10 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes ao Pagamento por Desempenho (2020 e 2021) em relação ao PMAQ-AB (2018 e 2019)	89

Tabela 11 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes ao PAB Variável e ao Incentivo para Ações Estratégicas, em 2018, 2019, 2020 e 2021	90
Tabela 12 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas globais no recebimento de recursos financeiros em 2019, 2020 e 2021.....	92

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de população cadastrada em eSF e eAP, em relação à população estimada pelo IBGE, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais em 2018, 2019, 2020 e 2021	60
Gráfico 2 – Percentual de municípios que alcançaram as metas dos indicadores, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, no 3º quadrimestre de 2021.....	76
Gráfico 3 – Percentual de municípios com adesão às equipes de Saúde da Família, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019.....	140
Gráfico 4 – Percentual de municípios com adesão às equipes de Atenção Primária, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019	140
Gráfico 5 – Percentual de municípios com adesão às equipes NASF-AB, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019	79
Gráfico 6 – Percentual de municípios com adesão às equipes de Saúde Bucal, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021	80
Gráfico 7 – Percentual de municípios com adesão às Unidades Odontológicas Móveis, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021	141
Gráfico 8 – Percentual de municípios com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021	141
Gráfico 9 – Percentual de municípios com adesão ao Programa Academia da Saúde, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021	81
Gráfico 10 – Percentual de municípios com adesão do Programa Saúde na Hora, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2019, 2020 e 2021	81
Gráfico 11 – Percentual de municípios com adesão às equipes Consultório de Rua, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021	142

Gráfico 12 – Percentual de municípios com equipes de Atenção Básica Prisional (eABP), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021	142
Gráfico 13 – Percentual de municípios com custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021	143
Gráfico 14 – Percentual de municípios com Programa Saúde na Escola (PSE), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021	83
Gráfico 15 – Percentual de municípios com adesão ao Programa de Apoio à Informatização da APS, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021	83
Gráfico 16 – Percentual de municípios com adesão ao Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021	143
Gráfico 17 – Percentual de municípios com adesão ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021	144
Gráfico 18 – Percentual de municípios com estratégia de incentivo a residência médica e multiprofissional, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021	144
Gráfico 19 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos de repasse financeiro global em 2020 e 2021, em relação a 2018 e 2019	93
Gráfico 20 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos de repasse financeiro global em 2020 e 2021 (simulação sem Per Capita de Transição e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional), em relação a 2018 e 2019	94

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 A INSTITUIÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL	23
3.1.1 Capitação Ponderada	28
3.1.2 Pagamento por desempenho	32
3.1.3 Incentivo para Ações Estratégicas	37
3.1.4 Evidências sobre o Programa Previne Brasil	39
4 METODOLOGIA	44
4.1 FONTE DE DADOS	45
4.2 CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DOS INDICADORES SELECIONADOS	46
4.2.1 Capitação Ponderada	47
4.2.2 Pagamento por desempenho	48
4.2.3 Incentivo para Ações Estratégicas	51
4.2.4 Financiamento	51
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	58
5. RESULTADOS	59
5.1 CAPITAÇÃO PONDERADA	59
5.2 PAGAMENTO POR DESEMPENHO	64
5.3 INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS	76
5.4 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	84
5.4.1 PAB Fixo e Capitação Ponderada	84
5.4.2 PMAQ-AB e Pagamento por Desempenho	88
5.4.3 PAB Variável e Ações Estratégicas	90
5.4.4 Financiamento global antes e após a instituição do Programa Previne Brasil	91
6. DISCUSSÃO	95
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	117

APÊNDICE A – Ficha de qualificação dos indicadores do Pagamento por Desempenho	133
APÊNDICE B – Gráficos com o percentual de municípios com adesão a equipes, programas e ações estratégicas	140
APÊNDICE C – Relatório Técnico	145

APRESENTAÇÃO

Graduada em nutrição, minha atuação no Sistema Único de Saúde iniciou-se em 2012, a partir da aprovação em concurso público para “Técnico Superior de Saúde – Nutricionista” para compor o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no município de Belo Horizonte. Como profissional do NASF-AB, trabalhei por quase dois anos nos Centros de Saúde Dom Bosco e Glória, da regional Noroeste da capital. Em 2014, fui aprovada em um processo seletivo interno para trabalhar como Referência Técnica de Nutrição na Coordenação do NASF-AB da Secretaria Municipal de Saúde. Em 2020, passei a trabalhar como Referência Técnica no Núcleo de Monitoramento da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS) na mesma secretaria.

As principais atribuições do cargo que ocupo atualmente envolvem: monitoramento dos indicadores da Atenção Primária à Saúde (APS) e das equipes, com acompanhamento de Programas do governo federal como Previne Brasil e Saúde na Hora; extração e análise de dados relativos à APS; elaboração de relatórios de gestão; análises e pareceres de contratação de profissionais para a APS; acompanhamento de processos que envolvem as estruturas físicas dos Centros de Saúde e aquisição de equipamentos; e participação no projeto estratégico Gestão do Cuidado no Território da GEAPS, como apoiadora institucional da Regional Centro Sul.

A presente pesquisa foi realizada durante o Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A escolha do tema de pesquisa partiu da minha experiência e prática profissional, tendo em vista que o monitoramento do Programa Previne Brasil nos Centros de Saúde de Belo Horizonte é uma das minhas frentes de trabalho. Observo, em minha prática, a dificuldade de implementação do Programa e do alcance das metas dos indicadores deste por razões diversas, assim como a necessidade de melhoria do acesso dos usuários aos Centros de Saúde. Nesse contexto, optei por analisar as mudanças provocadas no financiamento e em indicadores dos municípios do estado de Minas Gerais com a instituição do Programa Previne Brasil, com intuito de trazer reflexões e contribuir para sua consolidação.

1 INTRODUÇÃO

O modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil é constituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), orientado por um conjunto de princípios e diretrizes definidos pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990) (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). O SUS é organizado em três níveis de atenção: Primária, Secundária e Terciária, os quais se estruturam em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com vistas à integração da assistência (MENDES, 2011; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde nos âmbitos individual, familiar e coletivo (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012). Tais práticas envolvem ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, e visam a impactar na situação de saúde, na autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017a; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2012; 2021; JESUS *et al.*, 2021).

Orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a APS deve garantir a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade do cuidado, enquanto ordenadora da RAS. Além de ter como atributos o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, que devem ser observados na prestação da assistência à saúde (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2012; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020; SELLERA *et al.*, 2020; MENDES, 2021).

A Atenção Primária apresenta grande resolubilidade, ao solucionar de 87,5% a 95% dos problemas de saúde de sua população, com tecnologias de elevada complexidade, baixa densidade e menor custo em relação aos demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2012). A resolubilidade e o bom acesso da APS, bem como o aumento da cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode reduzir consideravelmente as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que representam um alto custo para o sistema público de saúde (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014; PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014; MACINKO; MENDONÇA, 2018; SANTOS *et al.*, 2018; MORIMOTO; COSTA, 2019; PINTO *et al.*, 2019; TASCA *et al.*, 2019;

MENDES, 2021). Dessa forma, a APS demonstra ser uma estratégia relevante pelo seu desempenho e custo-efetividade, contribuindo para a eficiência da atenção secundária e terciária (TASCA *et al.*, 2019).

Os modelos de financiamento da APS são indissociáveis dos modelos dos sistemas de saúde, sendo o do Brasil do tipo de seguridade social. Nesse tipo de modelo, os serviços de saúde são ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais provenientes de impostos gerais. Entende-se por financiamento de sistemas de saúde, as fontes de recursos por meio das quais ocorre o gasto em saúde de determinada sociedade. O financiamento do SUS e, conseqüentemente da APS, estrutura-se com base na participação das três esferas de governo: federal, estadual e municipal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

O financiamento específico para a Atenção Primária foi estabelecido em 1996 pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 que estabelece o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, com o Piso Assistencial Básico (PAB) para a Atenção Primária. Em 1998, foi implementado o financiamento da APS, então denominado Piso da Atenção Básica (PAB). O PAB era composto por uma parte fixa (PAB fixo), calculada pelo número de habitantes de um município, e outra variável (PAB variável) para o desenvolvimento de estratégias e programas prioritários, como Saúde da Família (SF), Saúde Bucal (SB), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipes Consultórios na Rua (eCR), dentre outros. Desde a criação do financiamento para a APS, os recursos são repassados pelo governo federal aos municípios na modalidade fundo a fundo, ou seja, do fundo nacional de saúde ao fundo municipal de saúde (BRASIL, 1996; 1998; 2009).

Posteriormente, em 2006, o Pacto de Gestão do SUS estabeleceu a organização do financiamento federal em seis blocos, sendo cinco de custeio (Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Bloco de Atenção Básica, Bloco de Vigilância em Saúde, Bloco de Assistência Farmacêutica e Bloco de Gestão do SUS) e um de investimento (denominado Bloco de Investimento). O Bloco de Atenção Básica ficou constituído pelo Piso de Atenção Básica, criado em 1998, mantendo sua proposta inicial (BRASIL, 2006a; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018). Em 2017, ocorreram mudanças das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os

serviços públicos de saúde do SUS, com o estabelecimento de apenas dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. A existência de apenas dois blocos permitiu a flexibilização do fluxo financeiro e a priorização dos gastos em saúde pela gestão municipal. Contudo, este foi um marco para a inexistência de um bloco de financiamento específico para a Atenção Primária, ainda que houvesse a manutenção do PAB (BRASIL, 2017b; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018).

Em 2016, mediante aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, que instituiu o teto de gastos da união para despesas primárias e o congelamento dos investimentos em saúde por 20 anos pelo Ministério da Saúde, em um cenário cujo subfinanciamento do SUS poderá se transformar em desfinanciamento, a situação tornou-se preocupante principalmente em função do crescimento dos gastos em saúde.

Esse aumento decorre da transição demográfica e epidemiológica, da constante incorporação tecnológica e de problemas estruturais do sistema de saúde. Ademais, o Brasil vivencia uma crise econômica, fiscal, política e institucional e o financiamento da saúde constitui-se um desafio, devido à insuficiência dos recursos financeiros, ineficiência econômica e alocativa destes recursos e constante crescimento dos gastos (BRASIL, 2006a; 2016; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; PADILHA *et al.*, 2019; VIEIRA *et al.*, 2022).

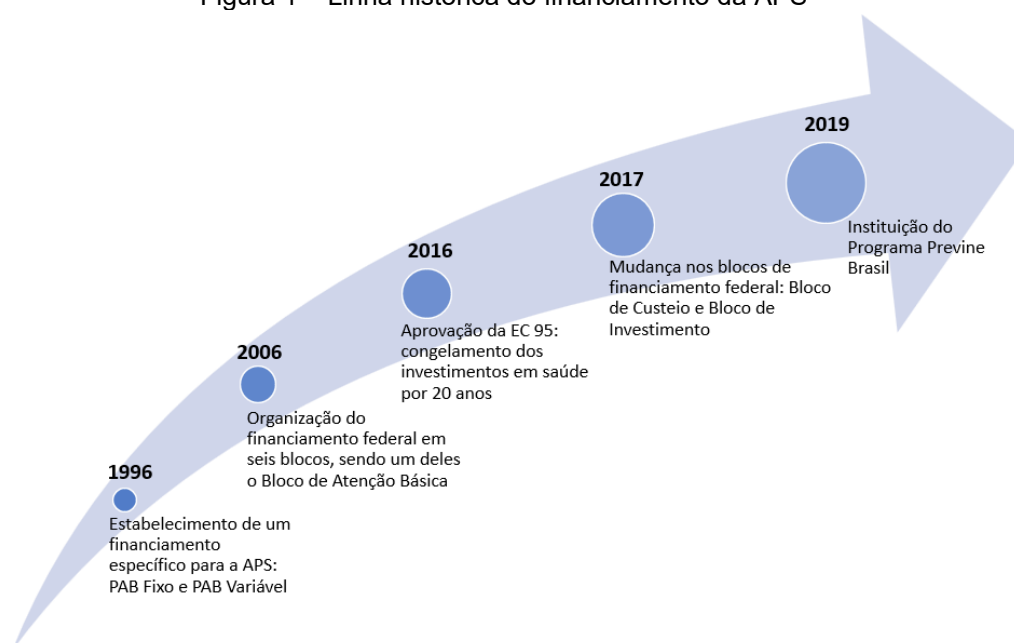
De acordo com Reis *et al.* (2019), o cenário de estagnação econômica do país com conseqüente restrição orçamentária, impôs a necessidade da alocação mais eficiente dos recursos de saúde. Assim, o Ministério da Saúde (MS) definiu novo modelo de financiamento para a Atenção Primária, denominado Programa Previne Brasil, composto por Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas. A linha histórica das principais mudanças do financiamento da Atenção Primária é apresentada na Figura 1.

De acordo com Brasil (2019a), a instituição de novo modelo de financiamento considerou os atributos, a necessidade de ampliação do acesso dos usuários e da abrangência da oferta de serviços da APS, com garantia do princípio da universalidade e da equidade do SUS, a necessidade de valorização do desempenho das equipes e o fortalecimento da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Autores destacam que os modelos de financiamento de sistemas de saúde influenciam o modelo de atenção à saúde executado, a forma de organização do acesso a serviços e a eficiência da utilização de recursos, podendo impactar as práticas e os resultados em saúde (HARZHEIM *et al.*, 2020; MASSUDA, 2020; BRASIL, 2021a).

A formulação das políticas públicas de saúde é induzida principalmente pelo governo federal, mediante a transferência de incentivos financeiros aos estados e municípios para a implementação de programas e projetos (DALFIOR *et al.*, 2016; LOTTA, 2018).

Figura 1 – Linha histórica do financiamento da APS



Fonte: Elaborado pela autora.

O Programa Previne Brasil foi instituído pelo governo federal para todos os municípios brasileiros, consistindo na base do financiamento para a Atenção Primária. Sua implementação pode variar nos municípios e estados brasileiros devido às dimensões continentais do país e sua grande diversidade regional, cultural, socioeconômica e étnica que definem diferentes graus de acesso aos serviços de saúde. A escolha do tema pesquisado deve-se ao fato de o monitoramento do Programa Previne Brasil nos Centros de Saúde de Belo Horizonte ser uma das frentes de trabalho da pesquisadora e, por se tratar de um mestrado profissional, optou-se por um assunto aplicado à prática profissional. Os

resultados deste trabalho poderão permitir reflexões para o avanço do Programa Previne Brasil, bem como subsidiar novas pesquisas acerca do Programa.

As perguntas que nortearam esta pesquisa foram: “Quais as mudanças provocadas no cadastro, em indicadores de desempenho e em ações estratégicas da APS após a instituição do Programa Previne Brasil nos municípios do estado de Minas Gerais?” e “Quais as mudanças provocadas no repasse financeiro federal para os municípios de Minas Gerais com a instituição do Programa Previne Brasil?”

2 OBJETIVOS

Neste tópico, serão delineados o objetivo geral e os objetivos específicos que orientam esta pesquisa.

2.1 Objetivo geral

Analisar as mudanças provocadas em indicadores e no financiamento da Atenção Primária dos municípios do estado de Minas Gerais mediante instituição do Programa Previne Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar os resultados alcançados pelos municípios quanto ao cadastro da população, aos indicadores de saúde e à adesão a ações e programas estratégicos antes e após a instituição do Programa Previne Brasil.
- Analisar o financiamento da Atenção Primária à Saúde antes e após a instituição do Programa Previne Brasil.
- Elaborar relatório técnico com os resultados encontrados nesta pesquisa e sugestões de melhoria para o avanço do Programa, a ser entregue à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A INSTITUIÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

A saúde pública no Brasil é financiada, em sua maior parte, por recursos federais, apesar da redução de seu percentual de participação ao longo dos anos, com aumento da contribuição dos estados e municípios. Considerando que o financiamento é capaz de induzir estratégias de alocação, restrição ou retirada de recursos, o Governo Federal é o agente definidor da política de saúde no país (MENDES; MARQUES, 2014; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O Programa Previne Brasil foi instituído por meio da Portaria nº 2.979 de novembro de 2019, consistindo em um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019a). Esse Programa foi inspirado em experiências de países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Espanha, Holanda, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Suécia e Reino Unido (HARZHEIM *et al.*, 2020), que adotam modelos de pagamento baseados nos seguintes instrumentos de gestão: avaliação de desempenho, cadastro de indivíduos com definição de fatores de ponderação segundo o risco, pagamento baseado em grupos relacionados ao diagnóstico e por resultados alcançados (MASSUDA, 2020).

Os modelos de financiamento desses países foram estudados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, com apoio técnico de profissionais do Banco Mundial, da Universidade de Harvard, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e adaptados à realidade brasileira (HARZHEIM *et al.*, 2020). Existem diferenças importantes entre os sistemas de saúde e as realidades nacionais que não podem ser desconsideradas na adoção de modelos de financiamento. Um desses fatores é a heterogeneidade social, territorial e assistencial no Brasil, exigindo um modelo que considere as diferenças e vulnerabilidades existentes nos territórios (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O modelo brasileiro foi debatido no Congresso Nacional, em 23 Unidades da Federação com participação de gestores e integrantes das equipes de gestão das secretarias municipais de saúde, bem como em reuniões do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (CONASEMS). Contudo, a proposta não foi apresentada e discutida junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) (EPSJV/FIOCRUZ, 2019; HARZHEIM *et al.*, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; MENDES; MELO; CARNUT, 2022). De acordo com a Lei 8.142 de 1990, os Conselhos de Saúde têm caráter deliberativo e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (BRASIL, 1990), e, por isso, seria importante o envolvimento do CNS nas discussões e aprovação do Programa Previne Brasil.

Para o custeio da Atenção Primária, o Programa Previne Brasil baseou-se em três dimensões: Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas (Figura 2), que serão descritos nos tópicos a seguir (BRASIL, 2019a). O Programa visa estruturar o modelo de financiamento para induzir o acesso aos serviços, a cobertura da Atenção Primária e a melhoria da qualidade da assistência, com foco no resultado de indicadores e no atendimento às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2021a).

Figura 2 – Componentes do Programa Previne Brasil definidos na sua instituição



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em BRASIL, 2019a.

Em um cenário de restrição orçamentária, alguns municípios podem ter dificuldades no cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo Programa, agravando a situação de subfinanciamento público da saúde no país. Apesar de a SAPS prever que quase todos os municípios terão ganhos de incentivos financeiros

com o novo modelo, com o cadastro de toda a população e o alcance pleno das metas de indicadores, alguns estudos discutem que essa eficiência, desejada pelo governo federal, pode ser irreal dada a heterogeneidade das municipalidades brasileiras (MASSUDA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Adicionalmente, de acordo com Harzheim *et al.* (2020), o Governo Federal identificou que 24% municípios brasileiros poderiam apresentar perda de receitas no ano de 2020 com a mudança do modelo de financiamento. Dessa forma, para equilibrar o cenário, o Ministério da Saúde garantiu às 12 competências financeiras de 2020 o valor do melhor PAB (fixo e variável) do ano de 2019 para todos os municípios.

Ressalta-se que o Programa foi instituído no final de 2019, com início de implantação previsto para 2020, tendo sido estabelecida uma regra de transição dos modelos de financiamento para adaptação dos municípios, evitando-se a perda de recursos. Nesse sentido, foi prevista a transferência até a competência financeira de abril de 2020 de 100% do incentivo financeiro do componente Capitação Ponderada e até a competência financeira de agosto de 2020 o recebimento do Pagamento por Desempenho equivalente ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Definiu-se também o incentivo financeiro *Per Capita* de Transição para o ano de 2020, sendo esse um valor fixo anual de R\$ 5,95 pela população do município e o Fator Compensatório de Transição para alguns municípios que teriam perdas de financiamento, ao comparar os valores transferidos em 2019 para o Piso de Atenção Básica em relação ao Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019a, 2020a,b).

Contudo, mediante declaração, pelo Ministério da Saúde, da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência do novo coronavírus (Covid-19), o início do financiamento da APS por meio de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho foi postergado (BRASIL, 2020c). Desse modo, a transferência do valor correspondente ao ano de 2020 ocorreu independentemente do quantitativo real de pessoas cadastradas no município, considerando o quantitativo potencial, e do resultado dos indicadores, com repasse referente ao potencial de 100% de alcance.

Apesar da ausência de cobrança dos resultados alcançados, em dezembro de 2020, por meio da publicação da Portaria nº 3.830, o Governo Federal transferiu incentivo extra, em caráter excepcional, para os municípios que alcançaram entre

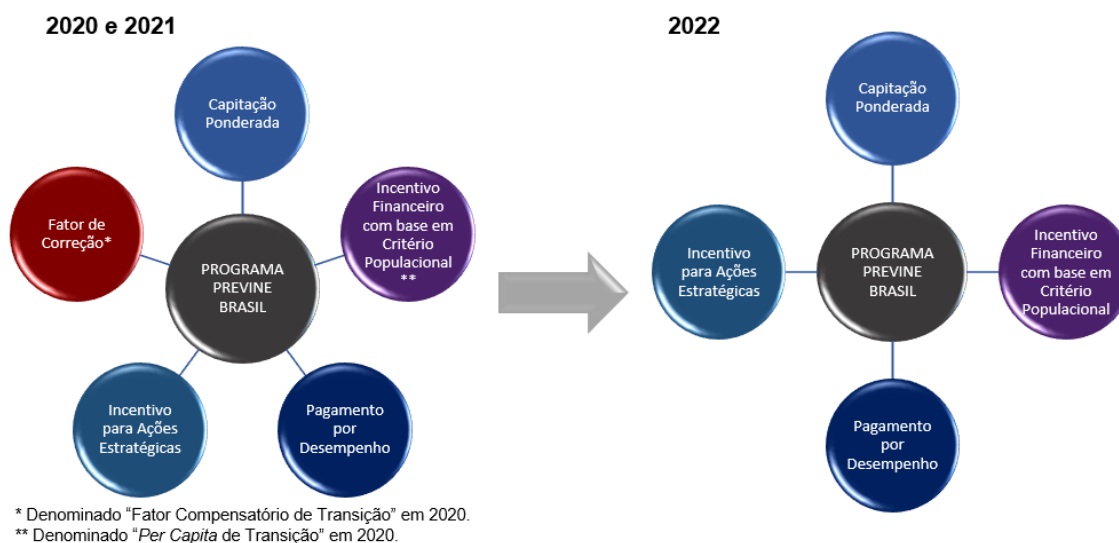
80% e 100% da meta de pelo menos um dos sete indicadores do componente Pagamento por Desempenho. Para 2021, a regra se manteve na integralidade do ano para o componente Pagamento por Desempenho e, até a competência financeira de agosto, para a Capitação Ponderada. Dessa forma, a partir de setembro, o pagamento da Capitação Ponderada ocorreu conforme quantitativo real de cadastros do 2º quadrimestre de 2021, e, a partir do 1º quadrimestre de 2022, iniciou-se o financiamento conforme o cumprimento de metas dos indicadores do Pagamento por Desempenho (BRASIL, 2020d,e, 2021a,b, 2022a; HARZHEIM, 2020).

Adicionalmente aos componentes do Programa Previne Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2021, um incentivo financeiro com base em critério populacional para as 12 competências financeiras do ano, com objetivo de mitigar os efeitos decorrentes da pandemia de Covid-19. Esse repasse seguiu a mesma fórmula de cálculo do incentivo financeiro de transição, de R\$5,95 *per capita* anual. Outro incentivo acrescido foi o Fator de Correção, calculado pela comparação entre os valores que o município fez jus nas 12 competências financeiras de 2019 e o resultado da aplicação das regras de Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivos para Ações Estratégicas para 2021.

Esse incentivo foi instituído também devido aos impactos decorrentes da pandemia que, concomitante ao contexto de transição de modelo de financiamento, acarretou na necessidade de adotar medidas de aporte financeiro federal para potencializar ações e serviços de saúde para contenção da transmissão da Covid-19 e a manutenção do cuidado contínuo da população (BRASIL, 2021c, d, e).

Posteriormente, em 2022, o Ministério da Saúde incorporou ao Programa Previne Brasil, o componente Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional, seguindo a mesma lógica de repasse financeiro para toda a população do município, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no valor de R\$5,95 *per capita/ano* (BRASIL, 2022b). Dessa forma, se o princípio da universalidade do SUS estava sendo atendido pelos componentes incorporados posteriormente ao Programa em decorrência da pandemia causada pela Covid-19, o mesmo programa passa a ser cumprido com a incorporação oficial de um quarto componente. A Figura 3 apresenta os componentes de financiamento incorporados ao Programa Previne Brasil em 2020, 2021 e 2022.

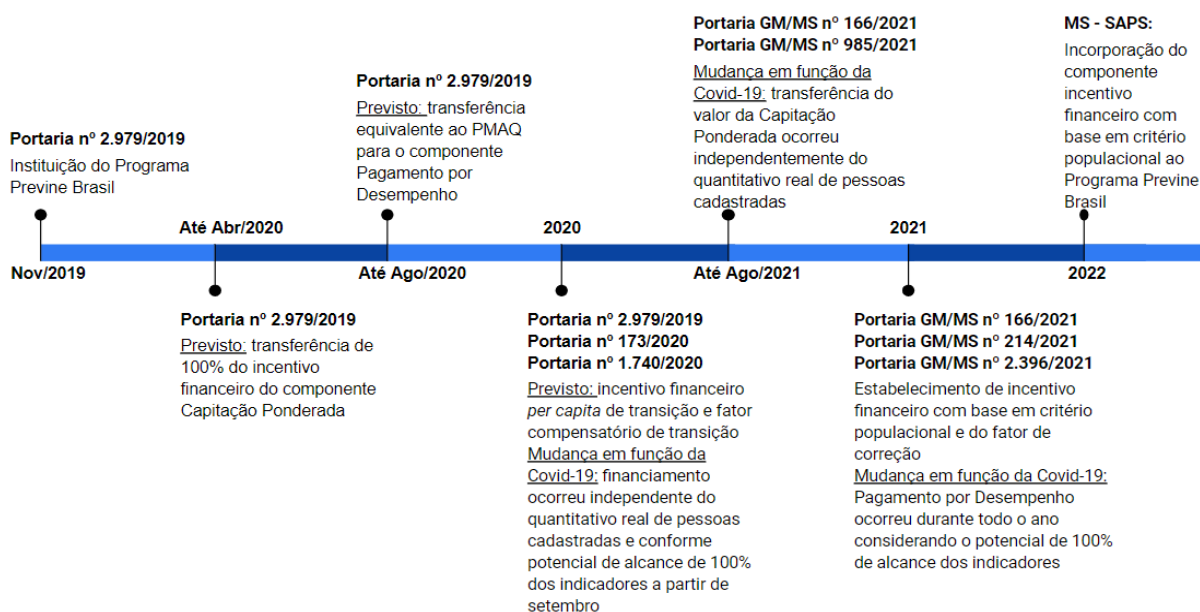
Figura 3 – Componentes do Programa Previne Brasil incorporados posteriormente à sua instituição



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em BRASIL, 2019a, 2020e, 2021a,e,f, 2022b.

O Programa Previne Brasil ainda está em fase de implantação pelo Ministério da Saúde. Neste contexto, os municípios brasileiros estão se organizando para o cumprimento das metas dos indicadores, de forma a não perder repasses financeiros federais e já devem ter se estruturado para o cadastramento da população. A Figura 4 mostra a linha do tempo das medidas implementadas na transição do modelo de financiamento da APS.

Figura 4 – Linha do tempo das medidas implementadas na transição do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde após a instituição do Programa Previne Brasil



Fonte: Elaborado pela autora.

3.1.1 Capitação Ponderada

Capitação é uma forma de alocação de recursos, em que a população adscrita previamente definida é vinculada a uma unidade, equipe ou profissional. Essa população é multiplicada por um valor *per capita*, usualmente ajustado por fatores de risco, sexo, idade, etnia, localização geográfica, fatores sociais, situação de emprego/invalidez, dentre outros. O pagamento independe da utilização e da extensão de serviços que os usuários necessitam (RICE; SMITH, 1999; WHO, 2006; UGÁ, 2012; POLI NETO *et al.*, 2016). Dentre os países que utilizam a capitação para financiamento da Atenção Primária, cita-se: Austrália, Bélgica, Bulgária, Canadá, Chile, Croácia, Dinamarca, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, Gana, Holanda, Hungria, Itália, Irlanda, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Noruega, Nova Zelândia, Polônia, Portugal, Reino Unido, Romênia, Suécia, Suíça e República Tcheca.

Todos estes países apresentam a capitação associada a outros modelos de remuneração (RICE; SMITH, 1999; WHO, 2006; CASHIN, 2011; OECD, 2016; ANDOH-ADJEI *et al.*, 2019; DOMINGUEZ-CANCINO; PALMIERI; MARTINEZ-GUTIERREZ, 2020). A capitação combinada com outros métodos tem se mostrado mais eficiente, incentivando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além da prestação de cuidados em saúde com mais qualidade na APS (OECD, 2016; KORNETA; KLUDACZ-ALESSANDRI; WALCZAK, 2021).

No Programa Previne Brasil, a Capitação Ponderada se refere ao pagamento por pessoa cadastrada em equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes da Atenção Primária (eAP), sendo aplicados pesos conforme o perfil da população. Para o cálculo da transferência do incentivo financeiro nesta dimensão são considerados (BRASIL, 2019a, 2021a,g; HARZHEIM *et al.*, 2020):

- o quantitativo de cadastro populacional das eSF e eAP no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB);
- a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada em eSF ou eAP e que recebam pelo menos um dos benefícios a seguir: Programa Auxílio Brasil – antigo Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e benefício previdenciário até dois salários mínimos; ou ainda pessoas cadastradas em equipes Consultório de Rua (eCR) ou em equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP);

- o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada, com maior peso para crianças menores de 5 anos e idosos maiores de 65 anos; e
- a classificação geográfica (urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto) definida pelo IBGE.

Aos cidadãos classificados dentro dos critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico por faixa etária foi atribuído peso 1,3. O que significa que esses cadastros correspondem a um peso 30% maior do que o cadastro de uma pessoa que não for classificada dentro desses critérios. Os pesos para a classificação geográfica do município variam entre 1,0, 1,45 e 2,0 por população cadastrada¹. Dessa forma, a ponderação da capitação possibilita maior equidade na alocação de recursos (BRASIL, 2019a, 2021a).

O cadastro dos cidadãos é realizado por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificado (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou sistemas próprios dos municípios, devidamente integrados ao SISAB. Os dados relativos à Capitação Ponderada são analisados pelo Ministério da Saúde a cada quadrimestre para cálculo da transferência financeira (BRASIL, 2019a, 2021a).

O MS ressalta que o cadastro não pode ser uma barreira de acesso e, pessoas sem cadastro precisam ter suas demandas atendidas. Assim, não existe limite de adscrição dos indivíduos de um município. A população cadastrada corresponde ao resultado da multiplicação do número de eSF e eAP homologadas pelo quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, que varia segundo a tipologia do município e a equipe vinculada (Quadro 1). Na prática, as equipes podem ser responsáveis por um número maior ou menor de usuários adscritos, conforme a realidade e necessidade local (BRASIL, 2019a).

A Capitação Ponderada representa 52% do financiamento para a APS e pode contribuir para a equidade ao repassar mais recursos para populações vulneráveis e para municípios mais pobres e remotos, como os rurais (HARZHEIM *et al.*, 2020; LOPES *et al.*, 2021). Adicionalmente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.263, de 11 de dezembro de 2019, estabeleceu incentivo financeiro excepcional

¹ Municípios urbanos apresentam peso 1; municípios intermediários adjacentes e rurais adjacentes, peso de 1,45 (ou seja, peso 45% maior); e municípios intermediários remotos e rurais remotos, peso 2 (ou seja, peso 100% maior).

para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários, em valor equivalente a R\$ 8.927,77 por eSF (BRASIL, 2019b).

Quadro 1 – Potencial de pessoas cadastradas segundo a tipologia do município e a equipe vinculada

Tipologia do município	Potencial de cadastro por eSF	Potencial de cadastro por eAP de 30 horas	Potencial de cadastro por eAP de 20 horas
Urbano	4.000	3.000	2.000
Intermediário adjacente	2.750	2.063	1.375
Rural adjacente			
Intermediário remoto	2.000	1.500	1.000
Rural remoto			

Fonte: BRASIL, 2019a, 2021a.

O componente de Capitação Ponderada prevê a suspensão percentual do incentivo financeiro quando houver irregularidades nas equipes, e na ausência de profissionais por período superior a 60 dias, sendo: de 25% por eSF quando houver ausência de auxiliar ou técnico de enfermagem ou Agente Comunitário de Saúde (ACS); de 50% por eSF e eAP, quando houver ausência de médico ou enfermeiro ou auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS; de 75% por eSF quando houver ausência de médico e ACS, ou médico e auxiliar ou técnico de enfermagem, ou enfermeiro e ACS, ou enfermeiro e auxiliar ou técnico de enfermagem; e de 100% por eSF, quando houver ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro (BRASIL, 2022c).

Observa-se que, anteriormente à instituição do Programa Previne Brasil, o financiamento federal da Atenção Primária contemplava valores *per capita* definidos com base na população de acordo com o IBGE (PAB Fixo). Isso significa que o financiamento federal não considerava a população cadastrada em equipes, apresentando um componente universal (BRASIL, 1998; MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O valor repassado por pessoa ao ano, por meio do PAB fixo, era até R\$ 28,00, sendo que pela Capitação Ponderada são repassados anualmente R\$ 50,50 para cada pessoa cadastrada nas equipes, podendo chegar a R\$ 131,30 *per capita* anual, de acordo os critérios de ponderação (BRASIL, 2020d; HARZHEIM, 2020). Apesar do aumento no valor correspondente à população, o valor fixo recebido anteriormente pelos municípios representava uma garantia para a organização da

Atenção Primária local, com a continuidade da oferta de ações e serviços de saúde (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Uma das críticas que impulsionou a mudança do modelo de financiamento da Atenção Primária foi o elevado número de usuários não cadastrados pelas equipes, sendo que 60% desses seriam beneficiários de programas sociais estando em situação de grande vulnerabilidade socioeconômica. Assim, a exigência do cadastramento poderia assegurar a assistência. Todavia, possíveis justificativas para o baixo número de população cadastrada não foram consideradas. Destaca-se que problemas na manutenção de equipes completas, estrutura física de unidades e perdas de registros em transições de sistemas de informação como nas implantações do SISAB ou da Estratégia e-SUS poderiam impactar o cadastro (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Lopes *et al.* (2021) analisaram a evolução dos cadastros de estados da região Nordeste do Brasil, do terceiro quadrimestre de 2019 ao terceiro quadrimestre de 2020, tendo sido observado que todos os estados apresentaram um número inferior de cadastros em relação à cobertura estimada, sem evolução percentual no período avaliado. Esses resultados poderiam decorrer do adiamento do início do pagamento por Capitação Ponderada em função da pandemia da Covid-19.

Estudos recentes apontam que o financiamento baseado em capitação de indivíduos pode apresentar vantagens e desvantagens. As principais vantagens são o aumento na adscrição populacional; a responsabilização das equipes por determinada população, permitindo maior conhecimento e acompanhamento longitudinal com olhar para além das condições de saúde; o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipes ou serviços de saúde; e o acesso a informações sobre o perfil epidemiológico da população adscrita pela gestão, auxiliando no planejamento da oferta de ações e serviços.

Contudo, o financiamento da APS deixa de ser universal, se restringindo aos habitantes cadastrados do município. Adicionalmente, cidades mais carentes podem apresentar dificuldades administrativas para o cadastro da população. No caso de municípios populosos, essa atividade pode ser complexa. Assim, a efetividade do cadastro pode variar substancialmente no país como um todo. Ao não alcançar o potencial de cadastro, o município pode sofrer redução do repasse financeiro federal referente a este componente (HARZHEIM, 2020; MASSUDA, 2020; LOPES *et al.*, 2021). Harzheim (2020) contra argumenta que, em países com

sistemas universais de saúde que adotaram a capitação enquanto escopo do financiamento, a universalidade não foi limitada.

3.1.2 Pagamento por desempenho

O pagamento por desempenho (*pay for performance*, P4P) consiste na transferência de recursos financeiros a provedores ou serviços de saúde, conforme resultados alcançados em indicadores de estrutura, processo ou resultados, quantitativos ou qualitativos. No setor saúde, esse modelo de remuneração objetiva incentivar condutas individuais ou coletivas para alcance de resultados mais satisfatórios (UGÁ, 2012; BARRETO, 2015). Esse esquema pode ser usado para financiamento por profissional, equipe ou organização, sendo que resultados mais significativos têm sido observados quando esse incentivo é realizado diretamente aos indivíduos ou equipes. O pagamento por desempenho busca estimular o aumento da produtividade das equipes e profissionais com vistas ao cumprimento de metas estabelecidas. Ademais, o acréscimo de incentivo financeiro ao salário, por meio desse modelo de remuneração, tem demonstrado estimular o trabalho dos profissionais (UGÁ, 2012; WHO, 2014; POLI NETO *et al.*, 2016; JIA *et al.*, 2021).

Dentre os países que adotam o pagamento por desempenho para financiamento da APS, cita-se: Austrália, Chile, Croácia, Espanha, Estônia, França, Holanda, Hungria, Letônia, Lituânia, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido e República Tcheca. Todos esses países apresentam esse modelo de remuneração associado a outros (WHO, 2006; CASHIN, 2011; CORNEJO-OVALLE; BRIGNARDELLO-PETERSON; PÉREZ, 2015; HAYEN *et al.*, 2015; OECD, 2016; DOMINGUEZ-CANCINO; PALMIERI; MARTINEZ-GUTIERREZ, 2020).

Países de diversos níveis de desenvolvimento e renda, inseridos em distintos contextos político-econômicos têm adotado programas de pagamento por desempenho enquanto forma de financiamento parcial do sistema de saúde, com o objetivo de melhorar o acesso, o cuidado em saúde, a efetividade do sistema e desenvolver padrões de qualidade, considerando que a forma de remuneração é um fator preponderante na qualidade do atendimento (POLI NETO *et al.*, 2016; SADDI; PECKHAM; MUNDIM, 2018).

O Pagamento por Desempenho das equipes do Programa Previne Brasil considera os resultados alcançados em indicadores estabelecidos por meio da

Portaria nº 3.222 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2019c) e, posteriormente, alterados pela Portaria nº 102 de janeiro de 2022 (BRASIL, 2022a). Esta segunda dimensão do pagamento do referido Programa representa 9% do financiamento.

Para a definição dos indicadores, o Ministério da Saúde considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde mais prevalentes no Brasil, abrangendo áreas como a saúde da mulher, da criança, doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, saúde bucal, saúde mental, imunização e percepção da pessoa atendida. Inicialmente, foram definidos sete indicadores de processo voltados à atenção materno-infantil, saúde da mulher e ao manejo de condições crônicas de saúde, estando prevista a incorporação de novos indicadores ao longo dos anos (Quadro 2). Na definição dos indicadores, foram considerados aqueles que atendiam a critérios técnicos, como informação disponível, viabilidade, baixo custo de obtenção dos dados, adaptabilidade e estabilidade, assim como a rastreabilidade e a representatividade das informações.

Os dados de saúde utilizados para cálculo dos indicadores são extraídos do SISAB e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (BRASIL, 2019a,c, 2020d; HARZHEIM *et al.*, 2020; BRASIL, 2021a). A ficha de qualificação dos indicadores encontra-se descrita no APÊNDICE A e foi elaborada de forma simplificada, com base na Nota Técnica nº 5/2020 do Ministério da Saúde e no Manual Instrutivo do Programa (BRASIL, 2020e, 2021a).

Quadro 2 – Indicadores de pagamento por desempenho

Ações	Indicador	Parâmetro	Meta	Peso
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação	≥ 80%	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 95%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	≥ 90%	60%	2
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	≥ 80%	40%	1
Saúde da Criança	Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente	≥ 95%	95%	2
Doenças Crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	≥ 90%	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	≥ 90%	50%	1

Fonte: BRASIL, 2020f, 2021a.

Na avaliação dos resultados alcançados, o Ministério da Saúde estabeleceu parâmetros, metas e pesos. Os parâmetros representam o valor de referência utilizado para indicar a performance ideal que se espera alcançar para cada indicador. As metas são valores de referência pactuados em Comissões Intergestores Tripartite. Quanto aos pesos, foi considerada a relevância clínica e epidemiológica e o nível de dificuldade para o alcance das metas, com valores que variam entre um e dois e somam dez pontos no conjunto dos indicadores.

Para fins do Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, são considerados somente os valores de meta e peso de cada indicador. Esse componente do Programa prevê que o incentivo financeiro seja transferido mensalmente e recalculado para todos os municípios a cada quadrimestre. Tal incentivo corresponderá ao somatório dos resultados obtidos por equipe, sendo obtido um indicador sintético final (ISF) (BRASIL, 2019a,c, 2020f, 2021a). Em 2022, ocorreram mudanças em alguns indicadores e em sua fórmula de cálculo (BRASIL, 2022a), contudo, neste trabalho, foram considerados os indicadores até 2021 para fins de análise de resultados.

Para apuração dos resultados dos indicadores, os dados de produção devem ser registrados no CDS, PEC² ou em sistemas próprios dos municípios, garantindo o seu envio ao SISAB de forma mensal. O valor repassado para cada município referente ao Pagamento por Desempenho é de R\$ 3.225,00 por eSF, R\$ 2.418,75 por eAP de 30 horas e R\$ 1.612,50 por eAP de 20 horas multiplicado pelo percentual de alcance do indicador sintético final (BRASIL, 2021a).

O Ministério da Saúde destaca que monitorar e avaliar o desempenho das ações realizadas na Atenção Primária é de relevância para a gestão da saúde. Dessa forma, a implementação dos indicadores contribui para a avaliação do processo de trabalho, do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados (BRASIL, 2021a). A avaliação de desempenho dos serviços pode influenciar o comportamento dos profissionais de saúde, estimulando mudanças em atendimentos e procedimentos clínicos, além de auxiliar gestores na implantação, consolidação e reformulação das práticas da Atenção Primária.

² O CDS é um sistema de apoio à digitação das fichas que são preenchidas pelos profissionais no atendimento aos usuários. E o PEC é um sistema de prontuário eletrônico em que o profissional registra diretamente os dados de atendimento no prontuário do usuário.

Alguns autores destacam a melhoria da qualidade da atenção à saúde longitudinal, da coordenação do cuidado e da assistência prestada aos pacientes, valorizando-se boas práticas e agregando valor ao serviço na perspectiva do usuário (WHO, 2006; CAMPBELL *et al.*, 2007; HAYEN *et al.*, 2015; BRASIL, 2017a; CUBAS *et al.*, 2017; SORANZ; PISCO, 2017; SCOTT; YONG, 2018; ESPINOSA-GONZÁLEZ *et al.*, 2019; KORNETA; KLUDACZ-ALESSANDRI; WALCZAK, 2021).

De acordo com Starfield (2002), a avaliação da APS é possível quando sua oferta de serviços é orientada por seus atributos. Nesse sentido, esse nível de atenção à saúde alcança melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário, menores custos e maior equidade, com consequente impacto positivo no estado de saúde de coletividades e indivíduos (STARFIELD, 2002). Assim, o acesso a informações sobre resultados em saúde pode melhorar a qualidade e o custo da assistência à saúde.

O SUS apresenta bases de dados e programas que podem permitir a utilização da informação para o conhecimento dos resultados em saúde com consequente melhoria da qualidade do atendimento prestado à população (PORTER; TEISBERG, 2007; NEVES, 2009). A principal crítica em relação a esse componente do Programa é que os indicadores selecionados são pouco sensíveis para medir as condições de saúde dos indivíduos mais vulneráveis (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Anteriormente à instituição do Programa Previne Brasil, o financiamento federal da Atenção Primária não contemplava o alcance de indicadores. Com a implantação do Programa, os municípios brasileiros deverão se organizar e monitorar os indicadores propostos pelo Ministério da Saúde, para atingir a meta estabelecida. De acordo com Souza, França e Cavalcante (2017), “[...] aquilo que não é medido não é conhecido e, se não é conhecido, não é passível de ação”. Dessa forma, o monitoramento de indicadores pode auxiliar os gestores municipais na consolidação ou reformulação das práticas de atenção à saúde, no âmbito da APS.

Estudos mostram que o modelo de remuneração de pagamento por desempenho melhora modestamente indicadores de processo em curto prazo, com limitação de efeito em longo prazo (acima de 3 anos). Além disso, há poucos efeitos sobre resultados em saúde (RYAN *et al.*, 2016; MENDELSON *et al.*, 2017; MASSUDA, 2020). Como os indicadores focam na atenção para alguns públicos

específicos, as equipes podem reduzir a oferta de cuidado a outros problemas de saúde, deixando de oferecer o cuidado integral conforme a necessidade da população, distorcendo os objetivos do Programa, o que deve ser acompanhado pela gestão municipal. Considerando a universalidade do SUS, as políticas e os indicadores de saúde devem contemplar a totalidade da população, expressando a qualidade das práticas de atenção à saúde e os atributos da Atenção Primária (POLI NETO *et al.*, 2016; SARTI; FONTANELLE, 2017; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; MASSUDA, 2020; TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021).

Ressalta-se que o pagamento por desempenho substituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pelo Ministério da Saúde em 2011. O PMAQ-AB avaliava o acesso e a qualidade assistencial desempenhada pelas eSF, eSB e NASF-AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável em âmbito nacional, regional e local. Esse Programa consistia em um recurso adicional somado ao PAB, que possibilitava investimentos em estruturas das unidades. O PMAQ-AB trouxe para a Atenção Primária a cultura de avaliação e foi considerado mundialmente como um dos maiores programas de pagamento por desempenho no âmbito da APS (BARRETO, 2015; BRASIL, 2015; MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017; HARZHEIM, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Contudo, o Ministério da Saúde não considerou as acumulações adquiridas como o PMAQ-AB ao instituir o Programa Previne Brasil, que trouxe avaliação quantitativa e qualitativa da Atenção Primária. A avaliação quantitativa da APS é importante, mas quando se trabalha com a lógica essencialmente de produtividade, de fazer mais para receber mais recursos financeiros, a qualidade pode ficar comprometida. As principais críticas ao PMAQ-AB referem-se ao elevado número de indicadores, a baixa periodicidade, o uso de questionários sem validação científica e a reduzida capacidade de induzir melhorias (HARZHEIM, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Contudo, à semelhança do PMAQ-AB, foi elaborado pelo Ministério da Saúde um instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) com ênfase nos atributos da APS e adaptado à realidade do Brasil (BRASIL, 2020g). Este instrumento não tem sido utilizado como parte do modelo de financiamento federal da Atenção Primária.

3.1.3 Incentivo para Ações Estratégicas

Para o componente de Incentivo para Ações Estratégicas, o Ministério da Saúde considerou as especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas, as prioridades em saúde, os aspectos estruturais e a produção assistencial das equipes e unidades de saúde, por meio da adesão a programas, estratégias e serviços. Assim, para fins de financiamento, fazem parte os seguintes programas, equipes e ações estratégicas (BRASIL, 2019a):

- Programa Saúde na Hora;
- Programa de Apoio à Informatização da APS;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Academia da Saúde;
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- Microscopista;
- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- Outros que venham a ser instituídos por portaria específica.

A implantação desses programas e equipes visa qualificar as ações e serviços da Atenção Primária, podendo impactar positivamente nos resultados dos indicadores do Pagamento por Desempenho. O pagamento às ações e programas estratégicos representam 15% do financiamento. A transferência do incentivo

financeiro bem como as regras para cada ação encontram-se estabelecidas em portarias específicas. O Ministério da Saúde destaca três principais ações que não existiam à época do PAB Variável e que visam à qualificação da APS em seus atributos: o Programa Saúde na Hora, o Programa de Apoio à Informatização da APS e o Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional (HARZHEIM *et al.*, 2020; BRASIL, 2021a).

O Programa Saúde na Hora foi instituído pela Portaria nº 930 de 2019 e implementa o horário estendido de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dentre os objetivos desse Programa, destacam-se a ampliação da cobertura da ESF e do quantitativo de usuários nas ações e nos serviços da APS, bem como a redução do volume de atendimentos de usuários com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. O Programa Saúde na Hora fortalece o princípio do acesso da APS ao estabelecer incentivo financeiro aos municípios para o funcionamento das Unidades em horário ampliado (BRASIL, 2019d; HARZHEIM, 2020).

Os programas de apoio à informatização da APS, dentre eles o Informatiza APS, visam apoiar a coordenação do cuidado com recursos para integração e qualificação de dados referentes ao atendimento enviados ao Ministério da Saúde (HARZHEIM, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2022). O Informatiza APS é essencial para os componentes de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho, pois tanto a base de dados de cadastro, quanto a base do resultado nos indicadores necessitam de dados de qualidade coletados, processados e enviados de modo correto (HARZHEIM *et al.*, 2022).

Por fim, o repasse financeiro aos municípios com residência médica e multiprofissional visa fortalecer a formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem de Família e Comunidade e Multiprofissional em Odontologia (HARZHEIM, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Para fins de custeio federal, não foram contempladas, enquanto programas estratégicos, as equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), instituídas em 2008 pelo Ministério da Saúde. O NASF-AB atua de forma integrada e apoia os profissionais da APS, compartilhando práticas e saberes em saúde de forma a auxiliar as equipes no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários e agregar práticas que ampliam o escopo de ofertas da APS (BRASIL, 2014a).

O Ministério da Saúde, por meio de Nota Técnica, esclarece que a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às equipes NASF-AB, tendo o gestor municipal autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos conforme a realidade local. Ainda segundo essa Nota Técnica, as equipes multiprofissionais são importantes para o desempenho da APS em todos os componentes do Programa, uma vez que a melhoria dos indicadores em saúde está relacionada à capacidade resolutiva das equipes, às ações e serviços ofertados e aos profissionais que as compõem (BRASIL, 2020g).

Contudo, a ausência de financiamento específico para o NASF-AB pode implicar redução do número dessas equipes no país, comprometendo a abrangência, integralidade e resolutividade dos serviços da Atenção Primária. A presença das equipes do NASF-AB na ESF representou a superação do modelo biomédico, com a incorporação do olhar multidisciplinar aos processos de trabalho e de cuidado na APS. Desde 1970, discute-se internacionalmente que a organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico hegemônico, especializado e intervencionista, fragmenta a assistência e traz pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população (CASTRO; MACHADO, 2010; MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

3.1.4 Evidências sobre o Programa Previne Brasil

Os principais pontos de discussão relacionados ao Programa Previne Brasil, encontrados na literatura e apresentados nesta seção são: a perda do princípio da universalidade do SUS com a substituição do PAB Fixo pela Capitação Ponderada; a substituição do PMAQ-AB pelo componente de Pagamento por Desempenho; a evolução da base de dados informacionais do Ministério da Saúde; o orçamento federal para a APS; a ausência de financiamento para as equipes NASF-AB; e o aumento da burocratização e do operacionalismo com as medidas e regras implementadas por meio de diversas portarias ministeriais.

Discute-se que Capitação Ponderada impacta na perda do princípio da universalidade do SUS para a Atenção Primária quando o Ministério da Saúde restringe o financiamento à população cadastrada pelos municípios e não mais à totalidade da população como ocorria com o PAB Fixo (MASSUDA, 2020;

MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; SOARES *et al.*, 2021; MENDES; MELO; CARNUT, 2022). Harzheim (2020) não acredita que a Capitação Ponderada limita a universalidade, considerando a experiência de outros países com sistemas universais baseados em Atenção Primária. A exemplo, o autor cita que parte do financiamento da APS de Portugal é por capitação e este país apresenta quase 100% da população coberta por médicos de família.

A Capitação Ponderada repassa mais recursos para população socioeconomicamente vulnerável e para municípios mais pobres e remotos, contribuindo para a equidade (HARZHEIM, 2020). Porém esse componente abarca somente algumas vulnerabilidades e poderia ser mais abrangente (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Mendes, Melo e Carnut (2022) destacam que, apesar da Capitação Ponderada considerar o perfil socioeconômico e demográfico da população, com maior peso para os mais vulneráveis, esses critérios não se acumulam. Ou seja, uma pessoa acima de 65 anos, portadora de benefício previdenciário de até 2 salários mínimos, representa acréscimo de 30% do repasse e não de 30% para cada um desses fatores (idade e vulnerabilidade socioeconômica). Caso o Ministério da Saúde considerasse esse acúmulo de características, seria uma oportunidade de maior recebimento de financiamento para os municípios.

O cadastro e conhecimento da população adscrita, principalmente da população vulnerável, é uma das atribuições da Atenção Primária. A capitação pode aumentar o conhecimento e a responsabilização das equipes pelos usuários de seu território. Ao possibilitar mais informações sobre o perfil epidemiológico da população, o cadastro contribui para o acompanhamento longitudinal e o planejamento de ações de saúde. Porém não garante maior acesso e qualidade dos serviços prestados (HARZHEIM, 2020; MASSUDA, 2020; SOARES *et al.*, 2021).

Harzheim e colaboradores (2022) argumentam que a Capitação Ponderada melhorou a responsabilização pela população e a ampliação do acesso, ao estimular os municípios a identificarem os cidadãos atendidos por meio de cadastros qualificados e informatizados. Observou-se um rápido crescimento da base de dados de cadastro no sistema de informação do Ministério da Saúde, que era aquém da população estimada pelo IBGE para a maioria dos municípios brasileiros. Contudo, De Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021) destacam que a suposta ineficiência do cadastramento da população anterior ao Programa Previne Brasil

desconsidera problemas de manutenção de equipes completas de profissionais, de estrutura física de unidades e perdas de registros em transições de sistemas de informação implementados pelo próprio Ministério da Saúde como o Sistema de Informações em Atenção Básica (SISAB) e Estratégia e-SUS, em substituição a sistemas vigentes anteriormente.

A vinculação do pagamento ao cadastro pode trazer prejuízos para municípios com dificuldades no cadastramento da população (pela ausência de sistemas de informação, indisponibilidade de internet e precariedade estrutural de alguns locais, considerando as múltiplas realidades brasileiras), podendo impactar na assistência aos usuários. Ademais, ainda que o valor do PAB Fixo estivesse defasado, era uma garantia orçamentária anual. Sua substituição pela Capitação Ponderada, com regras específicas aplicadas à população cadastrada em equipes, causa incertezas aos municípios, podendo dificultar o planejamento em saúde e a garantia de ações e serviços, variando substancialmente no país (MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; SOARES *et al.*, 2021).

Além disso, os cadastros realizados pelas equipes somente serão contabilizados para fins de financiamento se o município possuir quantidade de equipes suficientes e habilitadas pelo Ministério da Saúde, o que pode dificultar o recebimento do recurso. Ter equipe habilitada significa que o município deve solicitar credenciamento e aguardar sua homologação junto ao governo federal, podendo transcorrer um tempo que impacta negativamente no financiamento (MENDES; MELO; CARNUT, 2022).

Com relação ao componente de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, Soares e colaboradores (2021) pontuam que o financiamento baseado em resultados alcançados em indicadores pode aumentar o déficit nas receitas dos municípios. A realidade dos municípios é diversa e problemas estruturais e tecnológicos podem dificultar a adequação dos serviços para o cumprimento dos indicadores. A redução do financiamento pode comprometer a qualidade assistencial da APS, com aumento da demanda para a média e alta complexidade, perpetuando o modelo hospitalocêntrico (SOARES *et al.*, 2021). O Pagamento por Desempenho não valoriza os aprendizados com o PMAQ-AB, ao introduzir outra lógica de desempenho (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Adicionalmente, os indicadores avaliados são essencialmente quantitativos, ao passo que o PMAQ-AB também apresentava indicadores qualitativos e orientava

os gestores sobre uma assistência à saúde de qualidade, indicando os caminhos a serem seguidos (SOARES *et al.*, 2021). Contudo, Harzheim e colaboradores (2022) argumentam que o PMAQ-AB não foi capaz de melhorar os indicadores de saúde. Os autores mostram ainda que, a partir de resultados iniciais, houve uma melhoria de todos os indicadores no 2º quadrimestre de 2021 em relação ao 1º quadrimestre de 2018, em nível nacional, à exceção do indicador de cobertura vacinal que não foi analisado pelos autores devido à indisponibilidade de dados atualizados. Ademais, o componente de Pagamento por Desempenho valoriza o trabalho das equipes (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

O Programa Previne Brasil avança na informatização da Atenção Primária e na base de dados de saúde do governo federal. Anteriormente, a base era agregada por população, passando a ser individualizada para cada cidadão no cálculo dos indicadores de Pagamento por Desempenho. Dessa forma, ampliam-se as possibilidades de busca-ativa e monitoramento dos usuários, integrando assistência e vigilância em saúde (HARZHEIM *et al.*, 2022).

Por outro lado, o Programa prioriza a assistência médica, de enfermagem e de saúde bucal em detrimento de outras categorias multiprofissionais, marcada pela falta de incentivo financeiro específico para as equipes NASF-AB e pelo incentivo destinado à residência médica e multiprofissional, que abarca apenas médicos, enfermeiros e odontólogos (SOARES *et al.*, 2021; MENDES; MELO; CARNUT, 2022).

O trabalho do NASF-AB é um diferencial da APS, ao ampliar sua abrangência e resolubilidade, contribuindo para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a reabilitação dos usuários, bem como o matriciamento com outras equipes e a integração da rede de cuidados. Todavia, a perda de um incentivo federal específico para essas equipes pode impactar na sua existência, à medida que os municípios terão que arcar exclusivamente com esse custeio (MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; SOARES *et al.*, 2021).

Com relação à evolução do orçamento federal para APS, autores apresentam que a variação dos montantes repassados foi mais significativa em 2020 em comparação a 2019, do que nos anos posteriores. A inflação do exercício financeiro de 2019 foi de 4,3%, enquanto o crescimento da variação orçamentária do novo financiamento (2020-2019) foi de 8,4%. Em 2021, com uma inflação de 8,5%, o acréscimo orçamentário foi aquém ao atingir 3,2% e, para 2022, a expectativa é de

4,1% de inflação com proposta de orçamento com acréscimo de 6,1% (HARZHEIM *et al.*, 2022).

Harzheim (2020) e Harzheim *et al.* (2022) destacam que o Programa Previne Brasil é coerente com os princípios do SUS e representa uma inovação para o sistema de saúde brasileiro, pautado em métodos e técnicas cientificamente embasados. O Programa avança na qualificação do cadastro, na informatização da Atenção Primária, na melhoria de indicadores de desempenho, no fortalecimento da saúde bucal e da formação profissional (por meio do incentivo para residência em equipes de Saúde da Família ou equipes de saúde bucal), além da ampliação do acesso com unidades funcionando em horário estendido. Para Massuda (2020), a modernização trazida pelo Programa Previne Brasil, com adoção da capitação e da avaliação de desempenho com muitos critérios para o cálculo de transferências financeiras parece mais restringir do que qualificar os serviços, ao limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento entre municípios e induzir a focalização das ações na APS.

Outras críticas se referem às medidas excepcionais implementadas para a transição do modelo de financiamento e para atenuar as possíveis perdas orçamentárias no contexto da Covid-19. Houve um excesso de portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, com mudanças nas regras do Programa e com a prorrogação do período de início da implantação da Capitação Ponderada e do Pagamento por Desempenho. Para os autores, esses processos intensificaram a burocracia, o operacionalismo e a improvisação na implementação do Programa Previne Brasil. Em suma, a mudança do modelo de financiamento simula mais recursos financeiros, porém dificulta a operacionalização (MENDES; MELO; CARNUT, 2022).

4 METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo transversal descritivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários. A pesquisa foi realizada para os 853 municípios de Minas Gerais. O Estado apresenta uma população estimada de 21.411.923 pessoas, com densidade demográfica de 33,41 habitantes/km², em uma área territorial de 586.513,993 km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de acordo com o censo de 2010, é de 0,731, ocupando a 9ª posição entre os 27 estados brasileiros (IBGE, 2021).

O Estado apresenta 14 macrorregiões de saúde (Figura 5), definidas pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) (MINAS GERAIS, 2020; 2022).

Figura 5 – Mapa do Estado de Minas Gerais dividido em 14 macrorregiões de saúde



Fonte: MINAS GERAIS, 2022.

Os municípios de Minas Gerais apresentam características diversas, com a maior parte dos municípios, 703 (82,4%), sendo de pequeno porte. Apenas 33 municípios (3,9%) são de grande porte e 117 (13,7%), de médio porte. Quanto à tipologia, a maioria, 547 (64,1%) é rural, 201 (23,6%) são urbanos e 105 (12,3%), intermediários. Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), 73 (8,6%) apresentam IDHM baixo, 552 (64,7%) médio, 226 (26,5%) alto e 2 (0,2%) muito alto (IBGE, 2021). Minas Gerais é um estado bastante heterogêneo, acompanhando a desigualdade socioeconômica e regional observada no Brasil, o

que configura uma importante avaliação a respeito da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde.

4.1 FONTE DE DADOS

Para o estudo, foram utilizadas fontes secundárias cuja coleta ocorreu no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022. Utilizaram-se ainda as informações contidas em relatórios públicos do portal e-Gestor Atenção Básica (e-Gestor AB) do Ministério da Saúde, bem como dados do IBGE. Os dados foram coletados por municípios de Minas Gerais, segundo quadrimestre dos anos de 2018 a 2021, compreendendo o período anterior e posterior à instituição do Programa Previne Brasil. Utilizou-se, como ponto de corte inicial para análise, o ano de 2018, devido à disponibilidade dos dados de população cadastrada, resultados dos indicadores do Programa Previne Brasil e de pagamento para a Atenção Primária.

O Quadro 3 apresenta os indicadores coletados, o período e a fonte de informações. As informações referentes ao financiamento da APS pelo PAB Fixo não estavam disponíveis nos relatórios públicos do e-Gestor AB, tendo sido utilizados os valores recebidos pelos municípios em 2018 e 2019, conforme Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017c).

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do *software* Microsoft Excel 365® para tratamento, codificação e análise.

Quadro 3 – Informações coletadas para análise

(continua)			
Indicador	Período	Relatório	Fonte
População cadastrada (total e vulnerável)	2018 a 2021 por quadrimestre	Cadastros individuais do SISAB	e-Gestor AB
Resultados por indicador do pagamento por desempenho e do indicador sintético final (ISF)	2018 a 2021 por quadrimestre	Indicadores de Desempenho do SISAB	e-Gestor AB
Adesão a equipes, ações e programas	2018 a 2021 por mês e por ano	Pagamento AB e Pagamento APS	e-Gestor AB
Financiamento da APS anterior à instituição do Programa (PAB Variável e PMAQ-AB)	2018 e 2019 por mês e por ano	Pagamento AB	e-Gestor AB

(conclusão)			
Indicador	Período	Relatório	Fonte
Financiamento da APS após a instituição do Programa, por componente	2020 e 2021 por mês e por ano	Pagamento APS	e-Gestor AB
Número de eSF e eAP	2018 a 2021	Cobertura de Atenção Básica e Pagamento APS	e-Gestor AB

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DOS INDICADORES SELECIONADOS

O método de análise baseou-se na realização de estatística descritiva por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas e média aritmética, com informações organizadas em gráficos, mapas e tabelas. Utilizou-se o *software* QGIS® para a construção dos mapas. Essa análise da distribuição espacial dos indicadores é importante uma vez que Minas Gerais apresenta heterogeneidades socioeconômicas e demográficas bastante marcadas entre as regiões.

As macrorregiões com menores IDHM são Nordeste (0,625), Jequitinhonha (0,646) e Leste do Sul (0,670) e aquelas com maiores IDHM são Triângulo do Norte (0,760), Centro (0,757) e Triângulo do Sul (0,748). Os municípios de pequeno porte concentram-se nas macros Leste (94%), Leste do Sul (92%) e Nordeste (91%), enquanto os de grande porte concentram-se na Triângulo do Norte (11%), Centro (10%) e Triângulo do Sul (7%).

Com relação à tipologia, maior concentração de municípios rurais é observada na Leste (88%), Leste do Sul (85%) e Jequitinhonha (84%) e de municípios urbanos, na Centro (45%), Triângulo do Sul (37%) e Triângulo do Norte (33%) (BRASIL, 2019e; IBGE, 2021). Nota-se que as regiões com menor IDHM apresentam maior concentração de municípios rurais e aquelas com maior IDHM apresentam maior concentração de municípios urbanos e de grande porte populacional.

Neste estudo, o foco da análise foi verificar em que medida a implementação do programa acarreta perda de financiamento para a Atenção Primária em cada município. Assim, os indicadores foram calculados de forma a identificar, por macrorregião de saúde, o percentual de municípios que não cumpriram as metas

estabelecidas pelo programa e o percentual que teve/teria perda com a mudança na forma de repasse dos recursos.

A análise foi realizada considerando, em um primeiro momento, os resultados observados e, posteriormente, os resultados obtidos a partir de simulações. Neste estudo, optou-se por apresentar os resultados referentes ao 3º quadrimestre de cada ano de análise (2018, 2019, 2020 e 2021), por dois motivos: 1) no 3º quadrimestre de 2021, teve início o pagamento da Capitação Ponderada, conforme cadastros reais da população; 2) o 3º quadrimestre de 2021 serviu de referência para avaliar os resultados alcançados nos indicadores 1 e 2 de pré-natal do Pagamento por Desempenho pelo Ministério da Saúde para início do pagamento deste componente em 2022. Foram considerados o total de repasses, por componente de financiamento, em cada ano. A análise foi realizada considerando quatro agrupamentos referentes a cada componente do Programa, descritos a seguir.

4.2.1 Capitação Ponderada

Foram analisadas as informações referentes ao cadastro da população por ano (Quadro 4). As informações sobre a população total e população vulnerável, cadastrada em equipes, foram coletadas nos relatórios disponibilizados de forma pública pelo e-Gestor AB. Neste trabalho, a população denominada no Programa Previne Brasil como “população com critério de ponderação” foi definida como população vulnerável, segundo critérios socioeconômicos e demográficos conforme o Programa. No cálculo do parâmetro de cadastro de cada município, utilizou-se o potencial de pessoas cadastradas em eSF, eAP 30h e eAP 20h por tipologia de município, conforme Quadro 1 da seção do Referencial Teórico.

Para a análise do percentual de cadastro atingido pelos municípios em relação ao potencial de cadastro, foram utilizadas as seguintes faixas estabelecidas pelo Ministério da Saúde: < 40%, ≥ 40% e < 70%, ≥ 70% e < 100% e > 100%. O cálculo da população total cadastrada e da população estimada de cada macrorregião de saúde foi obtido por meio da soma do total de população de cada município de Minas Gerais que compõe as macrorregiões, obtidos no e-Gestor AB.

Quadro 4 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise dos dados de Capitação Ponderada

Definição	Cálculo
Total e percentual da população cadastrada em eSF e eAP, em relação a população estimada, por ano.	Soma da população total cadastrada de cada município de cada macro (dado disponível no e-Gestor AB, por trimestre e ano) $\frac{\text{População total cadastrada de cada macro}}{\text{População estimada de cada macro segundo IBGE}} \times 100$
Total e percentual da população vulnerável cadastrada em eSF e eAP, em relação à população total cadastrada.	Soma da população vulnerável cadastrada de cada município de cada macro (dado disponível no e-Gestor AB, por trimestre e ano) $\frac{\text{População vulnerável cadastrada de cada macro}}{\text{População total cadastrada de cada macro}} \times 100$
Variação percentual da população vulnerável cadastrada em 2021, em relação a 2018.	$\frac{\text{População vulnerável cadastrada de cada macro em 2021}}{\text{População vulnerável cadastrada de cada macro em 2018}} \times 100$
Parâmetro de cadastro, por ano.	$(\text{Potencial de população} \times \text{n}^\circ \text{ eSF}) + (\text{Potencial de população} \times \text{n}^\circ \text{ eAP } 30\text{h}) + (\text{Potencial de população} \times \text{n}^\circ \text{ eAP } 20\text{h})$
Percentual de cadastro atingido em relação ao potencial de cadastro.	Percentual de alcance do parâmetro de cadastro: $\frac{\text{População total cadastrada}}{\text{Parâmetro de cadastro}} \times 100$ Percentual de municípios em cada faixa de potencial de cadastro, em cada macro: $\frac{\text{Total de municípios da respectiva macro na faixa analisada}}{\text{Total de municípios da respectiva macro}} \times 100$

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.2 Pagamento por desempenho

Foram analisados os resultados referentes aos indicadores do Pagamento por Desempenho em cada ano de estudo (Quadro 5). Extraíram-se os indicadores referentes aos resultados alcançados pelos municípios diretamente dos relatórios públicos do e-Gestor AB. Para a análise do percentual de alcance atingido pelos municípios em cada indicador utilizaram-se as faixas estabelecidas pelo Ministério

da Saúde, sendo definidas neste estudo como: crítica, insuficiente, parcial e suficiente (Quadro 6).

Quadro 5 – Definição e cálculo do indicador utilizado na análise dos dados de pagamento por desempenho

Definição	Cálculo
Resultados alcançados pelo Estado em cada indicador.	Indicador calculado pelo MS e disponível no e-Gestor AB, por quadrimestre e ano, por unidade da federação
Percentual de municípios inseridos em cada faixa de alcance dos resultados dos indicadores de desempenho, por macrorregião.	$\frac{\text{Total de municípios da respectiva macro na faixa analisada}}{\text{Total de municípios da respectiva macro}} \times 100$

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 – Faixas de percentual de alcance dos resultados dos indicadores do Pagamento por Desempenho, definidas pelo Ministério da Saúde

Indicadores	Crítica	Insuficiente	Parcial	Suficiente
Pré-natal	< 24%	≥ 24% e < 42%	≥ 42% e < 60%	≥ 60%
Saúde da mulher	< 16%	≥ 16% e < 28%	≥ 28% e < 40%	≥ 40%
Doenças crônicas	< 20%	≥ 20% e < 35%	≥ 35% e < 50%	≥ 50%

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos painéis da APS do portal e-Gestor AB.

Para análise das informações, optou-se por agrupar os indicadores 1 a 4 em pré-natal (consultas de pré-natal, exames de sífilis/HIV e saúde bucal) e saúde da mulher (exame citopatológico), e os indicadores 6 (aferição da pressão arterial em pacientes com hipertensão) e 7 (solicitação de exame de hemoglobina glicada em pacientes com diabetes) em doenças crônicas. O indicador 5, referente à cobertura vacinal por poliomielite inativada e pentavalente em crianças menores de um ano, apresentou problemas metodológicos. O Ministério da Saúde estava trabalhando na correção e revisão desse indicador, à época da análise, conforme informações do portal e-Gestor AB (BRASIL, 2022b). Dessa forma, para fins de repasse dos recursos, o MS considerou que todos os municípios alcançaram 100% de cobertura neste indicador, não sendo, portanto, analisado nesta dissertação.

A metodologia de cálculo dos indicadores pelo Ministério da Saúde considera duas possibilidades de denominador (estimado e informado), sendo utilizado para apuração de resultados e definição do repasse dos recursos o denominador de

maior valor. O método de cálculo de cada indicador encontra-se descrito no Apêndice A. Resumidamente, o denominador estimado considera o percentual de pessoas com determinada condição vezes o parâmetro de cadastro.

No caso dos indicadores de pré-natal e de vacinação de crianças menores de um ano, o MS considera o menor resultado do quadrimestre de 2014 a 2017 da quantidade de nascidos vivos, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No indicador de saúde da mulher é considerada a projeção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos do município estimada pelo IBGE para o ano corrente vezes o parâmetro de cadastro dividido pela população segundo IBGE. Para os indicadores de doenças crônicas, o MS considera o percentual de pessoas com a condição crônica (hipertensão ou diabetes) diagnosticadas no Estado conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, disponível no DATASUS.

Para o denominador informado, o Ministério da Saúde considera a quantidade cadastrada de pessoas com determinada condição, identificadas e vinculadas em uma equipe no período avaliado. Dessa forma, em cada período, para cada indicador, o Ministério da Saúde pode ter utilizado o denominador informado ou o estimado, para cada município, sendo sempre aquele de maior valor no período de apuração. Considere, por exemplo, o resultado do indicador 1 (proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal sendo a 1ª realizada até a 20ª semana de gestação) no 3º quadrimestre de 2021 para o município de Águas Vermelhas. O denominador informado é igual a 57 gestantes e o denominador estimado, 47 gestantes. Neste período, 29 gestantes cumpriram os requisitos do indicador, tendo sido contabilizadas no numerador.

Assim, com o denominador informado o município alcança 50,9% e com o estimado, 61,7%. Como o Ministério da Saúde utiliza o maior denominador, Águas Vermelhas não alcança a meta de 60% por ter sido considerado o denominador informado. Mas caso tivesse sido utilizado o estimado, este município alcançaria a meta deste indicador no período. Esse método de cálculo dos indicadores traz implicações para o repasse financeiro, podendo penalizar os municípios conforme os resultados apresentados.

4.2.3 Incentivo para Ações Estratégicas

Foram analisadas as informações referentes às ações estratégicas aderidas pelos municípios de Minas Gerais (Quadro 7). Realizou-se o cálculo separadamente para cada ação, por ano e macrorregião. Posteriormente identificou-se as ações contempladas pelo Programa Previne Brasil e que não eram custeadas pelo PAB Variável, as ações contempladas por ambos e as ações que eram custeadas pelo PAB Variável e que deixaram de ser financiadas pelo Incentivo para Ações Estratégicas.

Quadro 7 – Definição e cálculo do indicador utilizado na análise dos dados de adesão a ações estratégicas

Definição	Cálculo
Ações, programas e equipes* inseridas antes e após a instituição do Programa Previne Brasil, em cada macro, por ano.	Listagem das ações estratégicas aderidas em cada ano pelos municípios; $\frac{\text{Total de municípios da macro com custeio para cada ação}}{\text{Total de municípios da respectiva macro}} \times 100$

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: *Programas, equipes e ações considerados: eSF, eAP, ACS, NASF-AB, eABP, eCR, eSFR, eSB, CEO, LRPD, UOM, UBSF, microscopista, PSE, custeio para ações de Atenção Integral à Saúde dos adolescentes em Situação de Privação de Liberdade, Programa Academia da Saúde, Programa de Apoio à Informatização da APS, Programa Saúde na Hora e incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional.

4.2.4 Financiamento

Avaliaram-se as informações referentes ao financiamento global e de cada componente antes e após a instituição do Programa Previne Brasil. Foram definidos quatro conjuntos de análise segundo o tipo de financiamento: 1) PAB Fixo x Capitação Ponderada; 2) PMAQ-AB x Pagamento por Desempenho; 3) PAB Variável x Incentivo para Ações Estratégias; 4) Financiamento Global (antes e após o Programa). As análises foram realizadas considerando a equivalência dos componentes do Programa Previne Brasil com o PAB e o PMAQ-AB, apesar das mudanças em suas concepções.

PAB Fixo x Capitação Ponderada

A comparação do recebimento dos recursos antes a após a instituição do Programa foi conduzida usando diferentes estratégias conforme descrito a seguir.

- 1) Montante de recursos efetivamente recebidos nos dois anos de Capitação Ponderada (2020 e 2021) considerando os recursos adicionais (*Per Capita* de Transição e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional) *versus* o montante recebido durante os dois anos de PAB Fixo (2018 e 2019);
- 2) Montante de recursos nos dois anos de Capitação Ponderada (2020 e 2021) excluindo os recursos adicionais (simulado) *versus* o montante recebido durante os dois anos de PAB Fixo (2018 e 2019);
- 3) Montante de recursos efetivamente recebidos em 2020 (primeiro ano de Capitação Ponderada) *versus* montante recebidos pelo PAB Fixo em 2019;
- 4) Montante de recursos efetivamente recebidos em 2021 (segundo ano de Capitação Ponderada) *versus* montante recebido pelo PAB Fixo em 2019;
- 5) Montante de recursos efetivamente recebidos em 2021 (segundo ano de Capitação Ponderada e recursos adicionais) *versus* montante recebido em 2020 (primeiro ano de Capitação Ponderada e recursos adicionais);
- 6) Montante de recursos efetivamente recebidos com a Capitação Ponderada entre setembro a dezembro (3º quadrimestre) de 2021 com o recebido entre janeiro a agosto (1º e 2º quadrimestre) de 2021.

Definiram-se todas as estratégias com base nos repasses efetivamente realizados sendo alterado apenas o período utilizado para a comparação entre antes e depois da instituição do Programa. A estratégia 1 analisa o biênio antes e após o Programa. A estratégia 3 compara o ano de 2020 em relação ao de 2019 e a 4, o ano de 2021 em relação ao de 2019. A estratégia 5 analisa o segundo ano após a instituição do Programa em relação ao primeiro ano. A estratégia 6 compara o montante de recursos recebidos nos primeiros 8 meses de 2021 em relação aos 4 últimos meses desse mesmo ano.

Esse recorte foi importante devido à mudança no critério de repasses. Até agosto de 2021, o pagamento ocorreu com base no quantitativo potencial de pessoas cadastradas em equipes. A partir de setembro de 2021, o repasse passou

a ser realizado de acordo com o quantitativo real de cadastros do município. Apenas a estratégia 2 envolveu a definição de uma simulação dos repasses. Essa simulação foi realizada para verificar o percentual de municípios que teriam perdas com a Capitação Ponderada se os adicionais (*Per Capita* de Transição e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional) não tivessem sido incorporados. Para cada estratégia, o percentual de municípios com perdas foi calculado conforme os procedimentos descritos no Quadro 8.

Quadro 8 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise dos dados de financiamento de PAB Fixo x Capitação Ponderada

(continua)	
Definição	Cálculo
Capitação Ponderada + adicional de cada ano em relação ao PAB Fixo	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com a Capitação Ponderada e o adicional de cada ano referente a 2020 e 2021, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o PAB Fixo de 2018 e 2019, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas com a Capitação Ponderada e adicional}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$
Capitação Ponderada em relação ao PAB Fixo	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com a Capitação Ponderada de 2020 e 2021, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o PAB Fixo de 2018 e 2019, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas com a Capitação Ponderada}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$
Capitação Ponderada no ano <i>i</i> (com <i>i</i> = 2020;2021) em relação ao PAB Fixo de 2019	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês do ano <i>i</i> com a Capitação Ponderada, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de 2019 com o PAB Fixo, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas em 2020 em relação a 2019}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$ $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas em 2021 em relação a 2019}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$

(conclusão)	
Definição	Cálculo
Capitação Ponderada de 2020 em relação à Capitação Ponderada de 2021, com o acréscimo de cada ano	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de 2021 com a Capitação Ponderada e o adicional do ano, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de 2020 com a Capitação Ponderada e o adicional do ano, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas em 2021 em relação a 2020}}{100} \times \text{Total de municípios da macro}$
Capitação Ponderada de setembro a dezembro de 2021 em relação a janeiro a agosto de 2021	<p>(Soma dos recursos recebidos de setembro a dezembro de 2021, por município) / 4] – [(Soma dos recursos recebidos de janeiro a agosto de 2021, por município) / 8]</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas no 3º quadrimestre de 2021}}{100} \times \text{Total de municípios da macro}$

Fonte: Elaborado pela autora.

PMAQ-AB x Pagamento por Desempenho (Pay for Performance - P4P)

Para essa análise, foram definidos três cenários:

- 1) Pagamento efetivamente realizado com base no Pagamento por Desempenho (considerando 100% de alcance das metas) em relação ao PMAQ-AB;
- 2) Pagamento simulado com base nos resultados do Indicador Sintético Final (ISF) em relação ao PMAQ-AB;
- 3) Pagamento simulado com base nos resultados do ISF em relação ao baseado no Pagamento por Desempenho considerando 100% de alcance das metas.

As duas simulações permitiram avaliar o impacto no montante recebido de recursos para os municípios se o pagamento tivesse sido iniciado com base nos resultados alcançados dos indicadores, conforme previsto na instituição do Programa. O Quadro 9 detalha os procedimentos que foram adotados para estimar o percentual de municípios que teriam perdas de recursos em cada cenário.

Quadro 9 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise dos dados de financiamento do PMAQ-AB x Pagamento por Desempenho

Definição	Cálculo
P4P em relação ao PMAQ-AB	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o P4P de 2020 e 2021, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o PMAQ-AB de 2018 e 2019, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas com o P4P em relação ao PMAQ-AB}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$
Simulação conforme resultados alcançados no ISF em relação ao PMAQ-AB	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o ISF de 2020 e 2021, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o PMAQ-AB de 2018 e 2019, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas com o ISF em relação ao PMAQ-AB}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$
Simulação conforme resultados alcançados no ISF em relação ao P4P	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o ISF de 2020 e 2021, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o P4P de 2020 e 2021, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas com o ISF em relação ao P4P}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$

Fonte: Elaborado pela autora.

PAB Variável x Incentivo para Ações Estratégicas

Neste bloco de análise, não se realizaram simulações, tendo sido comparados os repasses efetivamente realizados em cada ano e no biênio antes e após a instituição do Programa, conforme a metodologia de repasse de recursos vigente (Quadro 10).

Quadro 10 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise dos dados de financiamento de PAB Variável x Incentivo para Ações Estratégicas

Definição	Cálculo
PAB Variável de 2019 em relação ao de 2018	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de 2019 com o PAB Variável, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de 2018 com o PAB Variável, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas com o PAB Variável 2019}}{100} \times \text{Total de municípios da macro}$
Incentivo para Ações Estratégicas de 2020 em relação ao PAB Variável de 2019	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de 2020 com o Incentivo para Ações Estratégicas, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de 2019 com o PAB Variável, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas com Ações Estratégicas 2020}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$
Incentivo para Ações Estratégicas de 2021 em relação ao de 2020	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de 2021 com o Incentivo para Ações Estratégicas, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de 2020 com o Incentivo para Ações Estratégicas, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas com Ações Estratégicas 2021}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$
Incentivo para Ações Estratégicas (2020 e 2021) em relação ao PAB Variável (2018 e 2019)	<p>(Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o Incentivo para Ações Estratégicas em 2020 e 2021, por município) – (Soma dos recursos recebidos em cada mês de cada ano com o PAB Variável em 2018 e 2019, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas com Ações Estratégicas}}{100} \times \text{Total de municípios da macro}$

Fonte: Elaborado pela autora.

Financiamento Global

Realizou-se a análise do financiamento global considerando o repasse real recebido pelos municípios em cada ano. Para os anos de 2018 e 2019 foram

considerados os incentivos financeiros recebidos referentes ao PAB Fixo, PMAQ-AB e PAB Variável, considerando sua equivalência aos componentes do Programa Previne Brasil.

Para 2020 e 2021 foram considerados os seguintes componentes: Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho, Incentivo para Ações Estratégicas, *Per Capita* de Transição e Fator Compensatório de Transição (apenas em 2020) e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional e Fator de Correção (somente em 2021).

Ressalta-se que, nos dois últimos anos, a APS recebeu recursos destinados a Covid-19, não tendo sido incluídos nesta análise por ter caráter excepcional. Como em 2020 houve acréscimo do *Per Capita* de Transição e Fator Compensatório de Transição, e em 2021, do Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional e Fator de Correção, realizou-se também simulação sem considerar esses adicionais. A finalidade dessa simulação foi verificar o impacto no financiamento dos municípios caso esses acréscimos que não estavam previstos na instituição do Programa não tivessem sido incorporados (Quadro 11).

Quadro 11 – Definição e cálculo dos indicadores utilizados na análise do financiamento global
(continua)

Definição	Cálculo
Percentual de municípios com perdas em 2019 em relação a 2018	$\frac{\text{(Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2019, por município)} - \text{(Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2018, por município)}}{\text{Total de municípios da macro com perdas no financiamento global de 2019}} \times 100$ <p style="text-align: center;">Total de municípios da macro</p>
Percentual de municípios com perdas em 2020 em relação a 2019	$\frac{\text{(Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2020, por município)} - \text{(Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2019, por município)}}{\text{Total de municípios da macro com perdas no financiamento global de 2020}} \times 100$ <p style="text-align: center;">Total de municípios da macro</p>

(conclusão)	
Definição	Cálculo
Percentual de municípios com perdas em 2021 em relação a 2020	<p>(Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2021, por município) – (Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2020, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas no financiamento global de 2021}}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$
Simulação do percentual de municípios com perdas em 2020 sem os acréscimos do ano em relação a 2019	<p>(Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2020, sem o acréscimo do ano, por município) – (Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2019, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas no financiamento global de 2020}^*}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$ <p>*sem acréscimo</p>
Simulação do percentual de municípios com perdas em 2021 em relação a 2020 sem os acréscimos de cada ano	<p>(Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2021, sem o acréscimo do ano, por município) – (Soma dos recursos globais recebidos em cada mês de 2020, sem o acréscimo do ano, por município)</p> $\frac{\text{Total de municípios da macro com perdas no financiamento global de 2021}^*}{\text{Total de municípios da macro}} \times 100$ <p>*sem acréscimo</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa com dados de domínio público, sem envolvimento de seres humanos, dispensou-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

5. RESULTADOS

5.1 CAPITAÇÃO PONDERADA

A Tabela 1 apresenta o total da população cadastrada em equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) entre 2018 e 2021 por macrorregião. Observou-se um aumento contínuo do cadastro em todas as 14 macrorregiões, no período analisado, chegando próximo ou até ultrapassando (no caso da macro Leste do Sul em 2021) à população estimada pelo IBGE.

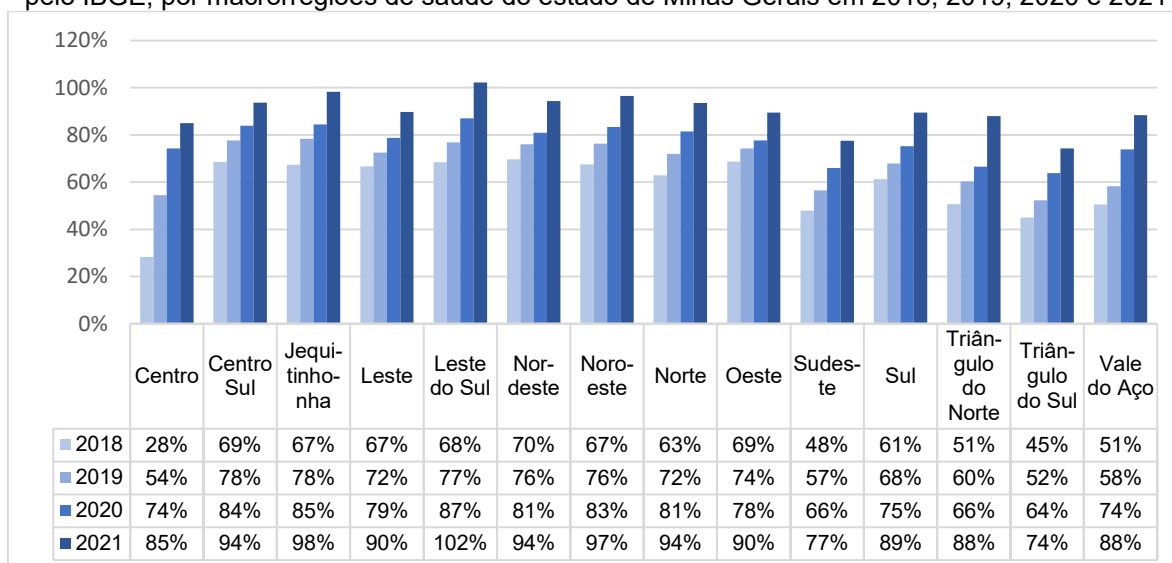
Tabela 1 – População total cadastrada em eSF e eAP por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais em 2018, 2019, 2020 e 2021

Macrorregião de saúde	IBGE 2021	2018	2019	2020	2021
Centro	6.727.252	1.899.307	3.662.911	5.001.285	5.716.444
Centro Sul	798.326	548.084	620.009	669.474	748.395
Jequitinhonha	408.352	275.102	319.711	345.075	401.569
Leste	693.209	462.208	502.349	545.550	622.485
Leste do Sul	699.214	478.943	537.131	608.461	714.619
Nordeste	835.346	581.467	635.383	676.059	788.368
Noroeste	714.167	482.059	545.127	595.873	689.639
Norte	1.700.450	1.070.501	1.223.736	1.385.670	1.590.546
Oeste	1.313.161	902.245	974.812	1.020.395	1.175.393
Sudeste	1.693.470	811.736	957.444	1.117.962	1.312.428
Sul	2.842.451	1.740.476	1.930.481	2.140.373	2.543.425
Triângulo do Norte	1.327.105	673.388	800.055	882.390	1.168.064
Triângulo do Sul	806.172	362.246	422.066	514.320	598.993
Vale do Aço	853.248	431.268	497.388	630.183	754.290

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise do percentual da população cadastrada antes (2018 e 2019) e após (2020 e 2021) a instituição do Programa Previne Brasil mostra um aumento importante em praticamente todas as macrorregiões de saúde (Gráfico 1). A macrorregião Centro teve o maior aumento percentual, saindo de 28% em 2018 para 85% em 2021. Vale ressaltar que esse aumento começa a ser observado já em 2019, ano em que o Programa foi instituído. Esse comportamento é verificado para todas as macrorregiões, com a macro Centro apresentando o aumento mais acentuado entre 2018 e 2019. As macros Triângulo do Sul e Vale do Aço tiveram aumento mais expressivo logo após a instituição do Programa (entre 2019 e 2020). Nas demais macros, a variação na cobertura foi maior entre 2020 e 2021 quando a implementação do Programa já estava em curso.

Gráfico 1 – Percentual de população cadastrada em eSF e eAP, em relação à população estimada pelo IBGE, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais em 2018, 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

O aumento observado em 2019 relativo a 2018 pode estar associado tanto a uma tendência de crescimento em anos anteriores, quanto a uma resposta antecipada ao Programa por parte dos gestores. O acesso à informação sobre a concepção do Programa pode fazer com que os gestores se antecipem de forma a garantir o cumprimento da meta e com isso o repasse dos recursos. Para verificar essas hipóteses, seria necessário analisar uma série histórica maior, o que não foi possível neste estudo pela indisponibilidade de dados de cadastro em relatórios de acesso público.

Apesar de o DATASUS dispor de informações de cadastramento familiar com número de pessoas de 1998 a 2015, optou-se pela não utilização por se tratar de fontes de dados e metodologias diferentes para estimativa da cobertura da população cadastrada. Além disso, essas informações não estavam disponíveis para os anos de 2016 e 2017, no período de coleta de dados.

A Tabela 2 apresenta o total e o percentual de população vulnerável cadastrada no terceiro quadrimestre de cada ano analisado. Em todas as macrorregiões, não houve alteração substantiva nesse percentual, apesar de se ter observado um aumento, em termos absolutos, da população vulnerável cadastrada. Esse resultado decorre do aumento da cobertura do cadastro na população total que parece ter ocorrido de forma uniforme entre os grupos populacionais mantendo constante a parcela da população vulnerável no total de cadastrados. A variação

percentual da população vulnerável coberta por eSF e eAP, em 2021 em relação a 2018, também é apresentada na Tabela 2. A população vulnerável deveria estar totalmente cadastrada em eSF e eAP, uma vez que estes usuários são menos prováveis de acessarem a rede suplementar, sendo, em sua maioria, SUS dependentes.

Tabela 2 – Quantitativo total e percentual da população vulnerável cadastrada, e percentual de aumento da população vulnerável cadastrada em 2021 em relação a 2018, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021

Macrorregião de saúde	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	% aumento 2021 em relação a 2018
Centro	659.491	35	1.128.462	31	1.451.931	29	1.723.853	30	261
Centro Sul	184.596	34	203.458	33	219.206	33	247.304	33	134
Jequitinhonha	117.510	43	131.794	41	139.562	40	177.471	44	151
Leste	197.461	43	212.052	42	225.803	41	275.769	44	140
Leste do Sul	183.234	38	203.167	38	227.781	37	282.311	40	154
Nordeste	268.826	46	287.655	45	299.922	44	389.986	49	145
Noroeste	162.356	34	179.015	33	192.246	32	229.134	33	141
Norte	452.404	42	503.342	41	549.839	40	702.709	44	155
Oeste	275.157	30	294.656	30	309.773	30	347.635	30	126
Sudeste	307.811	38	356.622	37	405.942	36	473.918	36	154
Sul	572.791	33	626.248	32	689.090	32	818.498	32	143
Triângulo do Norte	215.416	32	248.610	31	263.613	30	340.102	29	158
Triângulo do Sul	119.905	33	136.974	32	163.048	32	186.001	31	155
Vale do Aço	175.082	41	196.538	40	229.260	36	282.559	37	161

Fonte: Elaborado pela autora.

Em todas as macrorregiões de saúde, houve um aumento superior a 100% do cadastro dessa população, no período de análise, com destaque para a macro Centro cujo aumento foi de 261%. Esse aumento pode refletir tanto aumento na parcela de população cadastrada entre os vulneráveis quanto na própria população classificada com vulnerável, devido ao período de crise que o país vem passando nos últimos anos, agravada pela Covid-19.

A Tabela 3 apresenta o percentual de municípios por macrorregião de saúde segundo faixas de cobertura da população cadastrada. Os resultados mostram um aumento dessa cobertura entre 2018 e 2021. Há uma redução do percentual de municípios com cobertura inferior a 70%, e o concomitante aumento nas faixas acima de 70% em todas as macrorregiões.

A Figura 6 apresenta a distribuição espacial dos municípios conforme as faixas de cobertura potencial de cadastro nos quatro anos analisados.

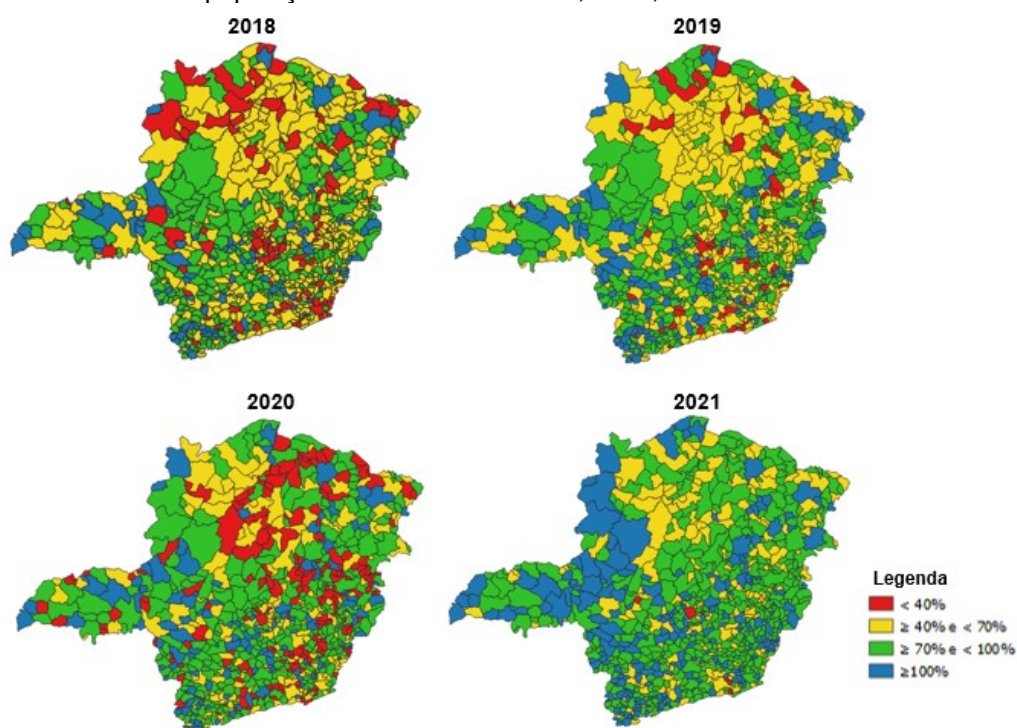
Tabela 3 – Percentual de municípios segundo faixas de cobertura da população cadastrada, por macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021

	(continua)			
Macrorregião de Saúde	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)
Centro				
< 40%	20	11	15	2
≥ 40% e < 70%	46	46	26	24
≥ 70% e < 100%	28	31	46	54
≥100%	7	13	14	20
Centro Sul				
< 40%	2	0	27	0
≥ 40% e < 70%	45	41	20	20
≥ 70% e < 100%	37	39	39	57
≥100%	16	20	14	24
Jequitinhonha				
< 40%	10	6	23	0
≥ 40% e < 70%	45	29	23	19
≥ 70% e < 100%	35	52	39	55
≥100%	10	13	16	26
Leste				
< 40%	10	8	47	0
≥ 40% e < 70%	43	29	8	20
≥ 70% e < 100%	35	47	31	69
≥100%	12	16	14	12
Leste do Sul				
< 40%	8	8	28	0
≥ 40% e < 70%	47	30	15	6
≥ 70% e < 100%	36	55	47	68
≥100%	9	8	9	26
Nordeste				
< 40%	7	0	21	0
≥ 40% e < 70%	39	44	23	28
≥ 70% e < 100%	44	37	49	60
≥100%	11	19	7	12
Noroeste				
< 40%	12	3	12	0
≥ 40% e < 70%	21	27	18	15
≥ 70% e < 100%	58	52	45	42
≥100%	9	18	24	42
Norte				
< 40%	19	13	43	0
≥ 40% e < 70%	69	64	23	41
≥ 70% e < 100%	9	20	29	52
≥100%	3	3	5	7
Oeste				
< 40%	4	2	9	2
≥ 40% e < 70%	34	28	19	13
≥ 70% e < 100%	47	49	51	57
≥100%	15	21	21	28
Sudeste				
< 40%	23	14	20	3
≥ 40% e < 70%	51	48	33	22
≥ 70% e < 100%	19	24	34	51
≥100%	6	14	13	23

Macrorregião de Saúde	(conclusão)			
	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)
Sul				
< 40%	6	6	12	0
≥ 40% e < 70%	28	21	17	15
≥ 70% e < 100%	47	47	49	44
≥100%	19	26	21	41
Triângulo do Norte				
< 40%	7	4	19	0
≥ 40% e < 70%	44	30	19	15
≥ 70% e < 100%	22	41	33	48
≥100%	26	26	30	37
Triângulo do Sul				
< 40%	7	0	26	0
≥ 40% e < 70%	22	26	15	15
≥ 70% e < 100%	44	41	33	41
≥100%	26	33	26	44
Vale do Aço				
< 40%	17	3	37	0
≥ 40% e < 70%	54	57	26	31
≥ 70% e < 100%	29	37	34	60
≥100%	0	3	3	9

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 6 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de cobertura da população cadastrada em 2018, 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Percebe-se melhoria contínua da cobertura no período, sobretudo em 2021, em que apenas dois municípios estão classificados na faixa mais baixa de alcance

do potencial de cadastro (< 40%). Em 2020, há ainda um percentual elevado de municípios na faixa de potencial de cadastro inferior a 40%. Nesse ano, 191 municípios (22%) não apresentavam eSF e eAP. Os municípios sem equipes estavam concentrados nas macrorregiões Norte (18%), Leste (13%) e Sul (10%). O aumento da cobertura é verificado no 3º quadrimestre de 2021, em que todos os municípios passaram a apresentar pelo menos uma eSF. Observa-se um aumento expressivo da cobertura da população cadastrada em praticamente todos os municípios (99,9%), sendo que, em 203 (23,8%), esse acréscimo foi substancial, maior que 100%, com destaque para Belo Horizonte e Patrocínio.

5.2 PAGAMENTO POR DESEMPENHO

Nesta seção, inicialmente, são apresentados os resultados alcançados pelo estado de Minas Gerais nos indicadores, conforme cálculo realizado pelo Ministério da Saúde (Tabela 4). Como pode ser observado, há no Estado uma melhoria gradual dos indicadores ao longo do período. Apesar disso, todos os indicadores apresentaram percentuais muito aquém das metas estabelecidas pelo Programa (Tabela 4). Posteriormente, a análise é realizada por macrorregião de saúde. Para facilitar a comparação entre os anos analisados, são apresentados os resultados para o 3º quadrimestre segundo bloco de indicadores: pré-natal, saúde da mulher e doenças crônicas.

Tabela 4 – Resultados alcançados pelo estado de Minas Gerais nos indicadores de Pagamento por Desempenho calculados pelo Ministério da Saúde, no 3º quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021

Indicador	Meta (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)
1 – Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	60	14	24	29	36
2 – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60	12	17	26	40
3 – Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60	11	18	17	36
4 – Cobertura de exame citopatológico	40	13	17	16	17
6 – Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	50	2	3	4	11
7 – Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	50	5	8	11	23

Fonte: Elaborado pela autora.

A meta definida para os indicadores 1 (proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação), 2 (proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV) e 3 (proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado) é de 60%. Isso significa que, para o recebimento integral do repasse financeiro, é necessário que a Atenção Primária do município tenha conseguido cumprir os seguintes requisitos: 1) acompanhar desde o início da gestação pelo menos 60% das gestantes, com o mínimo de seis consultas; 2) ter pelo menos 60% das gestantes com realização de exame de sorologia ou teste rápido para sífilis e HIV; e 3) ter realizado atendimento odontológico para pelo menos 60% das gestantes. A Tabela 5 mostra o percentual de municípios, por macrorregião de saúde, segundo faixas de alcance do resultado dos indicadores de pré-natal.

Tabela 5 – Percentual de municípios, segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, por faixas de cobertura dos indicadores de pré-natal, no 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021

Macrorregião de saúde	(continua)											
	Consultas (Indicador 1)				Exames (Indicador 2)				Saúde bucal (Indicador 3)			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Centro												
< 24%	82	66	51	40	86	78	54	35	84	73	75	53
≥ 24% e < 42%	12	21	30	27	10	13	25	30	9	17	11	17
≥ 42% e < 60%	6	7	12	14	4	7	13	14	6	8	7	16
≥ 60%	0	6	7	20	0	2	8	22	1	2	7	14
Centro Sul												
< 24%	67	63	47	45	88	78	51	41	78	71	65	29
≥ 24% e < 42%	18	6	16	10	6	12	14	22	16	14	14	20
≥ 42% e < 60%	8	16	16	16	6	6	16	8	4	4	8	16
≥ 60%	8	16	22	29	0	4	20	29	2	12	14	35
Jequitinhonha												
< 24%	65	52	23	19	52	58	32	29	52	39	48	16
≥ 24% e < 42%	16	13	26	16	42	29	16	6	29	32	10	3
≥ 42% e < 60%	10	19	23	32	3	6	16	19	13	26	29	19
≥ 60%	10	16	29	32	3	6	35	45	6	3	13	61
Leste												
< 24%	75	59	51	33	80	71	45	27	73	73	63	41
≥ 24% e < 42%	8	18	18	18	10	22	18	14	12	14	14	12
≥ 42% e < 60%	6	10	16	18	6	6	22	22	14	10	10	14
≥ 60%	12	14	16	31	4	2	16	37	2	4	14	33
Leste do Sul												
< 24%	81	75	62	42	77	85	66	40	77	66	64	30
≥ 24% e < 42%	8	9	15	13	17	6	21	21	15	17	13	32
≥ 42% e < 60%	9	8	11	26	6	9	8	23	2	15	9	11
≥ 60%	2	8	11	19	0	0	6	17	6	2	13	26
Nordeste												
< 24%	58	40	33	25	60	53	32	25	53	54	65	23
≥ 24% e < 42%	18	26	33	25	23	26	23	25	25	26	19	18
≥ 42% e < 60%	18	21	12	25	11	11	23	18	18	11	11	25
≥ 60%	7	12	21	26	7	11	23	33	5	9	5	35

Macrorregião de saúde	(conclusão)											
	Consultas (Indicador 1)				Exames (Indicador 2)				Saúde bucal (Indicador 3)			
	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)
Noroeste												
< 24%	45	33	27	15	45	39	15	12	67	61	52	24
≥ 24% e < 42%	33	39	39	33	12	12	27	6	27	27	30	18
≥ 42% e < 60%	18	9	15	30	36	33	30	27	3	6	6	30
≥ 60%	3	18	18	21	6	15	27	55	3	6	12	27
Norte												
< 24%	64	45	41	15	77	79	55	19	64	53	56	13
≥ 24% e < 42%	16	22	17	20	17	13	15	15	20	29	19	12
≥ 42% e < 60%	13	17	16	22	5	6	14	17	10	12	9	15
≥ 60%	7	15	26	43	1	2	16	49	6	6	16	60
Oeste												
< 24%	66	43	28	36	74	60	25	26	68	58	58	32
≥ 24% e < 42%	15	17	26	19	15	23	40	28	17	32	23	25
≥ 42% e < 60%	13	21	26	19	6	13	15	17	8	8	15	17
≥ 60%	6	19	19	26	6	4	21	28	8	2	4	26
Sudeste												
< 24%	83	72	66	57	90	78	63	39	81	74	78	45
≥ 24% e < 42%	5	10	16	21	3	9	17	27	16	12	6	20
≥ 42% e < 60%	9	10	9	7	2	9	10	12	0	10	5	14
≥ 60%	3	9	10	14	4	5	11	22	3	4	11	21
Sul												
< 24%	72	58	41	31	81	64	47	31	76	78	68	40
≥ 24% e < 42%	14	13	25	16	11	19	20	16	17	14	14	18
≥ 42% e < 60%	8	14	16	24	5	9	19	21	6	5	7	12
≥ 60%	6	15	18	29	3	7	13	32	1	3	12	31
Triângulo do Norte												
< 24%	56	44	52	30	78	78	56	30	70	67	70	15
≥ 24% e < 42%	19	15	19	19	15	7	19	15	11	26	19	26
≥ 42% e < 60%	15	19	15	15	4	11	11	37	11	4	4	15
≥ 60%	11	22	15	37	4	4	15	19	7	4	7	44
Triângulo do Sul												
< 24%	85	67	52	41	78	74	63	37	89	93	67	41
≥ 24% e < 42%	4	19	19	11	15	19	11	19	7	7	15	7
≥ 42% e < 60%	7	4	19	19	4	7	15	22	4	0	7	15
≥ 60%	4	11	11	30	4	0	11	22	0	0	11	37
Vale do Aço												
< 24%	60	60	51	29	86	71	63	31	86	80	83	37
≥ 24% e < 42%	29	29	26	23	9	14	23	17	11	11	9	23
≥ 42% e < 60%	11	6	17	26	6	11	11	14	3	9	6	6
≥ 60%	0	6	6	23	0	3	3	37	0	0	3	34

Fonte: Elaborado pela autora.

Em todas as macrorregiões de saúde houve melhoria na cobertura de consultas de pré-natal na APS (indicador 1). Houve um aumento no percentual de municípios nas faixas mais altas de cobertura (maior ou igual a 42%) e na proporção de municípios que alcançou a meta de 60%, com uma concomitante redução de municípios nas faixas mais baixas, sobretudo na primeira faixa, cuja cobertura é menor que 24%.

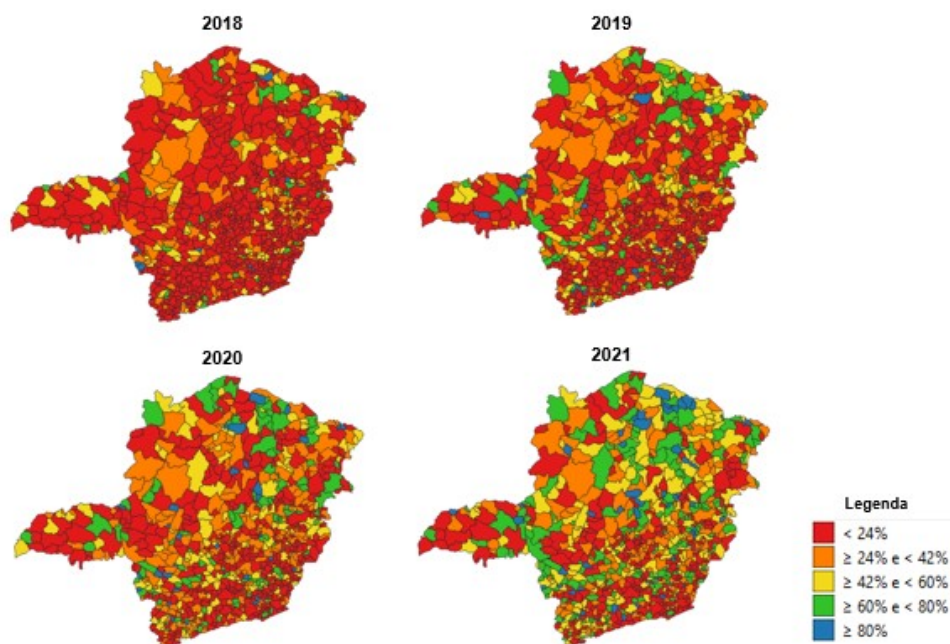
Apesar desses resultados positivos, observa-se que, no último quadrimestre de 2021, apenas 228 municípios (26,7%) haviam cumprido a meta estabelecida para esse indicador. Analisando entre as macrorregiões, Norte e Triângulo do Norte alcançaram, em 2021, a maior proporção de municípios que cumpriram a meta em 2021, 43% e 37% respectivamente. As macros que tiveram aumentos mais acentuados na proporção de municípios cumprindo a meta entre 2018 e 2021 foram Sul (36%), Norte (31%) e Centro (20%).

Avanços também foram observados no que se refere à cobertura de exames realizados (indicador 2). Entre 2018 e 2021, houve melhoria importante em todo o Estado. No último quadrimestre de 2018, apenas 24 (2,8%) municípios de Minas Gerais haviam cumprido a meta estabelecida. O cenário melhora em 2021, com 267 municípios (31,3%). Em 2021, o percentual de municípios que conseguiu cumprir a meta nesse indicador foi mais expressivo nas macros Noroeste (55%), Norte (49%) e Jequitinhonha (45%). Há, entretanto, uma elevada proporção de municípios que não cumpriram essa meta, principalmente na Leste do Sul e Triângulo do Norte, com mais de 80% dos municípios nessa situação.

Com relação ao cuidado da saúde bucal ofertado à gestante, também foram verificadas melhorias importantes. No último quadrimestre de 2018, apenas 28 (3,3%) municípios haviam cumprido a meta estabelecida. Em 2021, esse número se elevou para 278, representando 32,6% dos municípios de Minas Gerais. Esse percentual é mais elevado nas macrorregiões Jequitinhonha (61%), Norte (60%) e Triângulo do Norte (44%). Os piores resultados de cobertura são observados nas macros Centro, Leste do Sul, Noroeste, Oeste e Sudeste, em que menos de 30% dos municípios cumpriram a meta de 60% nos quatro anos de análise.

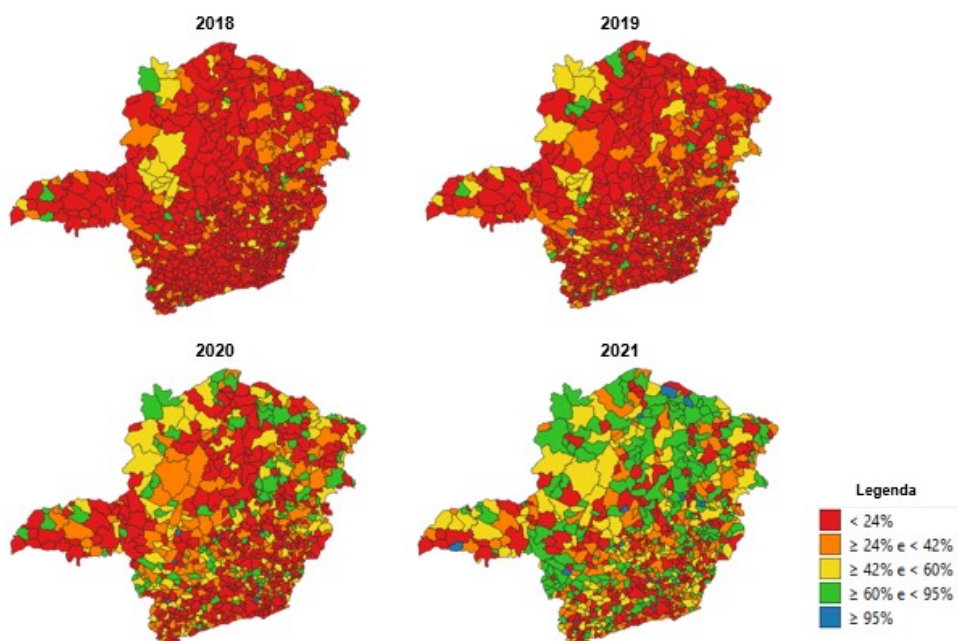
As Figuras 7, 8 e 9 apresentam a distribuição dos municípios, segundo faixa de cobertura de gestantes para os indicadores de pré-natal no terceiro quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021. Observa-se melhoria gradual dos resultados destes indicadores. Entretanto, em 2021 há ainda grande concentração de municípios que não conseguiram atingir a meta estabelecida. Do ponto de vista do repasse dos recursos, esses resultados podem implicar perda do incentivo financeiro referente ao componente de Pagamento por Desempenho do Programa Previner Brasil.

Figura 7 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, 2018-2021



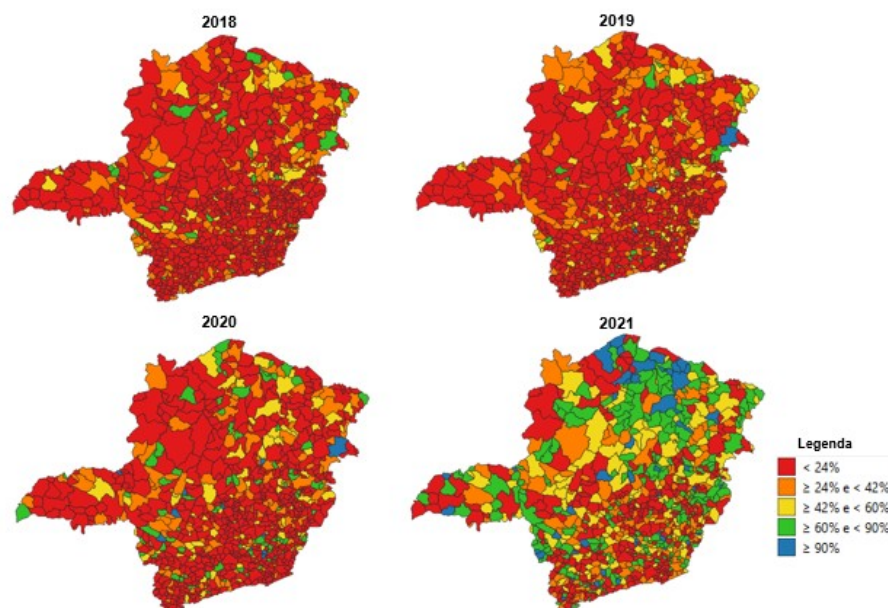
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 8 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo com faixas de resultado do indicador de Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, 2018-2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 9 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, 2018-2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Indicador de Saúde da Mulher

De acordo com a meta de cobertura definida pelo Ministério da Saúde, para o recebimento integral do repasse financeiro, é necessário que o município realize exame citopatológico na Atenção Primária em pelo menos 40% das mulheres com idade entre 25 e 64 anos nos últimos 3 anos. Como pode ser verificado na Tabela 6, em Minas Gerais, apenas 31 municípios (3,6%) cumpriram a meta em 2021 para este indicador. Em 2018, a quantidade absoluta de municípios era ainda menor (20, que equivale a 2,3%), representando um aumento de 55% no período. Apesar desse aumento, o resultado é preocupante em todas as macrorregiões do estado. Observa-se melhoria na cobertura de exame citopatológico, mas essa ocorre de forma mais lenta do que a verificada para os indicadores de cuidado das gestantes.

De forma geral, há uma redução no percentual de municípios cuja cobertura é inferior a 16% e um aumento nas faixas subsequentes, entre 16% e 28% ou entre 28% e 40%, dependendo da macrorregião analisada. A proporção de municípios que conseguiram alcançar a meta (40% ou mais) é muito baixa em todas as macrorregiões de saúde, sendo inclusive igual a 0% nas macros Vale do Aço e Triângulo do Sul nos quatro anos de análise. A macrorregião Triângulo do Sul destaca-se ainda por apresentar o percentual mais elevado de municípios (81%) com cobertura inferior a 16%.

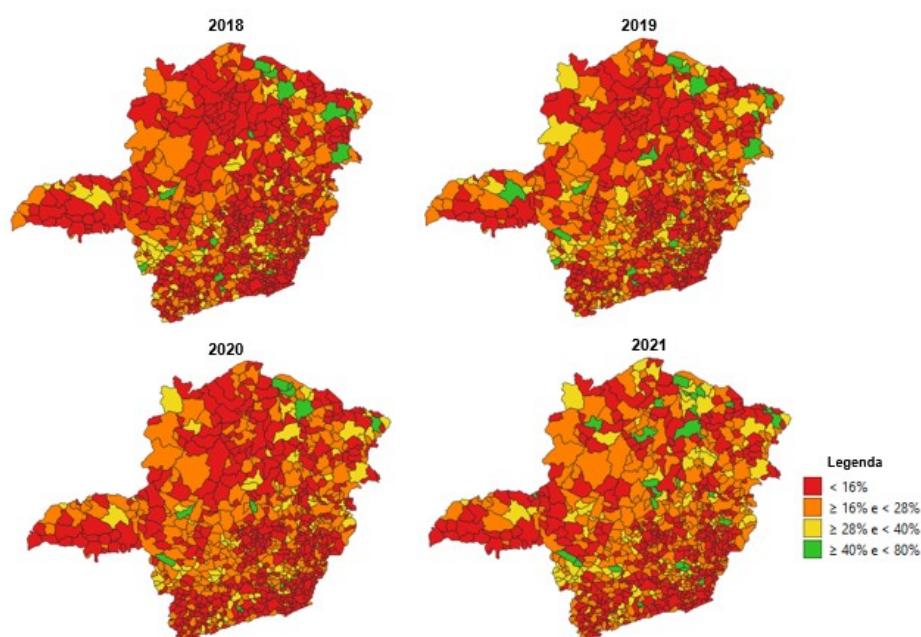
Tabela 6 – Percentual de municípios, segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, por faixas de cobertura do indicador de saúde da mulher, no 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021

	(continua)			
Macrorregião de saúde	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)
Centro				
< 16%	73	65	60	52
≥ 16% e < 28%	16	23	34	37
≥ 28% e < 40%	10	10	5	7
≥ 40%	1	2	1	4
Centro Sul				
< 16%	53	43	51	45
≥ 16% e < 28%	27	35	33	39
≥ 28% e < 40%	18	18	14	14
≥ 40%	2	4	2	2
Jequitinhonha				
< 16%	55	48	42	26
≥ 16% e < 28%	29	35	42	42
≥ 28% e < 40%	16	16	16	29
≥ 40%	0	0	0	3
Leste				
< 16%	65	41	49	41
≥ 16% e < 28%	25	41	35	39
≥ 28% e < 40%	10	18	16	16
≥ 40%	0	0	0	4
Leste do Sul				
< 16%	62	57	60	58
≥ 16% e < 28%	32	30	32	30
≥ 28% e < 40%	4	9	6	9
≥ 40%	2	4	2	2
Nordeste				
< 16%	53	37	44	44
≥ 16% e < 28%	28	44	40	39
≥ 28% e < 40%	14	12	14	14
≥ 40%	5	7	2	4
Noroeste				
< 16%	39	33	33	30
≥ 16% e < 28%	52	42	52	48
≥ 28% e < 40%	6	21	12	18
≥ 40%	3	3	3	3
Norte				
< 16%	70	62	60	40
≥ 16% e < 28%	17	24	28	34
≥ 28% e < 40%	8	10	7	16
≥ 40%	5	3	5	10
Oeste				
< 16%	34	28	28	28
≥ 16% e < 28%	42	45	49	47
≥ 28% e < 40%	21	25	23	23
≥ 40%	4	2	0	2
Sudeste				
< 16%	79	76	79	65
≥ 16% e < 28%	13	17	15	29
≥ 28% e < 40%	6	6	4	3
≥ 40%	2	1	2	3

Macrorregião de saúde	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	(conclusão)
				2021 (%)
Sul				
< 16%	50	47	52	46
≥ 16% e < 28%	29	32	32	31
≥ 28% e < 40%	18	18	14	20
≥ 40%	3	4	2	3
Triângulo do Norte				
< 16%	56	44	41	48
≥ 16% e < 28%	30	37	48	37
≥ 28% e < 40%	15	15	11	11
≥ 40%	0	4	0	4
Triângulo do Sul				
< 16%	81	63	74	81
≥ 16% e < 28%	19	37	26	15
≥ 28% e < 40%	0	0	0	4
≥ 40%	0	0	0	0
Vale do Aço				
< 16%	54	51	63	57
≥ 16% e < 28%	43	43	29	37
≥ 28% e < 40%	3	6	9	6
≥ 40%	0	0	0	0

A Figura 10 mostra a distribuição dos municípios segundo faixas de cobertura estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o terceiro quadrimestre de cada ano. Há melhoria discreta dos resultados, mas ainda uma elevada proporção de municípios abaixo da meta estabelecida em todo o período de análise.

Figura 10 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de cobertura de exame citopatológico, 2018-2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Indicadores de doenças crônicas

Segundo o Ministério da Saúde, para o recebimento integral do repasse financeiro é necessário que o município consiga, em cada semestre, aferir a pressão arterial (PA) de pelo menos 50% da população com hipertensão arterial cadastrada na APS e realizar a solicitação de exame de hemoglobina glicada em pelo menos 50% da população com diabetes mellitus. A Tabela 7 apresenta o percentual de municípios, por macrorregião de saúde, segundo faixas de cobertura desses indicadores conforme resultados apurados pelo MS para o 3º quadrimestre de cada um dos anos analisados.

O primeiro resultado que chama atenção é o elevado percentual de municípios com baixa cobertura do indicador 6 (percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre) em todas as macrorregiões de saúde. Houve melhoria no período, sobretudo em 2021, mas não o suficiente para aumentar de forma considerável essa cobertura. No último quadrimestre de 2018, apenas 4 municípios (0,5%) haviam cumprido a meta. Em 2021, observa-se melhoria discreta, com esse número aumentando para 28 municípios (3,3%). Como resultado, mais da metade dos municípios de todas as macros tinha menos de 20% de pacientes com pressão arterial aferida. As macros Jequitinhonha, Noroeste e Oeste tiveram resultados ainda piores, com nenhum município atingindo a meta estabelecida pelo MS.

Resultados similares são observados para o indicador 7 (percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada), no qual o percentual de municípios alcançando a meta estabelecida é muito baixo em todo o período analisado. Após a instituição do Programa, começa a haver uma melhoria gradual, aumentando o percentual de municípios em cada macro que conseguiram cumprir a meta. Apesar dessa melhora, observa-se ainda uma parcela expressiva de municípios (acima de 40% para todas as macrorregiões de saúde) cuja cobertura desse indicador é inferior a 20%. No último quadrimestre de 2021, somente 141 municípios (16,5%) cumpriram a meta. Em 2018, esse resultado era ainda pior, com apenas 2 municípios (0,2%) com solicitação de exame de hemoglobina glicada para 50% dos pacientes com diabetes. Em 2021, as macrorregiões Centro Sul, Leste, Norte e Sul foram aquelas que apresentaram os melhores resultados.

Tabela 7 – Percentual de municípios, segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, por faixas de cobertura dos indicadores de doenças crônicas, no 3º quadrimestre dos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021

Macrorregião de saúde	Hipertensão - aferição da PA				Diabetes - solicitação de exame			
	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)
(continua)								
Centro								
< 20%	99	98	94	75	97	93	82	57
≥ 20% e < 35%	0	2	5	17	3	6	8	18
≥ 35% e < 50%%	1	0	1	5	0	1	7	15
≥ 50%%	0	0	0	3	0	0	3	10
Centro Sul								
< 20%	90	88	84	51	88	88	75	53
≥ 20% e < 35%	8	10	12	29	12	10	18	6
≥ 35% e < 50%%	2	2	4	14	0	2	6	20
≥ 50%%	0	0	0	6	0	0	2	22
Jequitinhonha								
< 20%	94	97	94	65	97	97	87	42
≥ 20% e < 35%	6	3	6	29	3	3	10	29
≥ 35% e < 50%%	0	0	0	6	0	0	3	19
≥ 50%%	0	0	0	0	0	0	0	10
Leste								
< 20%	98	96	92	69	98	96	76	49
≥ 20% e < 35%	2	4	6	25	0	4	14	12
≥ 35% e < 50%%	0	0	2	2	2	0	6	18
≥ 50%%	0	0	0	4	0	0	4	22
Leste do Sul								
< 20%	98	98	96	74	96	96	91	58
≥ 20% e < 35%	2	0	2	21	4	4	4	25
≥ 35% e < 50%%	0	2	0	2	0	0	2	9
≥ 50%%	0	0	2	4	0	0	4	8
Nordeste								
< 20%	98	98	98	79	100	100	91	58
≥ 20% e < 35%	2	2	0	12	0	0	7	19
≥ 35% e < 50%%	0	0	2	5	0	0	0	5
≥ 50%%	0	0	0	4	0	0	2	18
Noroeste								
< 20%	94	97	91	85	100	100	82	52
≥ 20% e < 35%	6	3	9	12	0	0	15	24
≥ 35% e < 50%%	0	0	0	3	0	0	0	9
≥ 50%%	0	0	0	0	0	0	3	15
Norte								
< 20%	99	100	97	65	100	100	86	42
≥ 20% e < 35%	1	0	3	20	0	0	8	19
≥ 35% e < 50%%	0	0	0	12	0	0	5	17
≥ 50%%	0	0	0	3	0	0	1	22
Oeste								
< 20%	92	85	89	64	79	79	60	40
≥ 20% e < 35%	6	11	9	30	17	17	25	25
≥ 35% e < 50%%	2	4	2	6	2	2	9	17
≥ 50%%	0	0	0	0	2	2	6	19
Sudeste								
< 20%	96	97	96	77	97	97	88	63
≥ 20% e < 35%	3	1	3	16	2	2	6	15
≥ 35% e < 50%%	0	1	1	5	0	1	3	12
≥ 50%%	1	1	0	2	1	0	2	11

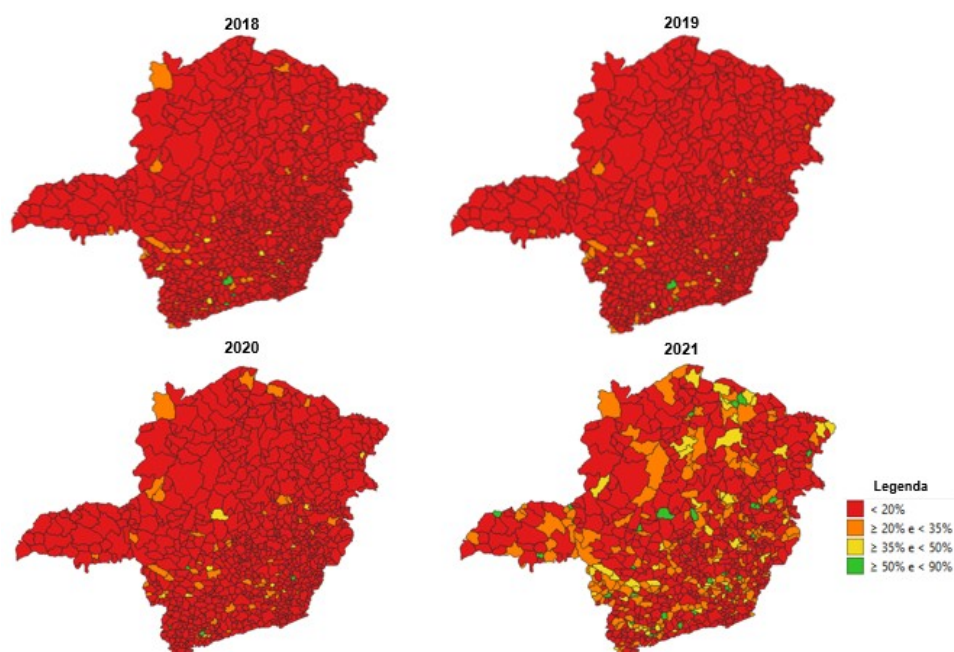
Macrorregião de saúde	(conclusão)							
	Hipertensão - aferição da PA				Diabetes - solicitação de exame			
	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)
Sul								
< 20%	86	87	90	60	95	91	77	53
≥ 20% e < 35%	11	9	6	25	5	6	12	15
≥ 35% e < 50%	1	2	2	10	1	3	5	10
≥ 50%	2	2	2	5	0	0	6	22
Triângulo do Norte								
< 20%	100	96	100	63	93	85	74	44
≥ 20% e < 35%	0	4	0	30	7	15	19	19
≥ 35% e < 50%	0	0	0	0	0	0	4	19
≥ 50%	0	0	0	7	0	0	4	19
Triângulo do Sul								
< 20%	96	96	93	59	100	100	78	52
≥ 20% e < 35%	4	4	7	37	0	0	19	15
≥ 35% e < 50%	0	0	0	0	0	0	0	15
≥ 50%	0	0	0	4	0	0	4	19
Vale do Aço								
< 20%	100	100	97	66	100	100	97	60
≥ 20% e < 35%	0	0	0	23	0	0	3	14
≥ 35% e < 50%	0	0	3	9	0	0	0	14
≥ 50%	0	0	0	3	0	0	0	11

Fonte: Elaborado pela autora.

As Figura 11 e 12 apresentam a distribuição dos municípios segundo grau de cobertura dos indicadores 6 e 7, respectivamente, conforme resultados obtidos para o terceiro quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021. Observa-se uma discreta melhoria dos resultados, porém a concentração de municípios que não conseguiram atingir a meta estabelecida em 2021 é elevada em ambos os indicadores, com resultados um pouco melhores para o indicador de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada.

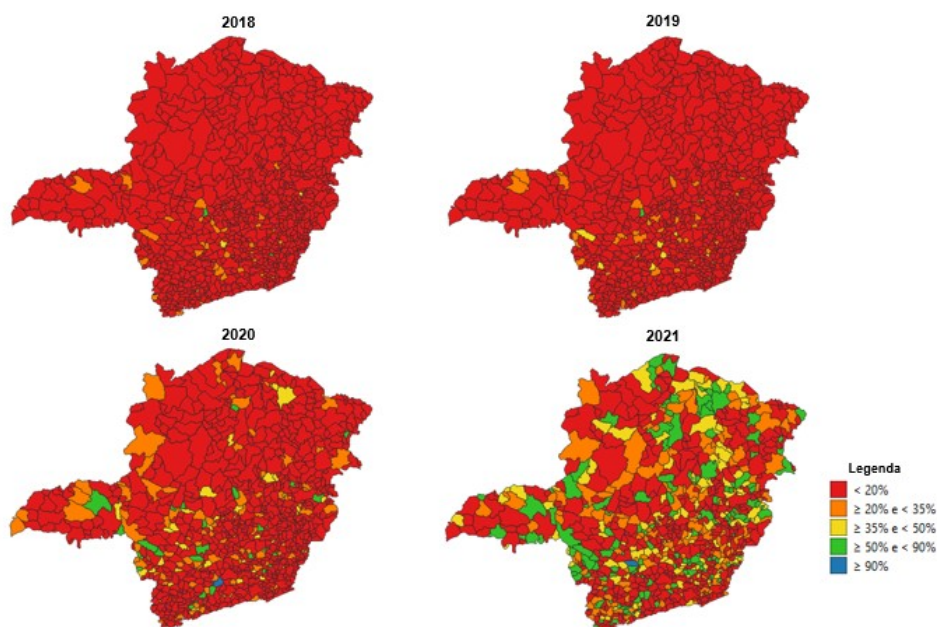
No conjunto da análise dos sete indicadores, caso o pagamento, conforme o desempenho, tivesse sido efetivamente implementado, grande parte dos municípios poderiam ter tido um impacto negativo expressivo do ponto de vista do financiamento da Atenção Primária. Apesar da ampliação do prazo para os municípios se adequarem ao cumprimento dos indicadores, ainda no último quadrimestre avaliado, nenhum município conseguiu atingir a meta para os sete indicadores.

Figura 11 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas do indicador de percentual de pessoas com hipertensão que tiveram pressão arterial aferida em cada semestre, 2018-2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 12 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada, 2018-2021

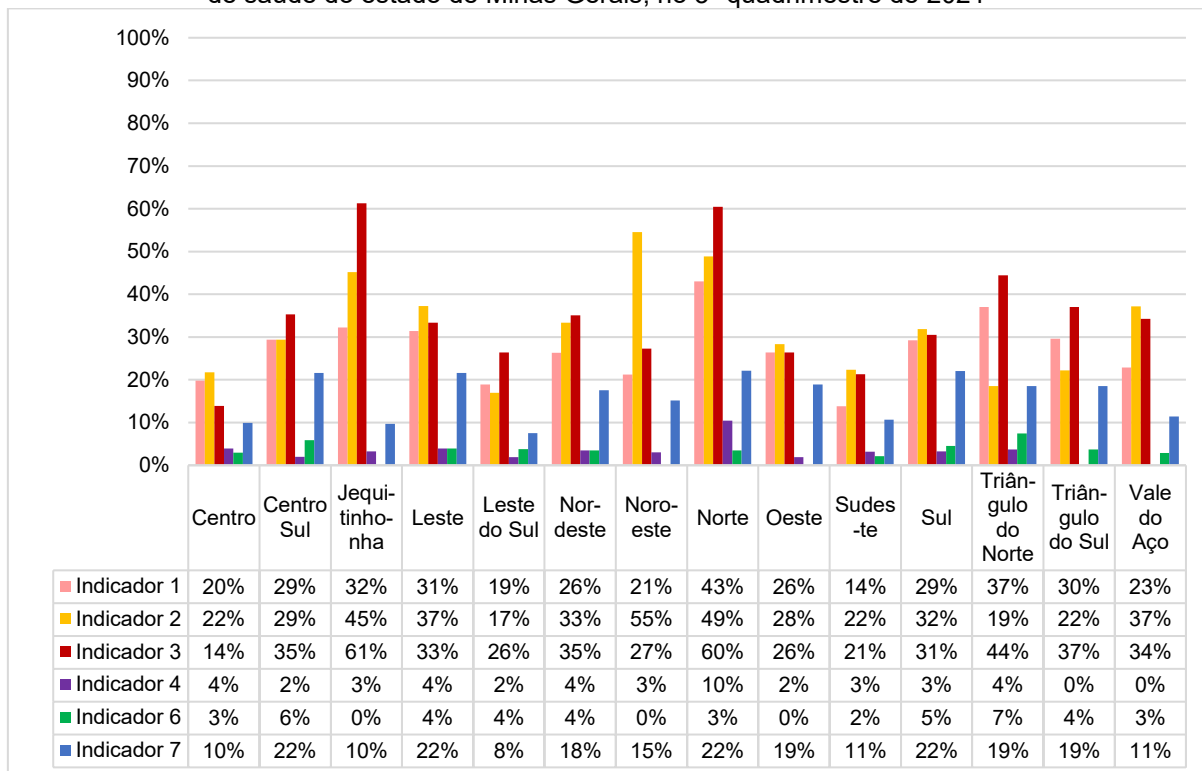


Fonte: Elaborado pela autora.

O Gráfico 2 sintetiza os resultados para o terceiro quadrimestre de 2021. O percentual de municípios que conseguiu cumprir as metas foi mais elevado para os

indicadores referentes ao cuidado das gestantes. Esses valores foram mais baixos para os indicadores 4 (exame citopatológico) e 6 (aferição da pressão arterial).

Gráfico 2 – Percentual de municípios que alcançaram as metas dos indicadores, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, no 3º quadrimestre de 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Indicador 1 - proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; Indicador 2 - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Indicador 3 - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Indicador 4 - cobertura de exame citopatológico; Indicador 6 - percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; Indicador 7 - percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada.

5.3 INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS

Na definição das ações e programas estratégicos, o Ministério da Saúde considerou as especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas, as prioridades em saúde, os aspectos estruturais e a produção assistencial das equipes e unidades de saúde (BRASIL, 2019a). Algumas equipes que eram financiadas pelo PAB Variável deixaram de receber incentivos financeiros com a instituição do Programa Previne Brasil, contudo, outras ações e programas foram criados e algumas ações estratégicas tiveram alteração de nome, apesar de abranger o mesmo escopo de atuação.

Consideraram-se, como programas financiados, aqueles que constavam nos relatórios de pagamento do e-Gestor AB. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e Programa Saúde na Escola (PSE) foram instituídos em anos anteriores, 2006, 2005 e 2007, respectivamente, por portarias específicas. Entretanto, esses programas não foram contemplados pelo PAB Variável por não constarem nos relatórios de pagamento dos anos de 2018 e 2019 (BRASIL, 2006b, 2007a,b). O Quadro 12 sintetiza as ações e programas contemplados pelo PAB Variável e pelo Programa Previne Brasil.

Quadro 12 – Ações, programas e equipes custeadas pelo PAB Variável e pelo componente Incentivo para Ações Estratégicas do Programa Previne Brasil

Ações, programas e equipes
Contempladas pelo Programa Previne Brasil e pelo PAB Variável
Programa Academia da Saúde (PAS) Equipe Consultório de Rua (eCR) Equipe de Saúde Bucal (eSB) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Unidade Odontológica Móvel (UOM) Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário / Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) Adolescente em situação de privação de liberdade/ Custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo Microscopista Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF) / Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) Programa Saúde na Hora (PSH)
Contempladas pelo Programa Previne Brasil mas não pelo PAB Variável
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) Programa Saúde na Escola (PSE) Programa de Apoio à Informatização da APS Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional
Contempladas pelo PAB Variável mas não pelo Programa Previne Brasil
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) Equipe de Saúde da Família (eSF) Equipe de Atenção Primária (eAP)

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as ações definidas pelo Ministério da Saúde, três não tiveram adesão por nenhum município de Minas Gerais: equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e microscopistas. A não adesão a essas ações justifica-se pelo perfil territorial do Estado e por Minas não possuir áreas endêmicas de malária, doença de Chagas e filariose.

Ações estratégicas do PAB Variável

As equipes custeadas pelo PAB Variável e que deixaram de ser financiadas com a instituição do Programa Previne Brasil são: equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Primária (eAP) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Em Minas Gerais, observou-se, em 2018 e 2019, adesão de todos os municípios à equipe de Saúde da Família (eSF), exceto Monte Formoso (macro Nordeste). Em 2020, a descontinuidade do financiamento federal impactou de forma negativa no número dessas equipes cadastradas. Nesse ano, 192 (22,5%) municípios deixaram de apresentar eSF credenciadas e/ou homologadas pelo MS. Em 2021, devido ao componente da Capitação Ponderada, esse quadro se reverteu, e todos os municípios passaram a apresentar novamente eSF credenciadas.

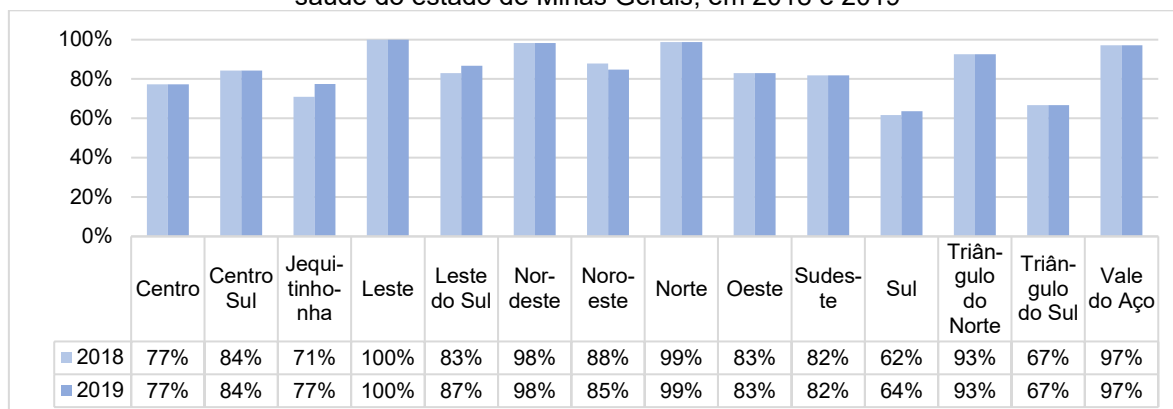
A adesão às equipes de Atenção Primária, por sua vez, mostrou-se baixa em todo o estado. Em 2018, não havia nenhuma equipe cadastrada, e em 2019, 32 municípios começaram a receber financiamento referente a eAP. Em 2020, apesar de essas equipes não serem mais custeadas pelo Programa, 54 municípios (6,3%) apresentaram adesão a eAP, com maiores percentuais nas macro Oeste (13,2%), Sul (13,0%), Vale do Aço (11,4%), Triângulo do Norte (11,1%) e Triângulo do Sul (11,1%). Em 2021, todas as macrorregiões apresentaram pelo menos um município com eAP, totalizando 104 municípios (12,2%) no estado.

Os Gráficos 3 e 4 (APÊNDICE B) apresentam o percentual de municípios por macrorregião de saúde com adesão a eSF e eAP no período de análise.

O Gráfico 5 apresenta o percentual de municípios com equipes NASF-AB custeadas pelo governo federal para os anos de 2018 e 2019. Para os anos de 2020 e 2021, não foi possível realizar essa análise, pois as informações sobre as equipes do NASF-AB não estavam disponíveis em relatórios públicos do Ministério da

Saúde. Em todas as macrorregiões de saúde a adesão ao NASF-AB foi acima de 60%, mantendo-se estável na maioria das macros em 2018 e 2019. Destaca-se maior adesão na Leste (100%), seguida da Norte (99%), Nordeste (98%), Vale do Aço (97%) e Triângulo do Norte (93%).

Gráfico 5 – Percentual de municípios com adesão às equipes NASF-AB, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019



Fonte: Elaborado pela autora.

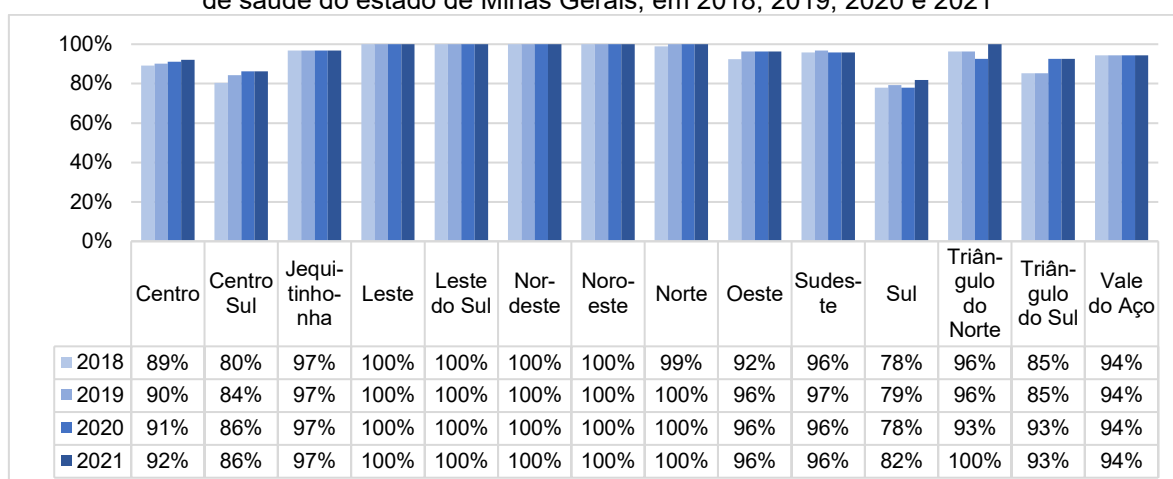
Apesar da suspensão de financiamento destinado às eSF e eAP, os componentes de Capitação Ponderada e pagamento por desempenho preveem que o cadastro dos usuários esteja vinculado a estas equipes e que os resultados dos indicadores sejam apurados conforme atendimentos realizados a pessoas vinculadas às eSF e eAP. No caso das equipes multiprofissionais, não há uma correlação direta a outros componentes do Programa Previne Brasil. Dessa forma, a perda do custeio federal para essas equipes pode ter impactado na redução das equipes NASF-AB.

Ações estratégicas do PAB Variável e do Programa Previne Brasil

As equipes, ações e programas custeadas pelo PAB Variável e que permaneceram com financiamento federal pelo Programa Previne Brasil são: Programa Academia da Saúde (PAS), equipe Consultório de Rua (eCR), equipe de Saúde Bucal (eSB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Unidade Odontológica Móvel (UOM), equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo, microscopista, Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Programa Saúde na Hora (PSH).

As ações estratégicas contempladas tanto pelo PAB variável como pelo Programa Previne Brasil que tiveram maior adesão de municípios de Minas Gerais são as equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. A adesão às eSB chegou a alcançar 100% dos municípios nas macros Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste e Norte. A cobertura foi menor nas macros Sul (81,8% em 2021) e Centro Sul (86,3% em 2021) (Gráfico 6). Esse resultado se contrapõe ao observado para as Unidades Odontológicas Móveis (também referente à saúde bucal), cujo percentual de adesão é muito baixo, não ultrapassando 10% em todo o estado (Gráfico 7 do APÊNDICE B).

Gráfico 6 – Percentual de municípios com adesão às equipes de Saúde Bucal, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021

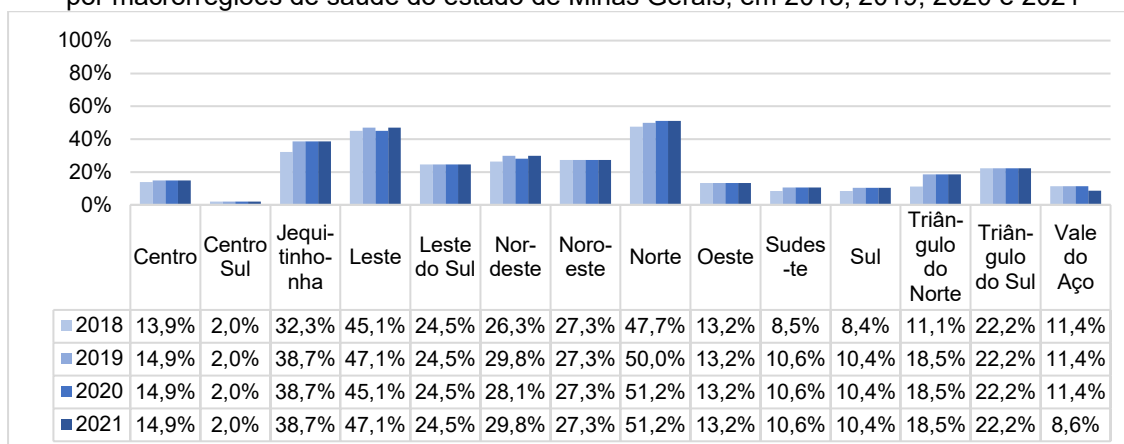


Fonte: Elaborado pela autora.

A adesão ao programa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sofreu um aumento no período de análise. Em 2018, o percentual de municípios com adesão a esta estratégia variou de 69,8% (Leste do Sul) a 96,3% (Triângulo do Norte). Em 2019, 100% dos municípios aderiram ao programa, mantendo-se neste patamar em 2020 e 2021. O Gráfico 8 (APÊNDICE B) apresenta o percentual de municípios com custeio federal para os ACS para os anos de 2018 a 2021.

Para as demais ações e programas previstos pelas duas políticas, a adesão foi baixa. O percentual de municípios com adesão ao Programa Academia da Saúde (PAS) era em 2021 de 21,2% (181 municípios). Entre as macrorregiões, além da baixa cobertura, não foram verificadas mudanças substanciais no período analisado (Gráfico 9).

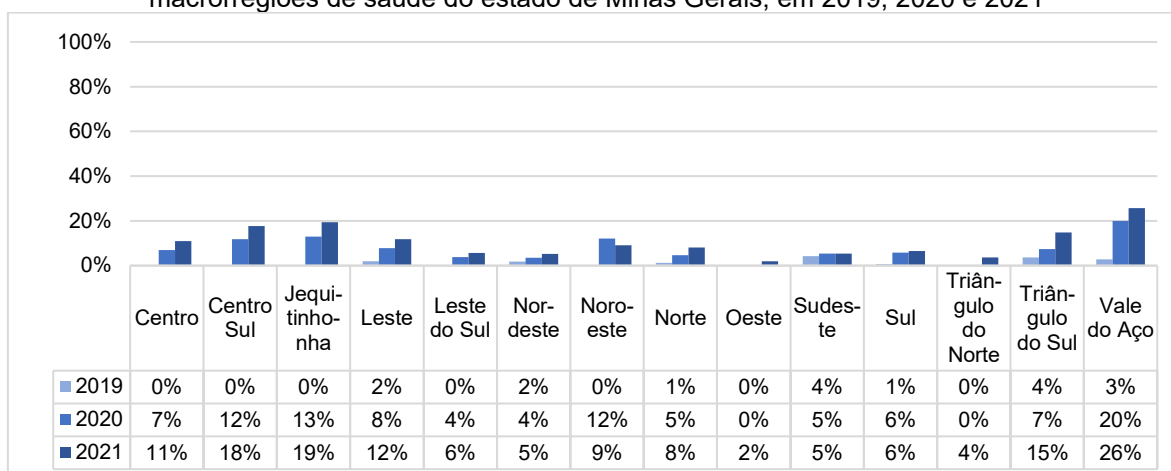
Gráfico 9 – Percentual de municípios com adesão ao Programa Academia da Saúde, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

O Programa Saúde na Hora (PSH) foi instituído em maio de 2019, fazendo parte do PAB Variável naquele ano e sendo incorporado ao Programa Previne Brasil nos anos posteriores. No início do Programa, apenas 10 municípios (1,2%) haviam realizado a adesão, chegando a 78 (9,1%) em 2021. À exceção da Noroeste, todas as macrorregiões tiveram aumento gradual do percentual de municípios que receberam financiamento referente ao PSH, com maior percentual de municípios nas macros Vale do Aço (25,7%), Jequitinhonha (19,4%), Centro Sul (17,6%) e Triângulo do Sul (14,8%) (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Percentual de municípios com adesão do Programa Saúde na Hora, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

As equipes Consultório de Rua (eCR) foram mantidas no financiamento federal. Contudo, o percentual de adesão a essas equipes não ultrapassou 4% dos municípios no período analisado. Algumas macros, como Jequitinhonha, Leste do

Sul, Noroeste e Oeste, sequer tinham registros de adesão a essas equipes (Gráfico 11 do APÊNDICE B).

Com relação à equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), o percentual de municípios com custeio ficou abaixo de 8% na maior parte das macrorregiões de saúde (Gráfico 12 do APÊNDICE B). Em 2021, apenas 43 municípios (5,0%) apresentaram essas equipes. Os maiores percentuais foram observados na Triângulo do Sul (14,8%), Nordeste (14,0%) e Triângulo do Norte (11,1%). Na Centro Sul, não há nenhuma eABP cadastrada desde 2019.

Outra estratégia com baixa adesão dos municípios refere-se ao custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo, sendo verificado em apenas 10 municípios (1,2%) em todo o Estado em 2021. Somente as macros Centro, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste e Triângulo do Norte receberam custeio referente a esta ação no período analisado, com percentual de municípios abaixo de 8% (Gráfico 13 do APÊNDICE B).

Ações estratégicas do Programa Previne Brasil

As ações e programas custeados pelo Programa Previne Brasil e que não constavam em relatórios de financiamento pelo PAB Variável são: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Programa Saúde na Escola (PSE), Programa de Apoio à Informatização da APS e incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional.

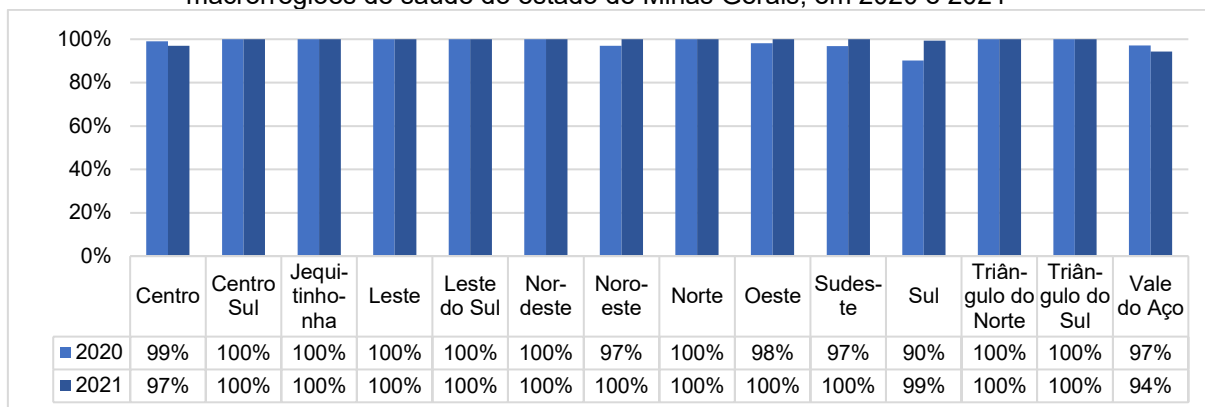
O Programa Saúde na Escola teve maior adesão no estado, cobrindo mais de 90% dos municípios em todas as macros (Gráfico 14). Em 2021, esse percentual chega a 100% na Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul. Apenas 6 municípios (0,7%) não aderiram ao PSE em 2021.

Outra ação implementada pelo Programa Previne Brasil que teve alta adesão foi o Programa de Apoio à Informatização da APS, chegando a 661 e 699 municípios em 2020 e 2021, respectivamente. A adesão foi ainda maior nas macrorregiões Triângulo do Norte (96,3%), Oeste (92,5%) e Centro Sul (90,2%) (Gráfico 15).

A adesão dos municípios aos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) também é expressiva no estado, mas a cobertura é mais variada entre as macrorregiões de saúde (Gráfico 16 do APÊNDICE B). O maior percentual é

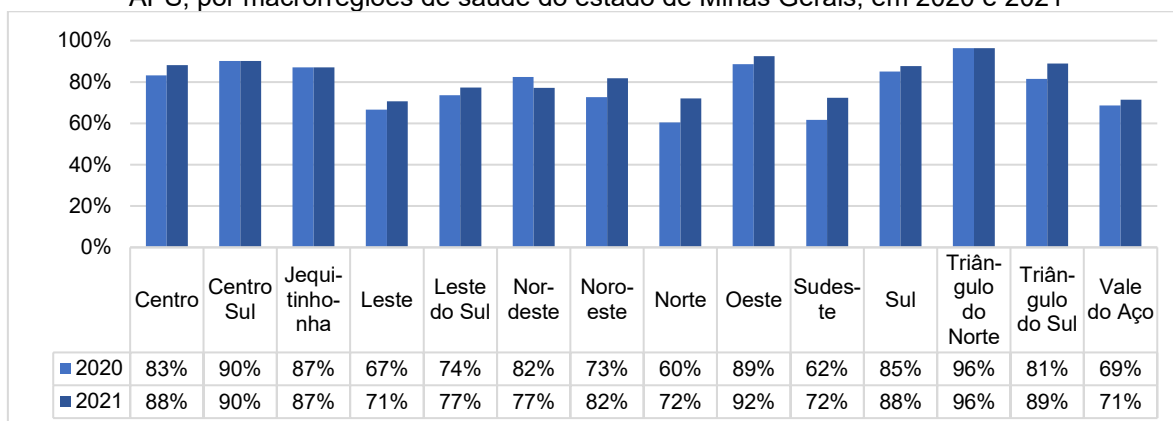
observado na macro Nordeste (93,0% em 2021). Nas macros Centro, Centro Sul, Noroeste, Sudeste e Sul esse percentual é inferior a 50%.

Gráfico 14 – Percentual de municípios com Programa Saúde na Escola (PSE), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 15 – Percentual de municípios com adesão ao Programa de Apoio à Informatização da APS, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

No caso do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e do incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional, a adesão é muito baixa. Apesar de presente em todas as macrorregiões, o percentual de municípios com CEO variou entre 3,2% (Jequitinhonha) e 22,2% (Triângulo do Sul) (Gráfico 17 do APÊNDICE B). Por outro lado, o incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional, incorporado ao Programa Previne Brasil em 2020, teve a adesão de somente 9 e 17 municípios em 2020 e 2021, respectivamente (Gráfico 18 do APÊNDICE B).

5.4 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nos tópicos a seguir são apresentados os resultados dos repasses dos recursos federais da Atenção Primária à Saúde aos municípios nos anos de 2018 a 2021, comparando o período antes e após a instituição do Programa Previne Brasil, considerando a equivalência do PAB Fixo em relação à Capitação Ponderada e do PMAQ-AB em relação ao Pagamento por Desempenho, enquanto custeio da APS.

5.4.1 PAB Fixo e Capitação Ponderada

O repasse dos incentivos financeiros aos municípios em 2018 e 2019 foi definido com base no PAB Fixo. Em 2020, com a instituição do Programa Previne Brasil, substituiu-se o PAB Fixo pela Capitação Ponderada que, durante todo o ano de 2020, considerou o potencial total de cadastro dos municípios, sendo acrescido, posteriormente, um valor denominado *Per Capita* de Transição. Em 2021, o pagamento do componente Capitação Ponderada considerou o potencial de cadastro até agosto do mesmo ano e, a partir de setembro de 2021, foi considerado o quantitativo real de pessoas cadastradas conforme ponderação, acrescido do valor de Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional.

A Tabela 8 apresenta o percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada com e sem o adicional de cada ano, em comparação ao PAB Fixo. Os resultados que incluem o adicional de cada ano correspondem ao quantitativo real de recursos recebidos. A análise sem o adicional é uma simulação de como seria o financiamento sem a incorporação desse acréscimo. Em um primeiro momento, a análise é realizada considerando o total de repasses recebidos no biênio 2020/2021 (baseado em Capitação Ponderada) comparativamente aos repasses baseados no PAB Fixo de 2018/2019. No segundo momento, a análise é realizada separadamente para 2020 e 2021 em relação ao PAB Fixo de 2019.

Os resultados obtidos a partir da equivalência dos repasses de 2020/2021 (Capitação Ponderada e adicional de cada ano - *Per Capita* de Transição e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional) em relação à 2018/2019 mostram que somente um município, São Francisco de Sales, teve perda em relação ao PAB

Fixo. Na simulação de recursos recebidos somente com a Capitação Ponderada no mesmo período, caso o adicional de cada ano não tivesse sido incorporado ao Programa, 10 municípios (1,2%) teriam perdas de financiamento com a mudança para Capitação Ponderada. A macrorregião com maior percentual de municípios com perda seria a Triângulo do Sul, com 11,1%.

Tabela 8 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada em comparação ao PAB Fixo

Macrorregião de saúde	Total de Municípios	Perdas na Capitação Ponderada (com o adicional) x PAB Fixo (%)	Perdas na Capitação Ponderada (simulação) x PAB Fixo (%)	Perdas Capitação Ponderada 2020 (simulação) x PAB Fixo (%)	Perdas Capitação Ponderada 2021 (simulação) x PAB Fixo (%)
Centro	101	0,0	0,0	13,9	0,0
Centro Sul	51	0,0	2,0	25,5	0,0
Jequitinhonha	31	0,0	0,0	22,6	0,0
Leste	51	0,0	0,0	49,0	0,0
Leste do Sul	53	0,0	0,0	30,2	0,0
Nordeste	57	0,0	0,0	21,1	0,0
Noroeste	33	0,0	0,0	12,1	0,0
Norte	86	0,0	0,0	43,0	0,0
Oeste	53	0,0	0,0	9,4	0,0
Sudeste	94	0,0	1,1	21,3	0,0
Sul	154	0,0	1,9	12,3	1,3
Triângulo do Norte	27	0,0	3,7	22,2	0,0
Triângulo do Sul	27	3,7	11,1	22,2	3,7
Vale do Aço	35	0,0	2,9	40,0	2,9

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: "Perdas na Capitação Ponderada (com o adicional) x PAB Fixo (%)" e "Perdas na Capitação Ponderada (simulação) x PAB Fixo (%)" - comparação realizada considerando a Capitação Ponderada dos anos de 2020 e 2021 e o PAB Fixo de 2018 e 2019; "Perdas Capitação Ponderada 2020 (simulação) x PAB Fixo (%)" e "Perdas Capitação Ponderada 2021 (simulação) x PAB Fixo (%)" - comparação realizada considerando o PAB Fixo de 2019.

Em 2020, 198 municípios (23,2%) sofreriam uma redução de recursos com o critério de Capitação Ponderada (sem o adicional *Per Capita* de Transição) relativamente ao PAB Fixo. Dentre esses municípios, 188 (22%) teriam perda superior a 100%. O percentual de municípios com perdas seria mais elevado na macrorregião Leste (49,0%), seguida da Norte (43,0%) e Vale do Aço (40,0%), e menor nas macros Oeste (9,4%), Noroeste (12,1%), Sul (12,3%) e Centro (13,9%). Em 2021, apenas 4 municípios (0,5%) teriam redução de recursos com a Capitação Ponderada, sendo esta redução mais elevada para São Francisco de Sales (Triângulo do Sul) (Tabela 8).

A diferença entre os anos de 2020 e 2021 justifica-se pelo fato de o financiamento desse componente ser baseado no quantitativo de pessoas cadastradas em equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, sendo que o número de equipes era menor em 2020 comparado a 2021, impactando no valor recebido. Os repasses efetivamente realizados, como consideram os componentes adicionais, apontam para um aumento de incentivos financeiros comparativamente ao PAB Fixo em praticamente todos os municípios. Nos dois anos (2020 e 2021), apenas o município de São Francisco de Sales (Triângulo do Sul) sofreu redução do valor recebido.

Uma das críticas ao componente Capitação Ponderada do Programa Previne Brasil refere-se à variação do repasse financeiro em cada mês devido a possibilidade de mudanças no total de população cadastrada e no quantitativo de equipes completas do município. Essas oscilações não eram observadas com o PAB Fixo, cujo repasse financeiro não sofria alteração ao longo do ano.

A partir do 3º quadrimestre de 2021, o pagamento do componente Capitação Ponderada ocorreu conforme a população real cadastrada em equipes e não mais baseado no quantitativo potencial de cadastro. Para verificar se essa mudança teve impacto no repasse dos recursos, foi analisada a diferença do incentivo financeiro recebido em 2021 em relação a 2020 e no 3º quadrimestre de 2021 em relação ao 1º e 2º quadrimestre de 2021 (Tabela 9). Considerou-se, em um primeiro momento, a Capitação Ponderada mais o adicional de cada ano (efetivamente realizado), e, posteriormente, somente a Capitação Ponderada (simulação).

Analisando o repasse efetivamente realizado, houve uma perda de recursos em 423 (49,6%) municípios, sobretudo nas macros Norte e Leste, com mais de 60% dos municípios recebendo menos recursos. Ao considerar somente a Capitação Ponderada (simulação), haveria perda de recursos para 226 (26,5%) municípios. Essa constatação se explica pelo fato de o adicional ser um valor fixo, enquanto o valor da Capitação pode variar a cada mês conforme população cadastrada e equipes válidas.

No 3º quadrimestre de 2021, essa regra passa a ser incorporada pelo Ministério da Saúde, em um cenário em que mais municípios conseguiram maior número de pessoas cadastradas em equipes, impactando em menores perdas. Essa perda seria substancial, acima de 50% para dois municípios, Carai (Nordeste) e Tocos do Moji (Sul). A macrorregião Noroeste apresentaria o maior percentual de

municípios (39,4%) com perda de repasse financeiro, seguida da Sudeste (38,3%) e Nordeste (35,1%).

Tabela 9 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada 2021 em relação a 2020, com e sem o adicional do ano

Macrorregião de saúde	Total de Municípios	Perda Capitação Ponderada 2021 x 2020 (%)	Perda Capitação Ponderada + adicional 2021 x 2020 (%)	Perda Capitação Ponderada 3ºQ 2021 x 1ºQ e 2ºQ 2021 (%)
Centro	101	30,7	44,6	13,9
Centro Sul	51	11,8	37,3	7,8
Jequitinhonha	31	25,8	48,4	9,7
Leste	51	15,7	64,7	3,9
Leste do Sul	53	20,8	49,1	1,9
Nordeste	57	35,1	56,1	0,0
Noroeste	33	39,4	51,5	6,1
Norte	86	24,4	67,4	3,5
Oeste	53	20,8	32,1	3,8
Sudeste	94	38,3	59,6	17,0
Sul	154	24,0	36,4	9,7
Triângulo do Norte	27	33,3	55,6	11,1
Triângulo do Sul	27	29,6	51,9	14,8
Vale do Aço	35	20,0	57,1	2,9

Fonte: Elaborado pela autora.

Destaca-se que 188 municípios (22,0%) em 2020 não receberam incentivos financeiros relativos à Capitação Ponderada, apesar do repasse financeiro durante todo o ano ter considerado o potencial de cadastro da população. Até dezembro de 2020, esses municípios não apresentavam eSF e eAP, não sendo possível para o Ministério da Saúde calcular o potencial de cadastro conforme o número de equipes e efetuar o repasse financeiro conforme o potencial de cadastro. Essa situação foi melhorando ao longo de 2020 com a redução do número de municípios sem eSF ou eAP.

Em janeiro de 2021, apenas 4 municípios (0,5%) não receberam os repasses. Eles tinham equipes credenciadas e homologadas pelo Ministério da Saúde, mas estavam inativas no sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em dezembro do mesmo ano, apenas um município (São Francisco de Sales) permaneceu nesta situação.

A análise da diferença do pagamento referente à Capitação Ponderada entre janeiro/agosto de 2021 e setembro/dezembro de 2021 permitiu verificar as perdas de incentivos financeiros após o início do pagamento conforme as regras do

cadastro. A introdução dessas regras estabelecidas pelo Previde Brasil acarretou perdas para 70 (8,2%) municípios no Estado. As macrorregiões com maior percentual de municípios com perda neste período foram a Sudeste (17%), Triângulo do Sul (14,8%), Centro (13,9%), Triângulo do Norte (11,1%), Jequitinhonha e Sul (9,7%).

5.4.2 PMAQ-AB e Pagamento por Desempenho

A Tabela 10 apresenta o percentual de municípios por macrorregião de saúde com perdas no recebimento de recursos financeiros em três cenários. O primeiro cenário se refere ao pagamento efetivamente realizado e analisa a equivalência do repasse financeiro baseado no Pagamento por Desempenho (P4P) no biênio 2020/2021 com aquele definido pelo PMAQ-AB no biênio 2018/2019. No biênio 2020/2021, o repasse efetivamente realizado foi definido da seguinte forma: entre janeiro e agosto de 2020, os recursos foram repassados de acordo com os resultados do PMAQ-AB, e, a partir de setembro de 2020, de acordo com o número de equipes do município considerando o cumprimento integral da meta dos sete indicadores do Pagamento por Desempenho, podendo haver variação entre os meses e anos de análise. O segundo e terceiro cenários (hipotéticos) analisa a equivalência do repasse baseado no Pagamento por Desempenho conforme resultados alcançados no indicador sintético final (ISF) (2020 e 2021) em relação ao PMAQ-AB (2018 e 2019) (cenário 2) e com os resultados efetivamente alcançados no ISF em 2020 e 2021 (cenário 3). Essas duas simulações permitem verificar o que ocorreria com os valores recebidos por cada município se os repasses fossem definidos conforme os resultados alcançados no indicador sintético final.

Analisando os resultados do cenário 1, observa-se que ao todo, 566 municípios (66,4%) de Minas Gerais apresentaram perda neste componente do financiamento da Atenção Primária. Para 142 municípios (25,1%) as perdas foram superiores a 50%. Todas as macrorregiões de saúde tiveram um percentual elevado de municípios com perdas de financiamento, com destaque para a Nordeste (80,7%), Norte (80,2%), Triângulo do Norte (77,8%), Leste (76,5%), Leste do Sul (75,5%) e Jequitinhonha (74,2%).

Tabela 10 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes ao Pagamento por Desempenho (2020 e 2021) em relação ao PMAQ-AB (2018 e 2019)

Macrorregião de saúde	Total de Municípios	Perda P4P x PMAQ-AB (%)	Perda P4P (ISF) (simulação) x PMAQ-AB (%)	Perda P4P (ISF) (simulação) x P4P (%)
Centro	101	61,4	95,0	100,0
Centro Sul	51	47,1	98,0	100,0
Jequitinhonha	31	74,2	93,5	100,0
Leste	51	76,5	98,0	100,0
Leste do Sul	53	75,5	100,0	100,0
Nordeste	57	80,7	98,2	100,0
Noroeste	33	63,6	93,9	100,0
Norte	86	80,2	98,8	100,0
Oeste	53	69,8	96,2	100,0
Sudeste	94	66,0	98,9	100,0
Sul	154	58,4	92,2	100,0
Triângulo do Norte	27	77,8	100,0	100,0
Triângulo do Sul	27	51,9	92,6	96,3
Vale do Aço	35	51,4	85,7	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Pagamento por Desempenho – P4P; Indicador Sintético Final – ISF; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.

A partir da análise das simulações (Cenários 2 e 3), nota-se que a maioria dos municípios apresentariam redução do financiamento com este componente do Programa Previne Brasil, caso o pagamento iniciasse conforme os resultados do ISF. Ao analisar o total recebido com o PMAQ-AB e o que seria recebido com o ISF, observou-se que 100% dos municípios da Leste do Sul e Triângulo do Norte apresentariam perdas (Cenário 2). O percentual de municípios com perdas seria menor no Vale do Aço, ainda que elevado (85,7%). Dentre os municípios com perdas, 376 (46,2%) apresentariam redução superior a 50% do repasse recebido com o PMAQ-AB.

Com relação ao cenário 3, que compara os recursos efetivamente recebidos com base no Pagamento por Desempenho com alcance de 100% dos resultados e o que seria recebido com o ISF, todos os municípios sofreriam perda de recursos. Para 325 (38,1%), a diminuição do valor a ser recebido seria superior a 50%. Somente para um município do Triângulo do Sul, São Francisco de Sales, não haveria diferença no valor do repasse por não apresentar eSF ou eAP.

Em síntese, os resultados mostram que o total de municípios com perdas no financiamento considerando o pagamento cheio pelo componente Pagamento por Desempenho em relação ao PMAQ-AB era considerável. Este cenário fica ainda pior quando se considera o valor que seria recebido pelos municípios de acordo

com os resultados no indicador sintético final. Ademais, o PMAQ-AB era um recurso adicional ao PAB, enquanto o Pagamento por Desempenho é um componente do financiamento da Atenção Primária à Saúde.

5.4.3 PAB Variável e Ações Estratégicas

Nesta seção, realizou-se uma análise dos incentivos financeiros recebidos pelos municípios referentes ao componente Incentivo para Ações Estratégicas do Programa Previne Brasil em 2020 e 2021 relativamente ao PAB Variável em 2018 e 2019. O recebimento desses financiamentos varia de acordo com os programas, ações e equipes que os municípios apresentam, conforme critérios estabelecidos em cada estratégia. A Tabela 11 mostra o percentual de municípios, por macrorregião de saúde, que tiveram perdas de incentivos financeiros em relação ao modelo adotado no ano anterior e no biênio antes e após a instituição do Programa Previne Brasil.

Tabela 11 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes ao PAB Variável e ao Incentivo para Ações Estratégicas, em 2018, 2019, 2020 e 2021

Macrorregião de saúde	Total de Municípios	Perda PAB Variável 2019 x 2018 (%)	Perda Ações Estratégicas 2020 x PAB Variável 2019 (%)	Perda Ações Estratégicas 2020 x 2021 (%)	Perda Ações Estratégicas 2020/201 x PAB Variável 2018/2019 (%)
Centro	101	48,5	56,4	97,0	65,3
Centro Sul	51	43,1	52,9	98,0	60,8
Jequitinhonha	31	32,3	41,9	100,0	54,8
Leste	51	52,9	68,6	96,1	82,4
Leste do Sul	53	45,3	52,8	96,2	69,8
Nordeste	57	26,3	42,1	100,0	59,6
Noroeste	33	51,5	60,6	100,0	69,7
Norte	86	55,8	53,5	97,7	82,6
Oeste	53	52,8	56,6	100,0	66,0
Sudeste	94	48,9	44,7	97,9	69,1
Sul	154	55,2	60,4	93,5	70,8
Triângulo do Norte	27	66,7	51,9	96,3	81,5
Triângulo do Sul	27	74,1	44,4	92,6	63,0
Vale do Aço	35	40,0	51,4	100,0	65,7

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que, ao longo dos anos, o percentual de municípios por macrorregião de saúde com perdas no financiamento foi aumentando. Ainda com o

PAB Variável, as macrorregiões Leste, Noroeste, Norte, Oeste, Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul apresentaram mais de 50% de seus municípios com perdas nos recursos recebidos. Na transição do modelo de financiamento, o percentual de municípios com perdas no Incentivo para Ações Estratégicas (2020) em relação ao PAB Variável do ano anterior, manteve-se alto. Apenas as macros Jequitinhonha, Nordeste, Sudeste e Triângulo do Sul tiveram menos de 50% de seus municípios com perdas.

O percentual de perdas foi ainda maior com o Incentivo para Ações Estratégicas em 2021 em relação a 2020, com mais de 90% dos municípios de todas as macros apresentando perdas no pagamento destinado a estas ações. Destaca-se ainda que 100% dos municípios das macrorregiões Jequitinhonha, Nordeste, Noroeste, Oeste e Vale do Aço apresentaram redução deste repasse pelo Ministério da Saúde. No total, 826 municípios (96,8%) apresentaram diminuição no financiamento, sendo que, para 38 (4,6%), a perda foi igual ou superior a 50% em relação ao ano anterior.

Ao analisar o pagamento recebido no biênio 2018/2019 (PAB Variável) em relação à 2020/2021 (Incentivo para Ações Estratégicas), observa-se que mais de 50% dos municípios de cada macrorregião tiveram perdas com este componente do Programa Previne Brasil, em relação ao PAB Variável, sendo que maiores percentuais foram encontrados na Norte (82,6%), Leste (82,4%) e Triângulo do Norte (81,5%).

5.4.4 Financiamento global antes e após a instituição do Programa Previne Brasil

Esta seção avalia o total de recursos recebidos para a Atenção Primária à Saúde no período de análise considerando o total de repasses antes e após a instituição do Programa Previne Brasil. A Tabela 12 apresenta o percentual de municípios, por macrorregião de saúde, com perdas globais no recebimento de recursos financeiros em 2019 em relação a 2018; 2020 em relação a 2019; e 2021 em relação a 2020.

Como em 2020 houve acréscimo do Fator Compensatório de Transição e do *Per Capita* de Transição, e, em 2021, do Fator de Correção e do Incentivo

Financeiro com Base em Critério Populacional, realizou-se também simulação com a análise do percentual de municípios com perdas do repasse financeiro sem estes valores acrescidos.

Tabela 12 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas globais no recebimento de recursos financeiros em 2019, 2020 e 2021

Macrorregião de saúde	2019 - 2018 (%)	2020 - 2019 (%)	2021 - 2020 (%)	2020 sem acréscimo (simulação) - 2019 (%)	2021 sem acréscimo (simulação) - 2020 sem acréscimo (simulação) (%)
Centro	53,5	0,0	93,1	14,9	80,2
Centro Sul	41,2	0,0	92,2	25,5	66,7
Jequitinhonha	25,8	0,0	90,3	19,4	67,7
Leste	58,8	2,0	88,2	47,1	39,2
Leste do Sul	45,3	0,0	100,0	30,2	69,8
Nordeste	28,1	0,0	100,0	21,1	78,9
Noroeste	51,5	0,0	93,9	12,1	81,8
Norte	55,8	0,0	98,8	43,0	55,8
Oeste	54,7	0,0	100,0	7,5	92,5
Sudeste	47,9	0,0	98,9	21,3	79,8
Sul	53,9	0,6	83,8	13,0	71,4
Triângulo do Norte	74,1	0,0	88,9	22,2	66,7
Triângulo do Sul	77,8	7,4	92,6	25,9	74,1
Vale do Aço	40,0	0,0	94,3	37,1	57,1

Fonte: Elaborado pela autora.

Verificou-se que, em oito macrorregiões de saúde, mais de 50% dos municípios apresentaram perdas de financiamento para a APS em 2019 em relação a 2018, anterior à instituição do Programa Previne Brasil, sendo os maiores percentuais de municípios encontrados nas macros Triângulo do Sul (77,8%) e Triângulo do Norte (74,1%). A perda máxima de recursos foi de 37,2% do valor recebido no ano anterior. Contudo, alguns municípios tiveram ganhos financeiros, chegando a mais de 50% para 16 (1,9%) deles.

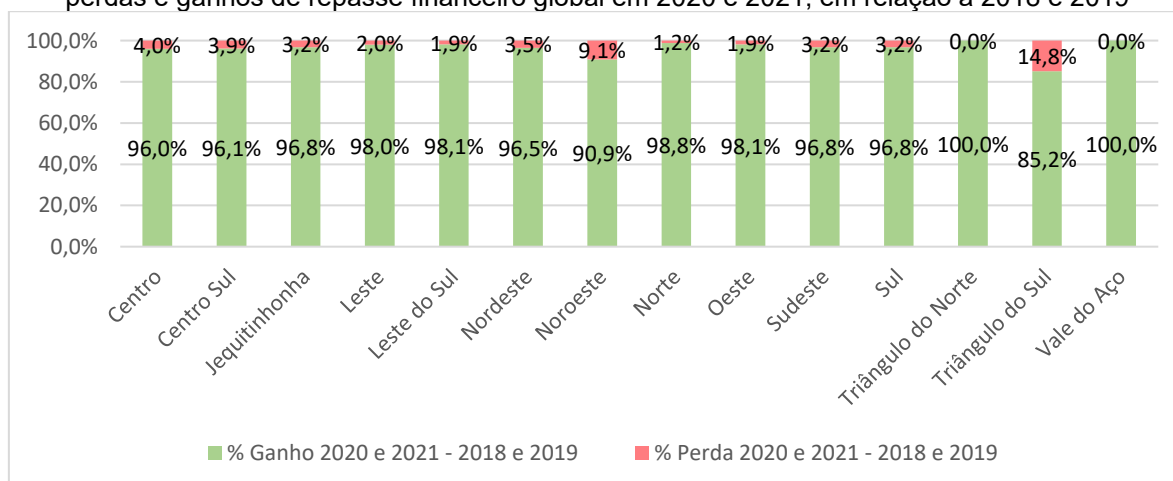
Em 2020, considerando os recursos globais recebidos, incluindo o Fator Compensatório de Transição e do *Per Capita* de Transição, apenas quatro (0,5%) municípios tiveram perdas de financiamento, estando localizados nas macros Leste, Sul e Triângulo do Sul. Caso o Ministério da Saúde não tivesse incorporado um recurso para a transição e outro para recebimento pelo total da população, maior percentual (23,1%) de municípios teria perda de financiamento em 2020, chegando a mais de 40% dos municípios nas macrorregiões Leste e Norte. Esse resultado, entretanto, é melhor que o encontrado entre 2018 e 2019.

Devido ao adiamento de alguns componentes do Programa, em função da pandemia causada pela Covid-19, o financiamento da APS sofreu menos impacto em 2020 se comparado a 2021. Em 2020, o repasse de recursos baseado no Pagamento por Desempenho ainda considerou que todos os municípios teriam alcançado a meta em todos os indicadores, e da Capitação Ponderada considerou o quantitativo potencial de população cadastrada. Em 2021, mesmo considerando a inclusão do Fator de Correção e do Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional, mais de 80% dos municípios de todas as macrorregiões tiveram perdas de recursos em comparação a 2020, chegando a 100% dos municípios nas macros Leste do Sul, Nordeste e Oeste. Na ausência dos acréscimos, o percentual de municípios com perdas de financiamento para a APS entre 2020/2021 aumentaria em relação a 2019/2020, totalizando 605 (70,9%) municípios com perdas no estado.

Com o objetivo de analisar a diferença dos recursos recebidos antes e após o Programa, somou-se o montante recebido em 2018 e 2019 e os valores recebidos em 2020 e 2021, com e sem os acréscimos de cada ano (Gráficos 19 e 20).

O Gráfico 19 apresenta os resultados calculados considerando os acréscimos definidos para 2020 e 2021. Observa-se que mais de 85% dos municípios de todas as macros tiveram ganhos com o Programa Previnde Brasil, sobretudo no Triângulo do Norte e Vale do Aço. Ao todo, apenas 28 (3,3%) municípios tiveram perdas no financiamento, sendo esse montante maior na Triângulo do Sul e Noroeste.

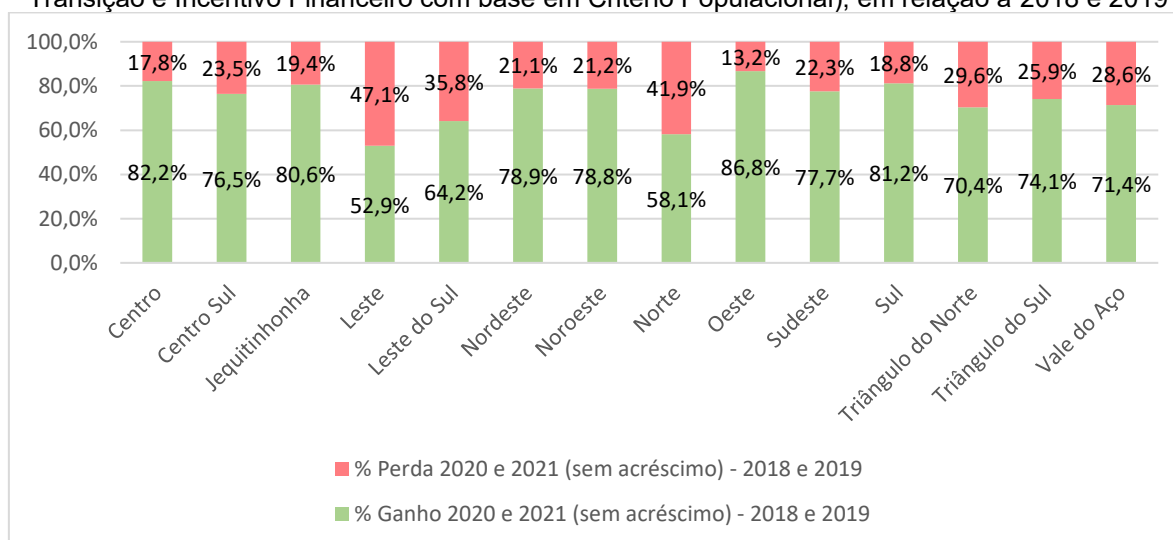
Gráfico 19 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos de repasse financeiro global em 2020 e 2021, em relação a 2018 e 2019



Fonte: Elaborado pela autora.

O Gráfico 20 mostra o percentual de municípios que teriam perdas e ganhos após a instituição do Previde Brasil em relação a 2018 e 2019, desconsiderando os acréscimos incorporados ao Programa (simulação). Sem esses adicionais, mais municípios teriam perdas de financiamento, totalizando 216 (25,3%) no total do estado. Nas macros Leste, Leste do Sul e Norte, as perdas seriam observadas em mais de 35% dos municípios.

Gráfico 20 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos de repasse financeiro global em 2020 e 2021 (simulação sem *Per Capita* de Transição e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional), em relação a 2018 e 2019



Fonte: Elaborado pela autora.

6. DISCUSSÃO

O Brasil vivencia um cenário de estagnação econômica, com recursos financeiros limitados, em que o Estado deve fazer escolhas ótimas de gestão da oferta de ações e serviços de saúde, para melhor qualidade de vida da população (DAVID; SHIMIZU; DA SILVA, 2015; REIS *et al.*, 2019). Nesse contexto, a mudança do modelo de financiamento da APS causa inseguranças e desafios à gestão municipal.

Ao analisar as mudanças provocadas no cadastramento da população com a instituição do Programa Previne Brasil, observou-se um aumento importante em praticamente todas as macrorregiões de saúde de Minas Gerais, inclusive da população vulnerável. Esse aumento já inicia em 2019, ano em que o Programa foi instituído, mostrando-se crescente ao longo dos anos e com maior cobertura no último período avaliado (3º quadrimestre de 2021). Anteriormente ao Programa, elevado percentual de municípios do estado de Minas Gerais encontrava-se nas faixas mais baixas (< 40% e entre 40 e 69%) de população cadastrada em relação ao potencial de cadastro, sendo esse um cenário que se altera nos anos posteriores. Essa baixa cobertura também foi verificada por Lopes e colaboradores (2021) nos estados da região Nordeste.

Nesse artigo, até o 3º quadrimestre de 2020, todos os estados da região avaliada apresentaram número de cadastro menor que a cobertura estimada, o que reforça os apontamentos de Soares *et al.* (2021) quanto à dificuldade que alguns municípios poderiam enfrentar no cadastramento de sua população. O cadastramento e a atualização cadastral das famílias e indivíduos é atribuição da APS (BRASIL, 2017a), porém problemas estruturais, indisponibilidade de internet e de sistemas de informação, em alguns municípios, podem dificultar esse processo de cadastro (SOARES *et al.*, 2021).

No presente trabalho, o Programa Previne Brasil impactou positivamente o cadastro da população de Minas Gerais no sistema de informação do Ministério da Saúde. O cadastro pode aumentar o conhecimento sobre o perfil da população adscrita à unidade de saúde, contribuindo para a assistência e o planejamento de ações. Mas não necessariamente melhora a qualidade do atendimento e o acesso à Atenção Primária, necessitando de maiores investigações (UGÁ, 2012; HARZHEIM, 2020; MASSUDA, 2020; JIA *et al.*, 2021; SOARES *et al.*, 2021).

Estudos evidenciaram uma relação entre acesso, condições socioeconômicas e iniquidades, sendo que municípios mais pobres, de pequeno porte e rurais apresentam maiores fragilidades que comprometem a organização das ações de saúde, impactando no acesso dos usuários. Contudo, a população dos municípios, com essas características, pode ser aquela que mais necessita do serviço público de saúde (MENDES; MARQUES, 2014; DAVID; SHIMIZU; DA SILVA, 2015; UCHÔA *et al.*, 2016; GARNELO *et al.*, 2018).

A Capitação Ponderada avança ao incluir, como critério de ponderação, a tipologia do município, assim como algumas vulnerabilidades (idade, beneficiários do Programa Auxílio Brasil, do Benefício de Prestação Continuada e de previdência até dois salários mínimos, além de pessoas cadastradas em equipes Consultório de Rua ou em equipes de Atenção Primária Prisional). O PAB Fixo também apresentava pesos segundo variáveis: produto interno bruto *per capita*, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família (atual Auxílio Brasil), percentual da população em situação de extrema pobreza e densidade demográfica do município (BRASIL, 2017c). Dessa forma, a Capitação Ponderada permaneceu apenas com a variável do Auxílio Brasil. Morosini, Fonseca e Batista (2020) consideram que o Programa poderia abranger mais vulnerabilidades.

Países que utilizam a alocação de recursos por capitação, por exemplo, ajustam o valor *per capita* por fatores de risco, sexo, idade, etnia, localização geográfica, fatores sociais, situação de emprego/invalidez, dentre outros (RICE; SMITH, 1999; WHO, 2006; UGÁ, 2012; POLI NETO *et al.*, 2016). O Reino Unido apresenta, como uma das formas de alocação de recursos, a capitação, em que os membros da família cadastram-se em médicos, e os valores repassados aos profissionais variam conforme idade, etnia, status socioeconômico, desemprego, mortalidade e morbidade da população a eles cadastrada (RICE; SMITH, 1999; UGÁ, 2012; NORMAN, 2019; SERAPIONI; TESSER, 2019). Para os valores da capitação da Nova Zelândia são considerados fatores como idade, sexo, etnia e ruralidade (RICE; SMITH, 1999; CASHIN, 2011).

Baseado no PAB Fixo e na experiência de outros países, a Capitação Ponderada poderia contemplar mais critérios de forma a atribuir mais peso ao financiamento da Atenção Primária. Além disso, considerando as especificidades do país, poderiam ser incluídos no critério de vulnerabilidade outros indicadores

socioeconômicos, como população em situação de extrema pobreza, cobertura privada de saúde, acesso à APS, produto interno bruto *per capita*, densidade demográfica do município, e presença de povos e comunidades tradicionais cadastrados, como os indígenas, quilombolas, ribeirinhos, caiçaras etc.

A garantia e ampliação do acesso e da efetividade da atenção à saúde, conforme Viacava *et al.* (2018), dependem da disponibilidade de recursos, sendo essencial a melhoria do financiamento. Nesse sentido, o valor *per capita* da Capitação Ponderada é superior ao valor *per capita* do PAB Fixo, porém o primeiro abrange apenas a população cadastrada, enquanto o segundo contemplava toda a população. Ao substituir o PAB Fixo, a Capitação Ponderada deixa de contemplar o princípio da universalidade, ao restringir o financiamento à população cadastrada pelos municípios e não ao total da população, além de criar um condicionante que antes não existia para o financiamento da APS, com consequências para o sistema de saúde (MASSUDA, 2020; SOARES *et al.*, 2021). Contudo, com a posterior incorporação do Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional, enquanto um quarto componente do Programa Previnha Brasil, o Ministério da Saúde volta a apresentar o princípio da universalidade no modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde.

Além do aspecto do aumento do cadastro, a Capitação Ponderada se mostra melhor financeiramente que o PAB Fixo, principalmente quando incorpora o Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional. Considerando esses dois componentes, apenas um município de Minas Gerais teve perda de financiamento no biênio 2020/2021 em relação ao PAB Fixo (2018/2019). Na simulação que considerou apenas o recebimento da Capitação Ponderada, caso o quarto componente não houvesse sido incorporado, apenas dez municípios do Estado teriam perdas de financiamento.

Os recebimentos financeiros de São Paulo e Manaus no ano de 2020 com a Capitação Ponderada em comparação ao PAB Fixo de 2019 foram analisados por Mendes, Melo e Carnut (2022). Com o recebimento efetivo de 2020 com a prorrogação das medidas de transição inicialmente previstas, houve prejuízo financeiro de 2,5% para São Paulo e incremento para Manaus. Com simulações do recebimento, caso não houvesse medidas de transição, ambas as capitais teriam prejuízos financeiros, chegando a 60% para São Paulo e 31% para Manaus.

Em análise semelhante, realizada no presente trabalho, em 2020, 198 municípios (23,2%) de Minas Gerais sofreriam uma redução de recursos com a Capitação Ponderada (sem o adicional *Per Capita* de Transição) relativamente ao PAB Fixo, sendo que 95% desses teriam perda superior a 100%. Esses resultados mostram a fragilidade da mudança do modelo de financiamento, em que, caso houvesse sido implementado, conforme previsto na Portaria de instituição, vários municípios teriam perdas. Contudo, as mudanças ocorridas mostram que o Ministério da Saúde repensou os componentes do Programa Previne Brasil, fazendo adequações que qualificaram o modelo seguindo os princípios do SUS e contribuíram para a garantia do financiamento federal para a maioria dos municípios. Apesar de a maioria dos municípios apresentarem ganhos de financiamento, as perdas sofridas por alguns é preocupante, principalmente frente a situações como da pandemia pela Covid-19. Além disso, a substituição do valor populacional fixo por um valor por população cadastrada causa incertezas aos municípios, devido à volatilidade dos recursos, segundo cadastro e regras específicas, podendo dificultar o planejamento em saúde e a garantia de ações e serviços.

O Programa Previne Brasil não contempla no modelo de financiamento da APS a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, mudando a lógica do modelo de atenção à saúde para população cadastrada. Contudo, a ESF mostra-se efetiva na melhoria de resultados de indicadores de saúde e na redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014; PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014; ANDRADE *et al.*, 2015; VENANCIO *et al.*, 2016; MACINKO; MENDONÇA, 2018; SANTOS *et al.*, 2018; MORIMOTO; COSTA, 2019; PINTO *et al.*, 2019; TASCA *et al.*, 2019; MENDES, 2021). Dessa forma, a cobertura de equipes de Saúde da Família poderia impactar positivamente nos resultados dos indicadores de Pagamento por Desempenho.

A análise dos indicadores de pré-natal, saúde da mulher e doenças crônicas do componente Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil mostrou uma melhoria gradual dos indicadores ao longo do período de 2018 a 2021 em Minas Gerais, apesar de todos os indicadores apresentarem resultados muito abaixo das metas estabelecidas. Há uma redução no percentual de municípios nas faixas inferiores de resultados e aumento discreto na faixa da meta e naquela mais próxima a ela. O percentual de municípios que conseguiu cumprir as metas

estabelecidas foi mais elevado para os indicadores alusivos ao cuidado das gestantes. Essa constatação pode ser explicada por se tratarem de indicadores de rápida resposta e que não necessitam de maior estruturação para o atendimento de grande parte dos requisitos, diferentemente dos indicadores de cobertura de citopatológico e de doenças crônicas.

Apesar da ampliação do prazo para os municípios se adequarem ao cumprimento dos indicadores, ainda no último quadrimestre avaliado, nenhum município conseguiu atingir a meta para o conjunto dos sete indicadores. Os resultados encontrados podem ser justificados por problemas de registro, falta de insumos e devido às próprias regras do Programa, e não necessariamente a uma desassistência da população.

Esses apontamentos reforçam a fragilidade de se utilizar, como forma de pagamento, o resultado de indicadores que podem ter problemas. Ademais, municípios com problemas estruturais podem ter maior dificuldade em alcançar as metas dos indicadores e precisariam de mais repasses financeiros para a melhoria das questões de estrutura.

Autores identificaram que a falta de qualificação das informações, o sub-registro ou a falta de padronização dos registros ou ainda a inadequação da forma de registro em sistemas de informação são limitações de trabalhos que analisaram a situação de saúde da população e os resultados das intervenções realizadas em usuários com condições crônicas, como diabetes, hipertensão e gestantes (RABETTI; FREITAS, 2011; MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016; TOMASI *et al.*, 2017; BORGES; LACERDA, 2018; ANDRADE *et al.*, 2019; CUNHA *et al.*, 2019; OLIVEIRA; FERRARI; PARADA, 2019; LOPES; MONTEIRO; SANTOS, 2020).

A utilização de dados secundários dos sistemas de informação em saúde, segundo Rabetti e Freitas (2011), deve ser feita de forma criteriosa e crítica, devido ao sub-registro e baixa qualidade dos dados. Mas, apesar das limitações, o Brasil tem avançado na qualificação dos dados de saúde. Além disso, ainda há uma cultura incipiente de monitoramento de desempenho nos níveis municipal e estadual e limitações nos sistemas de informação que podem dificultar o acompanhamento de indicadores (HARRIS, 2012; ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; CARVALHO; ANDRADE, 2021). Esses fatos podem contribuir para justificar os resultados verificados nos indicadores do Pagamento por Desempenho.

A falta de insumos na Atenção Primária é verificada em alguns artigos e pode explicar em parte os baixos resultados encontrados neste trabalho. Um estudo que investigou as características da estrutura e dos processos gerenciais e assistenciais relacionados ao pré-natal em municípios com adesão ao PMAQ-AB, mostrou adequação de insumos direcionados à saúde da mulher variável de 55,1% na Região Nordeste a 85,3% na Região Sul e oferta de teste rápido para diagnóstico de sífilis, HIV e gravidez variando de 0,9% na Região Nordeste a 3,7% na Região Norte (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). A falta de materiais e insumos e a deficiência de estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a realização de exames ginecológicos têm sido apontadas como motivos para as baixas prevalências de indicadores relacionados à saúde da mulher, como a cobertura do citopatológico (TOMASI *et al.*, 2017).

Adicionalmente, a incorporação de indicadores com inúmeras regras considerados para financiamento impõe mudanças de processos que precisam de tempo para ser absorvidas por todos os envolvidos. Um estudo mostrou que essa foi uma das limitações da implantação do Laboratório de Inovação à Atenção às Condições Crônicas, em Santo Antônio do Monte (Minas Gerais), que envolvia a incorporação de várias ferramentas na gestão do cuidado em saúde, com introdução de mudanças de processos de trabalho. Essas alterações necessitavam de tempo para serem absorvidas (ANDRADE *et al.*, 2016).

Com relação às regras dos indicadores, o Programa Previnde Brasil considera apenas consultas realizadas por médicos e enfermeiros de UBS, conforme critérios pré-estabelecidos: pessoas cadastradas em eSF e eAP, informações corretas de cadastro (Cartão Nacional de Saúde e Cadastro de Pessoa Física - CPF), determinadas classificações brasileiras de ocupação (CBO) de profissionais que realizam atendimento ou procedimento, seleção de determinadas classificações internacionais de doenças (CID), registro realizado em campos específicos do sistema de informação, dentre outros. Destaca-se que não são considerados para apuração dos resultados os atendimentos e procedimentos realizados em outros níveis de atenção à saúde, como para o pré-natal de alto risco, além da população cadastrada em UBS, mas assistida pela saúde suplementar. Entende-se que essa desconsideração ocorre por se tratar de um programa de financiamento da Atenção Primária à Saúde, porém esse público é excluído do numerador, mas não do denominador dos indicadores.

A gestação de alto risco expressa cerca de 15% do total de gestações e, muitas vezes, a gestante encaminhada para a atenção especializada não mantém acompanhamento na APS. Um estudo mostrou a variação entre os municípios analisados quanto à manutenção do pré-natal na APS após esse encaminhamento, sendo mais alto em São Paulo (77,5% das gestantes) e mais baixo em Fortaleza (24,9%) (FERNANDES *et al.*, 2020). Dessa forma, o fato do Programa Previne Brasil considerar apenas o pré-natal realizado na APS pode impactar o resultado alcançado pelos municípios.

Outro trabalho mostrou que, dentre o total de mulheres que realizaram exame de rastreamento do câncer de colo de útero, 69% ocorreu pelo SUS, sendo que mais da metade dos exames foi realizado pela Estratégia de Saúde da Família. Contudo, a chance de mulheres com saúde suplementar realizar exames pelo SUS é baixa (ANDRADE *et al.*, 2014), o que também pode influenciar os resultados do indicador do Programa em análise, além de outros fatores que contribuem para a ausência da coleta de citopatológico. Menores prevalências foram encontradas em mulheres de cor preta ou parda, de menores faixas etárias, não alfabetizadas, de menores faixas de renda, que vivem sozinhas e com o primeiro parto antes dos 25 anos (CESAR *et al.*, 2003).

Ademais, o Programa considera duas possibilidades de denominador: informado e estimado, sendo definido aquele de maior valor para a apuração dos resultados até o ano de 2021. O primeiro considera a quantidade de população-alvo (gestante, mulheres na faixa de 25 a 64 anos e pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus) cadastrada em equipes do município.

Por outro lado, o denominador estimado varia conforme o indicador. Para os indicadores de pré-natal é considerado o menor resultado do quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017. Para o indicador de coleta do citopatológico considera-se a projeção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos estimada pelo IBGE para o ano corrente. E, para os indicadores de doenças crônicas, é computado o percentual de pessoas com hipertensão ou diabetes do Estado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, com a limitação de possibilidade de diferenças entre os municípios.

Após a definição dessa população do denominador estimado, o Ministério da Saúde realiza uma correção segundo o parâmetro de cadastro em relação à população estimada pelo IBGE (BRASIL, 2020g; 2021a). A limitação da utilização

desses denominadores é que o informado pode não contemplar toda a população-alvo, especialmente em lugares em que o cadastro da população em equipes ainda não estiver fidedigno e o estimado para gestantes e pessoas com doenças crônicas considera um período muito anterior ao ano corrente. A utilização da população cadastrada como denominador de metas para a APS só pode ser aceita no SUS se o cadastramento for um censo populacional, de forma a não excluir uma parcela da população. A universalidade do SUS exige que as políticas de saúde e seus indicadores tenham como população-alvo a totalidade da população residente. Sem um denominador de base populacional para cada serviço, é impossível estimar seu alcance sobre a cidadania (MASSUDA, 2020; TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021).

Além disso, critica-se a forma de cálculo dos indicadores, que não vai ao encontro de outros parâmetros utilizados na literatura para indicadores semelhantes e já consolidados. A cobertura de consultas de pré-natal é calculada utilizando-se o número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal, para o numerador e o número total de nascidos vivos de mulheres residentes para o denominador, ambos no mesmo período (BRASIL, 2012).

O Tabnet do DATASUS apresenta um indicador de adequação da quantidade de pré-natal por nascidos vivos de mulheres residentes, por município, sendo os anos de 2018 e 2019, os últimos disponíveis. Esta variável considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo diferente do tempo de início do pré-natal que era considerado pelo Programa Previne Brasil (capitação precoce de 20 semanas) à época do período de análise deste trabalho. Na categorização do DATASUS são consideradas todas as consultas realizadas para as gestantes, enquanto os indicadores do Programa em análise consideram apenas os atendimentos realizados nas UBS, com os critérios acima explicitados.

Com o indicador “Adequação da quantidade de pré-natal por nascidos vivos de mulheres residentes”, do DATASUS, mais de 90% dos municípios de 11 macrorregiões de saúde de Minas Gerais atingiriam a meta segundo pré-natal adequado ou mais que adequado e apenas a macro Nordeste teria percentual mais baixo de municípios com esse alcance (51% em 2018 e 44% em 2019). Observa-se uma grande discrepância entre esse resultado do DATASUS e o apurado no Programa Previne Brasil, em que menos de 25% dos municípios de cada macro, no mesmo período, alcançariam a meta.

Um trabalho que analisou o resultado desse indicador do DATASUS em 2016 mostrou boas coberturas: Campinas atingiu 77,68%, São Paulo, 77,46%, Porto Alegre, 70,96% e Fortaleza, 55,56% (FERNANDES *et al.*, 2020). Estudo que analisou os resultados de indicadores de qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil no âmbito do PMAQ-AB mostrou que 89% das gestantes fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, 95% realizaram exame de sorologia para HIV e 84%, para sífilis (TOMASI *et al.*, 2017). Resultados estes também melhores que aqueles encontrados para o indicador do Programa Previne Brasil.

O indicador de cobertura de exame citopatológico do colo do útero em mulheres da população alvo de 25 a 64 anos de idade é outro semelhante que já era apurado pelo Ministério da Saúde. Considerava-se para o método de cálculo, o número de mulheres de 25 a 64 anos com exame citopatológico do colo do útero realizados nos últimos três anos, residentes em determinado local e ano, para o numerador, e o número de mulheres de 25 a 64 anos, residentes no respectivo local e ano para o denominador. Para o cálculo da cobertura anual considerava-se que 1/3 da população nesta faixa etária deveria ter realizado o exame, tendo em vista que a coleta deve ter sido realizada nos últimos 3 anos (BRASIL, 2014b). Dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), disponíveis no DATASUS mostram melhoria no percentual de municípios que atingiram a meta em 2018, 2019, 2020 e 2021 em relação ao resultado apurado para o indicador de coleta de citopatológico do Programa Previne Brasil, apesar de resultados ainda baixos.

A macro Sudeste apresentou o maior percentual de municípios (64%) que atingiriam a meta de cobertura mínima de 40%, enquanto o Vale do Aço, o menor percentual (31%). Este indicador já se restringia à população que faz exame no SUS, porém com o Programa Previne Brasil, a limitação é ainda maior ao restringir a coleta à Atenção Primária, com uma série de critérios.

Apesar das limitações do método de cálculo dos indicadores do Programa Previne Brasil, estes são coerentes ao escopo de ações da Atenção Primária. A assistência ao pré-natal, a imunização, o rastreamento do câncer de colo uterino e a identificação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus são de competência da APS (RABETTI; FREITAS, 2011; SILVA *et al.*, 2016; BRASIL, 2020h).

Ademais, indicadores de razão de exames citopatológico realizados, número de testes rápidos e sorologias de sífilis e HIV em gestantes e proporção de nascidos

vivos de mães com o mínimo de seis consultas de pré-natal, início do pré-natal até 12 semanas já eram avaliados no país por meio de outros programas (BRASIL, 2012; 2014b; ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; OLIVEIRA; FERRARI; PARADA, 2019).

A frequência de solicitação de hemoglobina glicada para pessoas com diabetes mellitus é um dos marcadores de tratamento adequado, sendo recomendada a solicitação a cada seis meses se o diabetes estiver compensado (BORGES; LACERDA, 2018). No Programa Previne Brasil, até 2021, era avaliado o percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada minimamente uma vez ao ano, estando abaixo do preconizado.

Um trabalho realizado em Santo Antônio do Monte mostrou que após a implementação do Laboratório de Inovação à Atenção às Condições Crônicas houve aumento expressivo na proporção de indivíduos com diabetes que realizaram o exame de glicohemoglobina, passando de 29% em 2012 para 42% em 2017, apesar de um resultado ainda abaixo dos 50%. Por outro lado, pacientes com hipertensão, em 2012, 80% dos pacientes atendidos tiveram registro no prontuário da pressão arterial aferida pelo menos uma vez, caindo para 64% em 2017.

Com relação ao pré-natal, 93% em 2012 e 97% em 2014 das mulheres realizaram o mínimo de seis consultas durante a gestação e tiveram execução de teste de sífilis e HIV (ANDRADE *et al.*, 2016; 2019). Esses achados foram melhores que aqueles encontrados no Programa Previne Brasil. Na avaliação dos resultados dos indicadores de pré-natal do PMAQ-AB, 56,9% dos municípios conseguiram realizar a captação precoce das gestantes e apenas 22,6% realizaram o diagnóstico precoce, que contempla solicitação de teste rápido de sífilis e HIV. Os municípios de maior porte populacional apresentaram os piores resultados comparados aos de menor porte corroborando com estudos de nível nacional, o que pode ser explicado por maior dificuldade no equacionamento das ações de políticas públicas por municípios de grande porte (CUNHA *et al.*, 2019).

Outra questão que pode ter influenciado os resultados alcançados nos indicadores pelos municípios em 2020 e 2021 é a pandemia causada pela Covid-19, que impôs um desafio global aos sistemas de saúde, além da menor procura dos usuários pelos serviços para questões crônicas não respiratórias mediante recomendação de isolamento social e de redução da circulação de pessoas. A pandemia impôs ao SUS o desafio de lidar com o aumento da demanda por

diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes com complicações crônicas da Covid-19 e por outras doenças cujo acompanhamento foi reduzido no período (BRASIL, 2020c; CAETANO *et al.*, 2020; CAMPOS *et al.*, 2020; PALOSKI *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021). Dessa forma, a pandemia pode ter trazido prejuízo para os resultados dos indicadores alcançados pelos municípios, justificando maior necessidade de angariar recursos e de haver financiamento de transição do modelo.

Do ponto de vista do repasse dos recursos, os resultados encontrados, referentes aos indicadores de Pagamento por Desempenho, podem implicar uma perda do incentivo financeiro referente a esse componente do Programa para grande parte dos municípios. A perda de financiamento pode acarretar redução na capacidade de atendimento, com dificuldade ainda maior em alcançar as metas dos indicadores como consequência.

Mesmo considerando o repasse real (cumprimento integral da meta dos sete indicadores) recebido pelos municípios com o Pagamento por Desempenho, quase 70% dos municípios de Minas Gerais tiveram perdas em relação ao PMAQ-AB, ao se considerar suas equivalências. Esse cenário fica ainda pior ao se realizarem simulações do recebimento conforme resultados do indicador sintético final, em que mais de 85% dos municípios de cada macrorregião teriam perdas em relação ao PMAQ e mais de 96% em relação ao Pagamento por Desempenho (valor recebido integralmente independente do resultado alcançado).

Assim, o Pagamento por Desempenho mostrou-se pior financeiramente em relação ao PMAQ-AB. Esse cenário pode ser ainda pior em 2022, tendo em vista que o pagamento, conforme desempenho real alcançado nas metas dos indicadores, inicia já no primeiro quadrimestre de 2022, apesar de a pandemia pela Covid-19 ainda persistir. Destaca-se que o PMAQ-AB era um recurso adicional ao PAB que possibilitava investimentos em estruturas das unidades, enquanto o Pagamento por Desempenho passa a consistir em um componente do financiamento para custeio da Atenção Primária à Saúde.

O pagamento por desempenho é uma estratégia amplamente utilizada em sistemas de saúde de diversos países, como Austrália, Chile, Croácia, Espanha, Estônia, França, Holanda, Hungria, Letônia, Lituânia, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca e Turquia. Grande parte dos países adota esse modelo de financiamento com pagamento direto a profissionais ou equipes (RICE; SMITH, 1999; WHO, 2006; CASHIN, 2011; CORNEJO-OVALLE; BRIGNARDELLO-

PETERSON; PÉREZ, 2015; OECD, 2016; DOMINGUEZ-CANCINO; PALMIERI; MARTINEZ-GUTIERREZ, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2020).

De modo geral, o pagamento por desempenho tem o intuito de promover mudanças comportamentais nos profissionais visando alcançar melhores resultados em aspectos clínicos e organizacionais (eficiência e qualidade) dos serviços de saúde. Apesar de amplamente utilizado, ainda são frágeis as evidências sobre sua efetividade (CARVALHO; ANDRADE, 2021). Ademais, esse tipo de financiamento pode aumentar a carga de trabalho e o tempo despendido com registros em sistemas de informação, em detrimento do atendimento e da qualidade da atenção à saúde, induzir demandas conforme indicadores avaliados e possibilitar fraude de informações para o atingimento de metas.

Autores apontam que as mudanças implantadas não têm sido sustentadas ao término desse modelo e não têm sido encontradas modificações complexas e de longo prazo em processos de trabalho, nem resultados relevantes para as pessoas ao focar em processos de trabalho, marcadores biomédicos e desfechos clínicos intermediários (UGÁ, 2012; NORMAN; RUSSELL; MACNAUGHTON, 2014; BARRETO, 2015; SARTI; FONTANELLE, 2017; SADDI; PECKHAM; MUNDIM, 2018; JIA *et al.*, 2021).

A experiência do pagamento por desempenho na Atenção Primária iniciou na Austrália, em 1994, abrangendo incentivos relacionados a desempenho e a implementação de serviços, com foco em qualidade, acesso e capacidade de atendimento (WHO, 2014; POLI NETO *et al.*, 2016; HARZHEIM *et al.*, 2020).

No Reino Unido, os médicos que atuam na APS recebem além do pagamento *per capita*, uma recompensa conforme desempenho alcançado em um conjunto de indicadores, sendo a adesão voluntária, assim como em Portugal (MONTEIRO *et al.*, 2017; SADDI; PECKHAM; MUNDIM, 2018; SERAPIONI; TESSER, 2019). Nos primeiros anos, foram observadas melhoria dos registros eletrônicos, redução na variação das práticas clínicas e melhoria nos serviços prestados e nos resultados dos indicadores, atenuando com o tempo. Destaca-se que, no modelo inglês, são disponibilizados relatórios de exceção para os médicos notificarem situações de doenças não tratáveis ou de recusa do tratamento, sendo desconsiderados da avaliação (HARRIS, 2012; ROCHA, 2014; PANDYA *et al.*, 2018; SADDI; PECKHAM; MUNDIM, 2018).

A exemplo do Reino Unido, o Programa Previne Brasil poderia considerar situações de exceção para casos que vão além da assistência, como pacientes atendidos pela saúde suplementar, em acompanhamento em outros níveis de atenção à saúde e a própria recusa ao atendimento e/ou procedimento.

O PMAQ-AB era uma forma de pagamento por desempenho em que o governo federal repassava para os municípios, fundo a fundo, um incentivo financeiro atrelado ao desempenho das equipes de Atenção Primária em uma série de indicadores que incentivavam gestores e profissionais a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde (POLI NETO *et al.*, 2016; ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021).

Assim como o recurso do Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, o incentivo financeiro do PMAQ-AB não era repassado diretamente do governo federal para profissionais ou equipes, e sim para os municípios, diferentemente da maioria dos países que adotam esse modelo de financiamento. Todavia, mediante recurso recebido fundo a fundo, alguns municípios repassavam parte dos recursos aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, como forma de recompensa pelo trabalho desenvolvido (NORMAN; RUSSELL; MACNAUGHTON, 2014; SARTI; FONTANELLE, 2017; CARVALHO; ANDRADE, 2021).

O PMAQ-AB possuía inúmeras limitações, como a baixa periodicidade (ocorria a cada 2 ou 3 anos), sem cronograma pré-estabelecido e o uso de diversos questionários sem validação nacional estatística e científica para avaliação das equipes (HARZHEIM, 2020). Na instituição do Programa Previne Brasil, havia possibilidade futura de agregar o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), além de outros questionários de avaliação geral, aos indicadores de Pagamento por Desempenho.

O objetivo dessa incorporação era avaliar os princípios e os atributos da APS, permitindo verificar a efetividade desse nível de atenção à saúde. Esse instrumento apresenta versões autoaplicáveis destinadas a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e gestores do serviço de saúde, atribuindo uma nota padronizada de zero a dez para cada atributo individual e para a média destes, denominada “escore geral”. Este modelo de avaliação fundamenta-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de

saúde, segundo os atributos da APS (BRASIL, 2020g; MOITA, 2021; TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021).

O PCATool é um instrumento validado no Brasil e no exterior, tendo sido incorporadas questões de sua versão reduzida para adultos a um dos módulos da PNS de 2019. A pesquisa revelou que o PCATool é um instrumento importante de avaliação da Atenção Primária, com rigor e representatividade estatística (BRASIL, 2020g; HARZHEIM, 2020; PINTO *et al.*, 2021). Ressalta-se que os indicadores avaliados nos anos de 2020 e 2021 do Pagamento por Desempenho se limitam a questões clínicas/epidemiológicas e não contemplam a Atenção Primária em sua complexidade (MOITA, 2021; TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021).

Tendo em vista a abrangência do instrumento PCATool, o fato deste ser validado e contemplar menor número de questões em comparação ao PMAQ-AB, o PCATool poderia ter sido utilizado com substituto desse enquanto Pagamento por Desempenho, dadas as limitações dos indicadores do Programa Previnde Brasil e seus métodos de cálculo, bem como os problemas de registro nos sistemas de informação, que podem comprometer o financiamento dos municípios.

Ao analisar as mudanças provocadas mediante substituição do PAB Variável pelo Incentivo para Ações Estratégicas, observou-se que algumas ações, programas e equipes deixaram de ser custeadas pelo governo federal, algumas foram mantidas e outras, incorporadas. O percentual de municípios, por macrorregião de saúde, com recebimento de financiamento referente a ações estratégicas que eram contempladas pelo PAB Variável e que permaneceram no Programa Previnde Brasil, manteve-se estável com a mudança do modelo.

As equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) deixaram de ser financiados com a instituição do Programa Previnde Brasil. Em 2018 e 2019, 852 municípios de Minas Gerais apresentavam adesão à eSF, contudo, em 2020, com a descontinuidade do financiamento federal para essas equipes, 192 municípios deixaram de apresentar essas equipes. Esse cenário se reverteu em 2021, em que todos os 853 municípios passaram a apresentar eSF, o que pode ser explicado pelo fato do recebimento da Capitação Ponderada estar vinculado à população cadastrada em equipes e o resultado dos indicadores do Pagamento por Desempenho ser apurado conforme atendimentos realizados pelas equipes.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) mostra-se efetiva e resolutive para o cuidado da população na Atenção Primária à Saúde, com ampliação do acesso da população. Ademais, estudos têm demonstrado sua importância na redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, e percentuais mais altos de cobertura de ESF têm sido capazes de reduzir taxas de morbidade hospitalar (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014; MACINKO; MENDONÇA, 2018; VIACAVA *et al.*, 2018).

Trabalho que analisou a oferta de equipes de Saúde da Família em metrópoles e em municípios de médio e grande porte populacional mostrou uma estabilidade destas no período analisado, sendo que maior cobertura foi relacionada a maior prevalência de vulnerabilidade dos municípios. Verificou-se que os incentivos financeiros federais para as eSF eram insuficientes para o custeio dos profissionais, necessitando de uma contrapartida majoritária dos municípios, o que pode ter representado uma inibição de sua expansão (COSTA, 2016). Ressalta-se que, com a ausência de um financiamento federal específico para essas equipes, aumenta-se o gasto dos municípios para a manutenção das eSF.

As equipes do NASF-AB, além de perderem um custeio federal, não foram contempladas por outros componentes do Programa Previne Brasil, como ocorreu com as eSF e eAP. As equipes multiprofissionais, como o NASF-AB, contribuem para ampliação da abrangência e escopo de ações da Atenção Primária à Saúde com o seu núcleo de saber que expande os cuidados em saúde ofertados pelas eSF, mediante ações de vigilância, promoção, prevenção, tratamento e matriciamento. Dessa forma, contribuem para a resolutividade, integralidade do cuidado e melhoria da qualidade da atenção da APS e podem, inclusive, evitar ou reduzir encaminhamentos para a atenção especializada (SERAPIONI; TESSER, 2019; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; ALMEIDA; MEDINA, 2021; CALISTRO *et al.*, 2021; SOARES *et al.*, 2021).

A falta de incentivo financeiro federal para o NASF-AB pode produzir consequências negativas em sua cobertura e composição, uma vez que o custeio das equipes será municipal e os gestores dos municípios passam a ter autonomia nessas definições. A possível extinção do NASF-AB, em alguns municípios, reforça o modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, e traz implicações para a oferta de ações, contribuindo para a fragilização dos atributos da APS, principalmente o acesso, a integralidade e a coordenação do cuidado

(GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; ALMEIDA; MEDINA, 2021; SOARES *et al.*, 2021).

O Programa Saúde na Hora (PSH) foi instituído em 2019, anterior ao Programa Previne Brasil, sendo incorporado do PAB Variável daquele ano. No início de sua criação, apenas 10 municípios de Minas Gerais haviam realizado a adesão, chegando a 78 em 2021. A proposta do Programa Saúde na Hora é a de que as UBS, com o mínimo de três eSF, funcionem em horário estendido, com carga horária semanal mínima de 60 horas, podendo incluir sábados e domingos. O Programa tem como objetivos a ampliação do acesso e dos atendimentos e a redução de atendimentos em hospitais e unidades de pronto atendimento que poderiam ser resolvidos pela Atenção Primária.

Foi identificado que um dos atributos mais frágeis da APS é o acesso, principalmente em áreas rurais, devido a fragilidades no período de funcionamento das UBS, nesse sentido o PSH poderia fortalecer esse nível de atenção (GARNELO *et al.*, 2018; BRASIL, 2019d; GARCIA *et al.*, 2019; ALMEIDA; PEREIRA, 2020; BARRA *et al.*, 2020; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Segundo Harzheim e colaboradores (2022), existem 2.600 UBS atuando com horário estendido, distribuídas em 595 municípios brasileiros. Um artigo que reuniu experiências apresentadas para o "Prêmio APS Forte" mostrou que o funcionamento das UBS apenas em horário comercial configura barreira de acesso aos cuidados à população, especialmente os trabalhadores que, geralmente, procuram menos os serviços de saúde. Com a ampliação do funcionamento dos serviços no horário do almoço, à noite e/ou em finais de semana, houve oferta de atendimentos de demanda espontânea e demanda programada, com ampliação do acesso a população trabalhadora e a pessoas que nunca tinham frequentado os serviços da APS, bem como ampliação do número de atendimentos e procedimentos, aumento da resolutividade e da satisfação dos usuários (ALMEIDA; PEREIRA, 2020).

Dessa forma, o Programa Saúde na Hora parece ser promissor para que os municípios consigam melhorar o acesso e a qualidade dos serviços ofertados. Contudo, a adesão em Minas Gerais foi baixa, o que pode ser explicado por necessidade de ampliação do quadro de recursos humanos, acarretando maior dispêndio financeiro pelos municípios. Porém são necessários estudos que avaliem os motivos.

Uma ação implementada pelo Programa Previne Brasil que teve alta adesão foi o Programa de Apoio à Informatização da APS, chegando a 699 municípios mineiros em 2021. A informatização da APS constitui estratégia importante para o planejamento e monitoramento de ações, automatização dos processos, qualificação da gestão da informação e da gestão clínica, caracterização do perfil epidemiológico da população e auxílio na coordenação do cuidado pela APS. O uso de tecnologias de informação aprimora o conhecimento da população pelos profissionais e gestores, fortalece e aperfeiçoa processos de trabalho e práticas de cuidado (ANDRADE, 2014; SORANZ; PINTO; CAMACHO, 2017; CAVALCANTI *et al.*, 2018; VELLOSO, 2019; LOPES; MONTEIRO; SANTOS, 2020; CALISTRO *et al.*, 2021).

Em uma análise da caracterização da oferta de equipamentos de tecnologia da informação nas UBS, segundo dados de avaliação externa do PMAQ-AB de 2012, Andrade (2014) verificou que há uma precariedade desses equipamentos. O estudo aponta necessidade de investimento em infraestrutura de equipamentos de informática e internet, para tornar possível a utilização de sistemas de informação e prontuários eletrônicos com vistas a qualificar o trabalho na APS.

Ainda em 2016, apenas 37% dos municípios brasileiros possuíam prontuário eletrônico implantado nas UBS, tendo sido estabelecido prazo até dezembro daquele ano, pelo Ministério da Saúde, para todos os municípios implantarem o prontuário eletrônico ou apresentarem justificativa da ausência de implantação (VELLOSO, 2019). A instituição do Sistema de Informação da Atenção Básica, do e-SUS AB e dos sistemas de *software* Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) pelo Ministério da Saúde são movimentos que contribuem para a informatização da APS (CAVALCANTI *et al.*, 2018; VELLOSO, 2019; CALISTRO *et al.*, 2021). O Informatiza APS reforça essas iniciativas, enquanto incentivo financeiro específico para unidades informatizadas, com boa adesão pelos municípios.

Outra estratégia incorporada ao financiamento, que não existia com o PAB Variável, é o incentivo de formação profissional, com repasse financeiro aos municípios que possuem médicos, enfermeiros ou odontólogos realizando residência profissional em equipes de Saúde da Família ou equipes de Saúde Bucal. O incentivo está sendo repassado para 1.331 vagas em medicina, 571 em enfermagem e 249 em odontologia, distribuídas por 120 municípios (HARZHEIM *et*

al., 2022). Em Minas Gerais, apenas 9 e 17 municípios receberam esse incentivo em 2020 e 2021, respectivamente, necessitando maior investigação por outros trabalhos quanto ao motivo.

Apesar de o Programa Previne Brasil ter incorporado novas ações estratégicas importantes para o fortalecimento da APS, houve perda de financiamento específico para algumas equipes e, financeiramente, para a maioria dos municípios de Minas Gerais, o PAB Variável se mostrou melhor que o Incentivo para Ações Estratégicas.

Verificou-se, na análise do financiamento global, antes e após a instituição do Programa Previne Brasil, que o novo modelo de financiamento da APS mostrou-se melhor financeiramente que o PAB para os municípios de Minas Gerais, em um cenário em que apenas quatro municípios tiveram perda de recursos em 2020 em relação a 2019. Contudo, ressalta-se que o adiamento de alguns componentes do Programa, em função da pandemia causada pela Covid-19, e a incorporação de outros recursos que não estavam previstos (como o Fator Compensatório de Transição, o *Per Capita* de Transição e o Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional) contribuíram para esse resultado.

A análise do montante recebido no biênio 2018-2019 em comparação ao biênio 2020-2021 mostrou que mais de 85% dos municípios de todas as macrorregiões de saúde tiveram ganhos com o Programa Previne Brasil. Com a simulação realizada, desconsiderando os acréscimos posteriormente incorporados, esse percentual de municípios diminuiu, mas a maioria ainda teria ganhos. Apesar de a maioria dos municípios de Minas Gerais apresentarem ganhos com o Programa Previne Brasil, as perdas verificadas para alguns municípios podem comprometer a assistência à saúde prestada à população. Esse cenário é preocupante, sobretudo a partir de 2022 em que todos os componentes do Programa serão computados considerando o seu alcance real em uma situação de subfinanciamento do SUS.

A problemática do subfinanciamento da saúde no Brasil é explicada por recursos insuficientes para garantia de atendimento integral por um sistema universal. Além de repasses não realizados conforme pactuações, desde a época do Orçamento da Seguridade Social, em que 30% dos recursos seriam destinados à saúde e que nunca ocorreu, até as emendas complementares que restringiram e

congelaram os gastos públicos com a saúde (MENDES; MARQUES, 2009; MENDES, 2015; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Ademais, o gasto público brasileiro em saúde é baixo em relação ao dos demais países que têm um sistema público universal. Enquanto o Brasil gasta 6,2% do Produto Interno Bruto no sistema de saúde, os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) gastam em torno de 9,0% (MENDES, 2015; OCDE, 2017; MOITA; BARBOSA, 2021).

Embora o governo federal tenha sido o principal financiador público da saúde e a estrutura do sistema ter provisão predominantemente estatal para a APS, nas últimas décadas, mais da metade dos gastos tem sido financiado pelos estados e municípios (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; SOUZA; ANDRADE, 2020; TESSER; SERAPIONI, 2021). Nos anos iniciais do SUS, a descentralização das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) esteve relacionada ao processo de municipalização, inclusive do financiamento, ampliando-se a descentralização dos recursos federais para municípios e estados (VIEIRA *et al.*, 2022).

A Emenda Constitucional nº 29 de 2000 promoveu o aumento da participação dos estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS. À época, a união ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado no SUS, mas sua participação foi decrescendo, com concomitante aumento da participação dos estados e municípios com o gasto público em saúde (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016). Para os municípios que têm menor capacidade de arrecadação própria, o financiamento da Atenção Primária é realizado quase em sua totalidade com os recursos provenientes das transferências da União (SOUZA; ANDRADE, 2020). Além disso, estudo verificou que a participação da despesa em APS em relação à despesa total em ASPS é maior quanto menor o porte populacional do município (VIEIRA *et al.*, 2022). Dessa forma, perdas de financiamento federal com o Programa Previner Brasil podem trazer grandes prejuízos para o sistema de saúde desses municípios.

A presente pesquisa apresenta como limitações: a disponibilidade de dados somente a partir de 2018; os resultados dos indicadores do Pagamento por Desempenho estarem disponíveis nos relatórios públicos apenas calculados, não permitindo análises mais aprofundadas e possibilidade de análise por outros métodos de cálculo validados; e a dificuldade de maior caracterização do

agrupamento de municípios pelo volume de informações analisadas, restringindo-se à avaliação por macrorregiões de saúde de Minas Gerais.

Destaca-se que a análise realizada neste trabalho não permite uma avaliação de impacto do Programa Previne Brasil e sim uma avaliação de processo que gera conhecimento, podendo contribuir para o seu aprimoramento e consolidação. Trata-se do primeiro estudo que faz essa caracterização dos repasses do Programa e as consequências do ponto de vista das perdas para os municípios desagregando a análise por macrorregiões de saúde de Minas Gerais, trazendo uma realidade importante do investimento na APS, a ser repensada pelo governo.

Este trabalho pode subsidiar novas pesquisas acerca do novo modelo de financiamento da APS e sugere-se que seja realizada uma avaliação após alguns anos da total implementação deste, com análise controlada do antes e depois para verificar as mudanças e o impacto no financiamento dos municípios.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou os resultados alcançados pelos municípios de Minas Gerais quanto ao cadastro da população, aos indicadores de saúde e à adesão a ações e programas estratégicos antes e após a instituição do Programa Previne Brasil. Também foram analisados os repasses financeiros recebidos pelos municípios com o PAB Fixo e Variável e com os componentes do Programa em questão, assim como o financiamento global antes e após sua criação.

O Programa Previne Brasil ainda está em fase de implantação pelo Ministério da Saúde e vem apresentando várias mudanças desde a sua instituição, que qualificaram o modelo seguindo os princípios do SUS e contribuíram para a garantia do financiamento federal da Atenção Primária à Saúde para os municípios. Mediante incorporação da Capitação Ponderada, houve aumento importante do cadastro da população em praticamente todas as macrorregiões de saúde de Minas Gerais, inclusive da população vulnerável.

Com relação aos indicadores de Pagamento por Desempenho, houve uma melhoria gradual ao longo do período analisado, apesar de todos os indicadores apresentarem resultados muito abaixo das metas estabelecidas. Os indicadores são coerentes ao escopo de ações da APS, porém têm se mostrado frágeis para serem utilizados enquanto componente do pagamento, devido às diversas regras de apuração, limitações dos denominadores e problemas de registro. A substituição do PAB Variável pelo Incentivo para Ações Estratégicas mostrou que algumas equipes importantes deixaram de ser custeadas pelo governo federal (como as eSF, eAP e NASF-AB), algumas ações, programas e estratégia foram mantidas e outras incorporadas (como o Programa Saúde na Hora, o Programa de Apoio à Informatização da APS e o incentivo de formação profissional).

A Capitação Ponderada mostrou-se melhor financeiramente que o PAB Fixo, porém o Pagamento por Desempenho e o Incentivo para Ações Estratégicas mostraram-se piores em relação ao PMAQ-AB e ao PAB Variável, respectivamente. Contudo, a análise do financiamento global mostrou que o Programa Previne Brasil foi melhor financeiramente para a maioria dos municípios de Minas Gerais, devido ao adiamento de alguns componentes do Programa e a incorporação de outros recursos que não estavam previstos inicialmente.

Foi elaborado relatório técnico (APÊNDICE C) com os resultados encontrados e sugestões de melhoria para o avanço do Programa Previne Brasil. Esse produto será entregue à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde.

A mudança do modelo de financiamento federal trouxe algumas melhorias, porém ainda há alguns aspectos que requerem atenção e alteração para o seu aprimoramento de forma a não comprometer a universalidade do cuidado. Ressalta-se que os processos de implantação de novas políticas e programas devem ser monitorados e avaliados, subsidiando a tomada de decisão para sua melhoria. Nessa perspectiva, são necessários estudos posteriores que avaliem o impacto do Programa Previne Brasil após sua consolidação.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde Debate**, v. 41, n. especial, p. 118-137, 2017.
- ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M. G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, e00310, p. 1-16, 2021.
- ALMEIDA, E. R.; PEREIRA, F. W. A. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. **APS em Revista**, v. 2, n. 3, p. 240-244, 2020.
- ANDOH-ADJEI, F. X. *et al.* Provider preference for payment method under a national health insurance scheme: A survey of health insurance-credentialed health care providers in Ghana. **PLOS ONE**, p. 1-13, 2019.
- ANDRADE, M. V.; *et al.* A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1175-1187, 2015.
- ANDRADE, M. V.; *et al.* Equidade no Programa de Saúde da Família: utilização dos serviços preventivos pelas mulheres em Minas Gerais. **XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, São Pedro/SP, 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2269/2223>>. Acesso em 28 maio 2022.
- ANDRADE, M. V.; *et al.* The Evaluation of the LAB of Chronic Conditions Care (LIACC) in the Municipality of Santo Antônio do Monte, Brazil. **VII Seminário de Economia Mineira**, Diamantina, 2016. Disponível em: <<https://geesc.cedeplar.ufmg.br/the-evaluation-of-the-lab-of-chronic-conditions-care-liacc-in-the-municipality-of-santo-antonio-do-monte-brazil/>>. Acesso em 28 maio 2022.
- ANDRADE, M. V.; *et al.* Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, e0104, p. 1-21, 2019.
- ANDRADE, R. C. C. **Equipamentos de informatização nas unidades de atenção básica no Brasil**: análise baseada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ. 2014. 37f. Monografia (Pós-graduação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.
- BARRA, J. F.; *et al.* Acessibilidade a Atenção Primária: como avaliam os profissionais de saúde? **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, e3630, p. 1-10, 2020.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 162-178, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a. 164 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf>. Acesso em: 04 out. 2020.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 06 dez. 2007b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dec_6286_05122007.pdf>. Acesso em 29 dez. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 07 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Casa Civil, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8142.pdf>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura de consultas de pré-natal – F.6**. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/f06.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em 28 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2014b. 16p. Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/fichatecnicaindicadorescolo14.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 39. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020h. 83 p. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em 04 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020g. 237 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**. 2020g. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS: indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020)**. 2020f. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Previne Brasil**: manual do financiamento da Atenção Primária à Saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB. **Nota Técnica Explicativa - Relatório de Cadastro**. 2019e. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_cadastro_191219.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Previne Brasil. **Componentes do financiamento da Atenção Primária**. 2022b. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/componentesfinanciamento/>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, DF, 08 jun. 2021f. Edição 105, Seção 1, p. 105. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>>. Acesso em 03 dez. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 38, de 10 de janeiro de 2022. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 12 jan. 2022c. Edição 8, Seção 1, p. 102. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-38-de-10-de-janeiro-de-2022-373337659>>. Acesso em 08 maio 2022.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 21 jan. 2022a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>>. Acesso em 02 abr. 2022.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 29 jan. 2021d. Edição 20, Seção 1, p. 93. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-166-de-27-de-janeiro-de-2021-301402329>>. Acesso em 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 169, de 31 de janeiro de 2020. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 31 jan. 2020a. Edição 22-B, Seção 1, p. 7. Disponível em:

<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-169-de-31-de-janeiro-de-2020-240912927>>. Acesso em 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 214, de 03 de fevereiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 29 jan. 2021c. Edição 20, Seção 1, p. 93. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-214-de-3-de-fevereiro-de-2021-302162444>>. Acesso em 21 fev. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 985, de 17 de maio de 2021. Prorroga o prazo dos incisos I e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 18 mai. 2021b. Edição 92, Seção 1, p. 124. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-985-de-17-de-maio-de-2021-320349580>>. Acesso em 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.254, de 03 de setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 06 set. 2021g. Edição 169, Seção 1, p. 70. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326>>. Acesso em 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021. Prorroga os prazos estabelecidos nos incisos II e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 24 set. 2021e. Edição 182, Seção 1, p. 95. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.396-de-22-de-setembro-de-2021-347057504>>. Acesso em 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.830, de 29 de dezembro de 2020. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro de custeio destinado aos municípios que alcançaram as metas dos indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 30 dez. 2020d. Edição 249, Seção 1, p. 89. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.830-de-29-de-dezembro-de-2020-296887459>>. Acesso em 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 173, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 31 jan. 2020b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-173-de-31-de-janeiro-de-2020-240912938>>. Acesso em 29 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 04 fev. 2020c. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 29 jan. 2007a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>. Acesso em 29 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 23 mar. 2006b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0600_23_03_2006_comp.html>. Acesso em 29 dez. 2021.

BRASIL. Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019. Dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, DF, 17 mai. 2019d. Edição 94, Seção 1, p. 122. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-930-de-15-de-maio-de-2019-104562211>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 14 jul. 2020e. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>>. Acesso em 29 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 22 set. 2017a. Edição 183, Seção 1, p. 68. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031>. Acesso em 23 ago. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 2019a. Edição 220, Seção 1, p. 97. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em 31 jul. 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 10 dez. 2019c. Edição 239, Seção 1, p. 172. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>>. Acesso em 24 jan. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.263, de 11 de dezembro de 2019. Estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 12 dez. 2019b. Edição 240, Seção 1, p. 173. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.263-de-11-de-dezembro-de-2019-232941846>>. Acesso em 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>. Acesso em: 04 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017. Atualiza a base populacional para o cálculo do montante de recursos do componente Piso da Atenção Básica Fixo PAB Fixo da Portaria 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013 e do Anexo I; e altera o Anexo II. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 28 dez. 2017c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3947_28_12_2017.html>. Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 28 dez. 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 04 out. 2021.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

CALISTRO, M. O. *et al.* Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2141-2148, 2021.

CAMPBELL, S. *et al.* Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. **The New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 2, p. 181-190, 2007.

CAMPOS, M. R. *et al.* Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, e00148920, 2020.

CARVALHO, M. F.; ANDRADE, C. S.. A institucionalização do pagamento por desempenho na atenção básica em municípios do nordeste brasileiro. **Revista Saúde em Redes**, v. 7, n. 1, p. 1-11, 2021.

CASHIN, C. **New Zealand: Primary Health Organization (PHO) Performance Program**. Major Developments in Results-Based Financing (RBF) in OECD Countries: Country Summaries and Mapping of RBF Programs. 2011.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CAVALCANTI, R. B. *et al.* Informatização da Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, e54297, 2018.

CESAR, J. A. *et al.* Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1365-1372, 2003.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2018. 40 p. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

CORNEJO-OVALLE, M.; BRIGNARDELLO-PETERSON, R.; PÉREZ, G. Pay-for-performance and efficiency in primary oral health care practices in Chile. **Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral**, v. 8, n. 1, p. 60-66, 2015.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016.

CUBAS, M. R. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde Debate**, v. 41, n. 113, p. 471-486, 2017.

CUNHA, A. C. *et al.* Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 459-470, 2019.

DALFIOR, E. T. Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 128-139, 2016.

DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, E. N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde Debate**, v. 39, n. especial, p. 232-245, 2015.

DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, 2021.

DOMINGUEZ-CANCINO, K. A.; PALMIERI, P. A.; MARTINEZ-GUTIERREZ, M. S. National Health Policy Reform for Primary Care in Chile: A Qualitative Analysis of the Health Program Documents. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 1, p. 1-15, 2020.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV/FIOCRUZ. **Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento**. 2019. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>>. Acesso em 14 nov. 2020.

ESPINOSA-GONZÁLEZ, A. B. *et al.* The impact of governance in primary health care delivery: a systems thinking approach with a European panel. **Health Research Policy and Systems**, v. 17, n. 65, p. 1-16, 2019.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n.1, p. 208-223, 2018.

FERNANDES, J. A. *et al.* Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, e00120549, p. 1-14, 2020.

GARCIA, M. C. M. *et al.* Avaliação da acessibilidade na atenção primária à saúde na perspectiva dos gerentes. **HU Revista**, v. 45, n. 3, p. 283-288, 2019.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

HARRIS, M. Payment for performance in the Family Health Programme: lessons from the UK Quality and Outcomes Framework. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 577-582, 2012.

HARZHEIM, E. *et al.* Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 609-617, 2022.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.

HAYEN, A. *et al.* Incorporating shared savings programs into primary care: from theory to practice. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 580, p. 1-15, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Panorama Minas Gerais**. 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

JESUS, E. A. *et al.* Sistemas e serviços de saúde m âmbito mundial: organização da Atenção Primária à saúde. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 12, supl. 1, p. 49-54, 2021.

JIA, L. *et al.* Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1, 2021.

KORNETA, P.; KLUDACZ-ALESSANDRI, M.; WALCZAK, R. The Impact of COVID-19 on the Performance of Primary Health Care Service Providers in a Capitation Payment System: A Case Study from Poland. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 1407, p. 1-19, 2021.

LOPES, F. R. L.; MONTEIRO, K. S.; SANTOS, S. How data provided by the Brazilian information system of primary care have been used by researchers. **Health Informatics Journal**, v. 26, n. 3, p. 1617–1630, 2020.

LOPES, S. P. A. *et al.* Evolução dos cadastros individuais no SISAB a partir do novo financiamento da Atenção Básica: Um estudo descritivo. **Pré-print Scielo**, 2021.

LOTTA, G. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 26, n. 66, p. 145-173, 2018.

LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. 2, p. 111-126, 2018.

MACIEL, A. G.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 319-330, 2014.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, suppl. 2, p. 4-11, 2017.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 18-37, 2018.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES); Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. 2016. 260 p.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MENDELSON, A. *et al.* The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. **Annals of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, p. 341-353, 2017.

MENDES, Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**, v.24, supl.1, p.66-81, 2015.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 224-243, 2018.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.38, n. 2, e00164621, p. 1-14, 2022.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS: avanços e ameaças**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. 232 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 04 out. 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização (PDR). **Mapa Macros após ajuste 2019**. 2022. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 26 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2022.

MOITA, G. F. Gestão da Atenção Primária: uma proposta de avaliação de impacto da APS em duas cidades do Nordeste do Brasil. **APS em Revista**, v. 3, n. 2, p. 117-130, 2021.

MOITA, G. F.; BARBOSA, A. C. Q. As bases teóricas-conceituais (framework) de avaliação de desempenho e resultados aplicados nas instituições de saúde no Brasil. Capítulo 9, p. 119-140. In: FERNANDES, Maria Aparecida. **Gestão Organizacional**: realidade atual e perspectivas futuras. Belo Horizonte: Synapse Editora, 2021. 207 p.

MONTEIRO, B. R. *et al.* Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 725-736, 2017.

MOREIRA, K. S.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 40, n. 111, p. 117-127, 2016.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 295-300, 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020.

POLI NETO, P. *et al.* Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1377-1388, 2016.

NEVES, M. A. B. Estratégias de competição em saúde para o sistema único de saúde: uma proposta baseada nas ideias de Porter e Teisberg. In: **II Congresso Consad de Gestão Pública**, painel 44: Gestão da Saúde, 2009, Goiás, p. 1-21. Disponível em: <<http://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/ESTRAT%C3%89GIAS-DE-COMPETI%C3%87%C3%83O-EM-SA%C3%9ADE-PARA-O-SISTEMA-%C3%9ANICO-DE-SA%C3%9ADE-UMA-PROPOSTA-BASEADA-NAS-ID%C3%89IAS-DE-PORTER-E-TEISBERG2.pdf>>. Acesso em 22 ago. 2020.

NORMAN, A. H. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1-13, 2019.

NORMAN, A. H.; RUSSELL, A. J.; MACNAUGHTON, J. The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 55-67, 2014.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, R. L. A.; FERRARI, A. P.; PARADA, C. M. G. L. Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária: estudo de coorte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3058, p. 1-9, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Apontamentos para estudo de sistemas de saúde: análise multifacetada e agravos traçadores. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 102, p. 1-15, 2020.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. **Health at a Glance 2017: OECD Indicators**. OECD Publishing: Paris, 2017. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1655500591&id=id&accname=guest&checksum=7C2DA98A9654A92AA70CC31C27811856>. Acesso em: 17 jun. 2022.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. **Health at a Glance: Europe 2016**. State of Health in the EU Cycle. OECD: Paris, 2016. Disponível em: <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264265592-en.pdf?expires=1650374813&id=id&accname=guest&checksum=EBAFB6B1DF112FABACD85B7DB9019110>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

PADILHA, A. *et al.* Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4509-4518, 2019.

PALOSKI, G. R. *et al.* Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

- PANDYA, A. *et al.* Modelling the cost-effectiveness of pay-for-performance in primary care in the UK. **BMC Medicine**, v. 16, n. 135, p. 1-13, 2018.
- PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **Saúde Debate**, v. 40, n. 107, p. 1008-1017, 2015.
- PINTO, L. F. *et al.* Innovations in the national household random sampling in Brazilian National Health Survey: results from Starfield and Shi's adult primary care assessment tool (PCAT). **International Journal of Equity in Health**, v. 20, n. 113, p. 1-4, 2021.
- PINTO, L. F. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, 2019.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos**. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007. 432 p.
- RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-68, 2011.
- REIS, J. G. *et al.* Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.
- RICE, N. I.; SMITH, P. **Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey**. The University of York. Centre for Health Economics. 1999.
- ROCHA, M. O futuro do P4P (pay-for-performance). **Editora Roncarati**. 2014. Disponível em: <<https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Artigos-e-Noticias/Artigos-e-Noticias/o-futuro-do-p4p-pay-for-performance.html>> Acesso em: 13 mar. 2022.
- RYAN, A. M. Longterm evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. **Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 268-274, 2016.
- SADDI, F. C.; PECKHAM, S.; MUNDIM, P. S. Pagamento por desempenho, formulação, implementação e sucesso da política em países de renda baixa, média e alta. **Sociedade e Cultura**, v. 21, n. 2, p. 4-11, 2018.
- SANTOS, L. P. R. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 178-183, 2018.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F. O que podemos aprender com a atual realidade da Atenção Primária inglesa? Considerações a partir da tradução de textos da British Journal of General Practice pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-4, 2017.

SCOTT, A.; LUI, M.; YONG, J. Financial incentives to encourage value-based health care. **Medical Care Research and Review**, v. 75, n. 1, p. 3-32, 2018.

SELLERA, P. E. G. *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n. 4, p. 1401-1411, 2020.

SERAPIONI, M.; TESSER, C. D. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde Debate**, v. 43, n. especial 5, p. 44-57, 2019.

SILVA, R. S. *et al.* O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2149–2157, 2021.

SILVA, S. S. *et al.* Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 10, e00014615, p. 1-11, 2016.

SOARES, C. S. *et al.* Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência. **RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 18, n. 2, 2021.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; CAMACHO, L. A. B. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 819-830, 2017.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 679-686, 2017.

SOUZA, A.; ANDRADE, M. V. Financiamento público da saúde nos municípios brasileiros: análise da qualidade dos registros declarados ao SIOPS de 2002 a 2014 para a Atenção Básica. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 56, p. 251-282, 2020.

SOUZA, M. F. M.; FRANÇA, E. B.; CAVALCANTE, A. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, suppl. 1, p. 1-3, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TASCA, R. *et al.* Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2021-2030, 2019.

TESSER, C. D.; SERAPIONI, M. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2323-2333, 2021.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, p. 1-11, 2017.

TOMASI, E.; NEDEL, F. B.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. **APS em Revista**, v. 3, n. 2, p. 131-143, 2021.

UCHÔA, S. A. C. Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2672, 2016.

UGÁ, M. A. D. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

UGÁ, M. A. D.. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012.

VELLOSO, R. A. **Implantação do prontuário eletrônico na Atenção Primária no Sistema Único de Saúde: resultado do PMAQ-AB 2011 e 2014**. 2019. 74f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

VENANCIO, S. I. *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 3, p. 283-293, 2016.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, F. S. *et al.* Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, e00280221, p. 1-15, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. European Observatory on Health Systems and Policies Series. **Paying for Performance in Health Care: implications for health system performance and accountability**. Open University Press: New York, 2014. 312 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. European Observatory on Health Systems and Policies Series. **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Open University Press: England, 2006. 251 p.

APÊNDICE A – Ficha de qualificação dos indicadores do Pagamento por Desempenho

Indicador 1	
Nome	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação
Descrição	Mede a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde, ou seja, 6 atendimentos sendo que a primeira consulta deve ter sido realizada até a 20ª semana gestacional, em relação ao total de gestantes estimadas do município.
Importância	Avaliação do acesso ao acompanhamento de pré-natal; subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivo a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, que é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de gestantes com 6 consultas de pré-natal, com a 1ª até a 20ª semana de gestação}}{\text{(Parâmetro de Cadastro x SINASC ou Nº de gestantes identificadas) *}} \times \text{População IBGE}$ <p style="text-align: right;">* O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com pelo menos 6 atendimentos com médico e/ou enfermeiro da APS, em que a condição avaliada no atendimento foi o pré-natal (identificado com um dos CID ou CIAP pré-estabelecidos), sendo que a primeira consulta realizada possui uma diferença de no máximo 20 semanas da data da última menstruação (DUM) registrada no atendimento.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: O menor resultado do quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro do Ministério da Saúde) em relação à população do município segundo IBGE, ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto + 14 dias) no período.</p>
Medição	Últimas 42 semanas
Parâmetro	≥ 80%
Meta	60%
Peso	1

Fonte: BRASIL, 2020g; 2021a.

Indicador 2	
Nome	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
Descrição	Mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada e o teste rápido realizado, em relação ao total de gestantes estimadas do município.
Importância	Avaliação do cumprimento de diretrizes para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivo a realização dos exames de sífilis e HIV visando triar gestantes com essas patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis}}{\text{População IBGE}}$ <p style="text-align: center;">(Parâmetro de Cadastro x SINASC ou Nº de gestantes identificadas) *</p> <p style="text-align: center;">* O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe que tiveram exame de sífilis (VDRL) e HIV avaliado por médico ou enfermeiro da APS ou realizado procedimento de teste rápido de sífilis ou HIV por médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem, tendo sido identificada em atendimento individual com um dos CID ou CIAP de pré-natal pré-estabelecidos.</p> <p>Denominador: Será considerada a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: O menor resultado do quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro do Ministério da Saúde) em relação à população do município segundo IBGE, ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto + 14 dias) no período.</p>
Medição	Últimas 42 semanas
Parâmetro	≥ 95%
Meta	60%
Peso	1

Fonte: BRASIL, 2020g; 2021a.

Indicador 3	
Nome	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
Descrição	Mede a proporção de gestantes que receberam atendimento odontológico por cirurgião-dentista durante o pré-natal na APS, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante.
Importância	Avaliação do cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; avaliação do acesso ao cuidado em saúde bucal no pré-natal.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS e atendimento odontológico}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \text{SINASC ou Nº de gestantes identificadas}) *}$ <p style="text-align: center;">População IBGE</p> <p style="text-align: center;">* O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe que tiveram um atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro da APS (identificado com um dos CID ou CIAP pré-estabelecidos) e um atendimento odontológico realizado por cirurgião-dentista.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: O menor resultado do quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro do Ministério da Saúde) em relação à população do município segundo IBGE, ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto + 14 dias) no período.</p>
Medição	Últimas 42 semanas
Parâmetro	≥ 90%
Meta	60%
Peso	2

Fonte: BRASIL, 2020g; 2021a.

Indicador 4	
Nome	Cobertura de exame citopatológico
Descrição	Mede a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram 1 exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município.
Importância	Avaliação do cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero; subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \text{Projeção de mulheres de 25 a 64 anos ou Nº de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas})^*}$ $\frac{\text{População IBGE}}$ <p style="text-align: center;">* O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de mulheres cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com idade entre 25 a 64 anos no quadrimestre analisado, que realizaram um procedimento de Coleta de citopatológico de colo uterino em até 3 anos, com profissional médico ou enfermeiro da APS.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: A projeção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos do município estimada pelo IBGE para o ano corrente, corrigido pela população coberta pelas equipes APS do município dividido pela população IBGE, ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de mulheres com idade entre 25 a 64 anos cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período analisado.</p>
Medição	Últimos 36 meses
Parâmetro	≥ 80%
Meta	40%
Peso	1

Fonte: BRASIL, 2020g; 2021a.

Indicador 5	
Nome	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente
Descrição	Mede a proporção de crianças menores de 1 ano que foram vacinadas com as terceiras doses de poliomielite inativada e pentavante, em relação ao total de crianças menores de 1 ano estimadas do município.
Importância	Avaliação do acesso à imunização da população infantil contra as doenças imunopreveníveis selecionadas e do cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS; subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de 3ª doses aplicadas de polio e penta em menores de 1 ano}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \text{SINASC ou Nº de crianças identificadas}) \times \text{População IBGE}}$ <p style="text-align: right;">* O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
Método de cálculo	<p>Numerador: Considera-se o menor número de doses aplicadas entre a 3ª doses de poliomielite inativada ou 3ª dose de pentavalente em menores de 1 ano, devendo a aplicação ter sido realizada por médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem da APS</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de crianças menores de 1 ano cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período.</p>
Medição	Últimos 12 meses
Parâmetro	≥ 95%
Meta	≥ 95%
Peso	2

Fonte: BRASIL, 2020g; 2021a.

Indicador 6	
Nome	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre
Descrição	Mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial que são consultadas pelas equipes de APS e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada de pessoas com hipertensão do município.
Importância	Avaliação do cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com hipertensão na APS; avaliação da incorporação da aferição da pressão arterial de pessoas com hipertensão ao processo de trabalho das equipes da APS; subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão com a PA aferida semestralmente nos últimos 6 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ hipertensos PNS ou Nº de hipertensos identificados})^*}$ <p style="text-align: right;">* O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de usuários cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe com atendimento por médico ou enfermeiro da APS, em que a condição avaliada foi a hipertensão (identificada com um dos CID ou CIAP pré-estabelecidos) e teve a realização do procedimento de aferição de Pressão Arterial (pelo SIGTAP correspondente), por médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem, uma vez a cada 6 meses dentro de 1 ano.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: A porcentagem de pessoas com hipertensão diagnosticadas do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, levando em consideração a população do IBGE), ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de pessoas com hipertensão cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe no período.</p>
Medição	Últimos 12 meses
Parâmetro	≥ 90%
Meta	50%
Peso	2

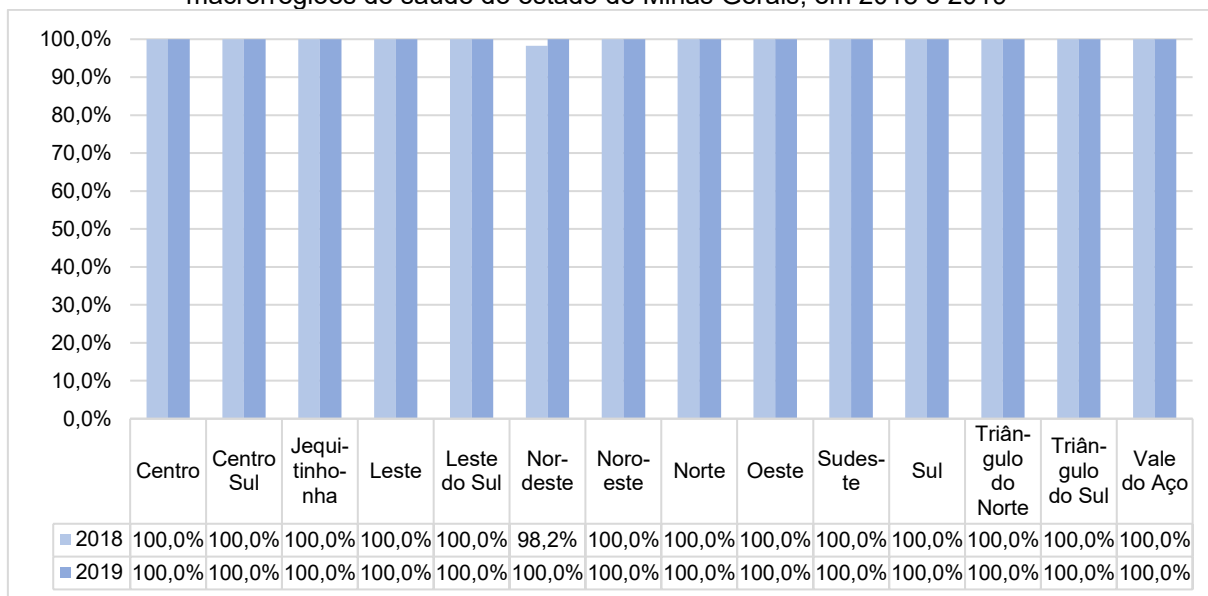
Fonte: BRASIL, 2020g; 2021a.

Indicador 7	
Nome	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada
Descrição	Mede a proporção de pessoas com diabetes mellitus que são consultadas pelas equipes de APS e possuem exame de hemoglobina glicada (HbA1c) solicitado pelo menos uma vez ao ano, em relação a quantidade estimada de pessoas com diabetes do município.
Importância	Avaliação do cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com diabetes na APS; avaliação da incorporação da solicitação de exame de hemoglobina glicada para pessoas com diabetes na rotina de atendimento das equipes da APS; subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de pessoas com diabetes com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ diabéticos PNS ou } \text{Nº de diabéticos identificados})^*}$ <p style="text-align: right;">* O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de usuários cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe com atendimento por médico ou enfermeiro da APS, em que a condição avaliada foi a diabetes (identificada com um dos CID ou CIAP pré-estabelecidos) com solicitação de hemoglobina glicada no intervalo de 12 meses (pelo SIGTAP correspondente), por médico ou enfermeiro da APS.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado:</p> <p>1- Estimado: A porcentagem de pessoas com diabetes diagnosticadas do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, levando em consideração a população do IBGE), ou</p> <p>2- Informado: Quantidade de pessoas com diabetes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe no período.</p>
Medição	Últimos 12 meses
Parâmetro	≥ 90%
Meta	50%
Peso	1

Fonte: BRASIL, 2020g; 2021a.

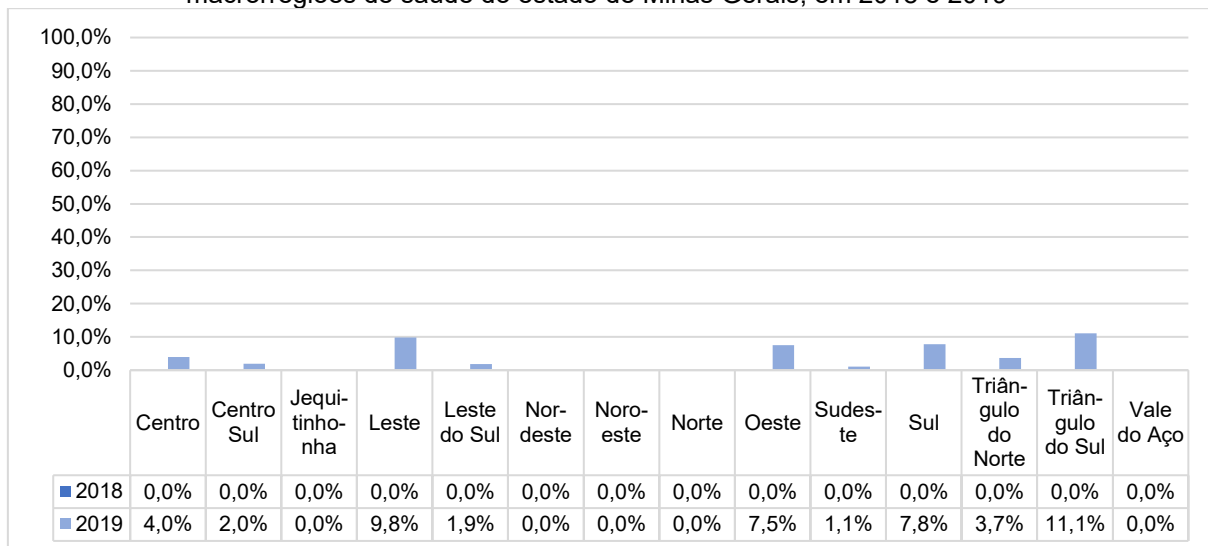
APÊNDICE B – Gráficos com o percentual de municípios com adesão a equipes, programas e ações estratégicas

Gráfico 3 – Percentual de municípios com adesão às equipes de Saúde da Família, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019



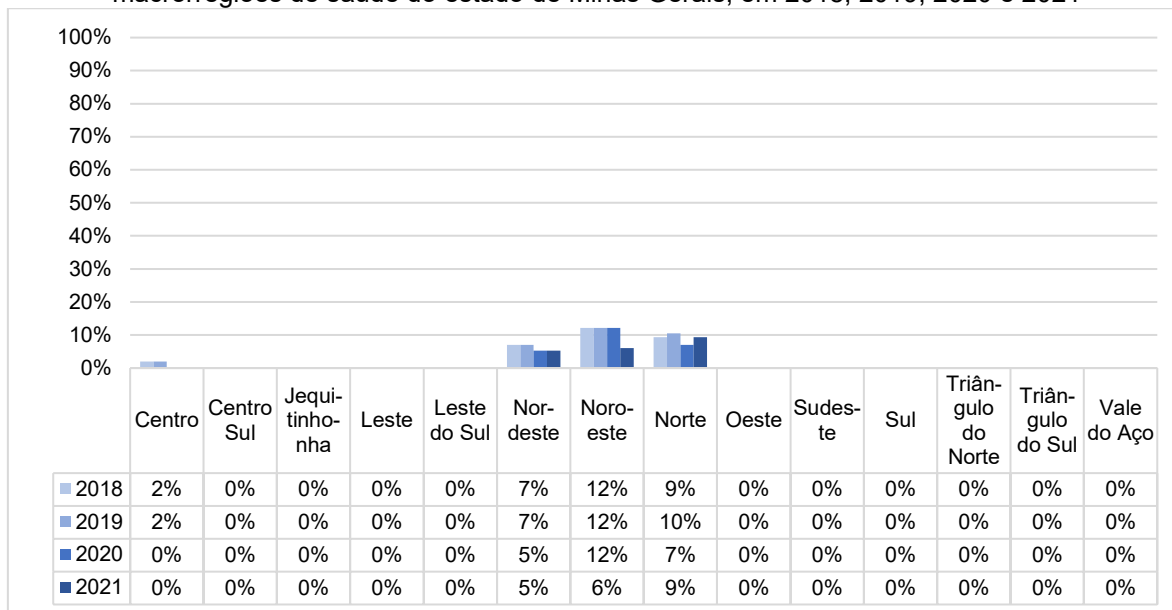
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 4 – Percentual de municípios com adesão às equipes de Atenção Primária, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019



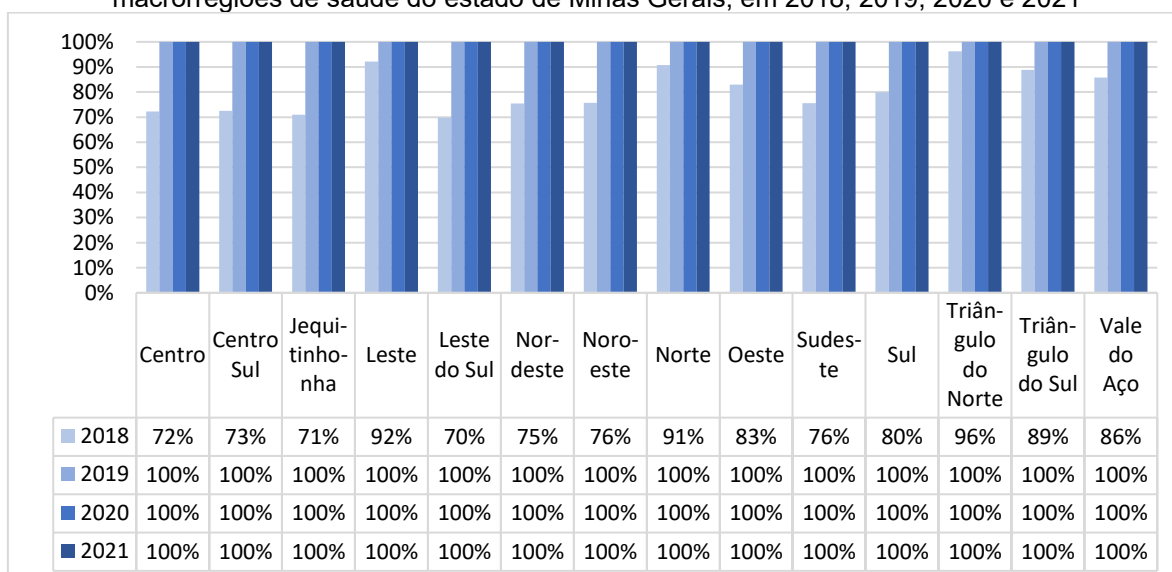
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 7 – Percentual de municípios com adesão às Unidades Odontológicas Móveis, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021



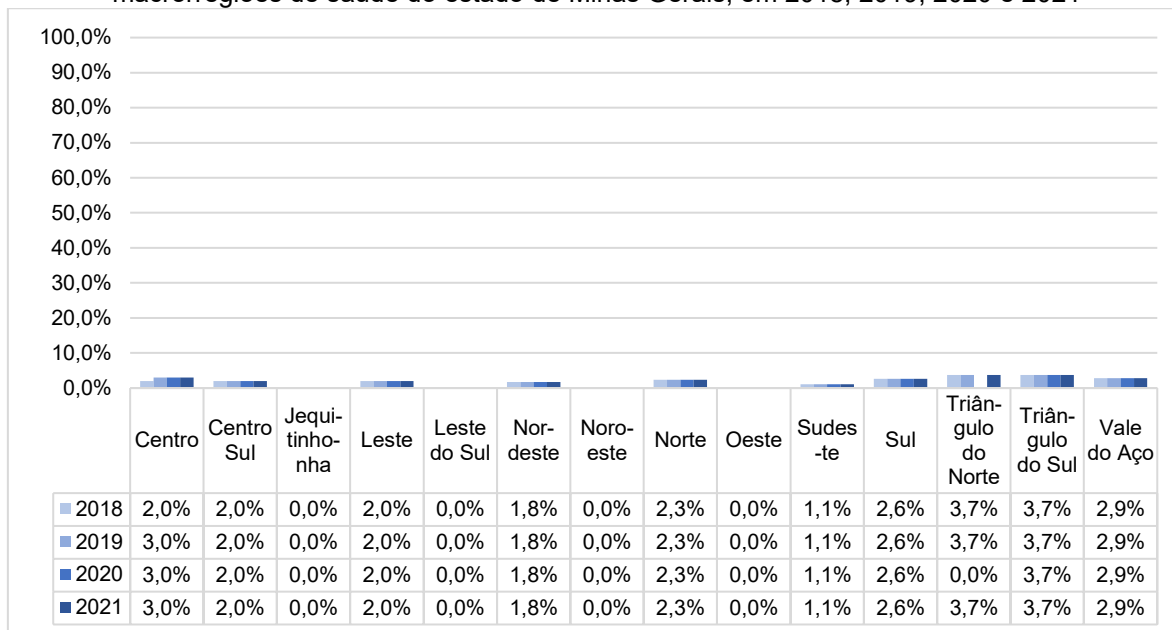
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 8 – Percentual de municípios com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021



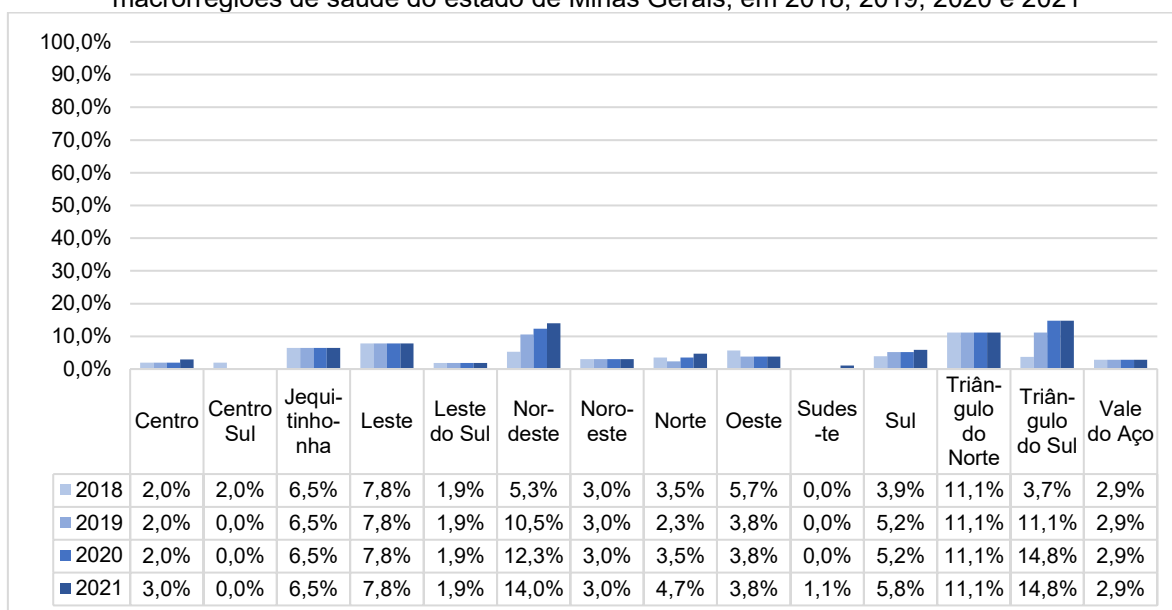
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 11 – Percentual de municípios com adesão às equipes Consultório de Rua, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021



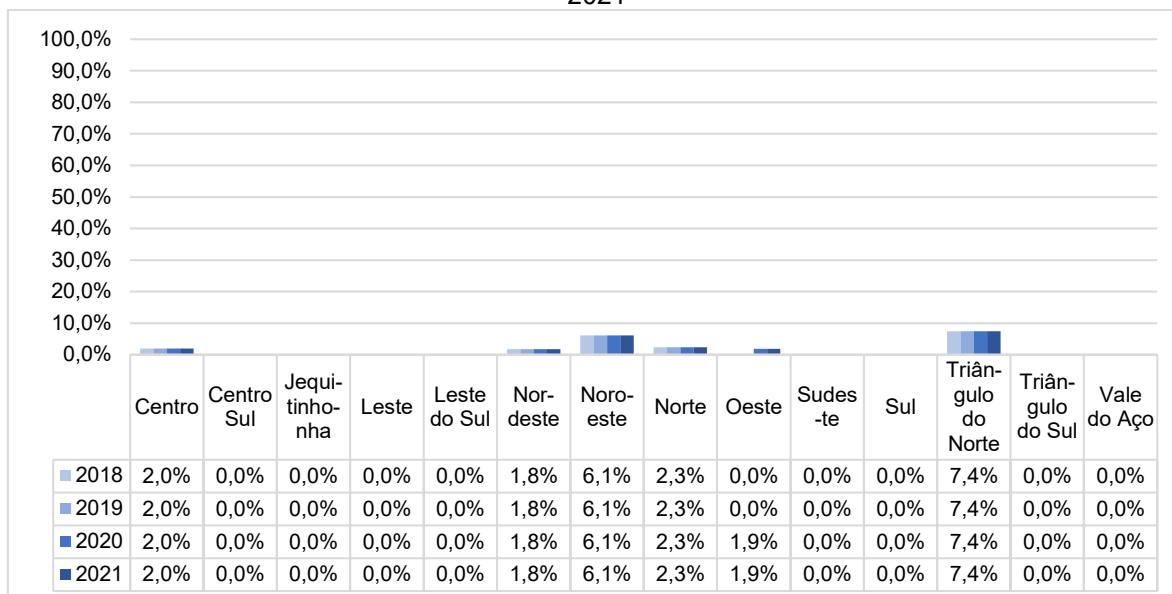
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 12 – Percentual de municípios com equipes de Atenção Básica Prisional (eABP), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021



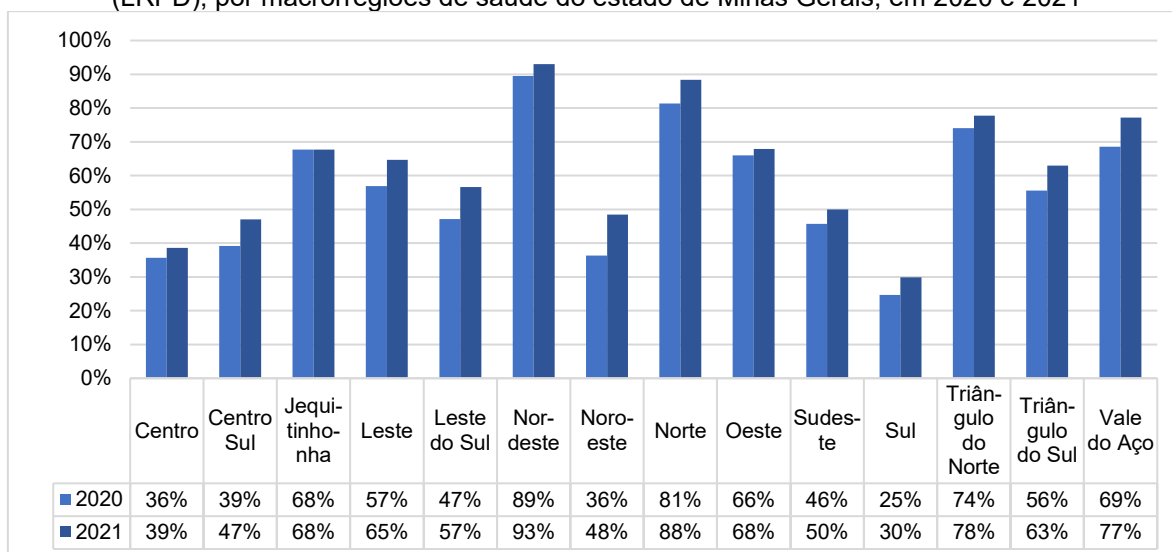
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 13 – Percentual de municípios com custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2018, 2019, 2020 e 2021



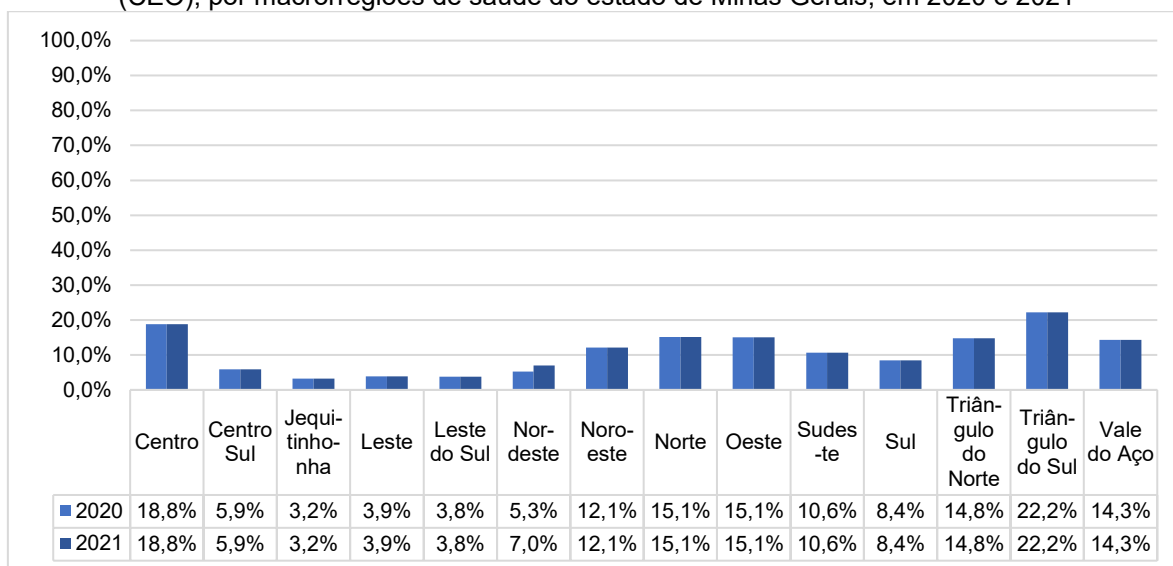
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 16 – Percentual de municípios com adesão ao Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021



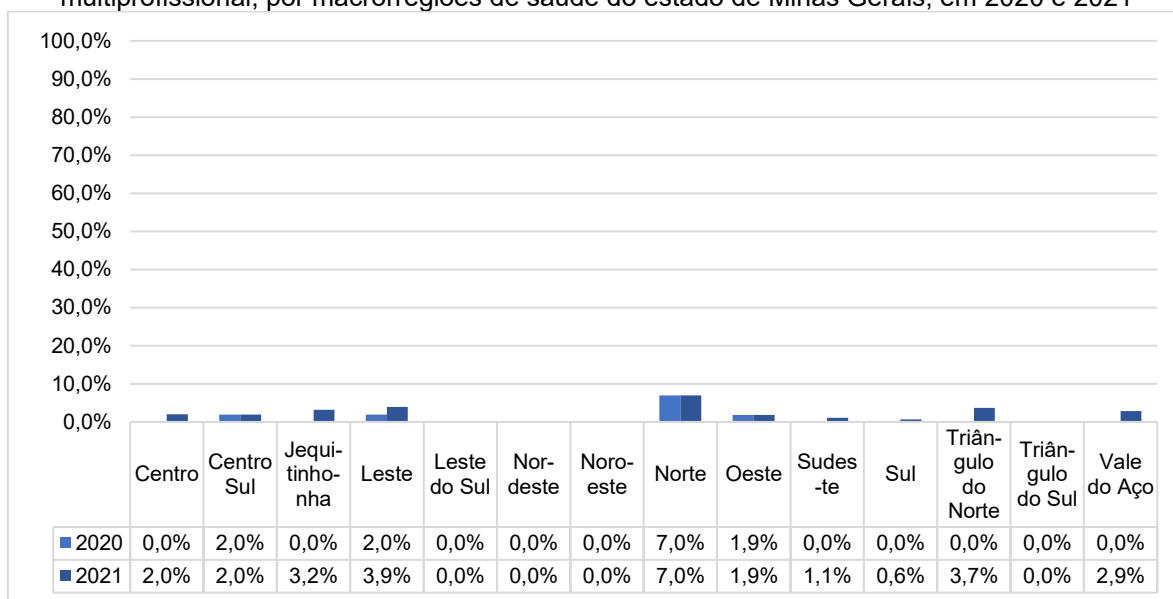
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 17 – Percentual de municípios com adesão ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 18 – Percentual de municípios com estratégia de incentivo a residência médica e multiprofissional, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE C – Relatório Técnico

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Caroline Schilling Soares

PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO “PROGRAMA
PREVINE BRASIL: análise da mudança do modelo de financiamento
federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de
Minas Gerais”

Belo Horizonte
2022

Caroline Schilling Soares

PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO “PROGRAMA PREVINE BRASIL: análise da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de Minas Gerais”

Produto técnico resultante do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos

Coorientador: Prof^a. Dr^a. Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
eAP	equipe de Atenção Primária
eCR	equipe de Consultório na Rua
eSB	equipe de Saúde Bucal
eSF	equipe de Saúde da Família
eSFF	equipe de Saúde da Família Fluvial
eSFR	equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
ISF	Indicador Sintético Final
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
P4P	<i>Pay for performance</i> (pagamento por desempenho)
PAB	Piso de Atenção Básica
PAS	Programa Academia da Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i> (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária)
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSH	Programa Saúde na Hora
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UOM	Unidade Odontológica Móvel

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha histórica do financiamento da APS	8
Figura 2 – Componentes do financiamento da Atenção Primária à Saúde antes e após a instituição do Programa Previne Brasil	9
Figura 3 – Figura 3 – Componentes do Programa Previne Brasil incorporados posteriormente à sua instituição	9
Figura 4 – Agrupamentos de análise por componentes do Programa Previne Brasil	11
Figura 5 – Agrupamentos de análise do financiamento	13
Figura 6 – Figura 6 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de cobertura da população cadastrada em 2018, 2019, 2020 e 2021	15
Figura 7 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, 2018-2021 ...	17
Figura 8 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo com faixas de resultado do indicador de Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, 2018-2021	18
Figura 9 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, 2018-2021	18
Figura 10 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de cobertura de exame citopatológico, 2018-2021.....	19
Figura 11 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas do indicador de percentual de pessoas com hipertensão que tiveram pressão arterial aferida em cada semestre, 2018-2021	20
Figura 12 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada, 2018-2021	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores de Pagamento por Desempenho	12
Quadro 2 – Faixas de percentual de alcance dos resultados dos indicadores do Pagamento por Desempenho e de cadastro da Capitação Ponderada, definidas pelo Ministério da Saúde	12
Quadro 3 – Ações, programas e equipes custeadas pelo PAB Variável e pelo componente Incentivo para Ações Estratégicas do Programa Previne Brasil	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados alcançados pelo estado de Minas Gerais nos indicadores de Pagamento por Desempenho calculados pelo Ministério da Saúde, no 3º quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021	16
Tabela 2 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada em comparação ao PAB Fixo	27
Tabela 3 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada 2021 em relação a 2020, com e sem o adicional do ano .	28
Tabela 4 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes ao Pagamento por Desempenho (2020 e 2021) em relação ao PMAQ-AB (2018 e 2019)	30
Tabela 5 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes ao PAB Variável e ao Incentivo para Ações Estratégicas, em 2018, 2019, 2020 e 2021.....	31
Tabela 6 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas globais no recebimento de recursos financeiros em 2019, 2020 e 2021	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de população cadastrada em eSF e eAP, em relação à população estimada pelo IBGE, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais em 2018, 2019, 2020 e 2021	14
Gráfico 2 – Percentual de municípios que alcançaram as metas dos indicadores, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, no 3º quadrimestre de 2021	22
Gráfico 3 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos de repasse financeiro global em 2020 e 2021 (simulação sem Per Capita de Transição e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional), em relação a 2018 e 2019	34

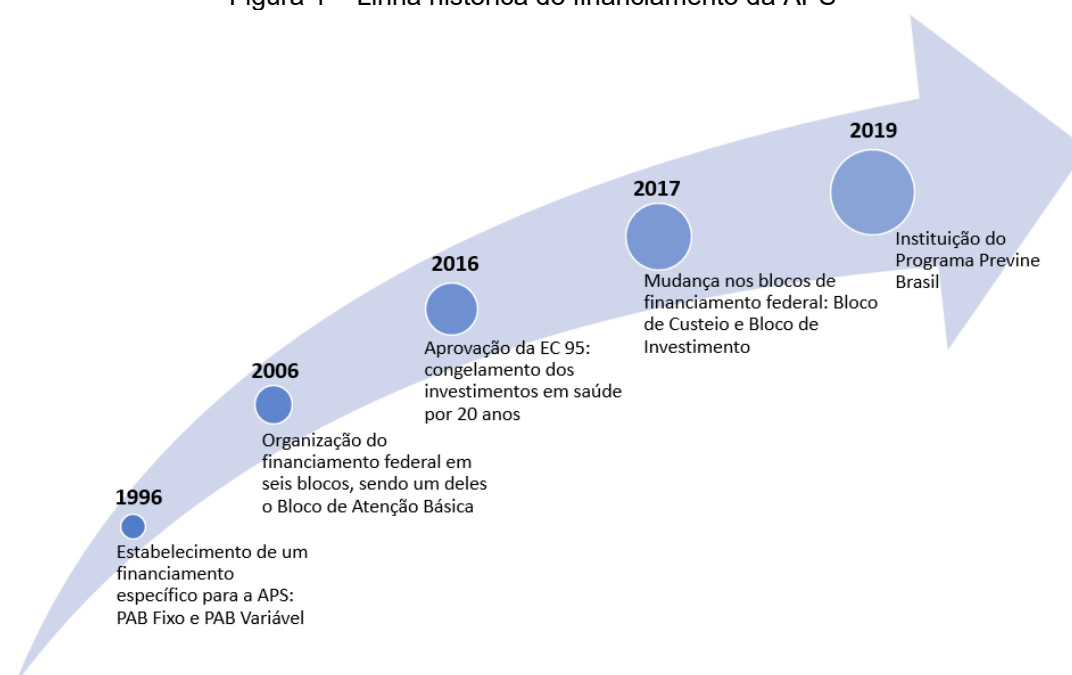
SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA	11
3 RESULTADOS	14
3.1 CAPITAÇÃO PONDERADA	14
3.2 PAGAMENTO POR DESEMPENHO	15
3.3 INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS	22
3.4 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	26
3.4.1 PAB Fixo e Capitação Ponderada	26
3.4.2 PMAQ-AB e Pagamento por Desempenho	29
3.4.3 PAB Variável e Ações Estratégicas	31
3.4.4 Financiamento global antes e após a instituição do Programa Previne Brasil.....	32
4 RECOMENDAÇÕES	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

O financiamento específico para a Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecido em 1996 com a Norma Operacional Básica nº 01/96 e implementado em 1998, denominado Piso da Atenção Básica (PAB), composto por uma parte fixa (PAB Fixo) e outra variável (PAB Variável) (BRASIL, 1996; 1998). Mudanças no financiamento ocorreram ao longo do tempo, até a instituição do Programa Previne Brasil em 2019 (Figura 1).

Figura 1 – Linha histórica do financiamento da APS

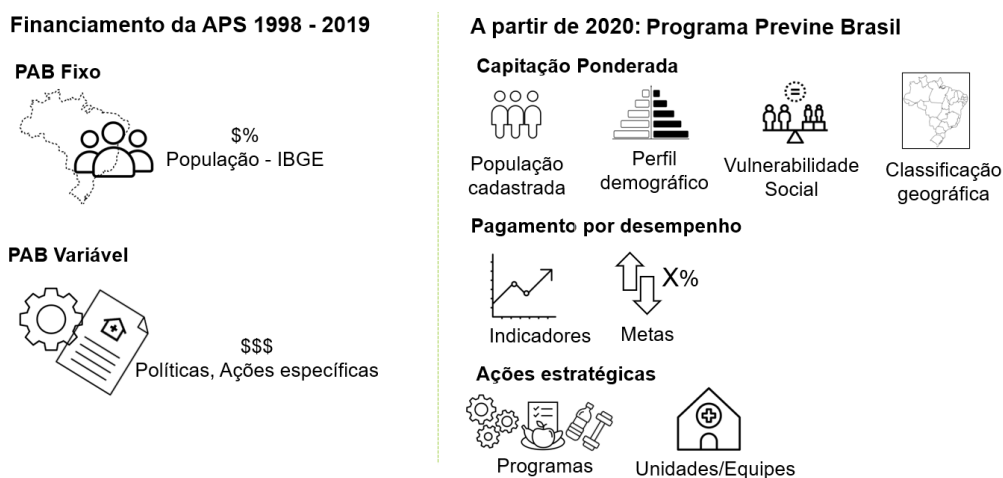


Fonte: Elaborado pela autora, baseado em BRASIL, 1996; 1998; 2006a; 2016; 2017; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018.

O novo modelo de financiamento era composto por Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas. A Figura 2 mostra, de forma esquemática, os componentes do financiamento antes e após a instituição do Programa Previne Brasil.

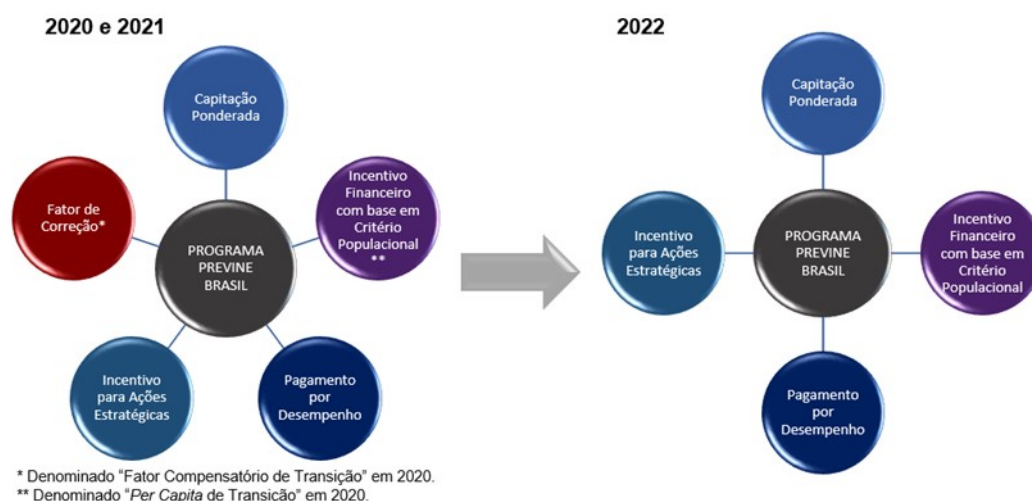
O Programa Previne Brasil sofreu adiamento do início das transferências referente à população cadastrada (Capitação Ponderada) e alcance de metas dos indicadores (Pagamento por Desempenho), bem como passou por alterações em seus componentes (Figura 3) e formas de avaliação dos municípios ao longo dos anos 2020, 2021 e 2022 (BRASIL, 2019; 2020a; 2021a,b,c; 2022).

Figura 2 – Componentes do financiamento da Atenção Primária à Saúde antes e após a instituição do Programa Previnde Brasil



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em BRASIL, 1998; 2019.

Figura 3 – Componentes do Programa Previnde Brasil incorporados posteriormente à sua instituição



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em BRASIL, 2019; 2020a; 2021a,b,c; 2022.

Este Relatório Técnico é parte integrante da dissertação de Caroline Schilling Soares apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, intitulada "Programa Previnde Brasil: análise da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de Minas Gerais", orientada pela Professora Doutora Mirela Castro Santos Camargos e coorientada pela Professora Doutora Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha. A dissertação teve como objetivo geral analisar as mudanças provocadas em indicadores e no financiamento da Atenção Primária dos

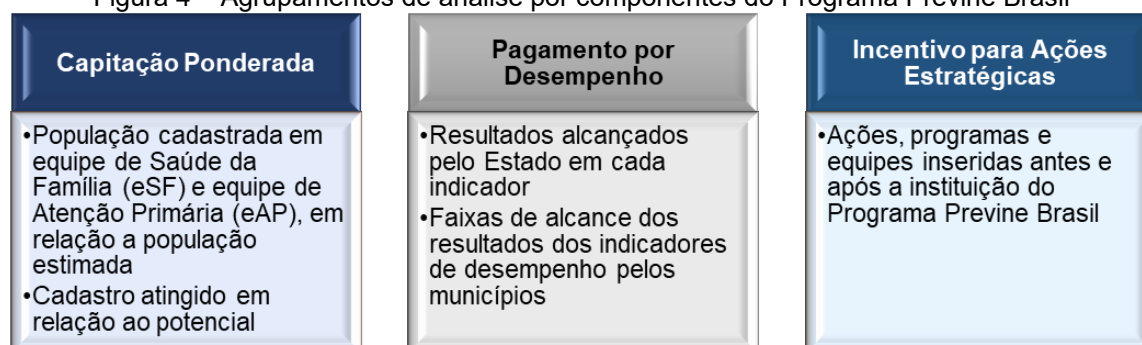
municípios do estado de Minas Gerais mediante instituição do Programa Previne Brasil.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de dados secundários, contidos em relatórios públicos do portal e-Gestor Atenção Básica e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os 853 municípios de Minas Gerais, com análise desagregada entre as 14 macrorregiões de saúde. O período de análise compreendeu os anos de 2018 a 2021, tendo sido apresentados os resultados do 3º quadrimestre de cada ano. Realizou-se análise estatística descritiva por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas e média aritmética, com informações organizadas em gráficos, mapas e tabelas.

Neste trabalho, o foco da análise foi verificar em que medida a implementação do programa acarreta perda de financiamento para a Atenção Primária em cada município. Dessa forma, os indicadores foram calculados de forma a identificar, por macrorregião de saúde, o percentual de municípios que não cumpriram as metas estabelecidas pelo programa e o percentual que teve/teria perda com a mudança na forma de repasse dos recursos. Realizou-se a análise segundo resultados observados, considerando os agrupamentos de cada componente do Programa Previne Brasil (Figura 4).

Figura 4 – Agrupamentos de análise por componentes do Programa Previne Brasil



Fonte: Elaborado pela autora.

Os indicadores do Pagamento por Desempenho, analisados neste trabalho, encontram-se descritos no Quadro 1. O indicador 5, referente à cobertura vacinal por poliomielite inativada e pentavalente em crianças menores de um ano, apresentou problemas metodológicos à época da análise e não foi considerado na dissertação.

Quadro 1 – Indicadores de Pagamento por Desempenho

Ações	Indicador	Meta
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação	60%
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60%
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	40%
Saúde da Criança	Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente	95%
Doenças Crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	50%
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	50%

Fonte: BRASIL, 2020b, 2021a.

Para a análise do percentual de alcance atingido pelos municípios em cada indicador, foram utilizadas as faixas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sendo definidas neste estudo como: crítica, insuficiente, parcial e suficiente (Quadro 2).

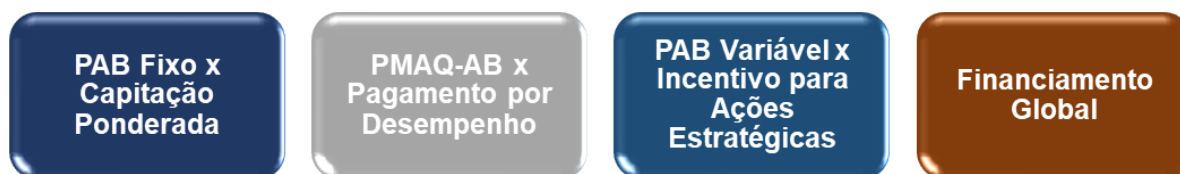
Quadro 2 – Faixas de percentual de alcance dos resultados dos indicadores do Pagamento por Desempenho e de cadastro da Capitação Ponderada, definidas pelo Ministério da Saúde

Indicadores	Crítica	Insuficiente	Parcial	Suficiente
Pré-natal	< 24%	≥ 24% e < 42%	≥ 42% e < 60%	≥ 60%
Saúde da mulher	< 16%	≥ 16% e < 28%	≥ 28% e < 40%	≥ 40%
Doenças crônicas	< 20%	≥ 20% e < 35%	≥ 35% e < 50%	≥ 50%

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos painéis da APS do portal e-Gestor AB.

Para a análise do financiamento, avaliaram-se as informações referentes ao financiamento global e de cada componente antes e após a instituição do Programa Previne Brasil. Realizou-se comparação entre os valores reais recebidos e simulações, destacando o percentual de municípios por macrorregião que tiveram ou teriam perdas de recursos financeiros. Os agrupamentos de análise realizados para o financiamento são apresentados na Figura 5.

Figura 5 – Agrupamentos de análise do financiamento



Fonte: Elaborado pela autora.

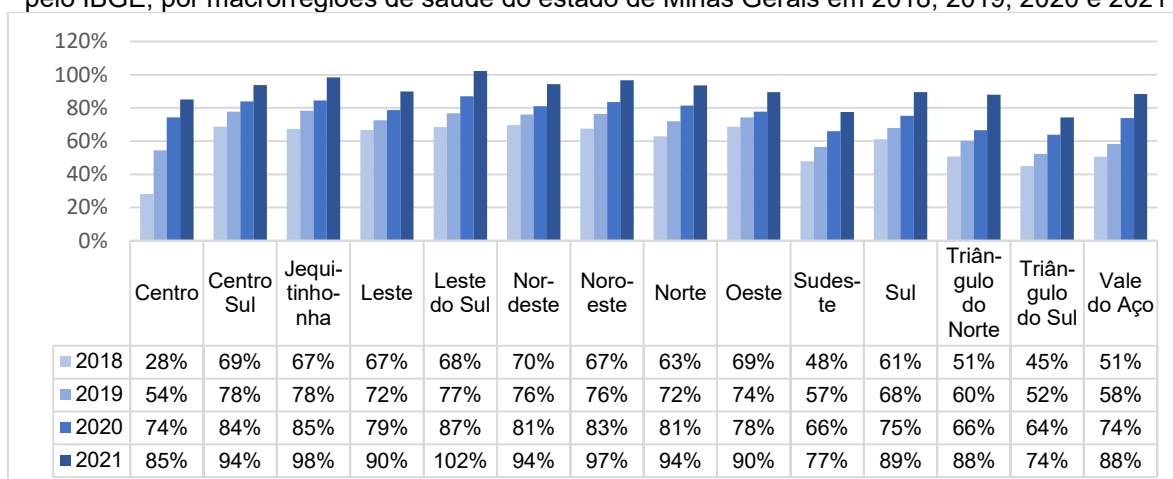
Na análise realizada, consideram-se os incentivos financeiros recebidos referentes ao PAB Fixo, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e PAB Variável dos anos de 2018 e 2019, bem como os valores recebidos em 2020 e 2021 relativos aos componentes do Programa Previne Brasil: Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho, Incentivo para Ações Estratégicas, Per Capita de Transição e Fator Compensatório de Transição (apenas em 2020) e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional e Fator de Correção (somente em 2021). Ressalta-se que, nos dois últimos anos, a APS recebeu recursos destinados a Covid-19, não tendo sido considerados nesta análise por ter caráter excepcional.

3 RESULTADOS

3.1 CAPITAÇÃO PONDERADA

A análise do percentual da população cadastrada, em relação à população estimada pelo IBGE, antes (2018 e 2019) e após (2020 e 2021) a instituição do Programa Previne Brasil mostrou um aumento importante em praticamente todas as macrorregiões de saúde (Gráfico 1). A macrorregião Centro teve o maior aumento percentual, saindo de 28% em 2018 para 85% em 2021. Vale ressaltar que esse aumento começa a ser observado já em 2019, ano em que o Programa foi instituído, podendo estar associado tanto a uma tendência de crescimento em anos anteriores, como também a uma resposta antecipada ao Programa por parte dos gestores. Esse comportamento é verificado para todas as macrorregiões. As macros Triângulo do Sul e Vale do Aço tiveram aumento mais expressivo logo após a instituição do Programa (entre 2019 e 2020). Nas demais macros, a variação na cobertura foi maior entre 2020 e 2021 quando a implementação do Programa já estava em curso.

Gráfico 1 – Percentual de população cadastrada em eSF e eAP, em relação à população estimada pelo IBGE, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais em 2018, 2019, 2020 e 2021

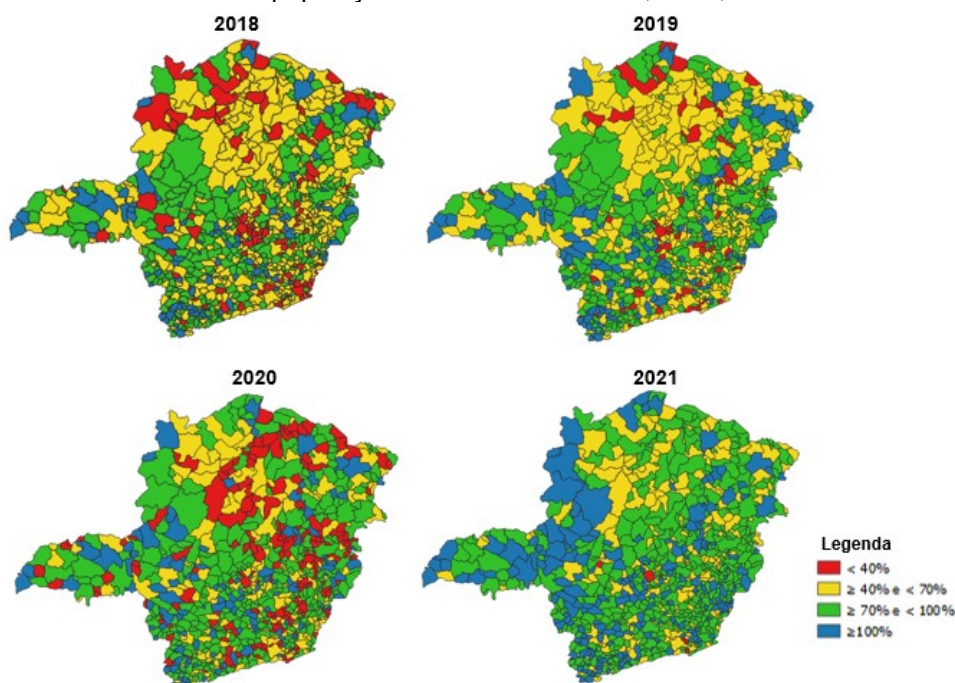


Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 6 apresenta a distribuição espacial dos municípios conforme as faixas de cobertura potencial de cadastro nos quatro anos analisados. Percebe-se melhoria contínua da cobertura no período, sobretudo em 2021, em que apenas dois municípios estão classificados na faixa mais baixa de alcance do potencial de

cadastro (< 40%). Em 2020, há ainda um percentual elevado de municípios na faixa de potencial de cadastro inferior a 40%. Nesse ano, 191 municípios (22%) não apresentavam eSF e eAP. Os municípios sem equipes estavam concentrados nas macrorregiões Norte (18%), Leste (13%) e Sul (10%). O aumento da cobertura é verificado no 3º quadrimestre de 2021, em que todos os municípios passaram a apresentar pelo menos uma eSF. Observa-se um aumento expressivo da cobertura da população cadastrada em praticamente todos os municípios (99,9%), sendo que em 203 (23,8%) esse acréscimo foi substancial, maior que 100%.

Figura 6 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de cobertura da população cadastrada em 2018, 2019, 2020 e 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

3.2 PAGAMENTO POR DESEMPENHO

Nesta seção, inicialmente, são apresentados os resultados alcançados pelo estado de Minas Gerais nos indicadores, conforme cálculo realizado pelo Ministério da Saúde. Posteriormente, a análise é realizada por macrorregião de saúde, por indicador. Observa-se melhoria gradual dos indicadores no Estado ao longo do período (Tabela 1). Apesar dessa melhoria, todos os indicadores apresentaram percentuais muito aquém das metas estabelecidas pelo Programa.

Tabela 1 – Resultados alcançados pelo estado de Minas Gerais nos indicadores de Pagamento por Desempenho calculados pelo Ministério da Saúde, no 3º quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021

Indicador	Meta (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)
1 – Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	60	14	24	29	36
2 – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60	12	17	26	40
3 – Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60	11	18	17	36
4 – Cobertura de exame citopatológico	40	13	17	16	17
6 – Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	50	2	3	4	11
7 – Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	50	5	8	11	23

Fonte: Elaborado pela autora.

Indicadores de Pré-Natal

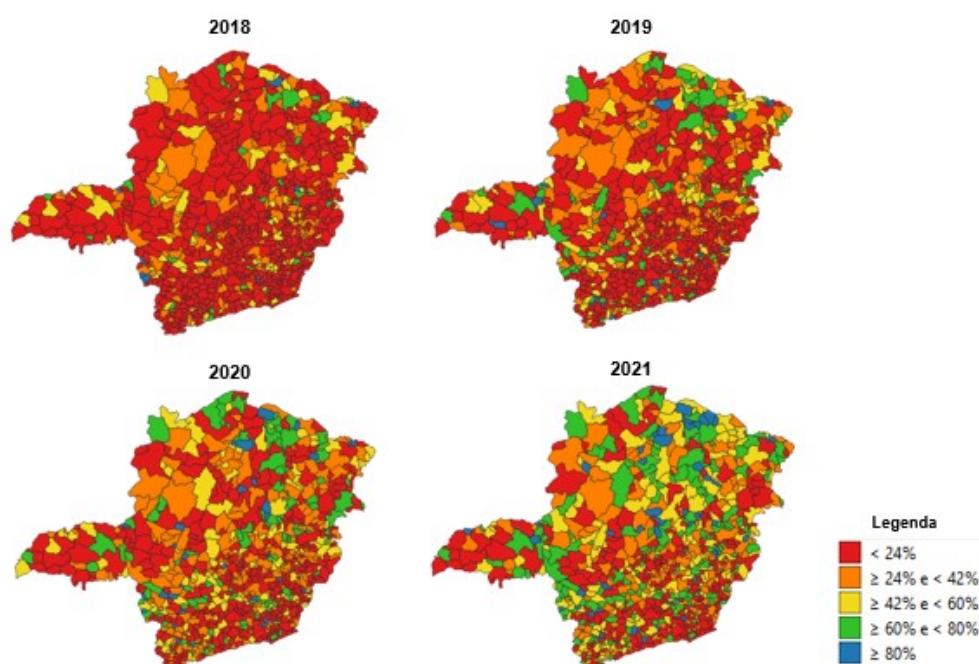
Em todas as macrorregiões de saúde houve melhoria na cobertura de consultas de pré-natal na APS (indicador 1). Houve um aumento no percentual de municípios nas faixas mais altas de cobertura (maior ou igual a 42%) e na proporção de municípios que alcançou a meta de 60%, com uma concomitante redução de municípios nas faixas mais baixas, sobretudo na primeira faixa, cuja cobertura é menor que 24%.

Apesar desses resultados positivos, observa-se que, no último quadrimestre de 2021, apenas 228 municípios (26,7%) haviam cumprido a meta estabelecida para esse indicador. Analisando entre as macrorregiões, Norte e Triângulo do Norte alcançaram em 2021, a maior proporção de municípios que cumpriram a meta em 2021, 43% e 37% respectivamente. As macros que tiveram aumentos mais acentuados na proporção de municípios cumprindo a meta entre 2018 e 2021 foram Sul (36%), Norte (31%) e Centro (20%). A Figura 7 mostra a distribuição espacial dos municípios segundo faixa de cobertura de gestantes para o indicador 1 no terceiro quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021.

Avanços também foram observados no que se refere à cobertura de exames realizados (indicador 2). Entre 2018 e 2021, houve melhoria importante em todo o Estado. No último quadrimestre de 2018, apenas 24 (2,8%) municípios de Minas Gerais haviam cumprido a meta estabelecida. O cenário melhora em 2021, com 267 municípios (31,3%) alcançando os 60. Em 2021, o percentual de municípios que

conseguiu cumprir a meta nesse indicador foi mais expressivo nas macros Noroeste (55%), Norte (49%) e Jequitinhonha (45%). Há, entretanto, uma elevada proporção de municípios que não cumpriram essa meta, principalmente na Leste do Sul e Triângulo do Norte, com mais de 80% dos municípios nessa situação. A Figura 8 mostra a distribuição espacial dos municípios segundo faixa de cobertura de gestantes para o indicador 2 no terceiro quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021.

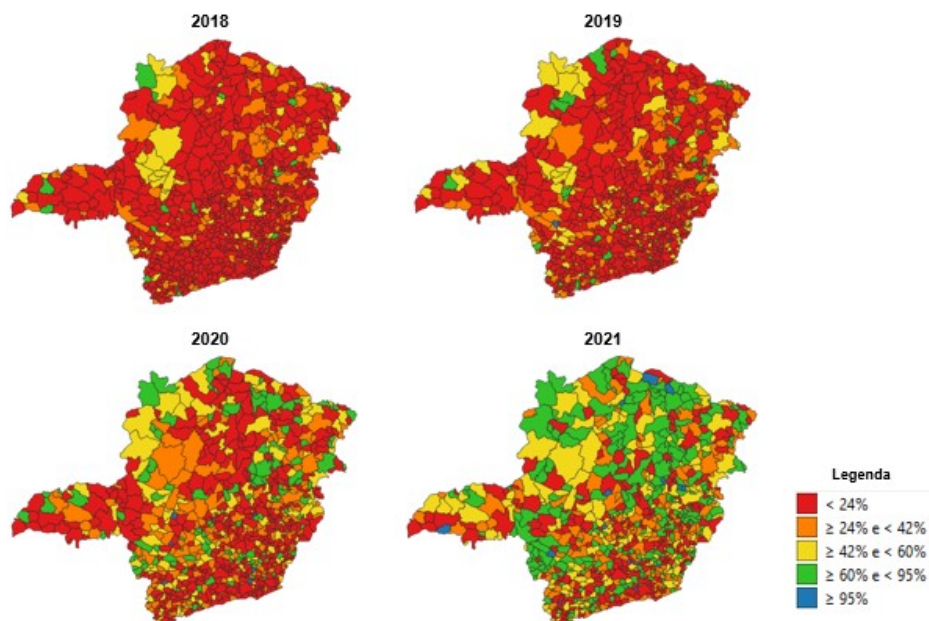
Figura 7 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, 2018-2021



Fonte: Elaborado pela autora.

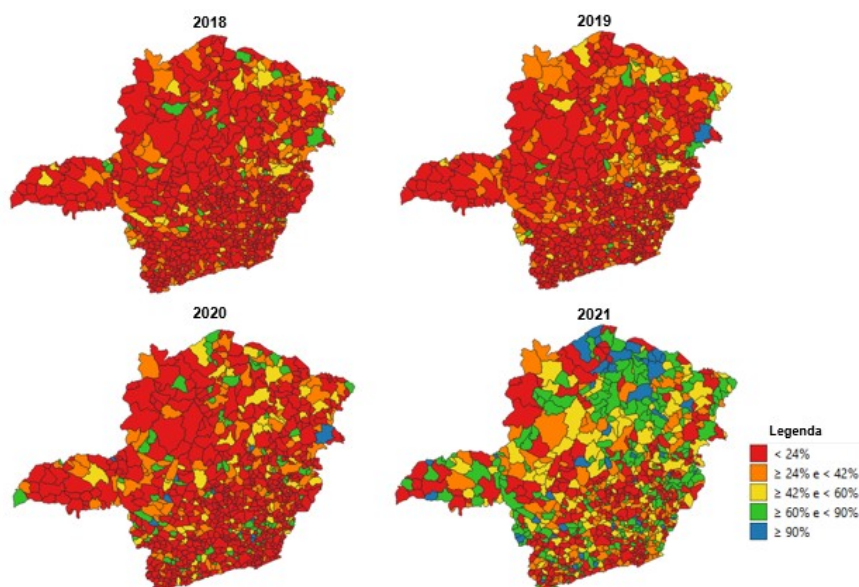
Com relação ao cuidado da saúde bucal, ofertado à gestante, também foram verificadas melhorias importantes. No último quadrimestre de 2018, apenas 28 (3,3%) municípios haviam cumprido a meta estabelecida. Em 2021, esse número se eleva para 278, representando 32,6% dos municípios de Minas Gerais. Esse percentual é mais elevado nas macrorregiões Jequitinhonha (61%), Norte (60%) e Triângulo do Norte (44%). Os piores resultados de cobertura são observados nas macros Centro, Leste do Sul, Noroeste, Oeste e Sudeste, em que menos de 30% dos municípios cumpriram a meta de 60% nos quatro anos de análise. A Figura 9 mostra a distribuição espacial dos municípios segundo faixa de cobertura de gestantes para o indicador 3 no terceiro quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021.

Figura 8 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo com faixas de resultado do indicador de Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, 2018-2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 9 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, 2018-2021



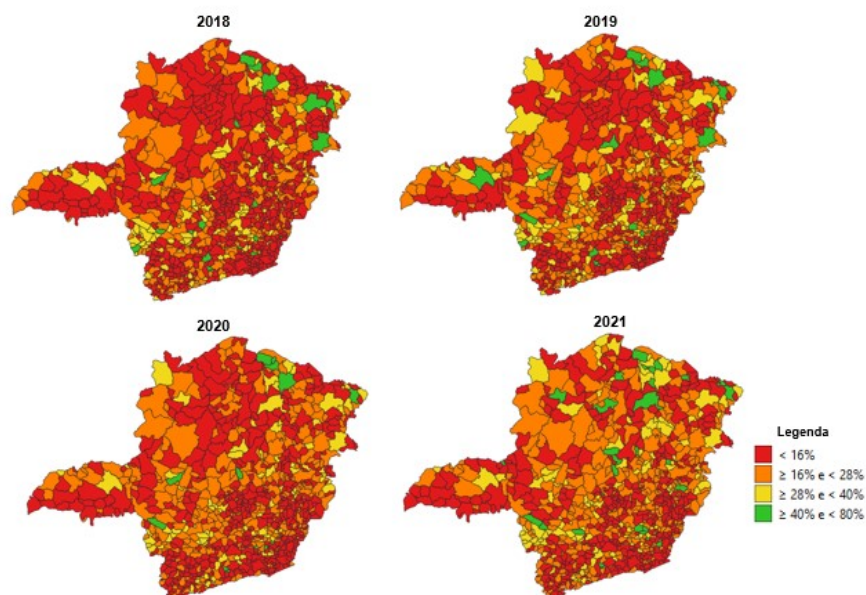
Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se melhoria gradual dos resultados destes indicadores. Entretanto, em 2021, há ainda uma grande concentração de municípios que não conseguiram atingir a meta estabelecida. Do ponto de vista do repasse dos recursos, esses resultados podem implicar perda do incentivo financeiro referente ao componente de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil.

Indicador de Saúde da Mulher

Para o indicador 4 de cobertura de exame citopatológico, ocorre melhoria discreta dos resultados de 2018 a 2021, mas ainda uma elevada proporção de municípios abaixo da meta estabelecida em todo o período de análise. A Figura 10 mostra a distribuição dos municípios segundo faixas de cobertura estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para o terceiro quadrimestre de cada ano.

Figura 10 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de cobertura de exame citopatológico, 2018-2021



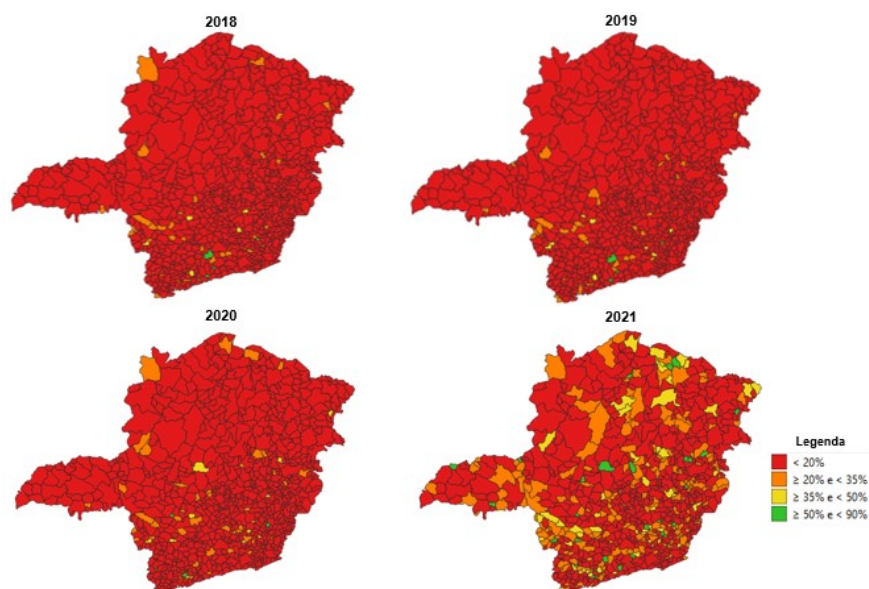
Fonte: Elaborado pela autora.

Apenas 31 municípios (3,6%) cumpriram a meta em 2021 para este indicador. Em 2018, a quantidade absoluta de municípios era ainda menor (20, que equivale a 2,3%), representando um aumento de 55% no período. Apesar desse aumento, o resultado é preocupante em todas as macrorregiões do estado. De forma geral, há uma redução no percentual de municípios cuja cobertura é inferior a 16% e um aumento nas faixas subsequentes, entre 16% e 28% ou entre 28% e 40%, dependendo da macrorregião analisada. A proporção de municípios que conseguiram alcançar a meta (40% ou mais) é muito baixa em todas as macrorregiões de saúde, sendo inclusive igual a 0% nas macros Vale do Aço e Triângulo do Sul nos quatro anos de análise. A macrorregião Triângulo do Sul se destaca ainda por apresentar o percentual mais elevado de municípios (81%) com cobertura inferior a 16%.

Indicadores de Doenças Crônicas

A análise realizada evidenciou elevado percentual de municípios com baixa cobertura do indicador 6 de pessoas com hipertensão com pressão arterial aferida em cada semestre, em todas as macrorregiões de saúde. Houve melhoria no período, sobretudo em 2021, mas não o suficiente para aumentar de forma considerável essa cobertura. No último quadrimestre de 2018, apenas 4 municípios (0,5%) haviam cumprido a meta. Em 2021, observa-se uma melhoria discreta, com esse número, aumentando para 28 municípios (3,3%). Como resultado, mais da metade dos municípios de todas as macros tinha menos de 20% de pacientes com pressão arterial aferida. As macros do Jequitinhonha, Noroeste e Oeste tiveram resultados ainda piores, com nenhum município atingindo a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde. A Figura 11 mostra a distribuição espacial dos municípios segundo faixa de cobertura para o indicador 6 no terceiro quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021.

Figura 11 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas do indicador de percentual de pessoas com hipertensão que tiveram pressão arterial aferida em cada semestre, 2018-2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Resultados similares são observados para o indicador 7, de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada, no qual o percentual de

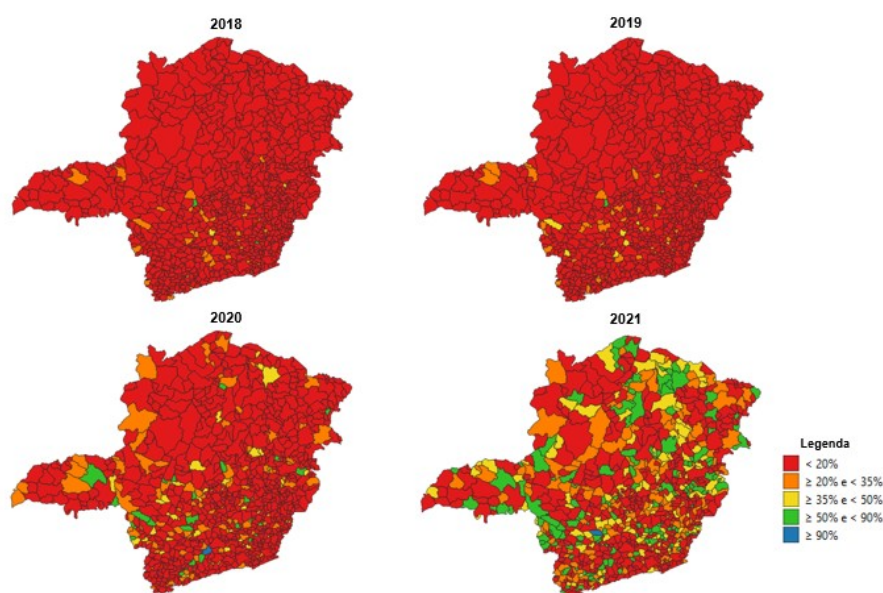
municípios alcançando a meta estabelecida é muito baixo em todo o período analisado.

Após a instituição do Programa, começa a haver melhoria gradual, aumentando o percentual de municípios em cada macro que conseguiu cumprir a meta. Apesar dessa melhora, observa-se ainda uma parcela expressiva de municípios (acima de 40% para todas as macrorregiões de saúde) cuja cobertura desse indicador é inferior a 20%.

No último quadrimestre de 2021, somente 141 municípios (16,5%) cumpriram a meta. Em 2018, esse resultado era ainda pior, com apenas 2 municípios (0,2%) com solicitação de exame de hemoglobina glicada para 50% dos pacientes com diabetes. Em 2021, as macrorregiões Centro Sul, Leste, Norte e Sul, foram aquelas que apresentaram os melhores resultados. A Figura 12 mostra a distribuição espacial dos municípios segundo faixa de cobertura para o indicador 7 no terceiro quadrimestre de 2018, 2019, 2020 e 2021.

Observa-se uma discreta melhoria dos resultados, porém a concentração de municípios que não conseguiram atingir a meta estabelecida em 2021 é elevada em ambos os indicadores, com resultados um pouco melhores para o indicador de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada.

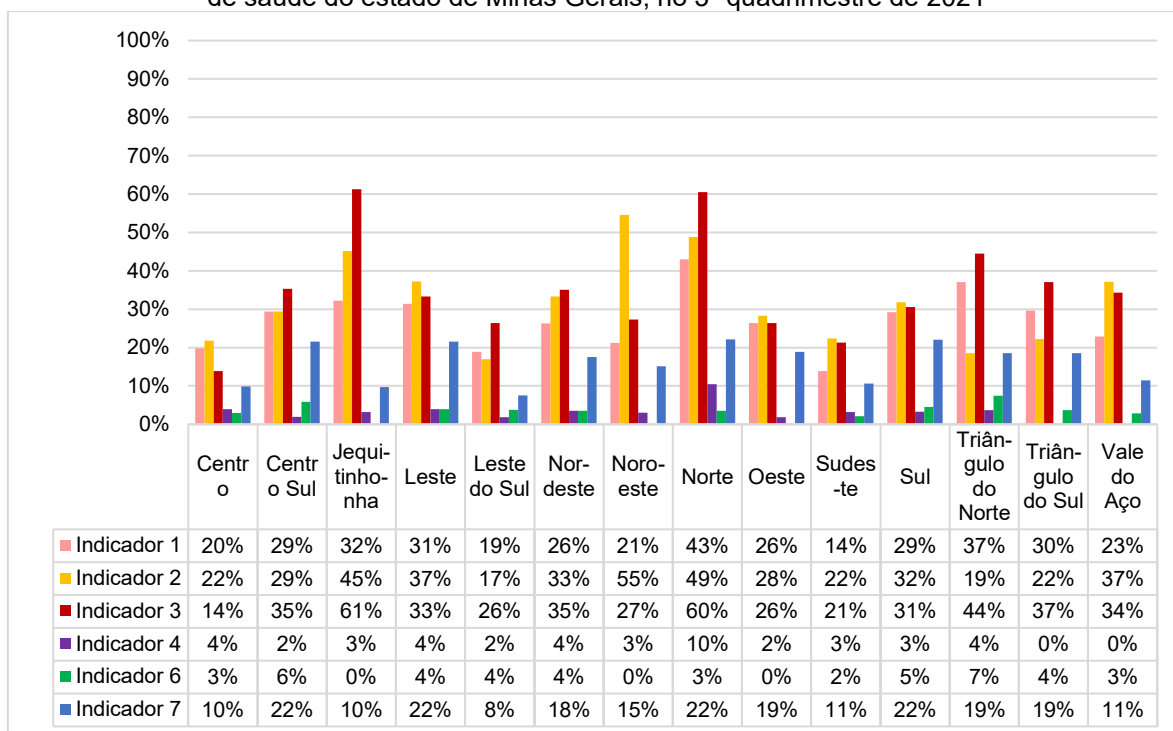
Figura 12 – Distribuição espacial dos municípios de Minas Gerais segundo faixas de resultado do indicador de percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada, 2018-2021



Fonte: Elaborado pela autora.

No conjunto da análise dos sete indicadores, caso o pagamento, conforme o desempenho, tivesse sido efetivamente implementado, grande parte dos municípios poderiam ter tido um impacto negativo expressivo do ponto de vista do financiamento da Atenção Primária. Apesar da ampliação do prazo para os municípios se adequarem ao cumprimento dos indicadores, ainda no último quadrimestre avaliado, nenhum município conseguiu atingir a meta para os sete indicadores. O Gráfico 2 sintetiza os resultados para o terceiro quadrimestre de 2021.

Gráfico 2 – Percentual de municípios que alcançaram as metas dos indicadores, por macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, no 3º quadrimestre de 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Indicador 1 - proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; Indicador 2 - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Indicador 3 - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Indicador 4 - cobertura de exame citopatológico; Indicador 6 - percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; Indicador 7 - percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada.

3.3 INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS

Algumas equipes que eram financiadas pelo PAB Variável deixaram de receber incentivos financeiros com a instituição do Programa Previne Brasil, contudo, outras ações e programas foram criados e alguns tiveram alteração de

nome, apesar de abranger o mesmo escopo de atuação. Foram considerados como programas financiados aqueles que constavam nos relatórios de pagamento do e-Gestor AB. Instituíram-se o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e Programa Saúde na Escola (PSE) em anos anteriores, 2006, 2005 e 2007, respectivamente, por portarias específicas. Entretanto, esses programas não foram contemplados pelo PAB Variável por não constarem nos relatórios de pagamento dos anos de 2018 e 2019 (BRASIL, 2006b, 2007a,b).

Dentre as ações definidas pelo Ministério da Saúde, três não tiveram adesão por nenhum município de Minas Gerais: equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e microscopistas. A não adesão a essas ações se justifica pelo perfil territorial do Estado e por Minas não possuir áreas endêmicas de malária, doença de Chagas e filariose. O Quadro 3 sintetiza as ações e programas contemplados pelo PAB Variável e pelo Programa Previne Brasil.

Quadro 3 – Ações, programas e equipes custeadas pelo PAB Variável e pelo componente Incentivo para Ações Estratégicas do Programa Previne Brasil

Ações, programas e equipes
Contempladas pelo Programa Previne Brasil e pelo PAB Variável
Programa Academia da Saúde (PAS) Equipe Consultório de Rua (eCR) Equipe de Saúde Bucal (eSB) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Unidade Odontológica Móvel (UOM) Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário / Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) Adolescente em situação de privação de liberdade/ Custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo Microscopista Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF) / Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) Programa Saúde na Hora (PSH)
Contempladas pelo Programa Previne Brasil mas não pelo PAB Variável
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) Programa Saúde na Escola (PSE) Programa de Apoio à Informatização da APS Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional
Contempladas pelo PAB Variável mas não pelo Programa Previne Brasil
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) Equipe de Saúde da Família (eSF) Equipe de Atenção Primária (eAP)

Fonte: Elaborado pela autora.

Ações estratégicas do PAB Variável

As equipes custeadas pelo PAB Variável e que deixaram de ser financiadas com a instituição do Programa Previne Brasil são: equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Primária (eAP) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Em Minas Gerais, observou-se, em 2018 e 2019, adesão de todos os municípios à eSF, exceto Monte Formoso (macro Nordeste). Em 2020, a descontinuidade do financiamento federal impactou de forma negativa no número dessas equipes cadastradas. Nesse ano, 192 (22,5%) municípios deixaram de apresentar eSF credenciadas e/ou homologadas pelo Ministério da Saúde. Em 2021, esse quadro se reverteu, e todos os municípios passaram a apresentar novamente eSF credenciadas. A adesão às equipes de Atenção Primária, por sua vez, mostrou-se baixa em todo o estado. Em 2018, não havia nenhuma equipe cadastrada e, em 2019, 32 municípios começaram a receber financiamento referente a eAP. Em 2020, apesar de essas equipes não serem mais custeadas pelo Programa, 54 municípios (6,3%) apresentaram adesão a eAP e em 2021, todas as macrorregiões apresentaram pelo menos um município com eAP, totalizando 104 municípios (12,2%) no estado.

Para análise da adesão às equipes do NASF-AB não foi possível verificar as informações sobre essas equipes após a instituição do Programa Previne Brasil (2020 e 2021) por não estarem disponíveis em relatórios públicos do Ministério da Saúde. Em todas as macrorregiões de saúde a adesão ao NASF-AB foi acima de 60%, mantendo-se estável na maioria das macros em 2018 e 2019.

Apesar da suspensão de financiamento destinado às eSF e eAP, os componentes de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho preveem que o cadastro dos usuários esteja vinculado a estas equipes e que os resultados dos indicadores sejam apurados conforme atendimentos realizados a pessoas vinculadas às eSF e eAP. No caso das equipes multiprofissionais, não há uma correlação direta a outros componentes do Programa Previne Brasil. Dessa forma, a perda do custeio federal pode ter impactado na redução das equipes NASF-AB.

Ações estratégicas do PAB Variável e do Programa Previne Brasil

As ações estratégicas contempladas tanto pelo PAB variável quanto pelo Programa Previne Brasil, que tiveram maior adesão de municípios de Minas Gerais, são as equipes de Saúde Bucal (eSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A adesão às eSB chegou a alcançar 100% dos municípios nas macros Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste e Norte. A cobertura foi menor nas macros Sul (81,8% em 2021) e Centro Sul (86,3% em 2021).

Esse resultado se contrapõe ao observado para as Unidades Odontológicas Móveis, cujo percentual de adesão é muito baixo, não ultrapassando 10% em todo o estado. A adesão ao programa dos Agentes Comunitários de Saúde sofreu um aumento no período de análise. Em 2018, o percentual de municípios com adesão a esta estratégia variou de 69,8% (Leste do Sul) a 96,3% (Triângulo do Norte). Em 2019, 100% dos municípios aderiram ao programa, mantendo-se neste patamar em 2020 e 2021.

Para as demais ações e programas previstos pelas duas políticas, a adesão foi baixa. O percentual de municípios com adesão ao Programa Academia da Saúde (PAS) era em 2021 de 21,2% (181 municípios). O Programa Saúde na Hora (PSH) foi instituído em maio de 2019 e, no início do Programa, apenas 10 municípios (1,2%) haviam realizado a adesão, chegando a 78 (9,1%) em 2021. O percentual de adesão às equipes Consultório de Rua não ultrapassou 4% dos municípios no período analisado. Em relação à equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), o percentual de municípios com custeio ficou abaixo de 8% na maior parte das macrorregiões de saúde e em 2021, apenas 43 municípios (5,0%) apresentaram essas equipes. Outra estratégia com baixa adesão dos municípios se refere ao custeio de adolescentes em atendimento socioeducativo, sendo verificado em apenas 10 municípios (1,2%) em todo o Estado em 2021.

Ações estratégicas do Programa Previne Brasil

O Programa Saúde na Escola teve elevada adesão no estado, cobrindo mais de 90% dos municípios em todas as macros. O Programa de Apoio à Informatização

da APS também teve alta adesão, chegando a 661 e 699 municípios em 2020 e 2021, respectivamente.

A adesão dos municípios aos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) também é expressiva no estado, mas a cobertura é mais variada entre as macrorregiões de saúde. O maior percentual é observado na macro Nordeste (93,0% em 2021).

No caso do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e do incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional a adesão é muito baixa. Apesar de presente em todas as macrorregiões, o percentual de municípios com CEO variou entre 3,2% (Jequitinhonha) e 22,2% (Triângulo do Sul). Por outro lado, o incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional teve a adesão de somente 9 e 17 municípios em 2020 e 2021, respectivamente.

3.4 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nos tópicos a seguir, são apresentados os resultados dos repasses dos recursos federais da Atenção Primária à Saúde aos municípios nos anos de 2018 a 2021, comparando o período antes e após a instituição do Programa Previne Brasil.

3.4.1 PAB Fixo e Capitação Ponderada

O repasse dos incentivos financeiros aos municípios em 2018 e 2019 foram definidos com base no PAB Fixo. Em 2020, com a instituição do Programa Previne Brasil, substituiu-se o PAB Fixo pela Capitação Ponderada que, durante todo o ano de 2020, considerou o potencial total de cadastro dos municípios, sendo acrescido posteriormente um valor denominado Per Capita de Transição. Em 2021, o pagamento do componente Capitação Ponderada considerou o potencial de cadastro até agosto do mesmo ano e, a partir de setembro considerou-se o quantitativo real de pessoas cadastradas conforme ponderação, acrescido do valor de Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional.

A Tabela 2 apresenta o percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada com e sem o adicional de cada ano, em comparação ao PAB Fixo. Os resultados que incluem o adicional de cada ano

correspondem ao quantitativo real de recursos recebidos. A análise sem o adicional é uma simulação de como seria o financiamento sem a incorporação desse acréscimo.

Em um primeiro momento, a análise é realizada considerando o total de repasses recebidos no biênio 2020/2021 (baseado em Capitação Ponderada) comparativamente aos repasses baseados no PAB Fixo de 2018/2019. No segundo momento, a análise é realizada separadamente para 2020 e 2021, em relação ao PAB Fixo de 2019.

Tabela 2 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada em comparação ao PAB Fixo

Macrorregião de saúde	Total de Municípios	Perdas na Capitação Ponderada (com o adicional) x PAB Fixo (%)	Perdas na Capitação Ponderada (simulação) x PAB Fixo (%)	Perdas Capitação Ponderada 2020 (simulação) x PAB Fixo (%)	Perdas Capitação Ponderada 2021 (simulação) x PAB Fixo (%)
Centro	101	0,0	0,0	13,9	0,0
Centro Sul	51	0,0	2,0	25,5	0,0
Jequitinhonha	31	0,0	0,0	22,6	0,0
Leste	51	0,0	0,0	49,0	0,0
Leste do Sul	53	0,0	0,0	30,2	0,0
Nordeste	57	0,0	0,0	21,1	0,0
Noroeste	33	0,0	0,0	12,1	0,0
Norte	86	0,0	0,0	43,0	0,0
Oeste	53	0,0	0,0	9,4	0,0
Sudeste	94	0,0	1,1	21,3	0,0
Sul	154	0,0	1,9	12,3	1,3
Triângulo do Norte	27	0,0	3,7	22,2	0,0
Triângulo do Sul	27	3,7	11,1	22,2	3,7
Vale do Aço	35	0,0	2,9	40,0	2,9

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados obtidos a partir da comparação dos repasses de 2020/2021 (Capitação Ponderada e adicional de cada ano - Per Capita de Transição e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional), em relação à 2018/2019, mostram que somente um município teve perda em relação ao PAB Fixo.

Na simulação de recursos recebidos somente com a Capitação Ponderada no mesmo período, caso o adicional de cada ano não tivesse sido incorporado ao Programa, 10 municípios (1,2%) teriam perdas de financiamento com a mudança. A macrorregião com maior percentual de municípios com perda seria a Triângulo do Sul, com 11,1%.

Em 2020, 198 municípios (23,2%) sofreriam uma redução de recursos com o critério de Capitação Ponderada (sem o adicional Per Capita de Transição) relativamente ao PAB Fixo. Dentre esses municípios, 188 (22%) teriam perda superior a 100%. O percentual de municípios com perdas seria mais elevado na macrorregião Leste (49,0%), seguida da Norte (43,0%) e Vale do Aço (40,0%), e menor nas macros Oeste (9,4%), Noroeste (12,1%), Sul (12,3%) e Centro (13,9%). Em 2021, apenas 4 municípios (0,5%) teriam redução de recursos com a Capitação Ponderada, sendo esta redução mais elevada para São Francisco de Sales (Triângulo do Sul).

A partir do 3º quadrimestre de 2021, o pagamento do componente Capitação Ponderada ocorreu conforme a população real cadastrada em equipes e não mais baseado no quantitativo potencial de cadastro. Para verificar se essa mudança teve impacto no repasse dos recursos, foi analisada a diferença do incentivo financeiro recebido em 2021 em relação a 2020 e no 3º quadrimestre de 2021 em relação ao 1º e 2º quadrimestre de 2021 (Tabela 3). Considerou-se, em um primeiro momento, a Capitação Ponderada mais o adicional de cada ano (efetivamente realizado), e posteriormente, somente a Capitação Ponderada (simulação).

Tabela 3 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos no recebimento de recursos financeiros referentes à Capitação Ponderada 2021 em relação a 2020, com e sem o adicional do ano

Macrorregião de saúde	de Total de Municípios	Perda Capitação Ponderada 2021 x 2020 (%)	Perda Capitação Ponderada adicional 2021 x 2020 (%)	Perda Capitação Ponderada + 3ºQ 2021 e 1ºQ e 2ºQ 2021 (%)
Centro	101	30,7	44,6	13,9
Centro Sul	51	11,8	37,3	7,8
Jequitinhonha	31	25,8	48,4	9,7
Leste	51	15,7	64,7	3,9
Leste do Sul	53	20,8	49,1	1,9
Nordeste	57	35,1	56,1	0,0
Noroeste	33	39,4	51,5	6,1
Norte	86	24,4	67,4	3,5
Oeste	53	20,8	32,1	3,8
Sudeste	94	38,3	59,6	17,0
Sul	154	24,0	36,4	9,7
Triângulo do Norte	27	33,3	55,6	11,1
Triângulo do Sul	27	29,6	51,9	14,8
Vale do Aço	35	20,0	57,1	2,9

Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando o repasse efetivamente realizado, houve uma perda de recursos em 423 (49,6%) municípios, sobretudo nas macros Norte e Leste, com mais de 60% dos municípios recebendo menos recursos. Ao considerar somente a Capitação Ponderada (simulação), haveria perda de recursos para 226 (26,5%) municípios. A macrorregião Noroeste apresentaria o maior percentual de municípios (9,4%) com perda de repasse financeiro, seguida da Sudeste (38,3%) e Nordeste (35,1%).

A análise da diferença do pagamento referente à Capitação Ponderada entre janeiro/agosto e setembro/dezembro de 2021 permitiu verificar as perdas de incentivos financeiros após o início do pagamento conforme as regras do cadastro. A introdução dessas regras acarretou perdas para 70 (8,2%) municípios no Estado. As macrorregiões com maior percentual de municípios com perda neste período foram a Sudeste (17%), Triângulo do Sul (14,8%), Centro (13,9%), Triângulo do Norte (11,1%), Jequitinhonha e Sul (9,7%).

3.4.2 PMAQ-AB e Pagamento por Desempenho

A Tabela 4 apresenta o percentual de municípios por macrorregião de saúde com perdas no recebimento de recursos financeiros em três cenários. O primeiro cenário se refere ao pagamento efetivamente realizado e compara o repasse financeiro baseado no Pagamento por Desempenho (P4P) no biênio 2020/2021 com aquele definido pelo PMAQ-AB no biênio 2018/2019. No biênio 2020/2021, o repasse efetivamente realizado foi definido da seguinte forma: entre janeiro e agosto de 2020, os recursos foram repassados de acordo com os resultados do PMAQ-AB, e, a partir de setembro de 2020, de acordo com o número de equipes do município, considerando-se o cumprimento integral da meta dos sete indicadores do Pagamento por Desempenho, podendo haver variação entre os meses e anos de análise. O segundo e terceiro cenários (hipotéticos) compara o repasse baseado no Pagamento por Desempenho conforme resultados alcançados no indicador sintético final (ISF) (2020 e 2021) em relação ao PMAQ-AB (2018 e 2019) (Cenário 2) e com os resultados efetivamente alcançados no ISF em 2020 e 2021 (Cenário 3).

Analisando os resultados do cenário 1, observa-se que, ao todo, 566 municípios (66,4%) de Minas Gerais apresentaram perda de financiamento. Para 142 municípios (25,1%), as perdas foram superiores a 50%. Todas as

macrorregiões tiveram um percentual elevado de municípios com perdas, com destaque para a Nordeste (80,7%), Norte (80,2%), Triângulo do Norte (77,8%), Leste (76,5%), Leste do Sul (75,5%) e Jequitinhonha (74,2%).

Tabela 4 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes ao Pagamento por Desempenho (2020 e 2021) em relação ao PMAQ-AB (2018 e 2019)

Macrorregião de saúde	Total de Municípios	Perda P4P x PMAQ-AB (%)	Perda P4P (ISF) (simulação) x PMAQ-AB (%)	Perda P4P (ISF) (simulação) x P4P (%)
Centro	101	61,4	95,0	100,0
Centro Sul	51	47,1	98,0	100,0
Jequitinhonha	31	74,2	93,5	100,0
Leste	51	76,5	98,0	100,0
Leste do Sul	53	75,5	100,0	100,0
Nordeste	57	80,7	98,2	100,0
Noroeste	33	63,6	93,9	100,0
Norte	86	80,2	98,8	100,0
Oeste	53	69,8	96,2	100,0
Sudeste	94	66,0	98,9	100,0
Sul	154	58,4	92,2	100,0
Triângulo do Norte	27	77,8	100,0	100,0
Triângulo do Sul	27	51,9	92,6	96,3
Vale do Aço	35	51,4	85,7	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da análise das simulações (Cenários 2 e 3), nota-se que a maioria dos municípios apresentariam redução do financiamento com este componente do Programa Previne Brasil, caso o pagamento iniciasse conforme os resultados do ISF. Ao analisar o total recebido com o PMAQ-AB e o que seria recebido com o ISF, observou-se que 100% dos municípios da Leste do Sul e Triângulo do Norte apresentariam perdas (Cenário 2). O percentual de municípios com perdas seria menor no Vale do Aço, ainda que elevado (85,7%). Dentre os municípios com perdas, 376 (46,2%) apresentariam redução superior a 50% do repasse recebido com o PMAQ-AB. Com relação ao cenário 3, que compara os recursos efetivamente recebidos com base no Pagamento por Desempenho com alcance de 100% dos resultados e o que seria recebido com o ISF, todos os municípios sofreriam perda. Para 325 (38,1%), a diminuição do valor a ser recebido seria superior a 50%. Somente para um município não haveria diferença no valor do repasse por não apresentar eSF ou eAP.

Em síntese, os resultados mostram que o total de municípios com perdas no financiamento considerando o pagamento cheio pelo componente Pagamento por Desempenho em relação ao PMAQ-AB já era considerável. Este cenário fica ainda pior quando se considera o valor que seria recebido pelos municípios de acordo com os resultados no indicador sintético final.

3.4.3 PAB Variável e Ações Estratégicas

Nesta seção, foi realizada uma análise dos incentivos financeiros recebidos pelos municípios referentes ao componente Incentivo para Ações Estratégicas do Programa Previne Brasil em 2020 e 2021 relativamente ao PAB Variável em 2018 e 2019. O recebimento desses financiamentos varia de acordo com os programas, ações e equipes que os municípios apresentam, conforme critérios estabelecidos em cada estratégia. A Tabela 5 mostra o percentual de municípios, por macrorregião de saúde, que tiveram perdas de incentivos financeiros em relação ao modelo adotado no ano anterior e no biênio antes e após a instituição do Programa Previne Brasil.

Tabela 5 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas no recebimento de recursos financeiros referentes ao PAB Variável e ao Incentivo para Ações Estratégicas, em 2018, 2019, 2020 e 2021

Macrorregião de saúde	Total de Municípios	Perda PAB Variável 2019 x 2018 (%)	Perda Ações Estratégicas 2020 x PAB Variável 2019 (%)	Perda Ações Estratégicas 2020 x 2021 (%)	Perda Ações Estratégicas 2020/201 x PAB Variável 2018/2019 (%)
Centro	101	48,5	56,4	97,0	65,3
Centro Sul	51	43,1	52,9	98,0	60,8
Jequitinhonha	31	32,3	41,9	100,0	54,8
Leste	51	52,9	68,6	96,1	82,4
Leste do Sul	53	45,3	52,8	96,2	69,8
Nordeste	57	26,3	42,1	100,0	59,6
Noroeste	33	51,5	60,6	100,0	69,7
Norte	86	55,8	53,5	97,7	82,6
Oeste	53	52,8	56,6	100,0	66,0
Sudeste	94	48,9	44,7	97,9	69,1
Sul	154	55,2	60,4	93,5	70,8
Triângulo do Norte	27	66,7	51,9	96,3	81,5
Triângulo do Sul	27	74,1	44,4	92,6	63,0
Vale do Aço	35	40,0	51,4	100,0	65,7

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que ao longo dos anos, o percentual de municípios por macrorregião de saúde com perdas no financiamento foi aumentando. Ainda com o

PAB Variável, as macrorregiões Leste, Noroeste, Norte, Oeste, Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul apresentaram mais de 50% de seus municípios com perdas nos recursos recebidos.

Na transição do modelo de financiamento, o percentual de municípios com perdas no Incentivo para Ações Estratégicas (2020) em relação ao PAB Variável do ano anterior, manteve-se alto. Apenas as macros Jequitinhonha, Nordeste, Sudeste e Triângulo do Sul tiveram menos de 50% de seus municípios com perdas. O percentual de perdas foi ainda maior com o Incentivo para Ações Estratégicas em 2021 em relação a 2020, com mais de 90% dos municípios de todas as macros apresentando perdas no pagamento destinado a estas ações. Destaca-se ainda que 100% dos municípios das macrorregiões Jequitinhonha, Nordeste, Noroeste, Oeste e Vale do Aço apresentaram redução deste repasse pelo Ministério da Saúde. No total, 826 municípios (96,8%) apresentaram diminuição no financiamento, sendo que para 38 (4,6%) a perda foi igual ou superior a 50% em relação ao ano anterior.

Ao analisar o pagamento recebido no biênio 2018/2019 (PAB Variável) em relação à 2020/2021 (Incentivo para Ações Estratégicas), observa-se que mais de 50% dos municípios de cada macrorregião tiveram perdas em relação ao PAB Variável, sendo que maiores percentuais foram encontrados na Norte (82,6%), Leste (82,4%) e Triângulo do Norte (81,5%).

3.4.4 Financiamento global antes e após a instituição do Programa Previne Brasil

Esta seção avalia o total de recursos recebidos para a Atenção Primária à Saúde, no período de análise, considerando o total de repasses antes e após a instituição do Programa Previne Brasil. A Tabela 6 apresenta o percentual de municípios, por macrorregião de saúde, com perdas globais no recebimento de recursos financeiros em 2019 em relação a 2018; 2020 em relação a 2019; e 2021 em relação a 2020. Como, em 2020 e 2021, houve acréscimo de componentes de financiamento, realizou-se também simulação com a análise do percentual de municípios com perdas do repasse financeiro sem estes valores acrescidos.

Devido ao adiamento de alguns componentes do Programa, em função da pandemia causada pela Covid-19, o financiamento da APS sofreu menos impacto em 2020, se comparado a 2021. Em 2020, o repasse de recursos baseado no

Pagamento por Desempenho ainda considerou que todos os municípios teriam alcançado a meta em todos os indicadores e da Capitação Ponderada considerou o quantitativo potencial de população cadastrada.

Tabela 6 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas globais no recebimento de recursos financeiros em 2019, 2020 e 2021

Macrorregião de saúde	2019 - 2018 (%)	2020 - 2019 (%)	2021 - 2020 (%)	2020 sem acréscimo (simulação) - 2019 (%)	2021 sem acréscimo (simulação) - 2020 sem acréscimo (simulação) (%)
Centro	53,5	0,0	93,1	14,9	80,2
Centro Sul	41,2	0,0	92,2	25,5	66,7
Jequitinhonha	25,8	0,0	90,3	19,4	67,7
Leste	58,8	2,0	88,2	47,1	39,2
Leste do Sul	45,3	0,0	100,0	30,2	69,8
Nordeste	28,1	0,0	100,0	21,1	78,9
Noroeste	51,5	0,0	93,9	12,1	81,8
Norte	55,8	0,0	98,8	43,0	55,8
Oeste	54,7	0,0	100,0	7,5	92,5
Sudeste	47,9	0,0	98,9	21,3	79,8
Sul	53,9	0,6	83,8	13,0	71,4
Triângulo do Norte	74,1	0,0	88,9	22,2	66,7
Triângulo do Sul	77,8	7,4	92,6	25,9	74,1
Vale do Aço	40,0	0,0	94,3	37,1	57,1

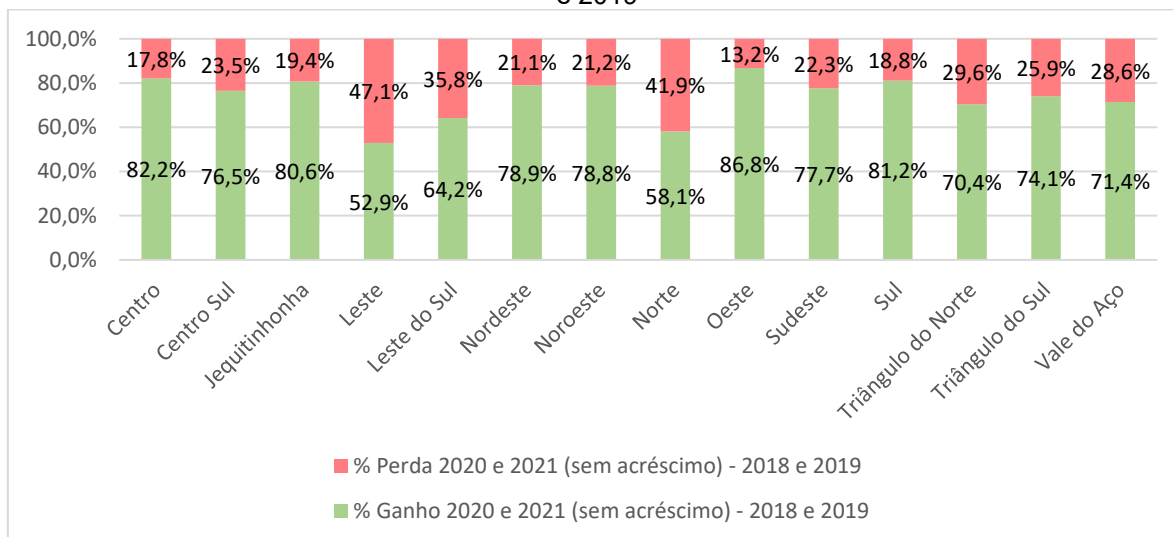
Fonte: Elaborado pela autora.

Em 2021, mesmo considerando a inclusão dos acréscimos, mais de 80% dos municípios de todas as macrorregiões tiveram perdas de recursos em comparação a 2020, chegando a 100% dos municípios nas macros Leste do Sul, Nordeste e Oeste. Na ausência dos acréscimos, o percentual de municípios com perdas entre 2020/2021 aumentaria em relação à 2019/2020, totalizando 605 (70,9%) municípios com perdas no estado.

Com o objetivo de analisar a diferença dos recursos recebidos antes e após o Programa, somou-se o montante recebido em 2018 e 2019 e os valores recebidos em 2020 e 2021, com e sem os acréscimos de cada ano. Considerando os acréscimos, mais de 85% dos municípios de todas as macros tiveram ganhos com o Programa Previnde Brasil, sobretudo no Triângulo do Norte e Vale do Aço. Ao todo, apenas 28 (3,3%) municípios tiveram perdas, sendo esse montante maior na Triângulo do Sul e Noroeste. O Gráfico 3 mostra o percentual de municípios que teriam perdas e ganhos após a instituição do Programa Previnde Brasil em relação a 2018 e 2019, desconsiderando os acréscimos incorporados ao Programa

(simulação). Sem esses adicionais, mais municípios teriam perdas de financiamento, totalizando 216 (25,3%) no total do estado. Nas macros Leste, Leste do Sul e Norte, as perdas seriam observadas em mais de 35% dos municípios.

Gráfico 3 – Percentual de municípios do estado de Minas Gerais, por macrorregião de saúde, com perdas e ganhos de repasse financeiro global em 2020 e 2021 (simulação sem Per Capita de Transição e Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional), em relação a 2018 e 2019



Fonte: Elaborado pela autora.

4 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados encontrados e na literatura estudada, foi possível elencar recomendações de melhoria para o avanço do Programa Previner Brasil:

- Manutenção do componente de valor fixo per capita definido com base na população do IBGE (Incentivo Financeiro com Base em Critério Populacional), que possibilita o cumprimento do princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e representa uma garantia para a organização da Atenção Primária local, com a continuidade da oferta de ações e serviços de saúde;
- Manutenção do componente de Capitação Ponderada, pois a capitação pode aumentar o conhecimento e a responsabilização das equipes pelos usuários de seu território, e, ao possibilitar mais informações sobre o perfil epidemiológico da população, o cadastro contribui para o acompanhamento longitudinal e o planejamento de ações de saúde;
- Manutenção da ponderação do componente de Capitação, que possibilita maior equidade na alocação de recursos. A Capitação Ponderada avança ao incluir como critério de ponderação a tipologia do município, assim como algumas vulnerabilidades (idade, beneficiários do Programa Auxílio Brasil, do Benefício de Prestação Continuada e de previdência até dois salários mínimos, além de pessoas cadastradas em equipes Consultório de Rua ou em equipes de Atenção Primária Prisional);
- A Capitação Ponderada poderia ser mais abrangente, contemplando adicionalmente outras vulnerabilidades e aplicando pesos para estas, como: população em situação de extrema pobreza, situação de emprego/invalidez e povos e comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, caiçaras, dentre outros);
- A Capitação Ponderada poderia acumular os critérios de ponderação, por exemplo se usuário é beneficiário do Programa Auxílio Brasil (peso 1,3) e tem mais de 65 anos (peso 1,3), ele poderia pontuar duas vezes e não apenas uma;

- Os indicadores do Pagamento por Desempenho apresentam fragilidades e devem ser repensados enquanto componente do modelo de financiamento. Os indicadores selecionados são pertinentes ao escopo de atuação da Atenção Primária à Saúde. Porém a falta de qualificação das informações, o sub-registro, a falta de padronização dos registros, a inadequação da forma de registro em sistemas de informação, os denominadores utilizados e as inúmeras regras de cada indicador dificultam o cumprimento das metas, e não se traduzem, necessariamente, a uma desassistência da população;
- O Pagamento por Desempenho poderia ser utilizado, assim como no Reino Unido e em Portugal, enquanto uma recompensa pelo desempenho alcançado em um conjunto de indicadores, com financiamento direto ao profissional ou equipe que fizer adesão, e não enquanto componente de financiamento da APS dos municípios;
- No caso de manutenção dos indicadores de Pagamento por Desempenho, poderiam ser disponibilizados relatórios de exceção para notificação de situações de recusa do atendimento ou procedimento, de pacientes que utilizam a saúde suplementar ou que estão em acompanhamento em outros níveis de atenção à saúde, podendo, assim, ser desconsiderados da avaliação;
- O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) é um instrumento validado que avalia os atributos da APS e poderia ter sido utilizado como substituto do PMAQ-AB enquanto forma de Pagamento por Desempenho, dadas as limitações dos indicadores do Programa Previne Brasil e seus métodos de cálculo, bem como os problemas de registro nos sistemas de informação;
- Retorno do financiamento federal específico para custeio de equipes de Saúde da Família. Apesar de o cadastro dos usuários ser vinculado a uma equipe na Capitação Ponderada, na ausência de um financiamento federal específico para essas equipes, aumenta-se o gasto dos municípios para a manutenção das eSF, que têm se mostrado essenciais na resolutividade da Atenção Primária e na redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), as quais representam um alto custo para o sistema público de saúde;

- Retorno do financiamento federal específico para custeio de equipes multiprofissionais, como o NASF-AB. O NASF-AB contribui para a ampliação da abrangência e escopo de ações da Atenção Primária à Saúde com o seu núcleo de saber que expande os cuidados em saúde ofertados pelas eSF, mediante ações de vigilância, promoção, prevenção, tratamento e matriciamento. Dessa forma, contribuem para a resolutividade, integralidade do cuidado e melhoria da qualidade da atenção da APS e podem evitar ou reduzir encaminhamentos para a atenção especializada;
- Manutenção do Programa Saúde na Hora que tem se mostrado promissor para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados na APS;
- Manutenção do Programa de Informatização da APS e dos demais programas, ações e equipes que foram mantidos com a instituição do Programa Previne Brasil;
- O incentivo para residência em equipes de Saúde da Família ou equipes de Saúde Bucal poderia contemplar outras categorias profissionais, além de médico, enfermeiro e cirurgião dentista;
- O Programa Previne Brasil apresenta muitas regras e critérios que dificultam sua operacionalização e burocratizam as ações na Atenção Primária, devendo ser revisto de forma a simplificar e qualificar a assistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou os resultados alcançados pelos municípios de Minas Gerais quanto ao cadastro da população, aos indicadores de saúde e à adesão a ações e programas estratégicos antes e após a instituição do Programa Previne Brasil; bem como os repasses financeiros recebidos pelos municípios com o PAB Fixo e Variável e com os componentes do Programa em questão, assim como o financiamento global antes e após sua criação.

O Programa Previne Brasil ainda está em fase de implantação pelo Ministério da Saúde e vem apresentando várias mudanças, desde a sua instituição, que qualificaram o modelo seguindo os princípios do SUS e contribuíram para a garantia do financiamento federal da Atenção Primária à Saúde para os municípios.

Mediante incorporação da Capitação Ponderada, houve aumento importante do cadastro da população em praticamente todas as macrorregiões de saúde de Minas Gerais. Com relação aos indicadores de Pagamento por Desempenho, houve melhoria gradual ao longo do período analisado, apesar de todos os indicadores apresentarem resultados muito abaixo das metas estabelecidas. Os indicadores são coerentes ao escopo de ações da APS, porém têm se mostrado frágeis para serem utilizados enquanto componente do pagamento, devido às diversas regras de apuração, limitações dos denominadores e problemas de registro. A substituição do PAB Variável pelo Incentivo para Ações Estratégicas mostrou que algumas equipes importantes deixaram de ser custeadas pelo governo federal (como as eSF, eAP e NASF-AB), algumas ações, programas e estratégias foram mantidas e outras incorporadas (como o Programa Saúde na Hora, o Programa de Apoio à Informatização da APS e o incentivo de formação profissional).

A Capitação Ponderada mostrou-se melhor financeiramente que o PAB Fixo, porém o Pagamento por Desempenho e o Incentivo para Ações Estratégicas mostraram-se piores em relação ao PMAQ-AB e ao PAB Variável, respectivamente. Contudo, a análise do financiamento global mostrou que o Programa Previne Brasil foi melhor financeiramente para a maioria dos municípios de Minas Gerais, devido ao adiamento de alguns componentes do Programa e a incorporação de outros recursos que não estavam previstos inicialmente.

Apesar de o Programa ter se mostrado melhor financeiramente para a maioria, alguns municípios tiveram prejuízo com ele. Ademais, em um cenário de

restrição orçamentária, algumas municipalidades podem ter dificuldades no cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo Programa, agravando a situação de subfinanciamento público da saúde no país.

A mudança do modelo de financiamento federal trouxe algumas melhorias, porém ainda há alguns aspectos que requerem atenção e alteração para o seu aprimoramento de forma a não comprometer a universalidade do cuidado. Ressalta-se que os processos de implantação de novas políticas e programas devem ser monitorados e avaliados, subsidiando a tomada de decisão para sua melhoria. Nessa perspectiva, são necessários estudos posteriores que avaliem o impacto do Programa Previne Brasil após sua consolidação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília CONASS, 2006a. 164 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_d_esafios.pdf>. Acesso em: 04 out; 2020.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 06 dez. 2007b. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/dec_6286_05122007.pdf>. Acesso em 29 dez. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 07 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**. 2020b. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Previne Brasil: manual do financiamento da Atenção Primária à Saúde**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Previne Brasil**. Componentes do financiamento da Atenção Primária. 2022. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/componentesfinanciamento/>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, DF, 08 jun. 2021a. Edição 105, Seção 1, p. 105. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/->

/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>. Acesso em 03 dez. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021. Prorroga os prazos estabelecidos nos incisos II e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 24 set. 2021b Edição 182, Seção 1, p. 95. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.396-de-22-de-setembro-de-2021-347057504>>. Acesso em 02 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 29 jan. 2007a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>. Acesso em 29 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 23 mar. 2006b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0600_23_03_2006_comp.html>. Acesso em 29 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 14 jul. 2020a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>>. Acesso em 29 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Edição 220, Seção 1, p. 97. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em 31 jul. 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 nov. 1998. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>. Acesso em: 04 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 28 dez. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 04 out. 2021.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2018. 40 p. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2020.