ANÁLISE DE INDICADORES DO PREVINE BRASIL

SÃO LUÍS, MA

JULHO – 2024

MARCOS RONAD MOTA CAVALCANTE

ANÁLISE DE INDICADORES DO PREVINE BRASIL:

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito final à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho

SÃO LUÍS, MA

JULHO– 2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Cavalcante, Marcos Ronad.
ANÁLISE DE INDICADORES DO PREVINE BRASIL / Marcos Ronad Cavalcante. - 2024.
105 p.

Orientador(a): Judith Rafaelle Oliveira Pinho.
Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2024.

1. Indicadores de Saúde. 2. Financiamento. 3. Previne Brasil. 4. Atenção Primária À Saúde. 5. . I. Oliveira Pinho, Judith Rafaelle. II. Título.

ANÁLISE DE INDICADORES DO PREVINE BRASIL

Marcos Ronad Mota Cavalcante

Tese aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Judith Rafaelle Oliveira Pinho Orientador
Universidade Federal do Maranhão

_____

Prof. Dr. Mayra Nina Araujo
Examinador Externo
Secretária Estadual de Saúde do Maranhão

_____

Prof. Dr. Amanda Ferreira Aboud de Andrade
Examinador Externo
Universidade Federal do Maranhão

_____

Profa. Dra. Rejane Christine de Sousa Queiroz
Universidade Federal do Maranhão

_____

Prof. Dr. Fábio Nogueira da Silva
Universidade Federal do Maranhão

À minha família.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profª. Drª. Judith Rafaelle Oliveira Pinho, pelo grande apoio, orientação e incentivo ao longo de todo este percurso. Sua expertise, paciência e dedicação foram fundamentais para a concretização deste trabalho. Suas valiosas contribuições e constante encorajamento me inspiraram a ir além dos meus limites e a buscar sempre a excelência acadêmica.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC), pela oportunidade de realizar meus estudos e desenvolver esta pesquisa. A estrutura e o suporte oferecidos foram essenciais para a concretização deste trabalho.

Aos professores do PGSC, pela formação acadêmica e pelo ambiente de aprendizagem enriquecedor que proporcionaram.

À Secretaria do PGSC, pelo suporte administrativo e pela eficiência no atendimento às necessidades dos alunos.

Aos meus colegas do PGSC, por todas as trocas de conhecimento, apoio mútuo e companheirismo ao longo dessa jornada. A convivência com vocês tornou este caminho mais leve e gratificante.

Aos profissionais e instituições que participaram de alguma forma com esta pesquisa, oferecendo seu tempo e compartilhando suas experiências, meu muito obrigado.

Aos meus amigos, por todo o apoio emocional e incentivo durante os momentos de desafio e superação.

Agradeço à minha família, pelo amor incondicional, suporte e compreensão durante todos os momentos de desafio e superação. Sem vocês, esta conquista não teria sido possível.

E, finalmente, agradeço a Deus, por me dar força, coragem e sabedoria para enfrentar e vencer cada etapa deste percurso.

Muito obrigado a todos.

"A educação tem raízes amargas, mas os seus frutos são doces."
— Aristóteles

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Organograma do Ministério da Saúde e detalhamento da nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) - 2019..... 30
Figura 2 Evolução do financiamento do SUS no Brasil..... 36
Figura 3 Unidade territorial de análise..... 46

ARTIGO 1

Figura 1 Evolução do indicador proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 20ª (vigésima) semana de gestação, 2018 a 2022..... 56

ARTIGO 2

Figura 1 Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. - Norte: A - Belém; B - Boa Vista; C - Manaus; D - Palmas; E - Porto Velho..... 73
Figura 2 Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. Nordeste: A - São Luís; B - Teresina; C - Fortaleza; D - João Pessoa; E - Recife; F - Maceió; G - Salvador; H – Aracaju..... 74
Figura 3 Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. Sudeste: A - Vitória; B - Belo Horizonte; C - São Paulo; D - Rio de Janeiro..... 74
Figura 4 Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. Centro-Oeste: A - Distrito Federal; B - Cuiabá; C - Campo Grande; D – Goiânia..... 75
Figura 5 Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. Sul: A - Curitiba; B - Florianópolis; C - Porto Alegre..... 75

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 Evolução do indicador proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 20ª (vigésima) semana de gestação, 2018 a 2022..... 53

Tabela 2 Análise de correlação do indicador com IDH e Cobertura pela ESF. Brasil, 2018 – 2021..... 57

ARTIGO 2

Tabela 1 Média, desvio padrão e coeficiente de variação dos valores orçados e recebidos pelas Capitais de Unidades Federativas Brasileiras, 2018 a 2022..... 71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil de acordo com as metas e a situação no Brasil no quadrimestre um (Q1), quadrimestre dois (Q2) e quadrimestre três (Q3) de 2022..... 40

Quadro 2 Variáveis do estudo..... 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAS	Programações Anuais de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAG	Relatórios Anuais de Gestão
RCL	Receita Corrente Líquida
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federativa

CAVALCANTI, Marcos Ronad Mota, **Análise de indicadores do previne Brasil**, 2024, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 113p.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar as tendências temporais e espaciais dos indicadores de saúde relacionados ao Programa Previne Brasil entre 2018 e 2021, bem como avaliar o impacto das transferências financeiras realizadas pelo governo federal para a Atenção Primária à Saúde (APS) nas capitais brasileiras. A pesquisa está estruturada em dois artigos. O primeiro, intitulado "Já é possível falar em melhoria do acesso ao pré-natal após Previne Brasil?", explora o contexto histórico da APS no Brasil, focando nas correlações entre o Índice Sintético Final (ISF), a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), destacando a influência dessas variáveis no indicador de pré-natal. Este artigo busca identificar o comportamento dos indicadores do Previne Brasil entre 2019 e 2022 e estimar os fatores que influenciam essas métricas. O segundo artigo, "Financiamento da Atenção Primária no Brasil: análise dos repasses federais para as capitais brasileiras no período de 2018 a 2022", compara as transferências financeiras antes e após a implementação do Previne Brasil. A premissa é que o aumento da cobertura da APS deve estar correlacionado com o crescimento proporcional no investimento e na oferta de serviços. A metodologia incluiu o cálculo do coeficiente de variação orçado e recebido, com sua representação em gráficos de linhas. Os resultados indicam uma melhoria geral nos indicadores de saúde ao longo do período estudado, apesar do impacto negativo potencial da pandemia de COVID-19 em 2020. Foram observadas discrepâncias significativas nas transferências financeiras entre as capitais, com algumas recebendo valores acima do orçado e outras abaixo. O estudo conclui que, embora o Previne Brasil tenha potencial para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de APS, é necessário um período mais longo de implementação e a consideração de fatores contextuais para uma avaliação mais conclusiva. A pesquisa destaca a importância de uma abordagem regionalizada na alocação de recursos para garantir equidade e eficiência no financiamento da APS.

.

Palavras-chave: Indicadores de Saúde. Financiamento. Previne Brasil. Atenção Primária à Saúde.

CAVALCANTI, Marcos Ronad Mota, **Análise de indicadores do previne Brasil**, 2024, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 95p

ABSTRACT

This study aimed to analyze the temporal and spatial trends of health indicators under the Previne Brasil program between 2018 and 2021, as well as evaluate the impact of federal financial transfers for Primary Health Care (PHC) in Brazilian capitals. The research is structured into two articles. The first, titled "Is it possible to talk about improved access to prenatal care after Previne Brasil?", explores the historical context of PHC in Brazil, focusing on correlations between the Synthetic Final Index (SFI), Family Health Strategy (FHS) coverage, and the Human Development Index (HDI), with an emphasis on their influence on prenatal care indicators. This article aims to identify the behavior of Previne Brasil indicators from 2019 to 2022 and estimate the factors influencing these metrics. The second article, "Financing Primary Health Care in Brazil: analysis of federal transfers to Brazilian capitals from 2018 to 2022," compares financial transfers before and after the implementation of Previne Brasil, based on the premise that increased PHC coverage should correlate with proportional growth in investment and service offerings. The methodology included the calculation of the budgeted and received variation coefficient and its representation in line graphs. The results indicate a general improvement in health indicators over the studied period, despite the potential negative impact of the COVID-19 pandemic in 2020. Significant discrepancies were also observed in financial transfers among capitals, with some receiving amounts above the budgeted figures and others below. The study concludes that while Previne Brasil holds potential for improving access and quality in PHC services, a longer implementation period and consideration of contextual factors are necessary for a more conclusive evaluation. The research emphasizes the importance of a regionalized approach to resource allocation to ensure equity and efficiency in PHC financing

Keywords: Health Indicators. Financing. Previne Brasil. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....13
2 OBJETIVOS 20
2.1 Geral 20
2.2 Específicos **20**
3 REFERENCIAL TEÓRICO 21
3.1 Atenção Primária no contexto internacional **22**
3.2 Atenção Primária no Brasil **25**
3.2.1 Histórico da Atenção Primária em saúde no brasil.....29
3.2.2. Ações e Estratégias de Fortalecimento da APS no Brasil 33
3.2.3. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.....34
3.2.4. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica.....35
3.2.5. Financiamento x desfinanciamento 36
3.2.6. Previne Brasil: metas e indicadores.....38
3.*2.6.1 Crise política, financeira e sanitária no Brasil e sua influência na execução das ações em APS*.....42
3.2.7. Nova Metodologia de Cofinanciamento Federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no SUS.....43
4. MATERIAL E MÉTODOS 45
4.1. Tipo de estudo.....45
4.2. Variáveis.....**46**
4.3. Período e local de estudo.....**47**
4.4. Coleta de dados e fonte de dados.....**48**
4.5. Análise dos dados.....**49**
4.6. Aspectos Éticos.....**50**
5 RESULTADOS **51**
5.1 Artigo 1 .....**51**
5.2 Artigo 2 .....**66**
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....**84**
REFERÊNCIAS **86**
ANEXO A – NORMAS REVISTA ARTIGO 1 .....**94**
ANEXO B – NORMAS REVISTA ARTIGO 2 ..... Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os sistemas de saúde, de diferentes modelos assistenciais, têm tido a necessidade cada vez mais constante de otimizar seus recursos e com isso os modelos de financiamento têm sido uma pauta recorrente globalmente (MASSUDA, 2021). Observando a forma de gerenciar recursos têm impacto direto sobre as entregas assistenciais que podem ser feitas à população atendida pelos sistemas de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem sinalizado o crescente incremento das contas em saúde em razão do envelhecimento populacional que ocorre em desproporção ao crescimento do produto interno bruto das nações. Ou seja, os movimentos para as mudanças em financiamentos são uma realidade, que não pode ser evitada. No entanto, há uma pluralidade de modelos que devem ser avaliados mediante aos recursos disponíveis entre países que interferem na equidade do acesso a serviços e tecnologias, na eficiência do uso de recursos, e na melhoria dos resultados em saúde, maiores investimentos em recursos públicos em Atenção Primária revelam melhores resultados em saúde para as nações que assim o fazem (WHO, 2018).

No que tange aos modelos de financiamento em saúde, não é uma prática recente a utilização de métricas e resultados como alicerces de alocação e distribuição de recursos. Nesse sentindo não podemos deixar de mencionar o processo de avaliação em saúde, enquanto um processo complexo, que envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde, esses parâmetros são os formadores dos pilares essenciais dos indicadores de qualidade em saúde. Todo esse método deve ocorrer no formato de estruturação sistêmica, considerando sempre estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980).

Em 2006, o Pacto de Gestão do SUS previa 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) (BRASIL, 2006; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018).

Porém, em 2017, por meio da Portaria nº 3.992, as regras de financiamento e transferência dos recursos federais foram modificadas para 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, abrindo margem para a flexibilização do fluxo financeiro e a priorização dos gastos em saúde conforme a gestão municipal. Dessa forma, em 2017 o Bloco

de Atenção Básica foi extinto e em 2019, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu um novo modelo de financiamento para a APS (BRASIL, 2017a, 2019a; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018).

Dessa forma, em 2019, o Programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979/2019, alterando formas de transferência de recursos financeiros para os municípios para custeio da Atenção Primária à Saúde. Com a mudança, buscou-se definir os valores do incentivo financeiro com base em três critérios: por população efetivamente cadastrada nas equipes de saúde (capitação ponderada), pelo grau de desempenho assistencial dessas equipes (pagamento por desempenho) e pelo incentivo às ações estratégicas na APS (BRASIL, 2019a).

Dado ao ano de criação da portaria, torna-se impossível não mencionar a ocorrência de um determinante não programado, mas de alto impacto para a implantação geral do processo, que foi a situação de calamidade pública provocada pela pandemia da SARS-CoV2, que assolou o mundo desde 2020. E que na perspectiva na APS teve reflexo direto na oferta de ações e serviços do sistema de saúde como a interrupção de atividades não essenciais ou eletivas, suspensão de visitas domiciliares, atendimentos odontológicos e reorganização de prioridades nos sistemas de emergência (MELO; TAVARES; DUARTE, 2020, MEDINA *et al*., 2020; BOUSQUAT *et al*., 2020).

Outro ponto que é inevitável no processo de discussão do novo modelo de financiamento é que o subfinanciamento, a ineficiência alocativa para sustentar um sistema público universal e a iniquidade na distribuição dos recursos financeiros são marcas centrais do financiamento do SUS. É sabido que a Atenção Primária é responsável por resolver mais de 80% dos problemas de saúde, porém a maior parte dos recursos governamentais são destinados para a Atenção Secundária e Terciária (cerca de 70% dos gastos) (SOARES *et al.*, 2020).

Considerando o novo modelo de financiamento publicado pelo Governo, quando se fala em pagamento por desempenho, se considera o desempenho das equipes no cumprimento de metas para indicadores pré-definidos pelo próprio Ministério da Saúde. (BRASIL, 2019a). O Programa Previne Brasil indica uma implantação de monitoramento por indicadores, faseada em três anos, onde ao todo seriam monitorados 21 indicadores, sendo sete indicadores em 2020, depois mais sete em 2021 e, posteriormente, mais sete em 2022, sendo recalculado o valor do repasse a cada quatro meses (BRASIL, 2019b).

Os sete primeiros indicadores estabelecidos para o pagamento por desempenho em 2020 correspondem às seguintes Ações Estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas (BRASIL, 2019b). Foram estabelecidas também, parâmetros e metas para cada indicador. O parâmetro correspondendo a um valor ideal para as equipes

alcançarem em cada indicador e as metas correspondendo ao valor mínimo que cada equipe deverá alcançar para considerar que aquele indicador foi atingido (BRASIL, 2019b, 2020b).

De acordo com a Portaria nº 2.979/2019, todos os municípios teriam até o final das oito primeiras competências financeiras do ano de 2020 para se organizarem em relação ao cumprimento das metas desses indicadores (BRASIL, 2019a).

No estudo realizado por Harzheim *et al.* (2020) a simulação dos resultados pelos parâmetros previstos no Previne Brasil, revela que 1.354 de um total de 5.570 municípios (24%) podiam sofrer perda de receita em 2020. Para equilibrar esse cenário, o Ministério da Saúde decidiu assegurar para os 12 meses financeiros de 2020 o valor do melhor PAB – Piso da Atenção Básica (Fixo + Variável) para 2019. O período de transição definido foi um ano, e, portanto, 2020 será considerado. Por outro lado, há ganho potencial de R$ 2,3 bilhões para mais de 4.200 municípios.

Durante a pandemia de COVID-19, o Ministério da Saúde manteve os valores de custeio para a Atenção Primária durante todo o ano de 2020, flexibilizando os prazos de transição para 2021. Isso foi feito para permitir que os municípios se reorganizassem e evitassem prejuízos na gestão devido à redução nos repasses financeiros (BRASIL, 2020c). De acordo com o Painel de Indicadores do Ministério da Saúde, no terceiro quadrimestre de 2020, apenas 21% dos municípios atingiram mais de 60% do indicador de consultas pré-natal, e os resultados foram ainda menores para outros indicadores (BRASIL, 2021a).

Apesar dessas dificuldades, os repasses foram mantidos, totalizando mais de R$ 23 bilhões em 2020. Além disso, em dezembro do mesmo ano, foi concedido um incentivo financeiro excepcional de R$ 96,4 milhões para 3.458 municípios que alcançaram entre 80% e 100% das metas dos indicadores de desempenho (BRASIL, 2020b). Em 2021, a Portaria 166/2021 estabeleceu novas regras para a transferência de incentivos financeiros, oferecendo aos municípios mais tempo para se reorganizarem (BRASIL, 2021d). Contudo, apesar dos esforços, o Brasil continuou a enfrentar aumentos exponenciais de casos e óbitos por COVID-19 em 2021. A taxa de mortalidade atingiu 147,8 por 100 mil habitantes em março, e a situação epidemiológica continuou a impactar negativamente o desempenho dos municípios no cumprimento das metas estabelecidas, devido às restrições e mudanças no atendimento (CONASS, 2021; BRASIL, 2020a).

Sendo assim, o Previne Brasil enfrentou obstáculos para que seus objetivos fossem iniciados, um estudo mostra alguns resultados iniciais que não fogem do que já seria esperado pela característica do modelo de financiamento, como: incremento de mais de 50 milhões de pessoas com cadastro qualificado e único, associado ao número recorde de mais de 52 mil

equipes de Saúde da Família/Equipe de Atenção Primária (EAP) financiadas pelo Ministério da Saúde, sendo mais de 35 mil (67%) com uso de prontuário eletrônico (HARZHEIM, 2022).

Em todo esse contexto, emerge-se a necessidade de estudos que acompanhem essa implantação, principalmente quando considerado nesse cenário o fato de que junto a essas questões e principalmente no que diz respeito aos indicadores priorizados e à ações que poderão ser preteridas. Um grande obstáculo também envolve o previsto pela Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que limitou pelos próximos 20 anos os gastos federais, os quais passaram a ser corrigidos pela inflação do ano anterior e não mais pelo crescimento da RCL (Receita Corrente Líquida). Sendo assim, o subfinanciamento do SUS poderá chegar até mesmo a um desfinanciamento (SOARES *et al.*, 2020).

O Previne Brasil e sua nova proposta de financiamento para a Atenção Primária em Saúde ainda é um ponto de muito debate entre estudiosos da Saúde Coletiva, a medida que gera uma série de discussões polêmicas o programa em si vêm ganhando destaque no último ano, no entanto, devido ao próprio tempo em que o programa foi iniciado não há ainda poucos dados sobre sua implantação, ainda mais quando consideramos a forte influência sofrida pelo processo pandêmico desde 2020 (MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

A regra de financiamento proposta tem impacto direto na saúde da população. O Previne Brasil é proposto em três dimensões: capitação ponderada por indivíduo, viés contextual e um incentivo para estratégias ações e programas, e pagamento por desempenho (HARZHEIM et al., 2020). Esta mudança rompe com o anterior modelo baseado no tamanho da população municipal, o PAB fixo, e ainda reduz os componentes de pagamento de incentivos para programas transferidos da existência dos serviços verificados através de sistemas de informação.

Os sete primeiros indicadores estabelecidos pela portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 para o pagamento por desempenho em 2020, correspondem às seguintes Ações Estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. Foram os seguintes (BRASIL, 2019b):

Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira 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 5: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;

Indicador 6: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;

Indicador 7: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Em 2022, por meio da portaria nº 102 de 10 de janeiro do mesmo ano, que altera a portaria GM/MS nº 3.222, os sete indicadores selecionados para o incentivo de pagamento foram alterados e agora são os seguintes:

Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 12ª 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: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;

Indicador 5: Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada;

Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;

Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Massuda (2020) aponta a que criação dessa proposta tem como base o modelo inglês, porém, ao invés de utilizar a capitação e a avaliação de desempenho para remuneração de serviços, esses instrumentos passaram a ser critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais. Algumas vantagens são esperadas, como: a adscrição de clientela, a responsabilização por uma determinada população e o fortalecimento do vínculo com equipes de saúde/serviços, a capitação pode dar ao usuário a opção de se vincular ao serviço que desejar, estimulando a competição entre equipes.

De fato, a necessidade de reforma para o financiamento da Atenção Primária se faz necessária, mas dever ser acompanhada de mudanças nas práticas de cuidado uma vez que essas mudanças poderão resultar em um acompanhamento inadequado e descontinuado do cuidado do usuário (GOROLL; SCHOENBAUM, 2012; JEGERS et al., 2002).

Dessa forma, se reforça a intenção de induzir as equipes a trabalhar com maior responsabilidade para os cadastrados da população desde o cadastramento de pessoas até as equipes, aumentando sua responsabilidade para com a população adscrita, e melhorar a qualidade do atendimento. No entanto, sabe-se que os desafios de financiamento do SUS e da sua própria estrutura enquanto acesso e espacialização ainda são muitos (CNM, 2018).

Na nova premissa os municípios devem aumentar o número de pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da Família para garantir esse ganho potencial. Uma análise preliminar de registros válidos apontou para 93 milhões de pessoas registradas em comparação com um número estimado de cobertura de 148 milhões de pessoas (HARZHEIM et al., 2020).

Embora a ponderação do registro aproxime a APS ao princípio da equidade, na medida em que é positivamente pesam os mais vulneráveis socialmente, os idosos, as crianças de até cinco anos, no cenário real do Brasil pode representar muito mais riscos à saúde geral da população. Além do fato de que todo esse processo envolve diversos determinantes do processo saúde-doença, como renda, pois cerca de 30 milhões de pessoas que vivem com amparo do Bolsa Família estão entre os não cadastrados, o que confronta o princípio da universalidade e patrimônio líquido constante da Lei 8.0801 da Constituição Federal. Essa alteração no modelo de financiamento trará impactos sobre o SUS e sobre a saúde da população, que precisam ser identificados e monitorados, principalmente diante da manutenção por longo prazo das medidas de austeridade fiscal que deverá agravar o sub-financiamento público da saúde no país (MASSUDA, 2020).

Sendo assim, é importante acompanhar mudanças ocorridas não só no alcance de metas dos indicadores estabelecidos, mas também analisar se há algum tipo de melhoria nas condições de saúde da população em especial ao indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) que contemplam outros para além dos relacionados pelo Previne Brasil.

Uma internação sensível à APS é aquela que poderia ter sido evitada através da utilização de recursos básicos dispostos no primeiro nível de atenção à saúde, desde que estes sejam eficazes e de qualidade. As ICSAPs incluem doenças crônicas, tais como diabetes, asma, hipertensão; e doenças agudas, como pneumonia e outras infecções. Portanto, internações advindas do acesso hábil e da resolução adequada na APS potencializam a prevenção das hospitalizações sensíveis a ela.

A ICSAP foi proposta a partir de estudos que objetivavam criar um indicador relacionado com a atividade hospitalar que fosse capaz de captar de forma efetiva o funcionamento da AB à saúde. Este se refere a um conjunto de doenças que acometem os indivíduos; em que, caso a ação da AB seja efetiva, as internações por estas causas podem ser evitadas. Nesse sentindo, esse indicador surge como uma forma indireta de avaliar a qualidade do serviço e o acesso à AB do SUS (ALFRADIQUE, 2009).

A relação entre esse indicador e a acessibilidade e qualidade da AB pode ser evidenciada a partir da observação da diminuição dessas internações conectadas a

características específicas da AB, como: a amplitude da cobertura da Estratégia Saúde da Família; a existência de clínicas de saúde em áreas com escassez profissional; e a realização de consultas na AB de forma contínua e integral. Ao possibilitar medir indiretamente esses fatores, a ICSAP representa um indicador importante para avaliar a acessibilidade e a qualidade da AB. Nota-se, no entanto, que ambas as características são tratadas em conjunto ao utilizar esse indicador, não sendo possível afirmar até que ponto o efeito observado nas ICSAP está relacionado com a acessibilidade ou com a qualidade da AB, ou com ambas. Apesar dessa característica, a utilização desse indicador, além de pactuada entre o MS e os municípios brasileiros, objetivando monitorar a AB, foi realizada em diversos estudos (MELO, 2014; CASTRO, 2015).

Nesse sentido, destaca-se não só a importância das ICSAP para a avaliação do Previne Brasil, mas também outros fatores contextuais que devem ser ponderados, em conjunção com esse indicador, ao analisar esse programa.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o Programa Previne Brasil e os indicadores de saúde pactuados, assim como, o financiamento da Atenção Primária em Saúde no Brasil.

2.2 Específicos

a) Analisar o comportamento dos indicadores avaliados pelo “Previne Brasil” no quadriênio 2018 a 2021.
b) Estimar os fatores de influência na métrica dos indicadores.
c) Acompanhar o repasse financeiro para a manutenção das ações da Atenção Primária à Saúde feito para as capitais das Unidades Federativas brasileiras no período de 2018 a 2022.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A estrutura apresentada no referencial teórico é dividida em diversas seções que abordam a Atenção Primária à Saúde (APS) tanto no contexto internacional quanto no Brasil. Aqui está uma descrição detalhada de como os tópicos serão desenvolvidos na tese:

No item *3.1 Atenção Primária no contexto internacional*: abordaremos a origem e o desenvolvimento da APS globalmente, desde suas raízes no Relatório Dawson de 1920 até a Declaração de Alma-Ata e a reafirmação da APS na Conferência de Astana em 2018. Serão discutidos os diferentes modelos de APS implementados em vários países e suas implicações para os sistemas de saúde, com destaque para os países em desenvolvimento.

Na sequência, o item *3.2 Atenção Primária no Brasil*, que está subdividido para fornecer uma visão detalhada do desenvolvimento da APS no Brasil, com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua evolução ao longo dos anos: o subitem *3.2.1 Histórico da Atenção Primária em saúde no Brasil*, traz a apresentação de uma linha do tempo detalhada que destaca os principais marcos na implantação e consolidação da APS no Brasil, desde o período pré-SUS até a criação da ESF. Já o subitem *3.2.2 Ações e Estratégias de Fortalecimento da APS no Brasil*, se concentra na discussão das estratégias e ações implementadas para fortalecer a APS no Brasil, incluindo a criação da Rede APS e as medidas adotadas para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Na sequência o item *3.2.3 Política Nacional de Atenção Básica – PNAB*, aborda a criação e evolução da PNAB, com destaque para as revisões de 2011 e 2017 e as mudanças que impactaram a APS. Logo, o item *3.2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica*, detalha o PMAQ-AB e sua importância na melhoria da qualidade e acesso à APS, além da utilização do instrumento PCATool para avaliação.

Na sequência o tópico *3.2.5 Financiamento e desfinanciamento*, insere a discussão sobre marcos legais do financiamento do SUS, a evolução do financiamento ao longo dos anos e o impacto das políticas recentes, como a Emenda Constitucional 95, no subfinanciamento e desfinanciamento da APS.

No item *3.2.6 Programa Previne Brasil: metas e indicadores*, temos o detalhamento do nosso objeto de estudo, onde está detalhado o Programa Previne Brasil, que introduziu novos critérios de financiamento para a APS, incluindo o pagamento por desempenho com base em indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde. Serão

discutidos os impactos esperados dessas mudanças na cobertura e qualidade dos serviços de APS.

E por fim a referência encerra com o item *3.2.6.1 Crise política, financeira e sanitária no Brasil e sua influência na execução das ações em APS*, que aborda o impacto da crise política, financeira e sanitária, especialmente agravada pela pandemia de COVID-19, na execução das ações de APS no Brasil, destacando as tensões entre o governo federal e os entes subnacionais e as implicações para o financiamento e implementação das políticas de saúde.

3.1 Atenção Primária no contexto internacional

Historicamente, a doutrina da APS foi empregada como modalidade de organização dos sistemas de saúde na Inglaterra, por meio do Relatório Dawson, em 1920. Este documento do governo inglês buscou, por um lado, contrapor-se ao modelo flexineriano americano (estritamente biológico e individual), e por outro, constituiu-se numa referência para a organização do modelo de saúde inglês, já que seus elevados custos preocupavam as autoridades daquele país, devido à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolubilidade (MENDES, 2013).

Apoiado numa forte crítica às concepções tradicionais da prática médica curativa e em meio às observações das iniquidades geradas no campo assistencial, o termo Atenção Primária à Saúde foi lançado primeiramente por White et al. em 1961, e a partir daí passou a ser difundido mundialmente, tendo por finalidade a reorganização estrutural dos serviços de saúde (MENDES, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida e proposta na declaração de Alma-Ata, 1978 (OMS, 1978), objetivando a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população, e fundados numa perspectiva multidisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle das atividades (OMS, 1978). A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, acaba de ultrapassar 40 anos. Ela expressava, a "*necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalhavam nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial de promover a saúde de todos os povos do mundo*". A chamada "Declaração de Alma-Ata" enfatiza a Atenção Primária à Saúde, salientando a necessidade de

foco especial nos países em desenvolvimento, reafirmada na Conferência de Astana (WHO, 2018). Foi dado então início ao movimento da APS e definiram os cuidados primários como:

> [...] cuidados essenciais [...] baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978 apud Gusso, Benseno, Olmos, 2012, p. 94).

Mais tarde, em 2018, em Conferência Global sobre Atenção Primária, ocorrida em Astana no Cazaquistão, o compromisso com o fortalecimento da Atenção Primária à saúde (APS) na busca por saúde e bem-estar para todos é reafirmado e para isso a APS deve: 1) Empoderar as pessoas e as comunidades para que sejam autoras de sua própria saúde, defensoras das políticas que a promovem e a protegem e, ainda, corresponsáveis pela construção da saúde e dos serviços sociais que para ela contribuem; 2) abordar os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde através de políticas com base em evidências e ações em todos os setores; e 3) assegurar uma saúde pública e uma Atenção Primária fortes ao longo de toda a vida das pessoas, como núcleo fundamental da prestação integrada de serviços (OMS, 2015).

Dessa forma, constata-se que o modelo de Atenção Primária foi fundamentado num impulso de descentralização dos serviços e com apoio de programas inovadores, com o objetivo de ofertar acesso universal e ampliar o trabalho na saúde, além de expandir a cobertura a outras áreas do cuidado (recursos diagnósticos, terapêuticos e hospitalares) e, principalmente, firmar uma assistência intersetorial de promoção da saúde e prevenção de doenças (PAIM et al., 2016).

Com isso, a noção da Atenção Primária como núcleo do sistema de saúde nacional, passou a disseminar-se entre os países seguindo suas particularidades políticas, econômicas, sociais e culturais, porém com foco nas nações em desenvolvimento, inspirando espírito de justiça a uma condição aceitável de saúde (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2012).

Nesse ínterim, reforçou-se a meta “Saúde para todos no ano 2000”, adotada pela OMS com a intenção de incentivar os governos e a própria instituição em alcançar um nível de saúde, até o ano 2000, que permitisse a todos os indivíduos a possibilidade de uma vida social e economicamente produtiva (RODRIGUES, ANDERSON, 2011).

No sentido de reforçá-la, em 1998, Starfield publicou uma obra demonstrando evidências do impacto positivo da APS em diversos países, propondo métodos inovadores para avaliar os resultados produzidos pelo próprio nível assistencial e pelos profissionais da Atenção Primária (STARFIELD, 2004).

Segundo a autora e outros pesquisadores que a corroboram, a APS utiliza capital e trabalho em menor intensidade que as especialidades médicas, sendo ainda adaptável às necessidades de saúde básicas advindas de uma determinada sociedade. Os países que direcionam a assistência à saúde para a Atenção Primária apresentam melhores índices saudáveis, maior satisfação popular, quedas nos gastos e na mortalidade infantil (MENDES, 2018; OPAS, 2005; SOUZA, MELO, 2013; STARFIELD, 2004).

De acordo com o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, que analisou reformas orientadas pela APS em países da União Europeia a partir de 1990, as funções desse modelo são resumidas em: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade e compreensão de um conjunto de ações de caráter individual e coletivo (SALTMAN, RICO, BOERMA, 2010; STARFIELD, 2004).

Giovanella (2006), Leone, Dussault, Lapão (2014) e Mendes (2018), destacam que vários países tomaram a Atenção Primária como “re-ordenadora” de seus sistemas de saúde, declarando motivação quanto à redução das despesas, à substituição das especialidades médicas que encarecem o financiamento na saúde e ao uso abusivo das tecnologias diante de situações corriqueiras no adoecimento da população, além de implicações na cultura organizacional do próprio sistema de saúde. É importante lembrar que a compreensão de APS não segue um modelo consensual, variando entre um país e outro, de acordo com seus contextos históricos e interesses políticos vigentes (MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009).

A respeito disso, Tarismo e Webster (1997) citado por Aguiar (2003), ao reinterpretarem a APS, destacaram a polaridade entre duas compreensões: a primeira concebe a APS como um nível de atenção à saúde, ou seja, noção técnico-administrativa de como deve ser o contato de um indivíduo com o sistema de saúde e seu trânsito pelo mesmo; a segunda, como uma abordagem dos problemas de saúde, dividida em quatro princípios norteadores: 1)

acesso universal e cobertura de acordo com as necessidades; 2) envolvimento individual e comunitário; 3) ações intersetoriais em prol da saúde e; 4) uso de tecnologia apropriada e custo-efetiva.

Já a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em conjunto com a OMS classifica a Atenção Primária didaticamente em três categorias: 1) nível de atenção (igualmente definida por Tarismo e Webster, anteriormente); 2) programa (com objetivos restritos à satisfação de necessidades elementares de grupos humanos de extrema pobreza); 3) estratégia (propondo minimizar os problemas econômicos e gerenciais que permeiam usualmente os serviços de saúde) (Aguiar, 2003). Mesmo essas interpretações guardarem certa semelhança entre si e até algumas limitações conceituais, como a adoção mais completa e fiel da proposta da APS originada em Alma-Ata (Aguiar, 2003), alguns autores repreendem-nas quanto ao seu conceito preventivista, idealizador e pouco real, declarando que as compreensões da APS não consideraram a capacidade do sistema de saúde nem as demandas dos usuários, tendo ainda um aspecto emocional e ideológico (CONILL, 2008; MOORE, SHOWSTACK, 2003).

Quando comparados os diferentes grupos econômicos, nos países mais ricos observa-se o financiamento da saúde é predominante público e a Atenção Primária em saúde é ponto estratégico na organização do sistema de saúde. A única exceção está no EUA, que apesar do gasto em saúde ser o dobro dos outros países ricos, o maior gasto do país, porém, não se reflete em melhores resultados em saúde na comparação com outros países do grupo (BLOMQVIST, 2011).

Em contrapartida, os países mais pobres têm financiamento predominantemente privado no que tange à saúde, e apresentam consequentemente sistemas de saúde com resultados populacionais ruins e estruturalmente deficitários. Excepcionalmente, Cuba é um país de baixa renda cujo financiamento da saúde é majoritariamente público, e a Atenção Primária é muito atuante no sistema de saúde, tanto que seus indicadores de saúde figuram um dos melhores da região das Américas (MASSUDA, 2020)

3.2 Atenção Primária no Brasil

No Brasil, a APS foi se consolidando a partir do fortalecimento da Reforma Sanitária e dos movimentos sociais em luta pela redemocratização da nação, resultando na criação do SUS e com ele novos princípios norteadores para a Atenção Primária no país, tais

como: universalidade, integralidade, equidade e controle social (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2012; BRASIL, 2012b; MOTA, SCHRAIBER, 2011).

No Brasil, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que segue princípios de universalidade, integralidade e equidade, estabelecidos na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), avanços consistentes foram feitos em direção à cobertura universal em saúde (UN, 2015), especialmente após o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) como política nacional para implantação da APS (BARRETO, 2014).

A APS denominada no Brasil Atenção Básica (AB), envolve distintos modelos de atenção, os tradicionais e a ESF, este último desde 2002, tendo como objetivo reestruturar a organização do cuidado em saúde neste nível de atenção. De acordo com a PNAB, 2017, a ESF é uma estratégia prioritária para expansão da AB no país, tendo como diretrizes a coordenação do cuidado, longitudinalidade e ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), dentre outras. Como parte integrante da APS, a ESF pretende interferir nos padrões de produção de saúde e doença e consequentemente, melhorar os indicadores de saúde populacionais (BRASIL, 2017).

Não obstante as críticas, a APS brasileira se tornou referência na construção das propostas políticas do Ministério da Saúde. Sua transformação ocorreu principalmente com a implantação do PSF (1994), desenvolvido com o propósito de substituir a rede de atenção básica tradicional, ofertando uma política de acolhimento voltada às necessidades de saúde dos indivíduos e famílias, assistindo com humanização, cidadania e solidariedade todos os que procuram o serviço de saúde (MOTA, SCHRAIBER, 2011).

Com isso, num movimento de revitalização dos cuidados primários e reorientação da discussão em torno da APS, o MS lança o primeiro documento da Política Nacional de Atenção Básica em 2006, construída com a participação de membros das universidades, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde, num sentido de fortalecimento do ponto de partida da assistência pública (BRASIL, 2012b; NASCIMENTO, SANTOS, CARNUT, 2011).

A partir de então novos recursos repassados fundo a fundo desde a criação do PAB, assim como estratégias de avaliação, informatização e qualificação da APS, por meio da ESF, passaram a compor a agenda dos governantes num sentido de consolidação e ampliação da Atenção Primária em todo o território brasileiro.

De 1998 a 2018, o número de equipes de ESF cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir, potencialmente, cerca de 130 milhões de pessoas, o que corresponde a cerca de 62,5% da população brasileira (CNES, 2019). O aumento da cobertura de ESF está associado a

melhorias no uso de serviços e nos resultados em saúde (MACINKO, 2018), com redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária (CASTRO, 2015) e de mortes por causas preveníveis (HONE, 2017). Além disso, possibilitou uma queda na mortalidade infantil em todas as regiões do país (AQUINO, 2009), o que beneficiou populações mais vulneráveis e reduziu iniquidades (HONE, 2017).

Inúmeros trabalhos nacionais foram publicados com apresentações dos parâmetros favoráveis a um sistema de saúde organizado e coordenado através da Atenção Primária, particularmente pela ESF (ALFRADIQUE et al., 2009; GOMES, SILVA, 2011; MACHADO, BAPTISTA, NOGUEIRA, 2011; MENDONÇA et al., 2012; PAIM et al., 2011).

Sendo assim, uma nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2012, foi instituída no país atualizando conceitos na política e introduzindo elementos ligados ao papel desejado da APS. Neste documento, a Atenção Primária passa a comandar a ordenação das Redes de Atenção, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012b).

Vale lembrar que as RASs partiram da concepção "dawsoniana" de sistemas públicos de saúde e se disseminaram por outros países na busca pela superação da fragmentação dos serviços médicos, tomando forma em 1990, nos EUA como sistemas integrados de saúde. Esta nova estratégia corresponde à proposta de um sistema agregado tanto em atividades de suporte e na integração dos profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção quanto no cuidado clínico, de forma coordenada e continuada (LINARD, CASTRO, CRUZ, 2011; MENDES, 2011).

Além disso, representadas de maneira produtiva e econômica, as redes assistenciais podem ser organizadas de forma heterogênea, combinando concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Seus modos de organização têm por natureza a descentralização frente aos setores sociais com base nos fundamentos de economia de escala, disponibilidade tecnológica, qualidade e acesso facilitado, territórios sanitários, integração horizontal e vertical, processos de substituição e níveis de atenção (MENDES, 2011).

Contudo, as RASs se sustentam por meio das contribuições derivadas da própria atenção básica, tais como: a) balizadora na assistência à saúde; b) resolutiva, utilizando uma perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; c) coordenadora do cuidado, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção; d) identificada como centro de comunicação entre os diversos pontos; e) ordenadora

das redes, de acordo com as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2012b).

Diante disso, um novo conceito de APS foi descrito na PNAB, em 2012, e adotado como definição para este estudo:

> A atenção básica [ou APS] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência [...]. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. [...] (Brasil, 2012b, p.19).

Destaca-se ainda, que esta nova política considera como fundamentos da APS no território brasileiro, as seguintes diretrizes:

1) ter território com população adscrita;

2) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde;

3) desenvolver relações de vínculo com os usuários e responsabilização entre as equipes e a comunidade adscrita;

4) coordenar a integralidade em seus vários aspectos e;

5) estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade de construção do cuidado à sua saúde, das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2012b).

Dessa forma, o Brasil tem se distinguido na discussão sobre os sistemas de saúde no mundo, em particular pelos avanços alcançados no desenvolvimento de sua Atenção Primária, como já reconhecido pela OMS, em 2008, que recomenda a implantação da ESF e a define como ação bem-sucedida e capaz de atender com qualidade às necessidades da população (OMS, 2008).

Partindo dos conceitos básicos da APS no Brasil, o MS passou a recomendar o uso de indicadores da Atenção Primária para o processo de avaliação da mesma, com a finalidade

de acompanhar a qualidade, o acesso e o funcionamento das redes de atenção pertencentes ao sistema de saúde, mesmo que ainda incipientes.

Sendo assim, conhecer o perfil das ICSAPs possibilita verificar se o desenvolvimento das diretrizes da Atenção Primária está contribuindo para a redução ou prevenção da ocorrência das internações evitáveis, e assim, promover esses fundamentos nos diferentes territórios nacionais.

3.2.1 Histórico da Atenção Primária em Saúde no Brasil

Depois de muito avanço no debate sanitarista, podemos demarcar de modo taxativo que a Atenção Primária à saúde foi oficialmente inaugurada como oferta de cuidados primários essenciais, quando na conferência Alma-Ata foi anunciada. Colocando essa oferta de cuidados como aqueles que deveriam estar disponíveis o mais proximamente possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, aproximando indivíduos e famílias da comunidade, e possibilitando acesso pleno (ALMEIDA, SOUZA, BRANDÃO, 2018).

Durante a Alma-Ata a Atenção Primária à Saúde foi definida como:

> atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.” (OMS/UNICEF, 1979).

Mundialmente, a partir de meados dos anos 80 e a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população e o cenário econômico em déficit, as reformas organizacionais dos sistemas de saúde foram impulsionadas em vários locais das Américas e da União Europeia, com o objetivo de otimizar custos em saúde e a coordenar de mais assertiva os diferentes níveis assistenciais (ALMEIDA, SOUZA, BRANDÃO, 2018).

No Brasil, os primeiros estabelecimentos que visavam atender aos cidadãos, com foco na saúde pública, surgiram em 1918. Muitas foram as razões que levaram à sua criação. Entre elas destacam-se: a ampliação de responsabilidades e atribuições da saúde pública, que passou a atuar nas áreas de saneamento; propaganda sanitária; higiene materna e infantil;

higiene industrial; e, naquele momento, especialmente, o combate às endemias rurais. Além disso, novos instrumentos diagnósticos, de profilaxia e imunização, permitiam a atuação mais seletiva e especializada no combate às doenças. Tal alteração tinha como base a necessidade de prover ao governo uma administração modernizadora e buscar um enfrentamento mais efetivo às doenças endêmicas e epidêmicas (CAMPOS, 2007).

No período de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), essa prática de Atenção Primária a saúde passou a ser denominada de atenção básica, implementada como política de Estado. A atenção básica é porta de entrada do SUS e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente. Quando observada a linha do tempo de construção da APS brasileira, os primeiros cuidados primários remontam à Reforma Carlos Chagas, com a criação, em 1920, de postos de profilaxia rural voltados ao combate a endemias e epidemias de agravos prioritários à época. Até a década de 1980, quando foi criado o SUS, prevaleceram modelos centralizados e campanhistas (ALMEIDA, SOUZA, BRANDÃO, 2018).

Desde 1994, o apoio federal no custeio das Equipes de Saúde da Família foi permanente ano após ano, o que permitiu, passados 25 anos, que em abril de 2019, o País atingisse um total de 42.064 equipes implementadas em 5.506 municípios e Distrito Federal.

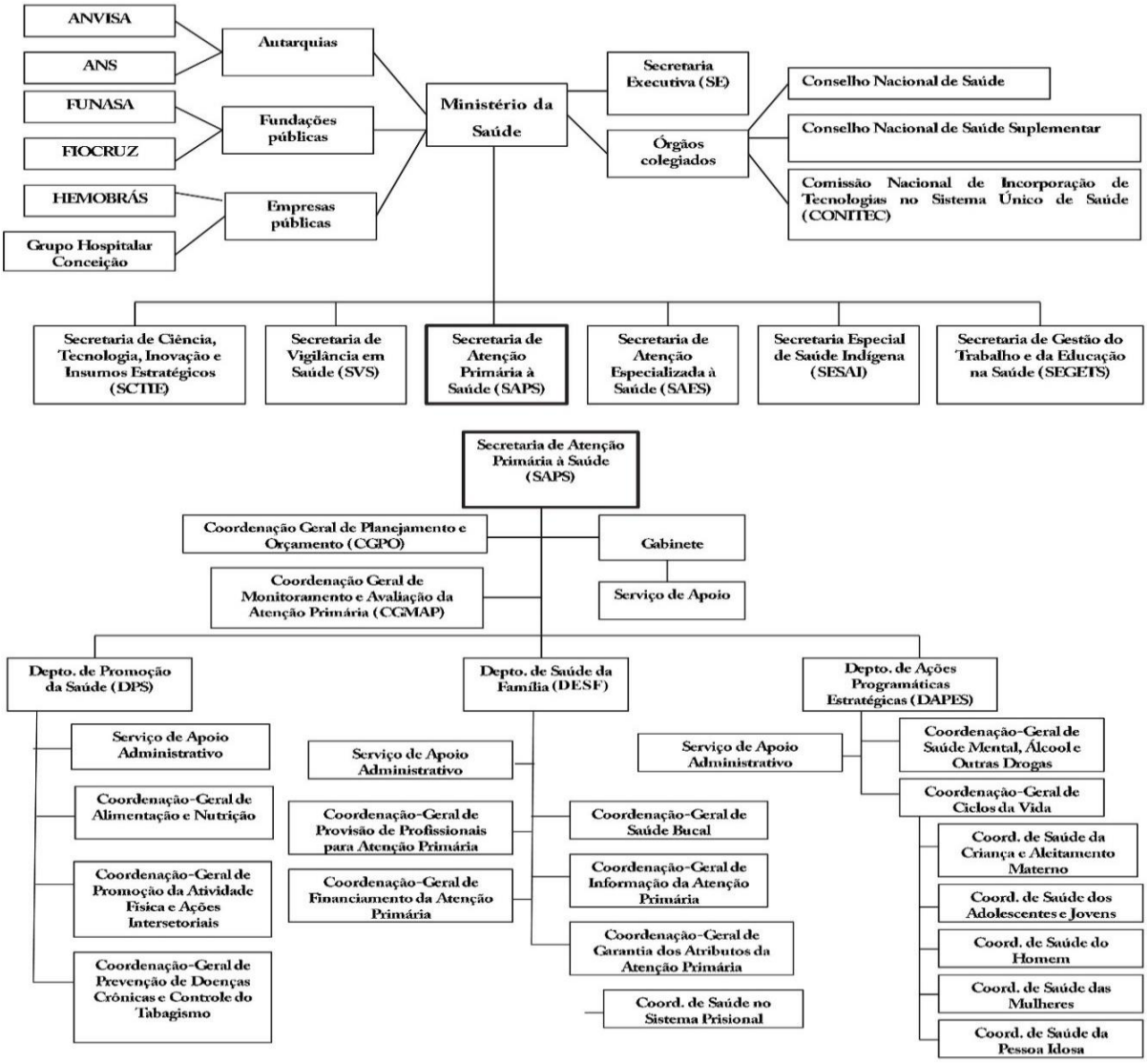
Em prol de um fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), inspirado nas experiências de países desenvolvidos, iniciou o processo de implantação da assistência ambulatorial nacional. Países como a Inglaterra, organizaram seus sistemas de saúde com foco na à atenção de acesso universal, continuada e integral junto à população, desenvolvendo sistemas orientados para Atenção Primária à Saúde (APS). Nos anos 90 ocorre um progresso no movimento de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde (OLIVEIRA, 2007; BOLDSTEIN, 2002)

Ao longo desse período, o Ministério da Saúde consolidou dezenas de Portarias e estruturou a Política Nacional de Atenção Básica em março de 2006, posteriormente revisando-a por duas vezes, em 2011 e 2017 (BRASIL, 2019).

Para fazer frente aos desafios impostos pela Atenção Primária à saúde, prioridade número 1 do Ministério da Saúde, em 20 de maio de 2019, um dia após a celebração mundial do “Dia do Médico de Família”, este órgão federal publicou o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019 (BRASIL, 2006), que alterou o organograma então existente desse órgão federal. Foi

criada pela primeira vez na história do país uma Secretaria responsável pela Atenção Primária à Saúde e pela Estratégia Saúde da Família, que completou 25 anos também em 2019. A estrutura da nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) abriga três departamentos: o já existente Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), um Departamento de Saúde da Família (DESF) e um novo Departamento de Promoção da Saúde (DPS) (Figura 1). Com isso, a Atenção Primária à Saúde, ao adquirir *status* institucional de Secretaria na estrutura ministerial, ganhou força ao receber maior protagonismo na cadeia decisória do Ministério da Saúde, e, também maior presença nas discussões internas acerca da destinação orçamentária do montante de recursos do Ministério da Saúde, acrescendo potencial indutor de reprodutibilidade da estrutura entre os entes estaduais e municipais.

Figura 1 - Organograma do Ministério da Saúde e detalhamento da nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) - 2019.



Fonte: Ministério da Saúde

Um dos maiores instrumentos para a reforma da saúde foi a regulamentação da lei 8.080 de 1990 e da lei 8.142, do mesmo ano, que tratam das normas gerais de funcionamento do SUS, especialmente das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área. Pois, com base nessas leis, surge em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF) no modelo ainda de Programa de Saúde da Família (PSF) (BOLDSTEIN, 2002)

Vale ressaltar que devido sua caracterização de papel de porta de entrada do sistema, as ações dos atores envolvidos na ESF, gestores, profissionais e usuários, é que efetivamente produzem a consolidação do SUS. Entretanto, a falta de compreensão do modelo

assistencial proposto comprometeu os resultados do programa e do sistema de saúde como um todo (RIBEIRO, 2007).

3.2.2. Ações e Estratégias de Fortalecimento da APS no Brasil

No Brasil, a Atenção Básica foi coordenada inicialmente pelo Programa Saúde da família (PSF), processo iniciado em 1994. Ao longo dos anos, o programa sofreu modificações, paralelamente ao processo de descentralização e revisão do papel dos gestores de cada esfera de governo. Em 2002, o PSF foi modificado para Estratégia Saúde da Família, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo o veículo de reorganização, operacionalização e fortalecimento da APS, reafirmada no ano de 2006 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006). Ela constitui um dos principais desafios do SUS, desde sua implantação. Todo esse processo teve como finalidade mudar o modelo de atenção vigente, centrado na atenção hospitalar, e assim contribuir para reorganizar a utilização dos níveis assistenciais de forma a racionalizar o atendimento, melhorando o acesso e a qualidade da APS (TORRES et al, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS. Ela favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é apresentada como principal caminho para o alcance de tais atributos e fortalecimento da APS **(**GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O surgimento da Rede APS insere-se em um contexto de avanço da institucionalização da avaliação em saúde, que ocorreu no Brasil, em especial, a partir de 2002. A avaliação de políticas públicas e programas sociais define-se, segundo Contandriopoulos (2006), por:

> [...] aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e

> construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) é uma rede vinculada à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) que promove, há oito anos, a participação, o acesso e o intercâmbio de conhecimento científico nacional e internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) entre pesquisadores, gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em abril de 2019, ao se analisar os dados do SISAB, havia cerca de 90 milhões de pessoas cadastradas na ESF sem contar pessoas duplicadas. O modelo de financiamento vigente até 2019 contribuiu, após a esperada expansão da ESF em meados da década passada, para esta dificuldade em ampliar o número de pessoas sob efetiva responsabilidade das equipes. Esse modelo estava esgotado e apresentava limitações quanto à capacidade de induzir respostas primordiais aos desafios do sistema e da APS, tais como a efetivação do acesso e a produção de melhores resultados em saúde. Os componentes que o formavam eram: “PAB fixo”, valor repassado a cada município com estratégia implantada; “PAB variável” incentivo financeiro repassado de acordo com o credenciamento e atividades dos diversos tipos de equipes de ESF, Consultório na rua, equipes prisionais etc, agentes comunitários de saúde nas equipes de saúde da família; Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) (GBD, 2018).

3.2.3. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB

Em 2006, criou-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na intenção de agrupar e revisar as distintas iniciativas de atenção básica que estavam sendo implantadas, visando a otimização e priorização dos gastos públicos. Em 2011 houve uma primeira revisão da PNAB, trazendo ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da atenção básica, com destaque para a flexibilidade da carga horária médica, a introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Tanto a criação como a reedição da PNAB fundamentaram-se nos atributos da APS abrangente e estabeleceram a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização dos sistemas de saúde no país. Ressalta-se que a formulação e revisão de políticas públicas são apresentadas há mais de vinte anos pelo campo das ciências sociais como um processo cíclico (ALMEIDA, SOUZA, BRANDÃO, 2018).

Da publicação da PNAB 2011 até os dias atuais, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos na atenção básica, como o Programa Mais Médicos, as ações e instrumentos para consolidação da integração ensino serviço, as ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, dentre outras. No intuito de incorporar tais ações à PNAB, iniciou-se, em 2015, a segunda revisão dessa política.

Em setembro de 2017, a Portaria nº 2.436[1] instituiu a nova PNAB, que consolida conceitos, reafirma princípios instituídos nas Políticas anteriores (2006 e 2011) e propõe mudanças significativas nas modalidades e na composição das equipes, com a flexibilização da carga horária de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS); a possibilidade de redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes; a não priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF) do ponto de vista da indução financeira, além de mudanças nas atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde.

3.2.4. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica

O PMAQ-AB no Brasil, instituído em 2011, tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, bem como permitir maior transparência e efetividade das ações na APS (BRASIL, 2011).

O *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool - *Primary Care Assessment Tool*), criado no Centro de Políticas de Atenção Primária Johns Hopkins (Johns Hopkins Primary Care Policy Center - Estado Unidos), é largamente utilizado para avaliar os atributos da APS, tendo como objetivo medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados. No Brasil, este é o instrumento mais utilizado para a avaliação da coordenação do cuidado. Importante destacar que estudos utilizando PCATool, quanto à coordenação do cuidado, avaliam como atributo ainda em processo de construção no país (BANDEIRA, 2020; PAIXÃO, 2019; GOMES, 2019; MAIA, 2020).

No Brasil, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pelo Ministério da Saúde em 2011, é uma ferramenta que permite a avaliação da coordenação do cuidado, prevendo a participação de gestores, profissionais e usuários (ALMEIDA, 2018; MS, 2012). Propicia informações que possibilitam um panorama da real situação do atributo no país, considerando regiões, estados e estratos (SOUZA, 2017). Com base em dados do PMAQ-AB, Fausto et al.(FAUSTO, 2014), ao avaliarem a coordenação

do cuidado, identificaram a presença de mecanismos como continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais e coordenação do cuidado clínico que são considerados fundamentais para a integração da rede assistencial. Contudo, consideram que ainda são incipientes ações nesta direção.

3.2.5. Financiamento x desfinanciamento

No que tange ao financiamento da Atenção Primária, é necessário compreender os marcos legais do financiamento do Sistema Único de saúde.

O financiamento do SUS foi previsto nas leis regulamentadoras do sistema, as leis federais 8.080 e 8.142, de 1990, e na Constituição Federal de 1988. A Lei 8.080/90 define que os planos municipais de saúde são os instrumentos centrais de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde; a 8.142 trata dos condicionantes para recebimento de recursos federais e da participação da comunidade na gestão do SUS. Já a Constituição traz a previsão sobre as fontes de financiamento e os percentuais a serem gastos (BRASIL, 1990).

Marco histórico do financiamento da saúde, a Emenda Constitucional 29/2000, sancionou a vinculação de recursos financeiros da seguridade social, definindo percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e os Municípios (15%). Porém, para o governo federal não foi estabelecido um mínimo percentual vinculado à RCL, situação que ao longo dos anos elevou, de forma substancial, os percentuais investidos em saúde pelos demais Entes da Federação (CNM, 2018).

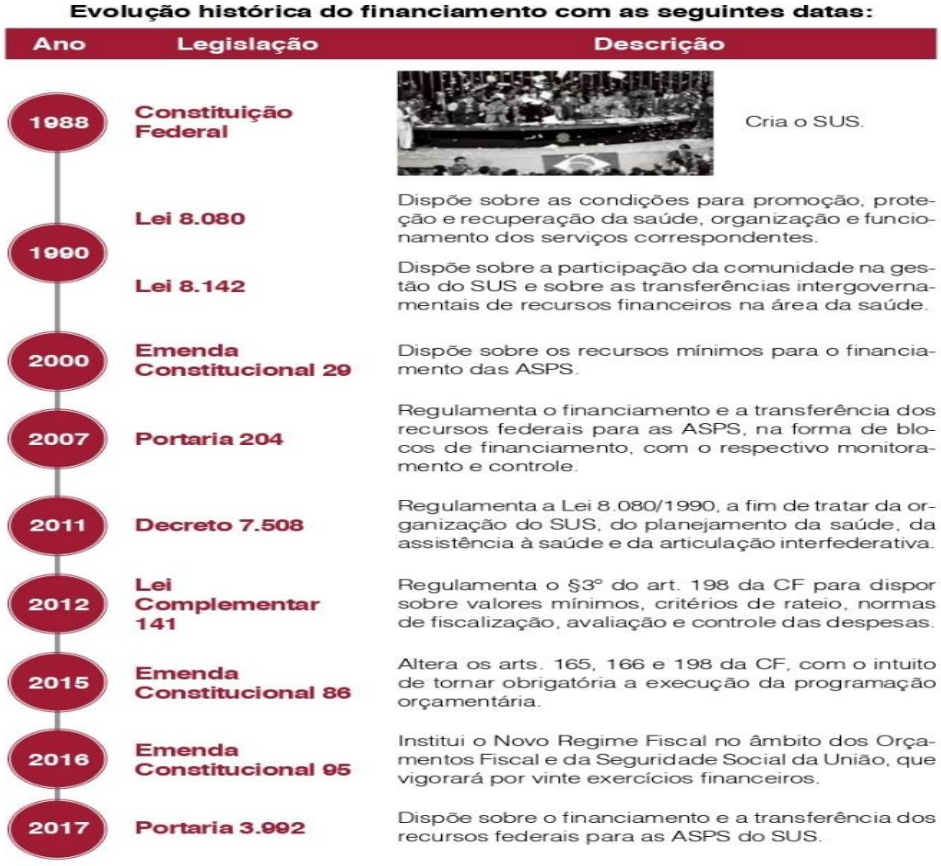
Em 2012, foi deliberada a Lei Complementar 141, que determinou a necessidade de criar uma metodologia de distribuição dos recursos da União para Estados e Municípios, ratificando o texto do art. 35 da Lei 8.080/1990. Em 2015, com a aprovação da Emenda Constitucional 86, com a definição de um percentual mínimo de investimento em saúde para a União de 15% da RCL, no entanto, estabeleceu uma regra transitória de escalonamento (de 13,2% a 15%) ao longo de 5 anos. Em 2016, o Congresso Nacional sancionou a Emenda Constitucional 95, a qual limita pelos 20 próximos anos os gastos federais que passarão a ser corrigidos pela inflação do ano anterior e, no caso da saúde, não mais pelo crescimento da RCL (CNM, 2018).

Importante salientar que na validade da Ementa Constitucional de 95, o subfinanciamento do SUS se transformará em um desfinanciamento. Os recursos federais para

o SUS devem reduzir de 1,7% do PIB (2016) para 1,0% até 2036, acumulando perdas superiores a três orçamentos anuais nesse período de 20 anos. Considerando ainda que em um cenário retrospectivo, entre os anos 2003 e 2015, essa perda seria de R$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1% (MENDES, CARNUT, GUERRA. 2018).

Em meio a este cenário, com o objetivo de possibilitar maior autonomia aos gestores da saúde no gerenciamento financeiro dos recursos transferidos da União, em 2017, foi publicada a Portaria 3.992, alterando as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. E a principal alteração se refere ao repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais Entes federados na modalidade fundo a fundo, que a partir daí passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes 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 (CNM, 2018).

Figura 2- Evolução do financiamento do SUS no Brasil



Fonte: CNM (2018, p.14)

Desse modo, em 2017, dá-se início ao processo de desfinanciamento do SUS, implicando em despesas totais pagas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelo MS a apenas R$ 107,6 bilhões (R$ 3,9 bilhões inferior a 2016 - deflacionado pelo IPCA a preços de 2017), enquanto o piso para 2017 era de R$ 109,1 bilhões. Ficando assim, abaixo do piso de aplicação mínima federal em 2017 (MENDES, CARNUT, GUERRA. 2018).

No mais, a lógica dos critérios de transferência dos recursos federais não foi modificada em termos de serem orientadas por demandas em saúde, por mais que o art. 17 da Lei Complementar 141/201211 indique tal alteração. Tão pouco a introdução da Portaria do MS nº 3.992/201712. Esses continuam baseados, em grande parte, na produção de serviços e orientados pela série histórica de gasto e incentivos financeiros conforme a implantação de ações e serviços de saúde. O que não é diferente mesmo quando se discute o financiamento da Atenção Básica à Saúde (MENDES, CARNUT, GUERRA. 2018).

Entre o período de 2004 a 2019, houve ampliação da participação dos municípios no financiamento (de 24,8% para 31,4%) e redução da participação da União (de 49,1% para 42,1%). Sendo que a participação dos estados se manteve no em 26%. A redução da participação da esfera federal reflete um caminho paradoxal de desresponsabilização do ente federativo com maior poder de arrecadação e coordenação e desonera atribuições diretas de prestação de serviços à população (SERVO et al, 2020).

3.2.6. Previne Brasil: metas e indicadores

Através da portaria 2.979, em novembro de 2019, o programa “Previne Brasil” entra no cenário do financiamento da Atenção Primária para substitui os critérios do PAB fixo e variável no financiamento de custeio da Atenção Primária. A principal mudança se refere à introdução do critério de número de pessoas registradas em equipes de ESF ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica; o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde; e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

O novo modelo foi apoiado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e criticada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2019). E vem sendo assunto de grande discussão na saúde coletiva dado aos impactos provenientes dessa decisão.

Para o pagamento por desempenho, será considerado o desempenho das equipes no cumprimento de metas para indicadores pré-definidos pelo próprio Ministério da Saúde. A escolha dos indicadores considerar-se-á a "relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade de cada indicador" (BRASIL, 2019a, p. 97). O Programa Previne Brasil indica que seriam monitorados 21 indicadores, sendo sete indicadores em 2020, depois mais sete em 2021 e, posteriormente, mais sete em 2022, sendo recalculado o valor do repasse a cada quatro meses (BRASIL, 2019b).

Em 2022, por meio da portaria nº 102 de 10 de janeiro do mesmo ano, que altera a portaria GM/MS nº 3.222, os sete indicadores selecionados para o incentivo de pagamento foram alterados e agora são os seguintes:

Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª 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: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;

Indicador 5: Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difeteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadaspor Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada;

Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;

Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Foram estabelecidas também, parâmetros e metas para cada indicador. O parâmetro correspondendo a um valor ideal para as equipes alcançarem em cada indicador e as metas correspondendo ao valor mínimo que cada equipe deverá alcançar para considerar que aquele indicador foi atingido (BRASIL, 2019b, 2020b). De acordo com a Portaria nº 102/2022, todos os municípios têm para o ano de 2022 para se organizarem em relação ao cumprimento das metas desses indicadores (BRASIL, 2022a).

Quadro 01: Indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil de acordo com as metas e a situação no Brasil no quadrimestre um (Q1), quadrimestre dois (Q2) e quadrimestre três (Q3) de 2022.

INDICADOR	**PARÂMETRO**	**META**
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	100%	45%
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	100%	60%
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	100%	60%
Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na AP	≥ 80%	40%
Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza tipo b e Poliomielite inativada.	95%	95 %
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	100%	50%
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	100%	50%

Fonte: Ministério da Saúde

Com a pandemia da COVID-19, o Ministério da Saúde manteve os valores para o custeio da Atenção Primária por todo o ano de 2020 e flexibilizou para 2021 todos os prazos de transição, no sentido de permitir que os municípios se organizassem para a mudança em meio à pandemia e evitar que houvesse prejuízos aos planejamentos e processos de gestão da saúde devido à diminuição no valor dos repasses financeiros (BRASIL, 2020c).

De acordo com o Painel de Indicadores, do Ministério da Saúde, no terceiro quadrimestre de 2020, apenas 1153 (21%) municípios alcançaram mais de 60% do indicador "Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação"; 1447 (26%) alcançaram mais de 60% do indicador "Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV"; 500 (9%) alcançaram mais de 60% do indicador "Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado"; 107 (2%) alcançaram mais de 60% no indicador "Cobertura de exame citopatológico"; 23 (9%) alcançaram mais de 50% do indicador "Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre"; e apenas 148 (3%) alcançaram mais de 60% no indicador "Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2021a).

Apesar disso, em todo o ano de 2020, mantiveram-se os repasses aos municípios para a manutenção de ações e serviços na atenção básica, totalizando o investimento de mais de R$ 23 bilhões (BRASIL, 2021b). Além disso, para incentivar os municípios que haviam alcançado entre 80% e 100% da meta de um, ou mais, dos sete indicadores de desempenho, foi repassado em dezembro de 2020, em caráter excepcional, um incentivo financeiro de mais de R$ 96,4 milhões distribuídos entre 3.458 municípios (BRASIL, 2020b).

No início do ano de 2021, foi instituída a Portaria 166/2021 trazendo novas regras para a transferência dos incentivos financeiros para os municípios no ano de 2021. De acordo com a portaria, serão repassados aos municípios incentivos referentes ao alcance de 100% das metas dos indicadores de desempenho nas primeiras oito competências de 2021, dando aos municípios mais um novo prazo para se reorganizarem (BRASIL 2021d).

No entanto, apesar dos esforços para conter a grave situação epidemiológica que se instalou desde o início da pandemia, o Brasil segue com aumentos exponenciais em 2021, atingindo 73.611.923 casos, sendo 18.025.477 casos e 115.601 óbitos entre os meses de janeiro a março. Em março de 2021, a taxa de mortalidade pela COVID-19 atingiu 147,8/100 mil habitantes (CONASS, 2021). Nessa conjuntura, acredita-se que a situação epidemiológica continuará afetando o desempenho dos municípios no alcance dos indicadores, tendo em vista a manutenção de medidas restritivas, a redução do atendimento nas unidades, o afastamento dos profissionais de grupos de risco, a suspensão de atendimentos odontológicos e visitas domiciliares, entre outras medidas de proteção (BRASIL, 2020a)

Assim, observou-se a necessidade de investigar o cenário atual do desempenho dos municípios em relação aos indicadores nesse cenário de pandemia da COVID-19, verificando

associações entre os resultados alcançados e a situação de morbimortalidade pela doença nas unidades federativas.

Com o acato às novas regras para financiamento da APS cria-se um condicionante que antes não existia para o repasse de recursos para a APS, com consequências diretas e indiretas para o sistema de saúde. Podendo ter implicação direta com o princípio da universalidade, uma vez que passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios, uma problemática clara desse modelo é que municípios mais vulneráveis podem apresentar dificuldade logística para registro das pessoas, enquanto para cidades populosas, essa atividade pode ser uma tarefa altamente complexa. Incorrendo na redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade. (MASSUDA, 2020).

Além de remodelar o financiamento, garantindo mais e melhores resultados na APS brasileira, um objetivo do Previne Brasil é alcançar até 2022 a marca de 80% de cobertura real, isto é, cerca de 170 milhões de pessoas cadastradas, sem os milhões de cadastros duplicados existentes até 2019. Para tanto, serão necessárias 50.000 equipes de Saúde da Família existentes e financiadas. Além da forte expansão da ESF, o Previne Brasil traz uma outra novidade imprescindível para tornar o SUS um sistema de saúde realmente centrado nas pessoas. A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) estipulou que uma das características essenciais de um sistema de saúde centrado nas pessoas é a livre escolha do provedor de APS (REIS, 2019).

3.2.6.1 Crise política, financeira e sanitária no Brasil e sua influência na execução das ações em APS

Desde 2019 o Brasil vem enfrentando com maior ênfase uma crise que além de política e econômica, agora sanitária. Com o advento da pandemia do covid-19. Essa crise instalada em que se encontra o país vem piorando com as divergências entre o governo federal e os entes subnacionais sobre as medidas de prevenção, controle e tratamento dos casos relacionados com a pandemia. Tendo nesse meandro o debate sobre economia, e o falso dilema de que se o país adotasse medidas de isolamento, a crise econômica seria mais prejudicial que a crise sanitária que ceifou milhares de vidas até então. Nesse contexto, apenas meses depois após o primeiro caso, algumas medidas nacionais começaram a ser tomadas, como garantia de renda mínima e de emprego, além do apoio às empresas. Na saúde, a pandemia abriu margem para a visualização da necessidade urgente de novos recursos e de ampliação de investimentos

para reduzir as desigualdades de acesso entre grupos populacionais e entre das distintas regiões (SERVO et al, 2020).

De uma forma geral, a pandemia mundialmente trouxe reflexos econômicos, para o World Bank (2020), a recessão econômica que está sendo vivida é mais profunda que a crise mundial de 2008-2009 e a crise da dívida da América Latina nos anos 1980. O cenário econômico brasileiro atual era de superação da crise de 2014/2017, a qual foi originada por uma combinação de choques de oferta e demanda, devido a erros de política econômica. Essa conjuntura também contribuiu para a redução do crescimento da economia brasileira e incertezas das finanças públicas (SILVA; SILVA, 2020).

Com todo esse cenário a necessidade de discutir financiamento do SUS se intensifica a partir da crise econômica que vem se instalando desde 2015 pela estagnação dos anos subsequentes, e agora no contexto pandêmico mais ainda. Para Servo et al (2020):

> No caso do financiamento das ações e serviços públicos de saúde para enfrentamento da pandemia, argumentamos neste texto que ele passa necessariamente pela ampliação da alocação de recursos ao SUS, com grande dependência da atuação do governo federal. Isso se deve ao fato de que: 1) há atribuições da política econômica que são exclusivas do governo federal; 2) a maior parte da arrecadação tributária está concentrada na União; 3) o SUS já estava subfinanciado há anos, apesar da ampliação da participação de estados e, principalmente, de municípios desde os anos 2000; 4) o subfinanciamento foi agravado por medidas de limitação do gasto público adotadas pelo governo federal (SERVO et al, 2020, p.3).

3.2.7. Nova Metodologia de Cofinanciamento Federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no SUS

A Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de abril de 2024, estabelece um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, promovendo uma alocação de recursos mais equitativa e eficiente. Essa nova abordagem baseia-se na introdução de um Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), que classifica os municípios de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e o porte populacional, garantindo que as transferências de recursos sejam feitas de forma a beneficiar as regiões com maiores necessidades sociais e de saúde (BRASIL, 2024a).

Além disso, a Portaria reforça o papel central do cadastramento e regularização das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A regularização dos municípios é crucial para que as transferências sejam realizadas sem interrupções, conforme estipulado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), evidenciando um esforço do Ministério da Saúde em manter a conformidade e a eficácia na distribuição dos recursos (BRASIL, 2024b).

Outro aspecto relevante dessa portaria é a introdução do componente per capita no financiamento da APS, que baseia a distribuição de recursos na população atendida pelas equipes de saúde. Esse enfoque busca não apenas melhorar a eficiência do sistema, mas também garantir que os recursos sejam alocados de acordo com a demanda real, contribuindo para a sustentabilidade e ampliação da cobertura dos serviços de saúde nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2024a).

As alterações introduzidas pela Portaria GM/MS Nº 3.493 de 2024 refletem uma preocupação crescente com a qualidade dos serviços de APS, incentivando as equipes a se adaptarem aos novos critérios de desempenho e financiamento. A adoção de incentivos fixos e variáveis, baseados em indicadores de qualidade, busca promover uma melhoria contínua na prestação de serviços, alinhando os objetivos do financiamento com os resultados esperados em termos de saúde pública (BRASIL, 2024b).

A nova portaria destaca a importância da manutenção de registros atualizados e da conformidade com as normas vigentes para garantir a continuidade dos repasses financeiros. A implementação dessas diretrizes representa um avanço na gestão da APS no Brasil, proporcionando uma base mais sólida para a construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente, capaz de responder às demandas crescentes da população brasileira (BRASIL, 2024a).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Este estudo adota uma abordagem ecológica, focada na análise de dados secundários em saúde, especificamente analisando as dimensões temporal e espacial desses dados. Estudos ecológicos caracterizam-se por utilizar populações ou grupos como unidades de análise, geralmente de uma área geográfica definida (MEDRONHO, 2008). A metodologia aqui aplicada, que se concentra em dados agregados por municípios, se justifica pela natureza da análise, que avalia os indicadores do programa Previne Brasil e os repasses financeiros nas macrorregiões de saúde do Brasil, utilizando critérios atualizados de financiamento da Atenção Primária.

A pesquisa está estruturada em dois artigos:

1. **"Já é possível falar em melhoria do acesso ao pré-natal após Previne Brasil?"** - Submetido à Revista Eletrônica Multidisciplinar da UNIVAR (Qualis A4). Este artigo explora o contexto histórico da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil e as formas de financiamento anteriores ao Previne Brasil. A análise inicial dos dados revelou correlações diferentes entre o Índice Sintético Final (ISF), a Cobertura de ESF, e o IDH, com destaque para a influência dessas variáveis no indicador de pré-natal. A partir daí, o artigo visa identificar o comportamento dos indicadores do Previne Brasil entre 2019 e 2022 e estimar os fatores que influenciam essas métricas.
2. **"Financiamento da Atenção Primária no Brasil: análise dos repasses federais para as capitais brasileiras no período de 2018 a 2022."** - Submetido à Revista de Administração Pública e Gestão Social (Qualis A3). Este artigo analisa os repasses financeiros federais às capitais brasileiras, comparando os períodos pré e pós-Previne Brasil. A premissa é que o aumento da cobertura da APS em todo o território brasileiro deveria correlacionar-se com um crescimento proporcional no investimento, melhorando a oferta de serviços nesta rede.

4.2. Variáveis

No estudo, foram selecionadas duas variáveis principais de desfecho. A primeira é a performance dos indicadores de saúde definidos pelo programa Previne Brasil, especificamente o Índice Sintético Final (ISF) alcançado por cada Unidade Federativa (UF) nos anos analisados. A segunda variável de desfecho refere-se ao financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) nas capitais brasileiras, avaliando os repasses financeiros federais no período de 2018 a 2022. Esses dados foram coletados em fontes públicas como o E-gestor AB do SUS, Fundo Nacional de Saúde e o Portal SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica.

As variáveis exploratórias incluem elementos como o PAB fixo e variável, fatores sociodemográficos, estrutura e desempenho das unidades de saúde, além de indicadores de saúde dos anos anteriores. A análise dessas variáveis permitirá comparações entre a qualidade da assistência antes e após a implementação do programa Previne Brasil, oferecendo insights sobre as mudanças nas condições de saúde e os impactos das novas diretrizes de financiamento.

Quadro 02: Variáveis do estudo

TEMA	**VARIÁVEL**	**FONTE**
Indicadores de desempenho	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 22ª semana de gestação;	Painel de Indicadores da Secretaria de Atenção Primária (SAPS)
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;	
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;	
	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde.	
	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada.	
	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	

Dados Sociodemoigráfico	Índice de Desenvolvimento Humano - IDH	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD
Dados das Unidades Federativas	Densidade populacional	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
	Tipologia dos municípios	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
	Cobertura populacional pela Atenção Primária à Saúde	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)
	Financiamento da APS	Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Fonte: Elaborada pelo autor.

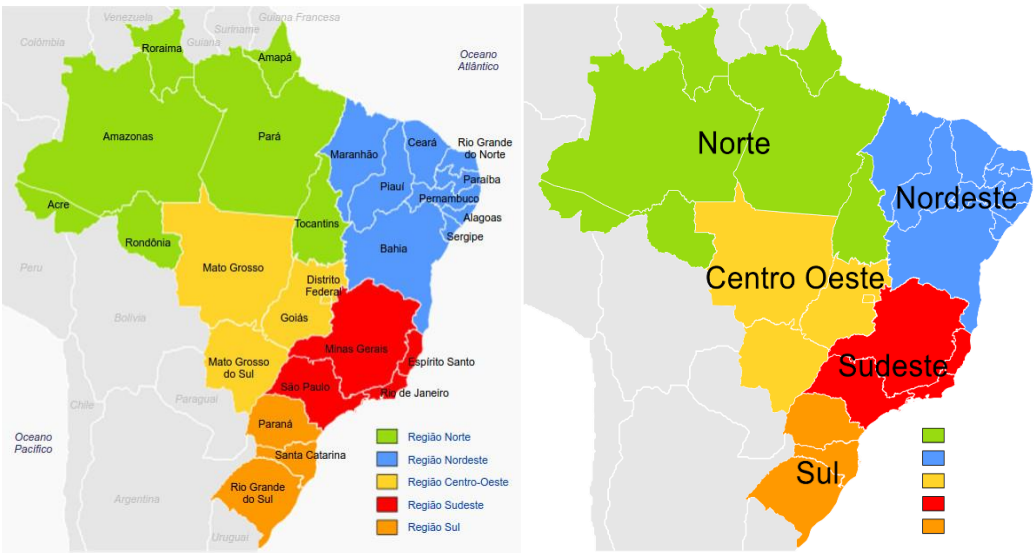
4.3. Período e local de estudo

O estudo abrange dois períodos distintos para a análise das variáveis selecionadas. Para o primeiro objetivo, que analisa o indicador de pré-natal, foi considerado o intervalo de 2018 a 2021, cobrindo os anos iniciais da implementação do programa Previne Brasil. Já para o segundo objetivo, que foca nos repasses financeiros à Atenção Primária em Saúde (APS), o período de análise foi expandido para abranger de 2018 a 2022, permitindo uma avaliação mais ampla das mudanças no financiamento antes e após a introdução do novo modelo.

O local de estudo compreende todo o território brasileiro, que é dividido em 27 unidades federativas, incluindo 26 estados e o Distrito Federal (Figura 3). O Brasil, com seus 5.570 municípios, foi analisado de acordo com suas cinco regiões geográficas: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Para a análise dos repasses financeiros à APS, as capitais de cada unidade federativa, juntamente com o Distrito Federal, foram utilizadas como unidades de análise, permitindo uma visão detalhada e comparativa das variações no financiamento entre as principais cidades do país. As regiões Sul e Nordeste foram destacadas por apresentarem os maiores índices de cobertura de APS no território

nacional, o que pode influenciar os resultados observados na análise dos repasses financeiros e dos indicadores de saúde.

Figura3. Unidade territorial de análise.



Fonte: IBGE, 2022.

4.4. Coleta de dados e fonte de dados

A coleta dos dados foi realizada prioritariamente nas bases de dados do Governo Federal e Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal. Sistemas de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e e-Gestor AB. Para os dados demográficos dos municípios, foram utilizados o censo de 2010 e suas respectivas projeções intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para este estudo, as variáveis de interesse incluíram os valores obtidos no Índice Sintético Final (ISF) de cada Unidade Federativa (UF), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para os anos de 2018 a 2021. Também foram coletados dados sobre os valores previstos de repasse financeiro federal para as capitais brasileiras e o Distrito Federal, conforme disponíveis no Portal SAGE, além dos valores efetivamente repassados, obtidos a partir do Fundo Nacional de Saúde.

Durante a coleta, não foram realizados critérios de exclusão, o que garantiu a inclusão de todos os dados disponíveis nas fontes mencionadas. A completude dos dados

foi alta, pois foram obtidas informações de todas as Unidades Federativas e capitais analisadas, assegurando uma análise abrangente e representativa.

4.5. Análise dos dados

Os dados foram primeiramente coletados e organizados no Excel 2018®, onde foram consolidados para garantir a integridade e facilitar a subsequente análise. No caso do primeiro artigo, os dados foram transferidos para o software R Studio, utilizado para realizar análises estatísticas detalhadas. Foram calculadas estatísticas descritivas, como médias e desvios padrões, permitindo uma compreensão básica da distribuição dos dados.

Além disso, para enriquecer a análise com uma perspectiva espacial, mapas descritivos foram criados no software QGIS. Esses mapas ajudaram a visualizar a distribuição geográfica dos dados, destacando diferenças regionais conforme os critérios estabelecidos pelo programa Previne Brasil. O uso do QGIS permitiu uma análise detalhada das variações espaciais, essenciais para entender o contexto das diferentes regiões.

A normalidade dos dados foi verificada utilizando o teste Shapiro-Wilk. Esse teste é essencial para determinar se os dados seguem uma distribuição normal, o que é uma premissa para muitas análises estatísticas subsequentes. Com a normalidade dos dados confirmada ($P > 0,05$), foi possível realizar uma análise de correlação de Pearson. Essa análise avaliou a relação linear entre variáveis específicas, buscando entender como variáveis independentes influenciam as dependentes. A significância estatística foi definida em $p < 0,05$, garantindo que as conclusões fossem robustas. Além disso, um poder de determinação (R^2) de pelo menos 0,70 foi considerado um critério para avaliar a força das correlações, onde um R^2 mais alto indicaria uma relação mais forte entre as variáveis.

Os resultados dessa análise foram apresentados de maneira regionalizada, categorizados por estados e regiões geográficas. Essa abordagem permitiu uma visão mais refinada dos dados, revelando padrões que poderiam ser perdidos em uma análise mais ampla.

Para o segundo artigo, a análise permaneceu no Excel 2018®, onde foram construídos gráficos detalhados para visualizar as duas principais análises. Esses gráficos

foram fundamentais para identificar padrões e discrepâncias nos dados, permitindo uma interpretação visual que complementou as análises numéricas. A escolha do Excel para essa parte da análise foi estratégica, devido à sua capacidade de manipulação de dados e criação de gráficos intuitivos, tornando os resultados mais acessíveis e fáceis de interpretar.

A definição de tendência utilizada no trabalho referiu-se à análise de padrões de mudança nos indicadores ao longo do tempo, tanto em relação ao comportamento linear quanto em variações regionais, permitindo a identificação de tendências ascendentes ou descendentes nos dados. Essas tendências foram essenciais para entender o impacto das políticas analisadas e suas variações geográficas.

Esta metodologia, ao combinar análises estatísticas robustas com visualizações geográficas e gráficas, forneceu uma base sólida para as conclusões do estudo, assegurando que todas as nuances dos dados fossem cuidadosamente examinadas e interpretadas.

4.6. Aspectos Éticos

Por tratar-se de um estudo baseado em dados secundários agregados, públicos e de livre acesso, o protocolo de pesquisa não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme orienta a Resolução n°.510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

JÁ É POSSÍVEL FALAR EM MELHORIA DO ACESSO AO PRÉ-NATAL APÓS PREVINE BRASIL?

(Publicado na Revista Eletrônica Interdisciplinar
Barra do Garças – MT, Brasil. Qualis A4)

Marcos Ronad Mota Cavalcante[1]
Judith Rafaelle Oliveira Pinho[2]
Rejane Christine de Souza Queiroz[3]
Bruno Feres de Souza[4]

RESUMO

Este estudo analisou a tendência temporal da proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal até a 20ª semana de gestação, conforme estabelecido pelo Programa Previne Brasil até 2021, entre 2018 e 2021 no Brasil. Utilizando dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e índices de desenvolvimento humano (IDH) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2018, realizou-se uma análise descritiva e ecológica. Os dados foram analisados no R Studio, incluindo médias e desvios padrões. Mapas morfométricos no software QGIS foram utilizados para analisar a distribuição espacial e regional das consultas pré-natal. Apesar da melhoria geral do indicador na maioria das unidades federativas ao longo dos anos, os resultados podem ter sido impactados pela pandemia em 2020. A relação entre o Previne Brasil e o acesso melhorado não pode ser afirmada devido ao curto período de implementação e outros fatores não abordados, como a pandemia e mudanças de gestão municipal.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores de Saúde. Pré-natal. Previne Brasil. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT:

This study aimed to analyze the temporal trend of the indicator regarding the proportion of pregnant women who had at least six prenatal care appointments, with the first one being scheduled before the 20th week of gestation as determined by the Previne Brasil Program until 2021, between the years 2018 and 2021 in Brazil. A descriptive and ecological study was conducted using data from the Primary Health Care Information System (SISAB) and HDI and UNDP (2018). The data were imported into R Studio for descriptive analysis using means and standard deviations (SD). Additionally, morphometric maps were used in the QGIS software to analyze the spatial distribution and regional variations in the proportion of pregnant women who had at least six prenatal care appointments and their distribution across regions. Subsequently, the assumption of data normality was evaluated using the Shapiro-Wilk test, and once assumed ($P > 0.05$), Pearson correlation analyses were conducted to assess the linearity between the data and variables of interest. The results show an overall improvement in the indicator in most federative units with a positive classification over the years. Results could have been higher as evidenced by the records in

[1]Professor Substituto do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luís/Maranhão, Brasil, Doutorando em Saúde Coletiva / Mestre em Saúde e Ambiente – Universidade Federal do Maranhão - UFMA. E-mail: marcos.cavalcante@ufma.br.
[2]Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidades Federal do Maranhão – UFMA, São Luís/Maranhão, Brasil, Doutora em Saúde Coletiva – UFMA. E-mail: judith.pinho@ufma.br
3Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidades Federal do Maranhão – UFMA, São Luís/Maranhão, Brasil, Doutora em Saúde Pública – ENSP. E-mail: queiroz.rejane@ufma.br.
[4]Professor Associado da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luís/Maranhão, Brasil, Doutor em Ciências da Computação e Matemática Computacional – USP/SP. E-mails: bruno.feres@ufma.br.

2020, which may have been affected by the pandemic. At first glance, the Previne Brasil program may be related to improved access; however, the analyzed data do not allow us to make such an assertion given the short implementation time of the program and the influence of various factors not analyzed in this study, such as the pandemic and changes in municipal management.

KEYWORDS: Health Indicators. Prenatal. Prevent Brazil. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde que visa garantir assistência integral, universal e gratuita para toda a população. Para assegurar suas atividades, uma estratégia essencial para o bom desempenho do sistema é a Atenção Primária em Saúde - APS. Essa estratégia é a porta de entrada preferencial e responsável pelo acompanhamento das ações básicas em saúde (MELO et al., 2021).

Quando se trata de Atenção Primária em Saúde, é importante abordar a política que versa sobre seu funcionamento, Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, institucionalizada em 2006 através da Portaria nº 648, revisada posteriormente e publicada na Portaria nº 2.488 de 2011. A atualização pela Portaria de Consolidação nº 2, Anexo XXII foi lançada em 28 de setembro de 2017, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente APS na Rede de Atenção à Saúde - RAS. A PNAB descreve o papel desejado da APS na ordenação das RAS, sua característica acolhedora, resolutiva e que ainda avança na gestão e na coordenação do cuidado (LINS; MENEZES, 2021; ZACHARIAS et al., 2021).

A necessidade de criar novos modelos de financiamento para a saúde em um contexto de austeridade fiscal levou à instituição do Programa Previne Brasil pela Portaria nº 2.979 de 2019. Este programa busca aprimorar a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), promover equidade na distribuição de recursos, melhorar o acesso a serviços e tecnologias, e aperfeiçoar os resultados em saúde (MASSUDA, 2020).

A portaria redefine o financiamento da APS, alterando os repasses intergovernamentais com base no número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária. Além disso, introduz o pagamento por desempenho vinculado a indicadores e metas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, juntamente com incentivos financeiros para ações prioritárias. Esse modelo de financiamento é considerado um

incentivador de neoseletividade, podendo, na prática, limitar ainda mais os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). O pagamento por desempenho é avaliado quadrimestralmente e abrange ações estratégicas como Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas (HARZHEIM, 2020).

No Brasil, a atenção à saúde materna e infantil historicamente, tem sido uma prioridade dentre as políticas de saúde, com destaque aos cuidados durante a gestação (MAGRINI CARNEIRO MENDES; CARNUT; DIAS DA SILVA GUERRA, 2022; CARNEIRO et al., 2021). A partir dos anos 1970, tal política teve um incremento substancial, devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil, com ampliação da atenção ao pré-natal, face ao reconhecido impacto e transcendência que esta produz no estado sanitário da mãe e do feto (XIMENES NETO et al., 2008).

A importância do pré-natal, destacado pelo acompanhamento de seis ou mais consultas à gestante, é crucial na assistência à saúde da mulher. Esse cuidado preventivo contribui para a detecção precoce de patologias, possibilita a realização de exames laboratoriais, promove um melhor crescimento intrauterino, aumenta o peso ao nascer e reduz as incidências de prematuridade, mortalidade materna e neonatal. A literatura também evidencia que um acompanhamento gestacional adequado está associado à redução da morbidade e mortalidade materno-infantil, além da mortalidade de mulheres em idade fértil. (CARNEIRO et al., 2021).

Dado o destaque desse indicador na Atenção Primária à Saúde, integrando o indicador número 1 (um) do pagamento por desempenho e o repasse mensal aos municípios do Programa Previne Brasil, tornou-se fundamental avaliar e monitorar as consultas de pré-natal, seu acesso e qualidade nos serviços oferecidos pela APS (COSTA et al., 2022).

O objetivo deste estudo foi analisar a evolução do indicador de proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal, conforme estabelecido no Programa Previne Brasil até 2021. O período de análise abrangeu os anos de 2018 a 2022 no Brasil, explorando a relação entre os resultados dos indicadores de desempenho e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF)

nas Unidades Federativas (UF) do país.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo e ecológico. Por tratar-se de um estudo baseado em dados secundários agregados, públicos e de livre acesso, o protocolo de pesquisa não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme orienta a Resolução n°.510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

As variáveis coletadas no estudo foram proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 20ª (vigésima segunda) semana de gestação, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Cobertura de estratégia de saúde da família-ESF, referentes aos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021.

Os dados foram coletados em bases de domínio público, onde a proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação e a cobertura de ESF disponíveis no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e IDH no PNUD (2018).

A opção por utilizar somente o indicador de pré-natal se deve ao fato de esse ser um indicador importante para alcançar o objetivo de desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Compreendemos que as ações de financiamento da saúde no Brasil devem impactar diretamente o alcance dos ODS (IPEA, 2019).

Os dados foram coletados em abril de 2022, tabulados e exportados para software Excel 2018® (Microsoft Corporation, Redmond, EUA) no qual foram consolidados.

Para análise estatística, os dados foram importados para o programa R Studio (R Core Team, 2021®) para análise descritiva por meio de médias e desvios padrões (DP). Além disso, utilizou-se mapas morfométricos, elaborados no software QGIS, sendo feito agrupamento de valores de acordo com o estabelecido pelo programa Previne Brasil, os mapas morfométricos são ferramentas importantes para analisar a distribuição espacial e as variações regionais na proporção de gestantes que realizam pelo menos seis consultas pré-natal e sua distribuição nas regionais.

Posteriormente, foi avaliada a presunção de normalidade dos dados através do teste Shapiro-Wilk, aplicado às variáveis do indicador por quadrimestre, Índice de

Desenvolvimento Humano (IDH), e cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Uma vez assumida a normalidade dos dados (P > 0,05), foram realizadas análises de correlação de Pearson para avaliar a linearidade entre o indicador por quadrimestre e o IDH, bem como entre o indicador por quadrimestre e a cobertura da ESF.

A significância estatística foi estabelecida em p < 0,05. Os dados são descritos e apresentados por estados e regiões geográficas.

Foi realizado a análise da tendência temporal do indicador de acesso ao pré-natal no Brasil de 2018 a 2022, estratificado por estado. Incluindo métricas como média, mediana, VPQ (Variância por quadrimestre), IC 95% e p-valor, a tabela oferece uma visão abrangente da distribuição e variabilidade dos dados. O IC 95% fornece uma estimativa da precisão das medidas, enquanto o p-valor indica a significância estatística da tendência observada. A avaliação da tendência resume a direção e magnitude das mudanças ao longo do período. Foi escolhido essa abordagem detalhada visa proporcionar insights cruciais para a saúde materno-infantil, permitindo a identificação de padrões e a formulação de estratégias informadas com base nos dados coletados.

RESULTADOS

Avaliando a análise de tendência temporal explicita na Tabela 1, do indicador de pré-natal sugere, em sua maioria, uma tendência crescente significativa ao longo do período de 2018 a 2022. Esta tendência é evidenciada por valores de p-valor significativamente baixos (<0,05) em muitos estados, indicando mudanças estatisticamente significativas no número de consultas pré-natal.

Alguns estados que destacam essa tendência crescente incluem Alagoas, Amazonas, Acre, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo, e Tocantins.

No entanto, é importante notar que alguns estados, como Acre e Roraima, apresentam tendências estacionárias, indicando uma estabilidade no número de consultas pré-natal ao longo do período analisado.

Tabela 1 Evolução do indicador proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 20ª (vigésima) semana de gestação, 2018 a 2022.

ESTADO	MÉDIA	MEDIANA	VPQ*	IC 95%	P-valor	TENDÊNCIA
Alagoas	40,5	36	4,1	2,1 a 6,0	<0,001	Crescente
Acre	29,7	29	2,0	2,5 a 3,7	0,059	Estacionária
Amazonas	34,1	35	3,3	1,7 a 4,9	0,000	Crescente
Amapá	11,3	8	11,3	5,3 a 17,6	0,001	Crescente
Bahia	32,9	30	5,6	4,3 a 6,9	0,000	Crescente
Ceará	40,6	38	6,1	4,0 a 8,2	0,000	Crescente
Distrito Federal	35,9	41	25,1	5,1 a 48,9	0,015	Crescente
Espírito Santo	22,1	18	13,0	10,2 a 15,7	0,000	Crescente
Goiás	24,6	20	11,2	10 a 12,4	0,000	Crescente
Maranhão	26,1	23	6,8	3,3 a 10,4	0,001	Crescente
Minas Gerais	26,3	25	9,8	6,3 a 11,3	0,000	Crescente
Mato Grosso do Sul	27,7	25	9,0	6,2 a 11,8	0,000	Crescente
Mato Grosso	43,1	45	5,0	2,4 a 16,7	0,001	Crescente
Pará	23,2	24	7,5	4,6 a 10,4	0,000	Crescente
Paraíba	37,7	34	5,0	2,7 a 7,3	0,000	Crescente
Pernambuco	36,9	35	4,5	2,5 a 6,6	0,000	Crescente
Piauí	36,2	35	3,8	1,6 a 6,1	0,002	Crescente
Paraná	38,5	35	10,6	6,5 a 14,9	0,000	Crescente
Rio de Janeiro	21,3	19	16,7	8,7 a 25,2	0,000	Crescente
Rio Grande do Norte	33,1	30	6,8	5,4 a 8,2	0,000	Crescente
Rondônia	47,5	48	2,0	2,3 a 6,4	0,031	Crescente
Roraima	25,6	25	2,4	3,1 a 4,7	0,088	Estacionária
Rio Grande do Sul	28,7	25	9,0	7,5 a 10,6	0,000	Crescente
Santa Catarina	37,3	35	6,2	5,0 a 7,4	0,000	Crescente
Sergipe	26,3	23	12,9	9,3 a 11,1	0,000	Crescente
São Paulo	33,5	33	5,8	4,0 a 7,7	0,000	Crescente
Tocantins	40,3	35	4,6	2,7 a 3,9	0,000	Crescente

VPQ: Variância por quadrimestre

Fonte*:* Elaborada pelos autores

A análise dos dados da Tabela 1 revela que a variabilidade na proporção de gestantes que realizaram pelo menos seis consultas pré-natal é um aspecto crucial para entender a consistência do atendimento em diferentes estados. Estados como Alagoas e Tocantins apresentaram coeficientes de variação mais baixos, indicando uma maior regularidade no atendimento ao longo dos quadrimestres. Em contrapartida, o Amapá e o Distrito Federal demonstraram maiores variações, o que pode sugerir instabilidade na prestação desses serviços ao longo do período analisado. Essa diferença na variabilidade pode impactar a eficácia geral do programa Previne Brasil, destacando a necessidade de intervenções direcionadas para melhorar a consistência do cuidado pré-natal em estados com maior variabilidade. Além disso, a tendência crescente observada na maioria dos estados sugere uma melhoria contínua no atendimento pré-natal, mas a análise do coeficiente de variação ressalta a importância de assegurar que essa melhoria seja

acompanhada de estabilidade e consistência no atendimento.

Essa análise destaca a heterogeneidade nas tendências regionais do indicador de pré-natal, ressaltando a importância de abordagens diferenciadas em políticas de saúde pública para atender às necessidades específicas de cada estado brasileiro.

Dentre as medidas de tendência central observadas, também é possível observar a VPQ (Variância por Quadrimestre para os estados). Esses valores representam a variabilidade dos dados ao longo dos quadrimestres para cada estado. Quanto maior a VPQ, maior a dispersão dos dados, indicando uma maior variabilidade nos valores observados. Alguns estados apresentam uma maior variabilidade nos indicadores, expressa. O Distrito Federal, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Sergipe e Paraná completam a lista dos cinco estados com as maiores variâncias, o que sugere uma maior instabilidade ou volatilidade nos indicadores analisados para esses estados, onde no mapa (Figura 1) foram estados que foram de avaliação ruim para bom ou ótima dentro do período avaliado.

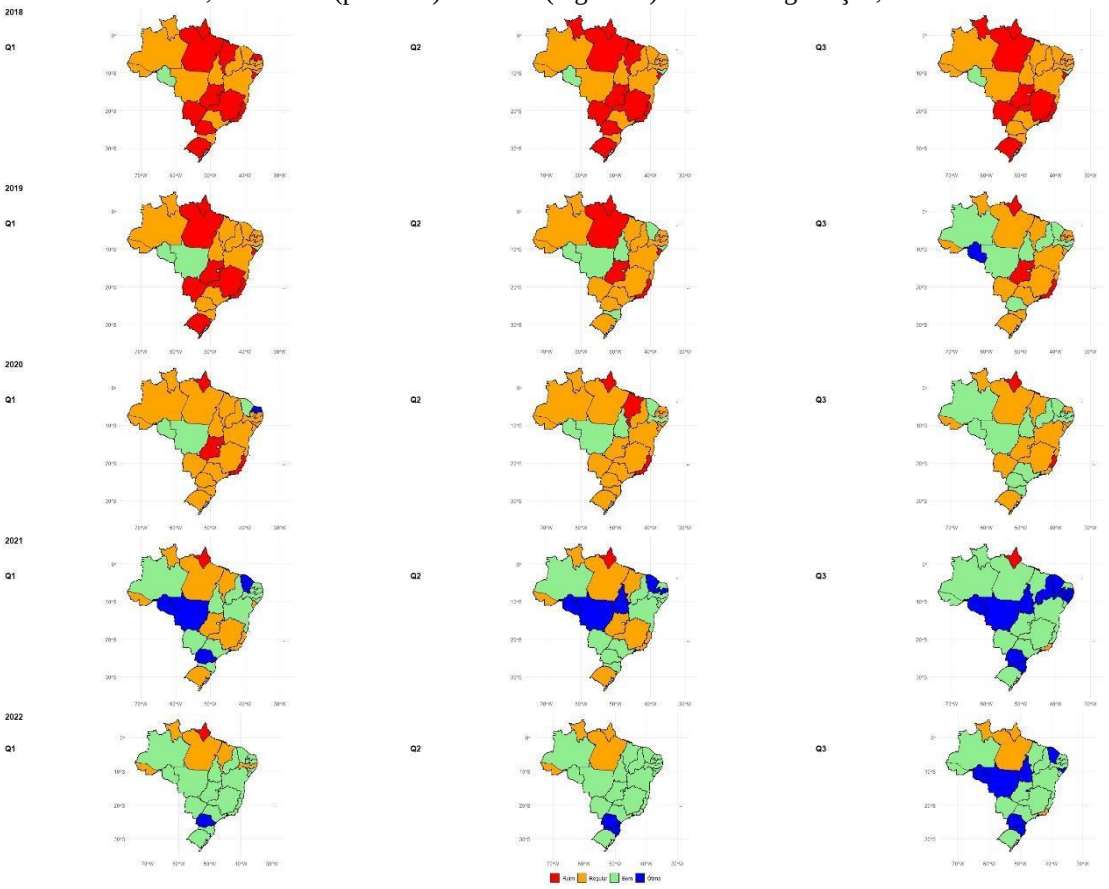
A Figura 1, onde é possível visualizar o mapa morfométrico representa espacialmente os valores referentes à classificação do indicador analisado, de acordo com valores estabelecidos pelo Previne Brasil. Na figura verticalmente temos a apresentação do quadrimestre avaliado e na horizontal os anos dessa análise temporal, no mapa evidencia-se os seguintes níveis de avaliação da proporção de consultas <20% é classificado como ruim (regiões em vermelho), ≥20% e < 35% regular (regiões em amarelo), ≥35% e < 50% (regiões em verde) como bom e ≥ 50% ótimo (regiões em azul).

Avaliando o dado da proporção de consultas por quadrimestre dentro do mesmo ano, observa-se que em 2018 apresentou discreta mudança na classificação das UFs e regiões geográficas ao longo dos quadrimestres avaliados. Observa-se que no terceiro quadrimestre houve melhora no alcance do indicador que atingiu classificação bom se comparado aos períodos anteriores, Alagoas foi de regular para bom, e o Rio Grande do Norte foi de Ruim para Regular.

Em 2019, com o passar dos quadrimestres avaliados apenas quatro estados brasileiros apresentaram conceito ruim ao final do terceiro quadrimestre de acordo com a categorização do programa, foram eles: Espírito Santo, Rio de Janeiro, Goiás e Amapá. O conceito bom foi alcançado

por maior número unidades federativas e ainda em 2019, o estado de Rondônia alcançou a classificação ótimo, sendo o primeiro estado brasileiro entre todos dos demais a atingir tal índice.

Figura 1 Evolução do indicador proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 20ª (vigésima) semana de gestação, 2018 a 2022.



Nota-se que a partir de 2020, ocorre uma queda nos valores da classificação ruim e uma tendência de crescimento nos valores da classificação bom e ótima, revelando uma melhora no indicador. No segundo quadrimestre de 2020, o estado do Maranhão apresenta queda do indicador, indo de regular para ruim na classificação mas retoma como regular no terceiro quadrimestre, movimento de queda ocorre também com Rio Grande do Norte, mas de bom para regular. Região Centro-Oeste e Norte avançam significativamente entre o Q1 e Q3, com vários Estados saindo de regular para bom.

Os valores referentes ao Q1 e Q2 de 2021 explicitam que apenas o Estado do Amapá dentre todos os Estados brasileiros apresentou maiores dificuldades na evolução do indicador nos anos avaliados, visto que o mesmo somente mudou da classificação ruim para regular no último período de 2021.

Observa-se no geral, que em 2021 houve uma importante mudança no cenário nacional no que tange o indicador de pré-natal avaliado, estando o país com classificação bom ou ótima em 96,3% das unidades federativas.

Em 2022, apenas o Amapá permanecia com avaliação ruim do indicador no Q1, a partir do Q2 figura como regular, no Q2 apenas alguns Estados das regiões Norte e Nordeste permaneciam como regulares, e o índice de Estados com avaliação bom era majoritário, porém no Q3 parte significativa do centro-oeste conseguiu alcançar o ótimo.

Quando observamos apenas o Q3 ao longo dos quatro anos analisados, observa-se que em 2018 apenas Rondônia tinha o indicador como bom, os demais todos como regular ou ruim, em 2019 o cenário começa a mudar no Norte e Centro-Oeste de modo mais significativo, em 2020 o crescimento foi bem mais sutil do que de 2018 para 2019, demonstrando inclusive queda no único Estado que tinha avaliação ótima em 2019, que era Rondônia. De 2021 para 2022 o cenário é de estabilidade, com exceção do Pará e Roraima que migram de avaliação boa para regular.

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise de correlação entre o indicador de proporção de gestantes com pelo menos seis consultas e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a Cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil nos anos de 2018 a 2021.

Utilizando o coeficiente de correlação de Pearson, os dados demonstram que em 2018, houve uma correlação negativa moderada significativa entre o indicador e o IDH (coeficiente -0,42, $p < 0,001$), indicando que, naquele ano, o indicador tendia a diminuir à medida que o IDH aumentava. No entanto, nos anos subsequentes (2019, 2020, 2021), não foram encontradas correlações significativas entre o indicador e o IDH.

Por outro lado, a análise da correlação entre o indicador e a Cobertura pela ESF revelou uma relação positiva e significativa em todos os anos, indicando que à medida que a Cobertura pela ESF aumenta, o indicador também aumenta.

Tabela 2. Análise de correlação do indicador com IDH e Cobertura pela ESF. Brasil, 2018 – 2021.

Variáveis	Coeficiente	*P*
	IDH	

2018	-0,42	< 0,001
2019	-0,08	0,502
2020	-0,01	0,946
2021	-0,03	0,823
Cobertura pela ESF		
2018	0,45	< 0,001
2019	0,36	0,001
2020	0,46	< 0,001
2021	0,53	< 0,001

Teste Usado: Correlação de Pearson

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a tendência do indicador relacionado ao acesso ao pré-natal entre 2018 e 2021 no Brasil. De modo geral, observou-se aumento progressivo no número de Unidades Federativas com a classificação positiva no indicador proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 20ª (vigésima) semana de gestação.

Este aumento, se analisado na perspectiva dos objetivos do programa, pode ser considerado positivo na indução da melhora desses indicadores, visto que, o Previne Brasil foi institucionalizado em novembro de 2019 e a avaliação de desempenho das equipes entrou em vigor a partir de 2020 e tem como um dos seus objetivos O objetivo do programa Previne Brasil é aumentar o acesso aos serviços de Atenção Primária e fortalecer o vínculo entre a população e a equipe de saúde. O programa foi estabelecido pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, e tem como objetivo reestruturar o modelo de financiamento para aumentar o acesso aos serviços de Atenção Primária. A proposta do programa é baseada em mecanismos que induzem a responsabilidade dos gestores e profissionais pelas pessoas que atendem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita relacionados à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e nas equipes de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes acrescido de incentivos específicos

Outro ponto é que nosso estudo toma como foco a avaliação de 1 dos indicadores, quando vemos uma observação diagnóstica sobre o conjunto de indicadores como a vista no estudo de

Rosa et al., a maioria dos municípios está abaixo das metas para a maior parte dos indicadores, especialmente nos relacionados ao acompanhamento de doenças crônicas. Por outro lado, observa-se um desempenho mais satisfatório nos indicadores vinculados à gestação e ao cuidado pré-natal.

Vale ressaltar, que para esse indicador houve a mudança na meta do indicador de consultas pré-natal em 2022 (de 60% para 45%) e alterações mais estruturais na forma de cálculo dos indicadores, observa-se uma trajetória positiva de melhora nos indicadores relacionados à gestação e ao pré-natal. Contudo, para os demais indicadores, não são evidenciadas melhorias substanciais ao longo do tempo.

Outro ponto delicado é que deve-se ter cautela ao classificar esses alcances do indicador ao longo como positivos de fato na perspectiva da saúde da mulher e da melhoria do acesso, pois apesar de serem observadas diferenças percentuais entre os anos. Vejamos a situação do comportamento do indicador da Paraíba. Em 2018 a proporção de gestantes com 6 consultas de pré-natal foi de 13,33%, 32,33% em 2019, 33,67% em 2020 e 51,33% em 2021.No entanto, ao afirmar sobre os que os dados demonstram sobre a melhoria do acesso ao pré-Natal, questiona-se se de fato essas diferenças entre 2018 e 2021 foram acompanhadas do arcabouço qualitativo de cuidados que devem ser dispensados durante a gestação.

Essa ressalva também é feita por outros pesquisadores, o estudo analítico de Rosa et al (2023) , refere que com todas as análises sobre a distribuição de recursos e o diagnóstico dos resultados corrobora que no que diz respeito ao princípio que envolve um sistema de incentivos destinado a orientar a produção em direção a metas e à melhoria da cobertura e qualidade, as consequências em termos desses aspectos nos serviços da APS ainda não estão completamente claras devido à atual transição no modelo de financiamento. Estudos futuros têm o potencial de oferecer uma compreensão mais aprofundada sobre o impacto dessa transição entre os modelos.

Na conformação atual das equipes, a presença de dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, assim como agentes comunitários de saúde (ACS) e de controle de endemias (ACE), é considerada facultativa. Essa política estipula uma carga horária mínima de 10 horas por categoria profissional na eAB, permitindo um máximo de três profissionais por categoria com uma carga de 40 horas semanais. Curiosamente, a política não

define um mínimo de quatro ACS por equipe, abrindo a possibilidade para que esses profissionais assumam funções de assistência direta. Essas nuances levam a uma reflexão sobre a qualidade do cuidado oferecido a essa gestante, considerando a complexidade e flexibilidade das diretrizes estabelecidas.

Esse conjunto de fatores: mudanças políticas, normativas desestruturantes e números que se elevam bruscamente podem corroborar com Morosini et al. (2020) que aponta que o programa pode resultar no enfraquecimento do trabalho na perspectiva do território, o cuidado integral e multidisciplinar, constitucional da saúde como dever do Estado.

Mesmo com o panorama positivo no incremento do indicador, alguns argumentos levam a crer que os resultados poderiam ter sido mais elevados, pois no ano de 2020 podemos ter sofrido impacto do estado pandêmico causado pela Covid-19, e embora não tenham se evidenciado quedas bruscas sabe-se que no período pandêmico além do aumento do absenteísmo nas unidades de saúde, houve inclusive um deslocamento da força de trabalho para as frentes que podem ter impactado negativamente em indicadores basais de Atenção Primária (BRASIL, 2019).

Outro ponto que vale menção é que durante a pandemia, houve uma percepção generalizada sobre a importância de contar com um plano de saúde, refletindo em um acréscimo de cerca de 3,5 milhões de usuários desde 2020 (DUARTE et al., 2021).

Posteriormente, o atendimento às gestantes foi priorizado na pandemia, principalmente no que se refere às consultas de pré-natal, mesmo assim, essa atenção foi mais restrita e afetada no referido ano. No entanto compreende-se que tanto o isolamento social quanto o medo tiveram impacto na população, resultando na redução do contato dos usuários com os serviços de saúde (DELLOITE, 2023).

Além disso, os protocolos de atendimento das unidades sanitárias foram inicialmente suspensos e, posteriormente, passaram por modificações, sendo ajustados ou adaptados. Deve-se considerar também em questão que, como a avaliação e monitoramento entrou em vigor em 2020, considera-se este o ano de adequação para tais registros (MOROSINI et al., 2020; (SCHENKMAN et al., 2023; BRASIL, 2020).

Vale ressaltar que no início do programa, o cadastro potencial abrangia menos de 75% da população brasileira,

aumentando para 83% ao longo de dois anos, possivelmente explicado pelo crescimento no número de equipes de saúde de 40 mil para 53 mil entre 2020 e 2022, conforme dados públicos do e-Gestor (ROSA et al., 2023).

A representação dos estados brasileiros no decorrer dos anos avaliados, o crescimento moderado no conceito de ruim a ótimo, segundo o programa Previne Brasil, este resultado pode sugerir, entre outros fatores, que ainda existem lacunas na captação das gestantes pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ROSA et al., 2023). Fatores psicológicos, comportamentais, crenças, mitos, falta de capacitação dos profissionais e falta informação também ainda influenciam nesta baixa adesão (SELLERA et al., 2020, ROCHA et al., 2019).

Entre 2018 e 2022, a análise do indicador de pré-natal destaca uma tendência significativamente crescente em diversos estados, evidenciada por p-valores <0,05. Estados como Alagoas, Amazonas, Acre, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás e Maranhão, entre outros, demonstram essa ascensão, enquanto Acre e Roraima mantêm estabilidade. Mas, a diversidade nas tendências regionais ressalta a necessidade de abordagens distintas em políticas de saúde. A Variância por Quadrimestre (VPQ) sinaliza maior instabilidade nos indicadores para Distrito Federal, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Sergipe e Paraná.

A distribuição geográfica dos estados em situação de melhoria do indicador não permitiu identificar aspectos com influência no indicador examinado, houve melhora da classificação de forma heterogênea ao se observar a localização geográfica. A visão ampla, em nível nacional, da evolução do indicador, que este estudo proporcionou é importante para novos estudos posteriores. Estudos revelam que no que se refere ao perfil territorial nas variações de recursos, não há um padrão de concentração de ganhos ou perdas nas diversas regiões, exceto pela Região Norte. A exceção na Região Norte pode ser atribuída à concentração de municípios remotos e à quantidade de pessoas vulneráveis, fatores que resultam em recursos adicionais por meio de capitação ponderada (ROSA et al., 2023).

A visão nacional da distribuição e evolução do indicador nos permite identificar correlação positiva e moderada entre a cobertura de APS e a melhora alcance dos melhores resultados. A exemplo temos o estado no Amapá que apresenta a menor cobertura de Atenção Primária no país e

permanece durante quase todo o período de avaliação classificado como ruim, evoluindo apenas no último quadrimestre avaliado para a classificação regular. A estimativa da cobertura assistencial é um indicador relevante na avaliação da APS e da atuação das eSF no Brasil (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; CAMPOS; AGUIAR; OLIVEIRA, 2002). Porém é importante também relativizar esse resultado, já que o aumento de equipes pode não vir acompanhado da presença de um profissional por 40 horas, do vínculo com um usuário ou ainda da qualidade da assistência.

O presente estudo é pioneiro, uma vez que não identificamos pesquisas similares na literatura que abordem a análise da tendência dos indicadores contemplados pelo Previne Brasil. Embora à primeira vista seja tentador relacionar o programa a melhorias no acesso, os dados analisados não sustentam tal afirmação devido ao curto período de implementação do programa. Além disso, fatores externos como a pandemia, mudanças na gestão municipal, formas de contratação profissional e políticas locais dos estados não foram abordados neste estudo, ressaltando a complexidade do cenário e a necessidade de cautela nas conclusões.

Apontamos a necessidade de realizar estudos que analisem indicadores de resolutividade da APS antes e depois do período de implantação do PREVINE Brasil para que se possa mensurar se houve também algum impacto na qualidade da assistência prestada.

CONCLUSÃO

Em conclusão, a análise da tendência do indicador relacionado ao acesso ao pré-natal no Brasil entre 2018 e 2021 revelou um aumento progressivo nas Unidades Federativas com classificação positiva. Embora haja uma trajetória positiva nos indicadores de gestação e pré-natal, ressalta-se a necessidade de uma abordagem mais crítica ao considerar a qualidade do cuidado oferecido durante a gestação. Mudanças políticas, normativas desestruturantes em um cenário onde os números que se elevam bruscamente levantam preocupações sobre o possível enfraquecimento do trabalho na perspectiva do território e do cuidado integral e da qualidade.

Além disso, a pandemia da COVID-19 pode ter impactado os resultados, refletindo-se no aumento do absenteísmo nas unidades de saúde e deslocamento da força de trabalho. A percepção generalizada sobre a

importância do plano de saúde durante a pandemia também influenciou os números, destacando a complexidade do cenário de saúde pública.

O estudo revela uma heterogeneidade nas tendências regionais, ressaltando a importância de abordagens diferenciadas em políticas de saúde. A análise da cobertura de APS sugere uma correlação positiva moderada com o alcance dos melhores resultados, mas é crucial relativizar esses resultados, considerando fatores como a presença de profissionais, vínculo com o usuário e qualidade da assistência.

Por fim, o estudo é inovador, sendo o primeiro a abordar a análise da tendência dos indicadores do Previne Brasil. Não foram identificadas condições geográficas que tenham interferido na melhora ou piora do indicador, assim como o Índice de Desenvolvimento Humano não foi um fator considerado estatisticamente significante a ponto de ser considerado relevante na evolução.

Diante do exposto, é importante salientar que a cobertura de estratégia de saúde da família ao ser correlacionada ao indicador, apresentou significância estatística, o que confirma a forte relação que se tem entre o aumento do acesso do usuário ao serviço e a melhora nos resultados de indicadores de saúde.

Outro ponto a destacar é que do rol de indicadores que o programa prevê acompanhamento, foi escolhido apenas um para esse estudo. Ainda que seja um indicador que esteja relacionado com o acesso ao serviço de saúde, compreendemos que uma vez que essa mulher estando no serviço, esse deverá garantir a qualidade da assistência e isso deverá contribuir na redução da morbi-mortalidade materna e infantil.

REFERENCIAS

BRASIL. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.** Diário Oficial da União. 2019. [s.l.: s.n.], 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Nota Técnica no 5/2020- DESF/SAPS/MS.** Brasília: Diário Oficial da União. 2020. [s.l.: s.n.], 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016**. bvsms.saude.gov.br. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de ; OLIVEIRA, Veneza Berenice de. O

desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 47–58, 2002.

CARNEIRO, Márcia Camila Figueiredo; ALVES, Janiele Paulino; RAMALHO, Anna Karina Barros de Moraes; *et al*. ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA, BRASIL: UM ESTUDO TRANSVERSAL: ANALYSIS OF THE EVOLUTION OF PRENATAL INDICATORS IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE STATE OF PARAÍBA, BRAZIL: A CROSS-SECTIONAL STUDY. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 4, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/60908/34483>. Acesso em: 12 jun. 2023.

COSTA, João Paulo Dias Coelho da; MOREIRA, Fernando Erick Damasceno; MELLO, Arthur Lobato Barreto; *et al*. Equipes de saúde da família inconsistidas e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021 / Inconsistent family health teams and impact on Previne Brasil Program indicators related to prenatal care in the territory of the Federal District in the first four months of 2021. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 3189–3201, 2022.

DELLOITE. **Estudo da Deloitte aponta perspectivas globais para a saúde em 2023**. Medicina S/A. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/perspectivas-2023/>.

DUARTE, Kelyany; MEDEIROS, Isabelly; SILVA; *et al*. A ENFERMAGEM E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 8, n. Único, p. 302–313, 2021.

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

IPEA. **ODS 3 - Saúde e Bem-estar - Ipea - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável**. www.ipea.gov.br. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>.

LINS, Julyan Gleyvison Machado Gouveia ; MENEZES, Tatiane Almeida de. Avaliando o impacto do financiamento governamental federal em saúde na eficácia da Atenção Primária: evidências para o Brasil mediante internações hospitalares. **Economia e Sociedade**, v. 30, n. 3, p. 1001–1032, 2021.

MAGRINI CARNEIRO MENDES, Karina; CARNUT, Leonardo ; DIAS DA SILVA GUERRA, Lucia. Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo “Programa Previne Brasil”. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 14, 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181–1188, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/>.

MELO, Eduardo Alves; GOMES,

Gustavo Graça; CARVALHO, Jacqueline Oliveira de; *et al*. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo ; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 224–243, 2018.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira ; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. 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, 2020.

ROCHA, Juliana Schaia; ARIMA, Letícia Yumi; WERNECK, Renata Iani; *et al*. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. **Caries Research**, v. 52, n. 1-2, p. 139–152, 2018. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/481407>. Acesso em: 29 ago. 2020.

ROSA , Leonardo; ARRUDA, Helena; FARIA, Manoel; *et al*. Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. **IEPS**, p. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde., 2023.

SCHENKMAN, Simone; AYLENE BOUSQUAT; LUIZ AUGUSTO FACCHINI; *et al*. Padrões de desempenho da Atenção Primária à saúde diante da COVID-19 no Brasil: características e contrastes. **Cadernos De Saude Publica**, v. 39, n. 8, 2023.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes; PEDEBOS, Lucas Alexandre; HARZHEIM, Erno; *et al*. Monitoring and evaluation of Primary Health Care attributes at the national level: new challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401–1412, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000401401&script=sci_arttext&tlng=en>.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; LEITE, Joséte Luzia; FULY, Patrícia dos Santos Claro; *et al*. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 595–602, 2008.

ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado; SCHÖNHOLZER, Tatiele Estefani; OLIVEIRA, Valeria Conceição de; *et al*. e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CmLbcjLCR4d6xLvNbyW6Fgr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 1 jul. 2022.

5.2 Artigo 2

Financiamento da Atenção Primária no Brasil: análise dos repasses federais para as capitais brasileiras no período de 2018 a 2022.

(A ser submetido à Revista Interagir (ISSN 1809-5771)- Qualis A2

Financiamento da Atenção Primária no Brasil: análise dos repasses federais para as capitais brasileiras no período de 2018 a 2022.

Financing of Primary Care in Brazil: analysis of federal transfers to Brazilian capitals from 2018 to 2022

RESUMO

O financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é uma responsabilidade compartilhada entre os três níveis da federação, com a União desempenhando um papel crucial por meio de transferências diretas aos municípios. Este estudo analisa os repasses financeiros previstos e realizados pelo governo federal para as capitais brasileiras no período de 2018 a 2022, buscando identificar ganhos ou perdas nesse financiamento em meio a crises e medidas governamentais. A APS é essencial para proporcionar cuidados de saúde acessíveis e de qualidade. Os resultados destacam diferenças estatisticamente significativas em várias capitais, evidenciando padrões distintos nas regiões do país. Na região Nordeste, cidades como Teresina, Recife, Salvador e Aracaju apresentaram valores recebidos estatisticamente superiores aos orçados. O mesmo ocorreu na região Norte, onde todas as capitais tiveram valores recebidos superiores aos orçados. Na região Sudeste, apenas Vitória demonstrou diferença estatisticamente significativa, com valores recebidos superiores aos orçados. Na região Centro-Oeste, não houve diferença significativa entre os valores analisados. Já na região Sul, apenas Porto Alegre teve valores recebidos significativamente inferiores aos orçados. Esses resultados revelam a complexidade das dinâmicas de repasse de recursos para a APS, ressaltando a importância de uma abordagem regionalizada na alocação de recursos. A discussão sobre o financiamento da APS deve considerar não apenas as diferenças estatísticas, mas também os contextos regionais, a equidade na distribuição de recursos e a manutenção de componentes estruturantes.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores de Saúde. Financiamento. Previne Brasil. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The funding of Primary Health Care (PHC) in Brazil is a shared responsibility among the three levels of government, with the Union playing a crucial role through direct transfers to municipalities. This st
udy analyzes the financial transfers planned and executed by the federal government to Brazilian capitals from 2018 to 2022, aiming to identify gains or losses in this funding amidst crises and governmental measures. PHC is essential for providing accessible and quality healthcare. The analysis of the graphs highlights statistically significant differences in various capitals, revealing distinct patterns across the country's regions. In the Northeast region, cities such as Teresina, Recife, Salvador, and Aracaju showed received values statistically higher than budgeted. The same occurred in the North region, where all capitals had received values higher than budgeted. In the Southeast region, only Vitória showed statistically significant differences, with received values being higher than budgeted. In the Midwest region, there was no statistically significant difference. Finally, in the South region, only Porto Alegre had received values significantly lower than budgeted. These results unveil the complexity of the dynamics in allocating resources for PHC, emphasizing the importance of a regionalized approach in resource allocation. The discussion about PHC funding should consider not only statistical differences but also regional contexts, equity in resource distribution, and the maintenance of structural components.

KEYWORDS: Health Indicators. Financing. Previne Brasil. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma responsabilidade compartilhada entre os três níveis da federação (BRASIL, 1988). A principal participação da União se dá por meio de transferências diretas aos municípios, operadas pelo Fundo Nacional de Saúde. O valor dessas transferências é determinado por um conjunto de normas e políticas de financiamento distintas que compõem dois grandes blocos: um de custeio, destinado a gastos correntes na categoria “Ações e Serviços Públicos de Saúde” e outro de investimentos, sendo destinado à expansão de infraestrutura em saúde (GIOVANELLA et al., 2020).

Dentro do bloco de custeio incluem-se o custeio regular da APS e os incrementos temporários ao custeio. O custeio regular da APS é atualmente o programa Previne Brasil (anteriormente, eram os componentes do PAB – Piso da Atenção Básica). Os incrementos temporários ao custeio representam repasses de recursos pontuais ou emergenciais, incluindo recursos como os destinados ao enfrentamento da Covid-19 na APS e os montantes determinados por emendas parlamentares (BRASIL, 2012).

Tal financiamento é um tema crucial quando se trata de sistemas de saúde eficientes e abrangentes. A APS é uma abordagem fundamental para a prestação de cuidados de saúde, pois é responsável por fornecer serviços de saúde essenciais, acessíveis e de qualidade para a população em geral. Um financiamento adequado é essencial para garantir que a Atenção Primária seja eficaz e possa desempenhar seu papel na promoção da saúde e prevenção de doenças (FEITOSA et al., 2018).

Quando suficiente, o financiamento permite a contratação e capacitação de profissionais de saúde, a aquisição de medicamentos e equipamentos, a implementação de programas de prevenção e promoção da saúde, além de garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento dos serviços (TASCA et al., 2020).

É importante ressaltar que o financiamento da Atenção Primária não deve ser visto como um gasto, mas sim como um investimento na saúde da população. Investir na Atenção Primária é mais econômico a longo prazo, uma vez que promove a detecção precoce de doenças, a redução das hospitalizações evitáveis e o controle de condições crônicas. Dessa forma, a Atenção Primária evoluiu nos sistemas de saúde para um cenário mais eficiente e sustentável na saúde pública (HARZHEIM, 2020).

Desde 2020, a partir da crise sanitária provocada pela Covid-19, economistas de diferentes visões e contextos foram obrigados a examinar como a política econômica e a política de saúde podem determinar as causas de morbimortalidade de uma sociedade (HANSON et al., 2022).

Ora, se antes da pandemia o preparo das políticas de saúde frente as causas de morbimortalidade já eram preocupantes, quando assistimos no Brasil à morte de mais de 660 mil pessoas, não deixa de ser chocante constatar o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), agravado pelo conjunto das regras fiscais, em especial o teto de gastos definido pela Emenda Constitucional n. º 95 – EC 95 em 2016 (DWECK; MORETTI; MELO, 2021).

Modelos de financiamento baseados na capitação per capita e no pagamento por desempenho têm sido adotados para incentivar a oferta de cuidados preventivos e promover a qualidade dos serviços. (BRASIL, 2019b).

Em 2020, uma parcela relevante do financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil foi alterada. O Ministério da Saúde implementou o programa Previne Brasil em substituição ao Piso da Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 2019b), alterando assim as regras que definem como a maior parte dos recursos financeiros da APS é repassada da União para os municípios.

O novo modelo teve como referência experiências internacionais de financiamento por capitação (HARZHEIM, 2020; HANSON et al., 2022; BRASIL, 2016) e foi estruturado baseado em três principais componentes: capitação ponderada, metas de desempenho e ações estratégicas. Como forma de suavizar a mudança pelo fim do seu predecessor, o PAB, adotou-se uma série de medidas de transição previstas para durar durante seu primeiro ano de vigência, em 2020. Entretanto, com a emergência sanitária causada pela pandemia de COVID-19, optou-se por alongar diversas medidas e adaptar outras, atrasando a implementação plena do modelo como inicialmente desenhado (GIOVANELLA et al., 2020). Hoje, o programa já se encontra em seu quarto ano e algumas medidas ainda não foram implementadas de forma plena.

Considerando que medidas que alteraram o financiamento da política da Atenção Primária em saúde, comprometeram a universalidade e a integralidade do SUS e considerando ainda o cenário de um governo de extrema direita na política, a emergência sanitária instaurada pela COVID-19 e consequentemente a crise econômica que se desenrola a partir dos dois pontos anteriores, esse cenário complexo podem ter interferido em tal financiamento na saúde (LINARD et al., 2023).

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco para o Brasil, sendo que, quase quatro décadas após a 8ª Conferência Nacional de Saúde estabelecer que a saúde é um direito universal e responsabilidade governamental, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, o SUS continua sendo a abordagem mais eficiente. Contudo, diante dos desafios significativos enfrentados na saúde e na equidade durante a gestão de extrema direita do ex-presidente Jair Bolsonaro, a reconstrução do SUS emerge como prioridade para o novo governo brasileiro, liderado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva (MASSUDA et al., 2023).

Visando contribuir com esse debate acerca do financiamento da APS, este estudo tem por objetivo descrever os repasses financeiros previstos nos planos anuais de gestão e os repasses reais realizados pelo governo federal para a capitais brasileiras no período de 2018 a 2022.

METODOLOGIA

Este é um estudo ecológico com uso de dados secundários, públicos e de livre acesso, conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, dispensando a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

O Brasil, composto por 27 unidades federativas (26 capitais e o Distrito Federal), foi escolhido como unidade de análise. A escolha das capitais se baseou em estudos que indicam desafios maiores na implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) nessas áreas urbanas (AMORIM; MENDES, 2020; RAMOS, 2022). Os resultados obtidos servem como uma proxy para entender os desafios em outras regiões urbanas do país.

As variáveis analisadas incluíram os repasses financeiros realizados pelo governo federal para a estruturação e manutenção das ações da APS, além dos valores orçados pelas capitais e pelo Distrito Federal de 2018 e 2022. Este período foi selecionado devido à disponibilidade dos dados.

Os dados orçamentários e os valores efetivamente repassados foram obtidos em bases públicas. Inicialmente, foi utilizado o portal SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica) para analisar as Programações Anuais de Saúde (PAS) das secretarias municipais de saúde das capitais. A PAS é um instrumento de gestão essencial para o cumprimento das diretrizes operacionais do SUS, sendo parte do arcabouço legal que orienta o sistema de saúde (BRASIL, 2016).

O valor orçado refere-se ao montante financeiro planejado e autorizado para ser despendido em determinado período, enquanto o valor repassado corresponde à quantia efetivamente transferida pelo governo federal para a execução das ações previstas. A análise dessas variáveis é crucial para entender as discrepâncias entre o planejamento e a execução financeira na APS.

Os dados foram organizados e consolidados no Excel 2018® para a análise inicial. Em seguida, foram importados para o software R, onde foram realizadas análises estatísticas descritivas, incluindo o cálculo de médias e desvios padrões (DP).

A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste Shapiro-Wilk, que é crucial para determinar se os dados seguem uma distribuição normal. Para as variáveis que apresentaram

distribuição normal ($p > 0,05$), foram realizados testes t de Student para amostras pareadas, permitindo a comparação das médias de duas amostras relacionadas.

Gráficos linhas foram gerados para facilitar a visualização das diferenças médias entre os desfechos. Esses gráficos são eficazes para identificar discrepâncias e tendências nos dados, proporcionando uma interpretação visual dos resultados. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$, garantindo que os resultados encontrados fossem robustos e não atribuíveis ao acaso.

RESULTADOS

De acordo com os dados analisados, a Tabela 1 indica a média, desvio padrão e Coeficiente de Variação (CV) de valores orçados e recebidos pelas capitais, e indica que de 2018 e 2022 há importantes tendências sobre a consistência dos repasses financeiros para a Atenção Primária em Saúde (APS). Manaus (CV Orçado: 14,25%; CV Recebido: 20,81%), Maceió (CV Orçado: 33,00%; CV Recebido: 55,45%), Vitória (CV Orçado: 76,18%; CV Recebido: 56,26%), e Boa Vista (CV Orçado: 10,95%; CV Recebido: 21,02%) apresentaram maior variabilidade nos valores recebidos, refletindo uma inconsistência nos repasses financeiros.

Por outro lado, Salvador (CV Orçado: 23,36%; CV Recebido: 15,68%), Fortaleza (CV Orçado: 25,42%; CV Recebido: 17,09%), Belo Horizonte (CV Orçado: 15,68%; CV Recebido: 10,18%), e São Paulo (CV Orçado: 17,50%; CV Recebido: 14,17%) mostraram uma menor dispersão, sugerindo maior estabilidade financeira.

Curitiba (CV Orçado: 3,92%; CV Recebido: 8,85%) e Porto Velho (CV Orçado: 4,79%; CV Recebido: 21,87%) apresentaram baixos coeficientes de variação, refletindo uma gestão financeira relativamente estável e previsível. No entanto, Cuiabá (CV Orçado: 3,01%; CV Recebido: 31,22%) demonstrou baixa variabilidade no orçamento, mas alta variabilidade nos valores recebidos, sugerindo inconsistências significativas na execução dos repasses.

Tabela 1 - Média, desvio padrão e coeficiente de variação dos valores orçados e recebidos pelas Capitais de Unidades Federativas Brasileiras, 2018 a 2022.

Capitais	Orçado	Recebido	CV orçado	CV recebido	p
Rio Branco	- (-)	37,34 (9,36)		25,07	
Macapá	- (-)	- (-)			

Manaus	24,14 (3,44)	32,77 (6,82)	14,25	20,81	0,035
Maceió	84,24 (27,80)	85,77 (47,56)	33,00	55,45	0,952
Salvador	63,71 (14,88)	135,74 (21,28)	23,36	15,68	0,001
Fortaleza	38,48 (9,78)	36,92 (6,31)	25,42	17,09	0,772
Distrito federal	89,76 (6,68)	474,74(825,38)	7,44	173,86	0,327
Vitória	43,71 (33,30)	50,50 (28,41)	76,18	56,26	0,738
Goiania	88,03 (8,91)	101,24(28,19)	10,12	27,84	0,402
São Luis	69,40 (26,89)	89,78 (14,04)	38,75	15,64	0,171
Belo Horizonte	33,92 (5,32)	27,42 (2,79)	15,68	10,18	0,042
Campo Grande	39,73 (10,73)	32,04 (3,66)	27,01	11,42	0,168
Cuiabá	85,71 (2,58)	94,88 (29,62)	3,01	31,22	0,51
Belém	40,75 (12,28)	47,91 (10,87)	30,13	22,69	0,358
João Pessoa	78,81 (12,05)	67,62 (20,01)	15,29	29,59	0,315
Recife	15,08 (5,00)	26,53 (3,39)	33,16	12,78	0,015
Teresina	81,29 (28,61)	109,01(35,04)	35,19	32,14	0,208
Curitiba	12,77 (0,50)	13,79 (1,22)	3,92	8,85	0,125
Rio de Janeiro	27,56 (5,32)	33,62 (8,86)	19,30	26,35	0,226
Natal	- (-)	- (-)	-	-	
Porto Velho	92,02 (4,41)	151,99 (33,24)	4,79	21,87	0,004
Boa vista	33,61 (3,68)	53,62 (11,27)	10,95	21,02	0,005
Porto Alegre	34,08 (5,74)	29,96 (4,09)	16,84	13,65	0,228
Aracaju	27,98 (4,23)	40,93 (4,43)	15,12	10,82	0,007
Florianópolis	25,12 (6,72)	19,52 (2,77)	26,75	14,19	0,124
São Paulo	18,97 (3,32)	15,10 (2,14)	17,50	14,17	0,06
Palmas	36,15 (2,32)	55,98 (7,70)	6,42	13,75	0,002

Fonte: elaboração própria

A análise dos valores orçados e recebidos para as capitais da região Norte do Brasil, conforme representado na Figura 1, revela padrões distintos em termos de financiamento e execução orçamentária. Em Belém (A), observou-se uma tendência de crescimento constante nos valores recebidos em comparação aos orçados, especialmente a partir de 2020.

Em Boa Vista (B), a discrepância entre valores recebidos e orçados é ainda mais acentuada, com um aumento marcante nos valores efetivamente recebidos nos últimos anos, particularmente em 2021 e 2022.

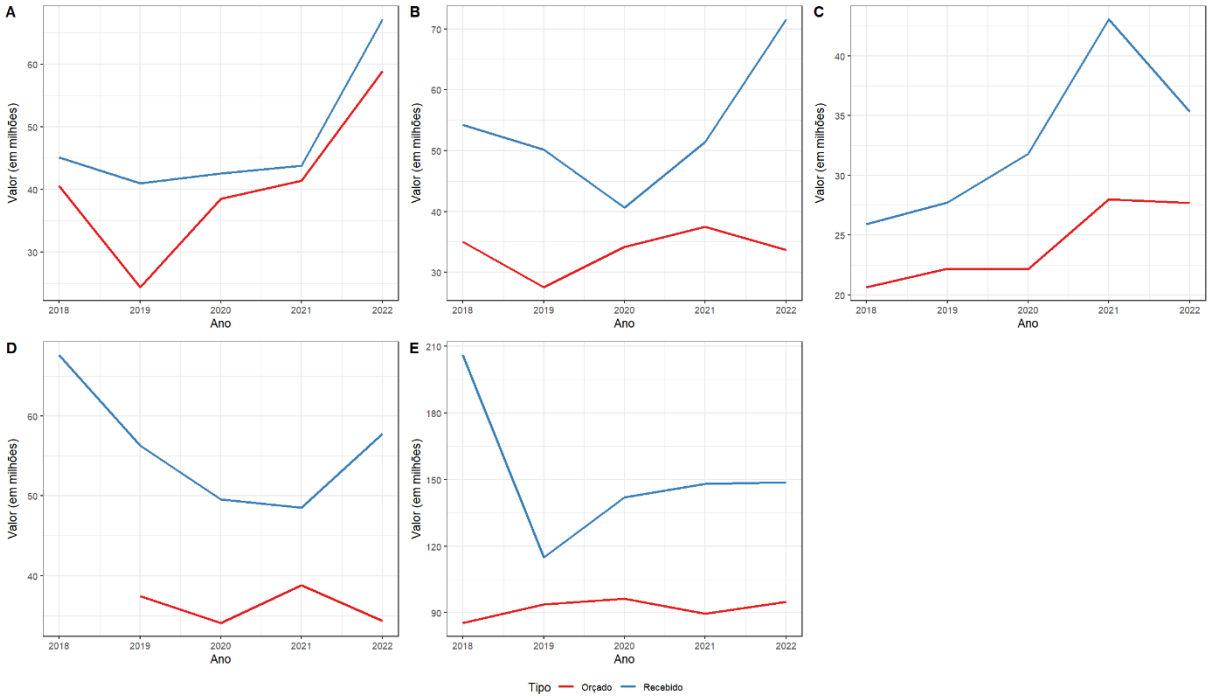
Manaus (C) também apresenta um cenário onde os valores recebidos são superiores aos orçados, com um pico significativo em 2021. Este aumento indica um ajuste ou incremento nos recursos destinados à capital amazonense.

Em Palmas (D), embora os valores recebidos sejam consistentemente maiores que os orçados, a diferença é menos acentuada. Ainda assim, há um crescimento notável nos valores recebidos a partir de 2021, o que pode refletir uma ampliação gradual dos investimentos reais em saúde e outros setores essenciais na capital.

Por fim, Porto Velho (E) segue um padrão semelhante, com os valores recebidos aumentando substancialmente nos últimos anos. A tendência de superação dos valores orçados por aqueles efetivamente recebidos destaca uma alocação crescente de recursos, possivelmente para suprir necessidades emergentes.

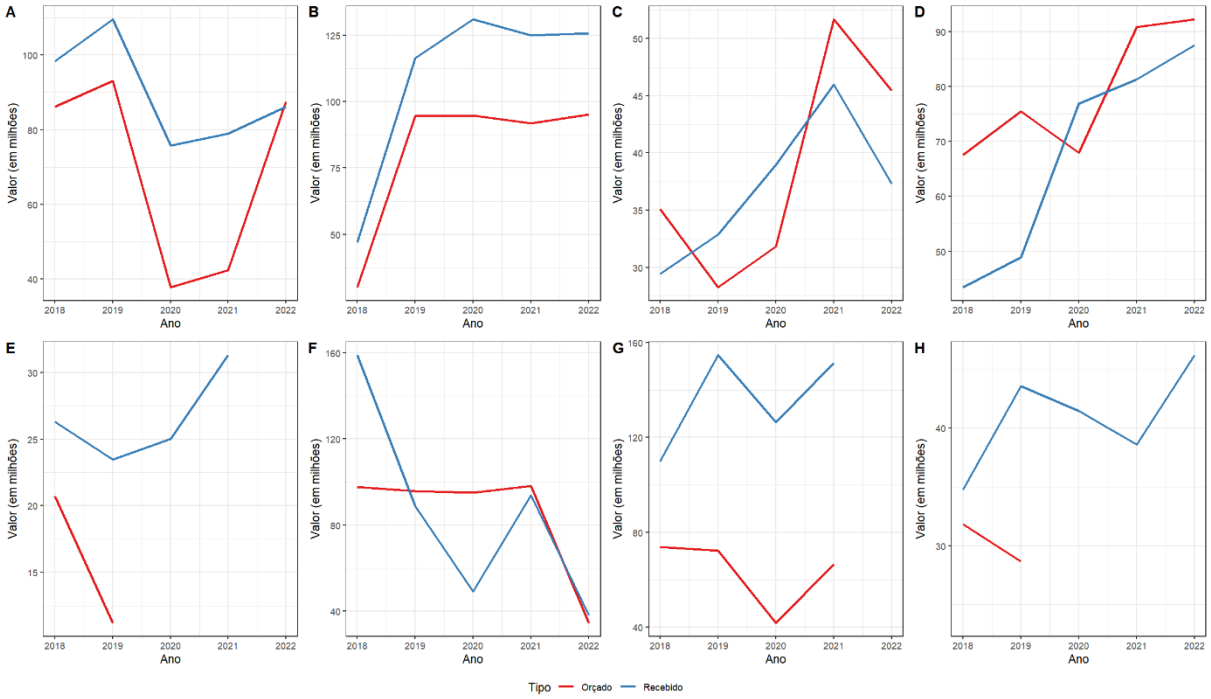
Portanto, na região Norte, percebe-se que todas as capitais analisadas experimentaram uma tendência de valores recebidos que superaram os valores orçados, especialmente em 2021 e 2022. Esse comportamento pode refletir uma resposta adaptativa às demandas regionais, maior disponibilidade de recursos ou revisões orçamentárias necessárias para atender às necessidades locais. De maneira geral, a região Norte demonstrou uma capacidade de captar e utilizar recursos acima do planejado, o que pode ser visto como um indicador de ajuste positivo entre planejamento e execução orçamentária em resposta às condições reais encontradas nas capitais.

Figura 1- Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. Norte: A - Belém; B - Boa Vista; C - Manaus; D - Palmas; E - Porto Velho



Fonte: autoria própria

Figura 2- Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. Nordeste: A - São Luís; B - Teresina; C - Fortaleza; D - João Pessoa; E - Recife; F - Maceió; G - Salvador; H – Aracaju



Fonte: autoria própria

Na análise dos valores orçados e recebidos pelas capitais do Nordeste, é possível observar diferentes comportamentos entre as capitais ao longo dos anos. Em São Luís, os

valores recebidos consistentemente superaram os orçados, com um aumento acentuado em 2021 e 2022, demonstrando uma disparidade significativa.

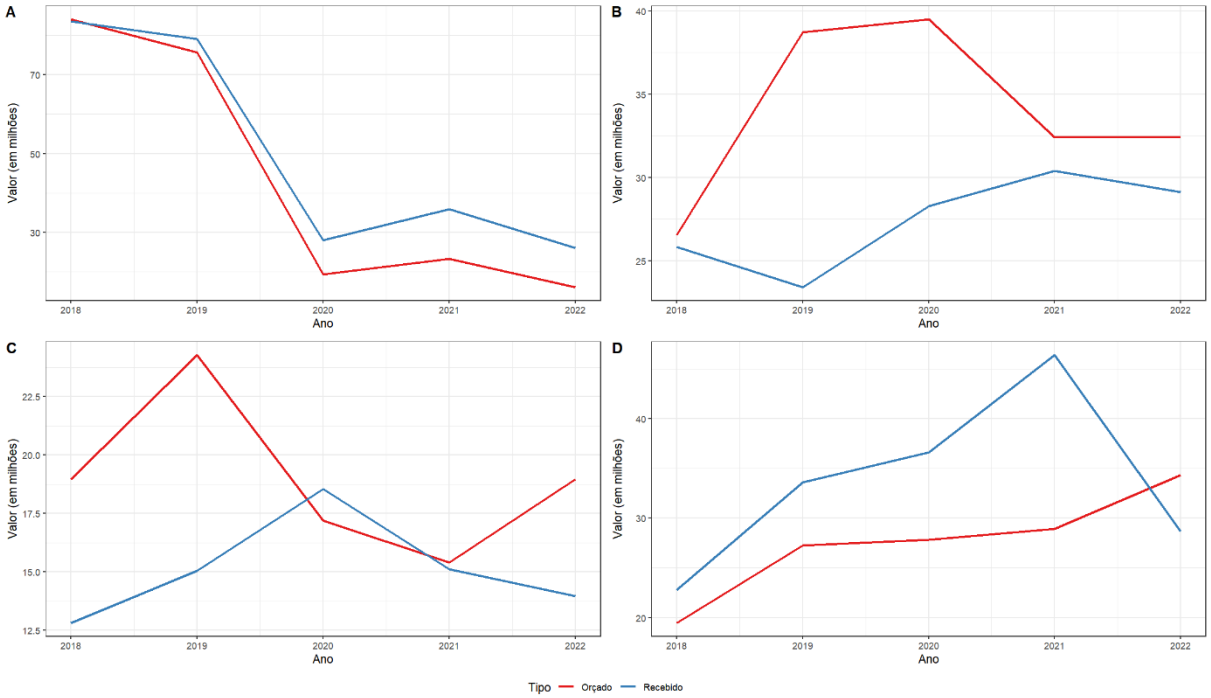
Teresina apresentou um padrão de crescimento estável tanto nos valores orçados quanto nos recebidos, com uma ligeira convergência em 2022. Fortaleza, por outro lado, teve valores recebidos que frequentemente se alinhavam ou superavam os orçados, mas com uma oscilação em 2021 que se normalizou em 2022. João Pessoa exibiu uma estabilidade relativa nos valores recebidos, com pequenos desvios em relação aos valores orçados.

Recife apresentou uma trajetória de valores recebidos que superou significativamente os valores orçados, especialmente em 2022, indicando um aumento substancial no financiamento efetivo. Maceió teve um comportamento irregular, com os valores recebidos diminuindo em 2020, mas mostrando recuperação nos anos subsequentes, sem uma clara correspondência com os valores orçados. Salvador apresentou um padrão de crescimento consistente nos valores recebidos, que frequentemente superaram os orçados, especialmente em 2022, mostrando uma diferença considerável. Aracaju, semelhante a Salvador, teve valores recebidos que consistentemente superaram os orçados, com uma notável divergência em 2022.

Na região Nordeste, observou-se uma tendência geral de os valores recebidos superarem os orçados na maioria das capitais, indicando um incremento no financiamento efetivo destinado à Atenção Primária em saúde. Essa tendência pode sugerir uma resposta positiva das políticas de financiamento às necessidades regionais, mas também aponta para uma possível subestimativa dos valores orçados em comparação com as necessidades reais, especialmente em Salvador, Aracaju e Recife.

A oscilação em cidades como Fortaleza e Maceió ressalta a necessidade de uma análise mais detalhada para compreender as causas dessas variações e assegurar uma distribuição mais equitativa e eficaz dos recursos.

Figura 3- Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. Sudeste: A - Vitória; B - Belo Horizonte; C - São Paulo; D - Rio de Janeiro



Fonte: autoria própria

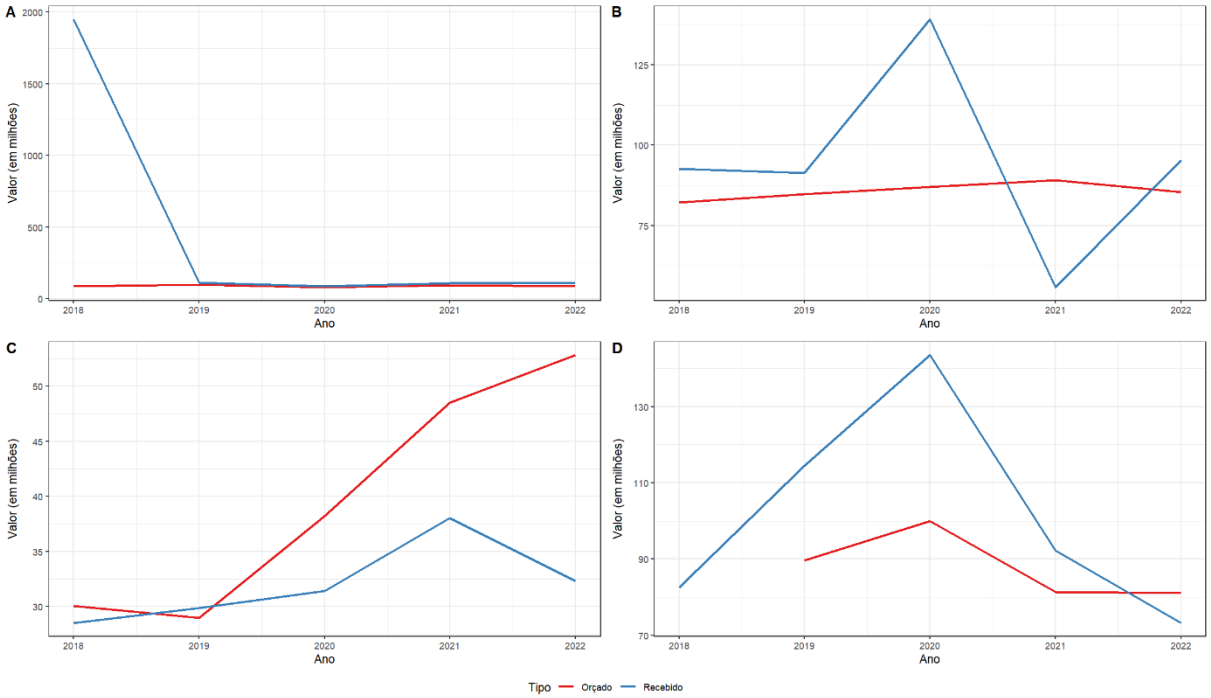
Na Região Sudeste, as capitais mostraram comportamentos distintos em relação aos valores orçados e recebidos. Em Vitória, houve uma tendência decrescente nos valores orçados, especial mente notável em 2020. Os valores recebidos acompanharam essa queda, mas de forma mais gradual, indicando uma certa consistência na alocação de recursos, apesar da redução orçamentária.

Belo Horizonte apresentou uma trajetória de queda tanto nos valores orçados quanto nos recebidos ao longo dos anos. A estabilidade nos valores recebidos, comparada ao orçamento, sugere uma execução financeira mais previsível e alinhada às previsões.

São Paulo demonstrou uma oscilação mais acentuada, com um pico nos valores orçados em 2019, seguido por uma estabilização. No entanto, os valores recebidos mostraram uma leve ascensão até 2020, seguida por uma queda, refletindo a volatilidade do orçamento na prática.

Por fim, no Rio de Janeiro, os valores recebidos aumentaram de forma consistente até 2021, superando os valores orçados em 2022. Isso aponta para uma alocação adicional de recursos, possivelmente em resposta a necessidades emergentes, demonstrando uma gestão orçamentária flexível e adaptativa.

Figura 4- Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. Centro-Oeste: A - Distrito Federal; B - Cuiabá; C - Campo Grande; D – Goiânia



Fonte: autoria própria

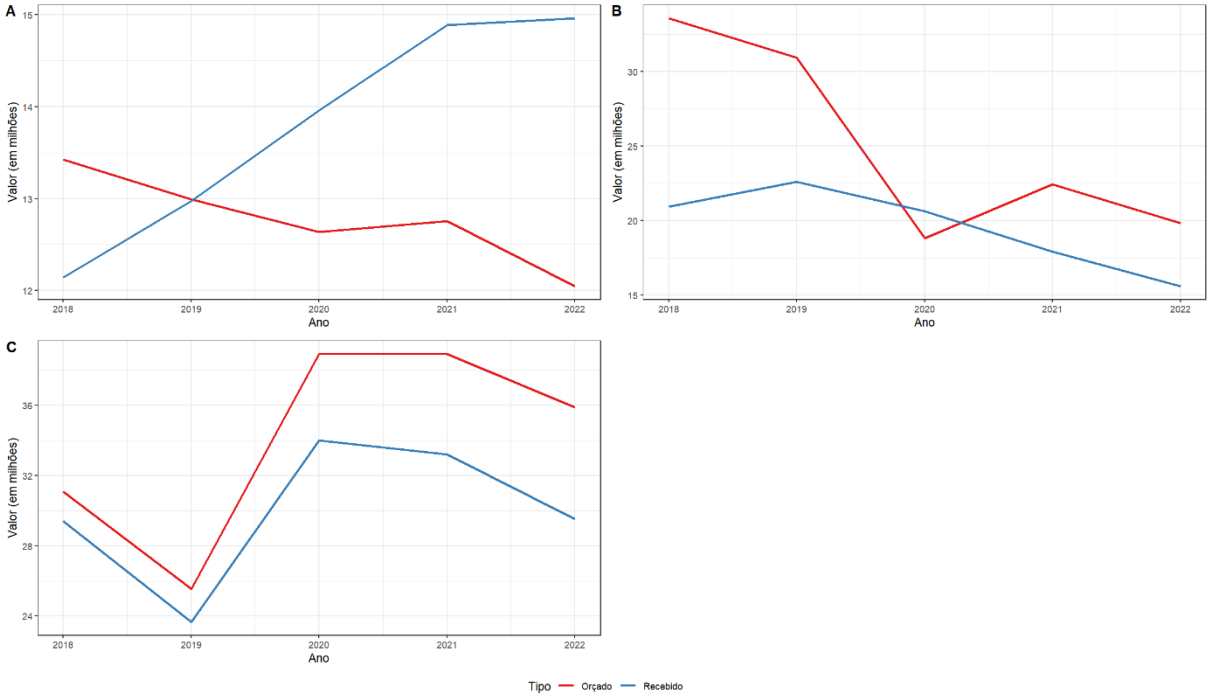
A análise da região Centro-Oeste mostra um comportamento distinto entre as capitais em relação aos valores orçados e efetivamente recebidos ao longo dos anos. No Distrito Federal (Figura 4A), observa-se um cenário atípico, onde os valores recebidos foram significativamente superiores aos orçados em 2018, com um pico marcante, seguido de uma queda abrupta em 2019 e estabilização em níveis baixos até 2022. Essa discrepância sugere uma mudança brusca na política de financiamento ou um ajuste orçamentário inesperado que afetou severamente os recursos destinados ao Distrito Federal após 2019.

Em Cuiabá (Figura 4B), inicialmente, os valores recebidos superaram os orçados até 2020, refletindo uma possível subestimação inicial do orçamento necessário ou uma injeção adicional de recursos. No entanto, a partir de 2021, houve uma inversão dessa tendência, com uma queda acentuada nos valores recebidos, enquanto os valores orçados mantiveram-se estáveis, indicando uma possível contenção de recursos dos repasses para essa capital.

Campo Grande (Figura 4C) apresentou uma tendência de convergência entre os valores orçados e recebidos, com os recebidos sendo consistentemente menores a partir de 2020. Essa situação sugere uma adequação orçamentária ao longo do tempo, onde os valores recebidos se alinharam mais de perto com os orçados, embora ainda permaneçam inferiores, o que pode indicar uma subestimação contínua das necessidades.

Em Goiânia (Figura 4D), os valores recebidos aumentaram gradualmente até 2020, mas sofreram uma queda em 2021, enquanto os valores orçados permaneceram relativamente estáveis.

Figura 5- Comparação entre valores orçados e os valores efetivamente recebidos para cada capital em estudo. Sul: A - Curitiba; B - Florianópolis; C - Porto Alegre



Fonte: autoria própria

A análise dos valores orçados e recebidos nas capitais da região Sul revela padrões distintos de discrepância entre o que foi planejado e o que foi efetivamente repassado ao longo dos anos. Em Curitiba (Figura 5A), observa-se um aumento constante nos valores recebidos, enquanto os valores orçados apresentaram um comportamento relativamente estável até 2021, seguidos de uma leve redução em 2022. A cidade mostra uma tendência de aumento nos repasses, contrastando com a estabilidade no orçamento, indicando uma adequação progressiva dos repasses às necessidades financeiras planejadas, refletida em um coeficiente de variação relativamente baixo.

Florianópolis (Figura 5B), por outro lado, apresenta uma situação de divergência mais acentuada, com os valores orçados apresentando uma queda significativa após 2019, enquanto os valores recebidos mostram um aumento gradual até 2021, mas com uma leve redução em 2022.

Por fim, Porto Alegre (Figura 5C) destaca-se por um comportamento orçamentário mais errático, com variações notáveis nos valores orçados, especialmente em 2019 e 2020, e uma tendência de queda nos valores recebidos a partir de 2021.

DISCUSSÃO

A análise dos valores orçados e efetivamente recebidos pelas capitais brasileiras na APS evidenciou variações significativas, refletindo desafios já bem documentados na literatura. Amorim e Mendes (2020) destacam que os repasses federais são insuficientes, forçando os municípios a cobrir cerca de 70% do financiamento da APS. Esta situação é confirmada pelo fato de que apenas 7 das 27 capitais analisadas tiveram mais de 70% de participação federal no financiamento, corroborando a tese de subfinanciamento crônico do SUS (OLIVEIRA; CAVALCANTE, 2016).

A insuficiência de recursos orçamentários no SUS é exacerbada pela Emenda Constitucional 95/2016, que impôs um teto de gastos, limitando ainda mais a capacidade do sistema de responder às crescentes demandas da população (OLIVEIRA; CAVALCANTE, 2016; FUNCIA, 2019). Em muitos casos, como demonstrado nos gráficos de linha analisados, os valores repassados foram inferiores aos orçados, embora algumas capitais, como Boa Vista e Salvador, tenham recebido mais do que o previsto, possivelmente como ajustes emergenciais.

O descompasso entre o orçamento planejado e o efetivamente recebido levanta preocupações sobre a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde. Mesmo em capitais onde os repasses superaram o orçamento, a falta de um ajuste adequado à inflação e o impacto da Emenda Constitucional 95/2016 indicam que o subfinanciamento é uma realidade persistente que compromete a eficácia do SUS (OLIVEIRA; CAVALCANTE, 2016; FUNCIA, 2019).

A recente Lei nº 14.820, de 2024, que define as remunerações dos serviços de saúde, desvinculando-as dos índices de inflação, pode agravar as dificuldades na implementação de estratégias de longo prazo e na manutenção de programas essenciais. A necessidade de uma maior articulação entre as esferas de governo e a revisão das políticas de financiamento do SUS são cruciais para melhorar a sustentabilidade do sistema (BRASIL, 2024).

Além disso, a ausência de informações em instrumentos de planejamento do SUS, como observado em três capitais neste estudo, destaca a falta de transparência e eficácia no processo orçamentário, levantando questionamentos sobre o comprometimento das gestões locais com o planejamento adequado (VIEIRA, 2009). Essa falha no planejamento impede a plena concretização de um modelo de gestão ascendente, como originalmente previsto pela Lei

Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), resultando em fragmentação e ineficiência na alocação de recursos (VIEIRA, 2009).

O financiamento da APS, crucial para o fortalecimento do SUS, continua a ser um tema de intenso debate. A transição inicial para o modelo Previne Brasil trouxe mudanças na distribuição de recursos, mas, como ressaltado por Rosa et al. (2023), o aumento das emendas parlamentares não resultou em uma alteração significativa no montante destinado ao custeio regular da APS. Essa mudança, associada à Portaria 2.979/2019, criticada por sua concepção na economia da saúde e saúde coletiva, trouxe novos desafios para a sustentabilidade do financiamento da APS (SETA; REIS; RAMOS, 2021).

A análise dos gráficos de linha revelou que, apesar das variações regionais, a insuficiência de recursos e a distribuição desigual permanecem como barreiras à equidade no financiamento da APS. A manutenção do PAB fixo é vital, onde políticas devem considerar não apenas as diferenças percentuais nos repasses, mas também os contextos regionais e a necessidade de um financiamento mais justo e sustentável para o SUS.

Cabe salientar que em abril de 2024 o Brasil, após todo esse debate acerca do financiamento da APS, passou a estabelecer um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS), que visa promover uma alocação de recursos mais equitativa e eficiente, introduzindo uma classificação dos municípios de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e o porte populacional, garantindo que as transferências de recursos passem a ser feitas de forma a beneficiar as regiões com maiores necessidades sociais e de saúde (BRASIL, 2024a).

Mesmo ainda sem estar em vigor, esse novo financiamento propõe a adoção de incentivos fixos e variáveis, baseados em indicadores de qualidade, buscando promover uma melhoria contínua na prestação de serviços, alinhando os objetivos do financiamento com os resultados esperados em termos de saúde pública (BRASIL, 2024b).

É importante destacar que essas futuras propostas de políticas não apenas abordem as desigualdades nos repasses, mas também considerem a necessidade de um planejamento mais transparente e integrado, alinhando as prioridades das diferentes esferas de governo para garantir a eficácia e a sustentabilidade dos serviços de saúde primária no Brasil (VIEIRA, 2009).

Os resultados deste estudo revelam padrões distintos nas diferentes regiões do Brasil, mas não fornecem uma justificativa enfática para as discrepâncias observadas. Limitações como a ausência de ajuste para a inflação e a falta de dados comparativos sobre a

cobertura de APS e os repasses do PAB fixo indicam a necessidade de estudos futuros para desvendar essas questões. Além disso, a priorização de emendas parlamentares em detrimento do custeio regular da APS levanta dúvidas sobre a eficácia do modelo implementado a partir de 2020 (TASCA et al., 2020).

CONCLUSÃO

Em conclusão, a análise dos valores orçados e recebidos nas capitais proporcionou uma compreensão abrangente das disparidades financeiras no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas diferenças ressaltam a importância de uma abordagem mais detalhada e adaptada às características específicas de cada região.

.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. C. R.; SANABRIA, C. A. P. Variações no Financiamento da Atenção Primária à Saúde na Bahia: Uma análise do Programa Previne Brasil. **SciELO Preprints**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.8343>. Acesso em: 15 jul. 2024.

AMORIM, D. A.; MENDES, A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/970>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei Complementar Nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei nº 14.820**, de 16 de janeiro de 2024. Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399,** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. **Portaria Nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. **Portaria Nº 3.925**, de 13 de novembro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Resolução n°. 510**, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2016.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis**, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312002000100002>. Acesso em: 15 jul. 2024.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S.; ROCHA, R. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M. F. G. C. De. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **Cadernos do Desenvolvimento,** v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021.

FEITOSA, J. G.; SILVA, V. L. L.; PEREIRA, E. C. P. R. J.; REGUEIRA, L. S. Conhecimento de saúde bucal e condição clínica das gestantes atendidas na ESF. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 17, n. 4, p. 243-247, 2018.

GIOVANELLA, L.; MARTUFI, V.; MENDOZA, D. C. R.; MENDONÇA, M. H. M. de; BOUSQUAT, A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde Em Debate**, v. 44, spe4, p. 161-176, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Acesso em: 15 jul. 2024.

GLAZIER, R. H.; KLEIN-GELTINK, J.; KOPP, A.; SIBLEY, L. M. Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. **CMAJ**, v. 180, n. 11, p. E72-E81, 2009.

HANSON, K.; BRIKCI, N.; ERLANGGA, D.; ALEBACHEW, A.; DE ALLEGRI, M.; BALABANOVA, D.; BLECHER, M. et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. **The Lancet Global Health**, v. 10, n. 5, p. e715-e772, 2022.

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

IPEA. **Metodologia para identificação das transferências federais para a Atenção Primária**: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018. Brasília: Ipea, 2021. (Nota Técnica). No prelo.

KRUGER, T. R. Participação e Planejamento no SUS: Considerações A Partir Dos Planos Nacionais de Saúde. **Revista Sociais E Humanas**, v. 33, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2317175848279>. Acesso em: 15 jul. 2024.

LINARD, A. G.; SILVA, A. C. G.; SANCHO, A. T.; MARQUES, J. K. de S.; MARTINS, L. S. Evaluation of the performance indicators of the Previne Brasil Program in the Massif of Baturité: **Chronic Diseases. SciELO Preprints**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6322>. Acesso em: 15 jul. 2024.

MASSUDA, A. et al. Depois de um governo de extrema direita: desafios para o Sistema Único de Saúde do Brasil. **The Lancet**, v. 401, p. 886-888, 2023.

MREJEN, M.; ROCHA, R.; MILLETT, C.; HONE, T. The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis. **The Lancet Regional Health -** Americas, 2021.

RAMOS, A. L. P. **Eficiência da Atenção Primária à Saúde e Modelos de Gestão nas Capitais Brasileira**s. 2022. 143 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

ROSA, L.; ARRUDA, H.; FARIA, M.; MREJEN, M.; NOBRE, V.; AGUILLAR, A.; ROCHA, R. Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, 2023.

SETA, M. H. De; 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, p. 3781-3786, 2021.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública,** v. 44, e4, 2020.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados aqui discutidos e apresentados demonstram que os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que os achados proporcionam uma análise da implementação do Programa Previne Brasil e dos resultados dos indicadores de saúde nas capitais brasileiras. O estudo revelou avanços significativos no indicador analisado entre 2018 e 2021, embora a pandemia de COVID-19 tenha introduzido desafios consideráveis que impactaram a qualidade e continuidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A conclusão desta tese demonstra que os objetivos propostos foram alcançados com êxito, proporcionando uma análise aprofundada da implementação do Programa Previne Brasil e dos resultados dos indicadores de saúde nas capitais brasileiras.

A análise do indicador demonstrou um crescimento consistente na maioria das regiões, especialmente no que diz respeito à cobertura das consultas pré-natal e à realização de exames essenciais. No entanto, persistem disparidades regionais que indicam a necessidade de políticas públicas mais direcionadas e sensíveis às especificidades locais.

Além disso, a pesquisa identificou que variáveis como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) são fatores significativamente correlacionados com o desempenho dos indicadores de saúde. Estados com melhores índices de IDH e maior cobertura de ESF apresentaram resultados superiores, reforçando a importância de uma abordagem regionalizada e integrada no planejamento de políticas públicas.

Em relação ao repasse financeiro para as capitais das Unidades Federativas entre 2018 e 2022, foi observada uma variação significativa entre os valores orçados e os efetivamente recebidos. Enquanto algumas capitais receberam mais do que o previsto, outras enfrentaram subfinanciamento, apontando para a necessidade de uma revisão nos critérios de distribuição de recursos para garantir maior equidade.

A análise foi baseada em valores anuais, o que permitiu uma melhor visualização das nuances das variações anuais. Além disso, a falta de planos publicizados em algumas Unidades Federativas limitou a capacidade de realizar análises mais detalhadas em certos contextos, sendo está uma limitação deste estudo, assim como, o fato de que a melhora no indicador não reflete em uma melhor assistência para a população.

Diante desses achados, conclui-se que, apesar do potencial do Previne Brasil para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de APS, sua efetividade depende de uma

implementação consistente e de uma maior atenção às realidades regionais. A adaptação das políticas públicas, considerando as limitações identificadas, serão fundamentais para consolidar as melhorias observadas e alcançar uma maior equidade no sistema de saúde brasileiro.

Por fim, o estudo sugere a necessidade de pesquisas futuras que analisem de forma mais abrangente os impactos do Previne Brasil e/ou outros modelos de financiamento na qualidade dos serviços de APS e na saúde da população. Uma abordagem integrada e colaborativa entre os diferentes níveis de governo é essencial para enfrentar os desafios e garantir a sustentabilidade do SUS. Além disso, políticas públicas devem priorizar a transparência na gestão dos recursos e a participação social no planejamento e avaliação dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Eliane; BONOLO, Palmira de Fátima; DOURADO, Inês, et al. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], Washington, v. 42, e180, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180. Acesso em: 29 out. 2018.

ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à saúde no Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 1, p. 244-260, 2018.

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2012.

AQUINO, R.; DE OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. Am J Public Health, Washington, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde**. [acessado 2019 Dez 3]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-abrasco-sobre-as-propostas-de-mudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/43010/.

BANDEIRA, D.; DAMACENO, A. N.; WEILLER, T. H.; LOPES, L. F. D. Evaluation of the coordination of care by users of primary health care services. REME **Rev Min Enferm,** Belo Horizonte, v. 24, e-1278, 2020.

BLOMQVIST, A. Public-Sector Health Care Financing. In: The Oxford handbook of health economics. **Oxford: Oxford University Press**, 2011. p. 257-284.

BODSTEIN, R. **Atenção Básica na agenda da saúde. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOUSQUAT, A., et al. **Relatório de Pesquisa: Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**. Rede de Pesquisa em APS-ABRASCO, jul. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.830 GM/MS,** 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, Brasília, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consulta Fundo Nacional de Saúde**. Acesso à Informação. Versão 1.31.09. Publicado em 02/02/2021. Disponível em: https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada. Acesso em: 27 set. 2021. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 2011. [acesso em 2022 Out 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 5/2020**, de 31 de janeiro de 2020. Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Ministério da Saúde. 2020b. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores:** Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, DF. 2021a. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/situacao-geral. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, Brasília, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 166 GM/MS**, 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, Brasília, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 GM/MS**, 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). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979 GM/MS**, 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, Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus** (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 9. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasília, DF, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria nº 3.222 GM/MS**, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 2019b. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481. Acesso em: 29 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 102 GM/MS**, de 20 de janeiro de 2022. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil, por meio da alteração da Portaria nº 3.222/GM/MS, de 10 de dezembro de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO BRASIL. **Número de equipes de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def. Acesso em: fevereiro de 2019.

CASTRO, A. L.; ANDRADE, C. L.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à Atenção Primária em grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2353-2366, 2015.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos [**online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-906, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300011. Acesso em: 28 out. 2008.

CONASS. **Painel Geral COVID-19**. Disponível em: https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/. Acesso em: 28 mar. 2021.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM. **Mudanças no Financiamento da Saúde.** Brasília, 2018. 40 p. ISBN 978-85-8418-107-0.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online],** Rio de Janeiro, supl. 1, p. S7-S27, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf. Acesso em: 15 jan. 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality: A conceptual exploration. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring** (A. Donabedian), vol. I, p. 3-31, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; FONSECA, H. M. S.; LIMA, J. G. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 13-33, 2014.

GLOBAL BURDEN OF DISEASES (GBD) COLLABORATORS. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016**. Lancet**, London, v. 392, n. 10149, p. 760-775, 2018.

GUSSO, G. D. F.; BENSENOR, I. J. M.; OLMOS, R. D. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Educ**. Med. [online], Brasília, v. 36, n. 1, p. 93-99, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 10 fev. 2014.

GIOVANELLA, L. A Atenção Primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2012. p. 493-546.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de Atenção Primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. Ciênc. Saúde Colet. [online], Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 893-902, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a21v16s1.pdf. Acesso em: 10 jan. 2014.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. Evaluation of the Family Health Strategy in the region of Presidente Prudente-SP, Brazil. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 43, p. 306-325, 2019.

HARZHEIM, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019. Acesso em: 10 out. 2021.

HARZHEIM, Erno et al. Atenção Primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 27, n. 02, p. 609-617, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021. Acesso em: 29 out. 2022.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L.; ATUN, R.; MAJEED, A.; MILLETT, C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. **Health Aff.** (Millwood), Bethesda, v. 36, n. 1, p. 149-158, 2017.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L.; MAJEED, A.; MILLETT, C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **PLoS Med.,** São Francisco, v. 14, n. 5, e1002306, 2017.

LEONE, C.; DUSSAULT, G.; LAPÃO, L. V. Reforma na Atenção Primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 149-160, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00149.pdf. Acesso em: 20 fev. 2014.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**. [online], Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 546-553, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300016&script=sci_arttext. Acesso em: 10 fev. 2014.

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

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020. Acesso em: 10 out. 2021.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/12.pdf. Acesso em: 15 fev. 2014.

MAIA, L. G.; SILVA, L. A.; GUIMARÃES, R. A.; PELAZZA, B. B.; LEITE, G. R.; BARBOSA, M. A., et al. A qualidade de serviços de Atenção Primária, a formação

profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. **Rev. Bras. Epidemiol**., São Paulo, v. 23, e200014, 2020.

MEDINA, M. G., et al. Atenção Primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: https://scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/. Acesso em: 2020.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. **Rev. APS** [online], Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009. Disponível em: http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307. Acesso em: 15 fev. 2013.

MELO, Renato Bessa; TAVARES, Nuno Teixeira; DUARTE, Raquel. COVID-19 and the invisible damage. **Acta Medica Portuguesa,** Lisboa, v. 33, n. 5, p. 293-294, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.20344/AMP.13911. Acesso em: 2020.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MELO, M. D.; EGRY, E. Y. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v. 48, esp., p. 129-136, 2014.

MENDES, J. D. V.; OSIANO, V. L. R. L. Evolução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS do Estado de São Paulo. Gais Informa. **Boletim eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações de saúde** [online], São Paulo, ano 5, n. 18, jan. 2013. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/gais-informa/boletim-eletronico-gais-informa. Acesso em: 15 mar. 2014.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115. Acesso em: 2018.

MENDONÇA, C. S.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B.; NUNES, L. N. N.; LEYH, W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy Plan**., Oxford, v. 27, n. 4, p. 348-355, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mais perto de você - acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica** (PMAQ). Manual Instrutivo. Disponível em: http://multiresidencia.com.br/bibliotecas/cadernos-de-atencao-basica/abcad35.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

MOORE, G.; SHOWSTACK, J. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. **Ann Intern Med**. [online], Philadelphia, v. 138, n. 3, p. 244-247, 2003. Disponível em: http://annals.org/article.aspx?articleid=716028. Acesso em: 10 fev. 2014.

NASCIMENTO, A. P. S.; SANTOS, L. F.; CARNUT, L. Atenção Primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **J. Manag. Prim. Health Care** [online], Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 18-24, 2011. Disponível em: http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/rt/metadata/12/11. Acesso em: 22 fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. [online], Washington, 2005. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf. Acesso em: 21 fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008. Atenção Primária em saúde: agora mais que nunca**. Lisboa: Organização Mundial da Saúde (OMS) [online], 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf. Acesso em: 22 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata.** Conferência internacional sobre Cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

PAIM, J.; SOARES, J. D. C. Hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 10-11, 2016.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet** [online], Londres, v. Saúde no Brasil 1: a série The Lancet:11-31, 2011. Disponível em: http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil. Acesso em: 12 jan. 2014.

PAIXÃO, T. M.; SOUSA, A. I.; SOUZA, M. H. D. N.; FARIAS, S. N. P. Coordenação da Atenção Primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado**. Rev. Enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 27, e42655, 2019.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REIS, J. G.; HARZHEIM, E.; NACHIF, M. C. A.; FREITAS, J. C. A.; OTÁVIO, H.; MARTINS, L., et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. Ciênc. Saúde Coletiva [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. 2007.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Rev. Bras. Med. Fam.** Comunidade [online], Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 21-24, 2011. Disponível em: http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/247/196. Acesso em: 15 fev. 2014.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Org.). **Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na Atenção Primária** europeia. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

SERVO, Luciana Mendes Santos, et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 44, n. spe4, p. 114-129, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407. Acesso em: 23 ago. 2021.

SOARES, Caroline S., et al. Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência. RAHIS, **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde,** Belo Horizonte, v. 18, n. 2, 2020. DOI: https://doi.org/10.21450/rahis.v18i2.6827.

SOUZA, M. L. B. S.; MELO, C. A. V. M. Impacto da Política de Atenção Básica à Saúde na Taxa de Mortalidade Infantil nos Municípios Brasileiros. **Rev. Politica Hoje** [online], Recife, v. 22, n. 1, p. 250-276, 2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/politicahoje/index.php/politica/article/view/254/141. Acesso em: 15 fev. 2014.

SOUZA, M. F.; SANTOS, A. D. F.; REIS, I. A.; SANTOS, M. A. C.; JORGE, A. D. O.; MACHADO, A. T. G. M., et al. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item**. Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 87, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

STARFIELD, B**. Efetividade e equidade em serviços de saúde pela Atenção Primária em saúde. In: III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família,** 13-15 dez. 2007, Recife. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_seminario_atencao_primaria_familia_recife.pdf. Acesso em: 27 jan. 2014.

UNITED NATIONS (UN). Resolution adopted by the General Assembly on September 25, 2015. Resolution 70/1. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Nova Iorque: UN, 2015. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf. Acesso em: nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration on Primary **Health Care,** Astana 2018. [acessado 30 out. 2022]. Disponível em: https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration.

WORLD BANK. **Perspectivas econômicas globais**. 2020.

ANEXO A – NORMAS REVISTA ARTIGO 1

1.1 Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A revisão ortográfica foi feita pelo(s) autor(es) do artigo.
- Atende aos requisitos do Edital proposto para o semestre/ano vigente.

1.2 Diretrizes para Autores

O artigo a ser submetido para publicação deverá obedecer aos seguintes critérios de formatação:

a. Os arquivos para submissão deverão estar em formato Microsoft Word;
b. O texto deverá estar formatado com:
    i. fonte Times New Roman de 12 pontos;
    ii. espaço entre as linhas de 1,5cm;
    iii. figuras e tabelas inseridas no texto (conforme normas da ABNT).
c. Os artigos deverão ter entre 7 a 20 páginas, incluídas as Referências Bibliográficas;
d. Devem conter no mínimo 15 citações e referências e no máximo 30.

Serão aceitos trabalhos escritos nos seguintes idiomas: português, espanhol e inglês. Estrutura do artigo científico:

- **Título** - deve ser curto, objetivo e específico, caixa alta, negrito, centralizado, em Times New Roman, tamanho 14, espaçamento entre linhas 1,15cm. Entre o título e a autoria deve existir espaço de uma linha ou enter. Subtítulo - se for o caso, em caixa alta, alinhado à esquerda, sem negrito, fonte 12.

- **Autoria** - Nome completo do(s) autor(es) (por extenso, somente a inicial maiúscula, em caixa alta, alinhado à direita, em Times New Roman, fonte tamanho 12, sem negrito, com indicação para nota de rodapé. O espaço entre as linhas correspondente ao nome dos autores deve ser de 1,15cm e a nota de rodapé deve estar presente apenas na primeira folha do artigo.
- **Nota de rodapé** - deve constar filiação científica, na seguinte ordem: Instituição de Ensino, Grupo de Pesquisa, Cidade/Estado, País, titulação em ordem decrescente e endereço eletrônico para contato, todo o texto em Times New Roman e fonte tamanho 10.
- **Resumo** - em português, com até 150 palavras contendo: objetivo, metodologia, resultados e considerações finais, com fonte Times New Roman, tamanho 10. Após o espaço de uma linha ou um enter inserir de três a cinco Palavras-chave não contidas no título.
- **Abstract** - em inglês, contendo a tradução do resumo, com fonte Times New Roman, tamanho 10. Após o espaço de uma linha ou um enter inserir de três a cinco Keywords não contidas no título.

1. **INTRODUÇÃO** - Item obrigatório que apresenta a delimitação do assunto. Deve conter: citação de outros trabalhos científicos como fundamentação teórica, justificativa e objetivo, nos últimos parágrafos, respectivamente. Os parágrafos podem possuir entre cinco e sete linhas, em média, justificado, em duas colunas, fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaçamento entre as linhas de 1,5cm.

   Para artigos na área de Ciências Humanas e Sociais – a introdução pode apresentar texto de forma ordenada, dividido em seções e subseções, de acordo com o tema abordado. O(s) autor(es) deverá(ão) dar título a essa parte de acordo com o estudo desenvolvido seguindo a mesma formatação.

2. **MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA** - A descrição dos métodos deve ser breve, porém suficiente para possibilitar a repetição do trabalho. Processos e técnicas já publicados devem ser apenas citados. A formatação é de parágrafo justificado, em duas colunas, fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaçamento entre as linhas de 1,5cm.

3. **RESULTADOS E DISCUSSÃO** - Com o máximo possível de interpretação pessoal, fundamentados com outros autores/trabalhos científicos e acompanhados, eventualmente de

tabelas, gráficos, fotos, desenhos, etc. Os parágrafos devem ser justificados, fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaçamento entre as linhas de 1,5cm. Fotografias e ilustrações poderão ser coloridas e deverão ser inseridas no corpo do texto, numeradas, sequencialmente, e com legendas. As imagens de satélit e e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

A discussão pode ou não ser inserida junto aos resultados, ficando a critério do (s) autor (es) a forma mais apropriada, em cada caso. Os dados e conceitos emitidos nos trabalhos, bem como a exatidão das referências bibliográficas, são de inteira responsabilidade de seus autores.

4. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** – Retoma a introdução, o objetivo e as principais ideias discutidas no estudo, de forma breve, apontando as considerações dos autores ao concluir o trabalho, de forma a responder as questões apresentadas na introdução. Os parágrafos podem possuir entre três e sete linhas, devem ser justificados, em duas colunas, fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaçamento entre as linhas de 1,5cm.

5. **AGRADECIMENTOS** - São voltados às pessoas, grupos ou instituições que contribuíram de alguma forma para que o trabalho fosse realizado, direta ou indiretamente.

6. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** – As referências bibliográficas devem se ater as obras e autores citados no texto. Deve ter no mínimo 15 e no máximo 30 referências, inseridas ao final do trabalho, classificadas em ordem alfabética pelo sobrenome do autor, com alinhamento à margem esquerda, entrelinhas simples e espaçamento duplo entre elas, fonte Times New Roman, tamanho 12, justificado, em duas colunas, observando-se a NBR 6023 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT), considerando a atualização de 2018 e Diretrizes para elaboração de trabalhos científicos do Centro Universitário do Vale do Araguaia, contidas no livro Estratégias e Práticas para Trabalhos Acadêmicos e Científicos, edição de 2024.

ANEXO B – NORMAS REVISTA ARTIGO 2

1.3 Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1.4 Diretrizes para Autores

- A contribuição deve ser original e inédita, e não pode estar sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- Todos os autores e/ou coautores devem estar **obrigatoriamente** cadastrados no sistema da revista e incluídos no fluxo de submissão.
- A submissão deve feita apenas através de dois arquivos: (i) Texto do Artigo (**sem identificação dos autores**) e (ii) Folha de Rosto (**contendo as informações dos autores, conforme modelo disponível "AQUI"**).
- O Texto do Artigo deve conter (i) título, (ii) resumo (no máximo 250 palavras), (iii) palavras-chave (no mínimo três), (iv) introdução, desenvolvimento, metodologia, conclusões e referências em ABNT, totalizando até 9.000 caracteres com espaços.
- É obrigatória a presentação de, **no mínimo**, cinco referências por artigo submetido. Os trabalhos que não cumprirem este requisito serão rejeitados antes da etapa de revisão.
- O Texto do Artigo pode ser redigido completamente em língua portuguesa ou inglesa, não sendo necessária a inclusão de resumo adicional traduzido, pois **apenas o resumo no idioma do artigo será publicado**.
- Os arquivos da submissão devem estar em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
- O Texto do Artigo deve estar em espaço simples; usando a fonte *Times New Roman* de tamanho 12; as figuras e tabelas devem estar inseridas no corpo do texto, **não no final do documento ou na forma de anexos**.
- O texto deve seguir os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em "Diretrizes para Autores", na página Sobre a Revista.
- Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em "Assegurando a avaliação pelos pares cega" devem ser seguidas.

POLÍTICA CONTRA PLÁGIO E MÁS-CONDUTAS EM PESQUISA

Informamos os artigos publicados por esta revista estar em conformidade com as diretrizes do COPE (*Committee on Publication Ethics*), que visam incentivar a identificação de plágio, más práticas, fraudes, possíveis violações de ética e abertura de processos, indicamos:

1. Os autores devem visitar o website do COPE http://publicationethics.org, que contém informações para autores e editores sobre a ética em pesquisa;

2. Antes da submissão, os autores devem seguir os seguintes critérios:

- artigos que contenham aquisição de dados ou análise e interpretação de dados de outras publicações devem referenciá-las de maneira explícita;

- na redação de artigos que contenham uma revisão crítica do conteúdo intelectual de outros autores, estes deverão ser devidamente citados;

- todos os autores devem atender os critérios de autoria inédita do artigo e nenhum dos pesquisadores envolvidos na pesquisa poderá ser omitido da lista de autores;

- a aprovação final do artigo será feita pelos editores e conselho editorial.

3. Para responder aos critérios, serão realizados os seguintes procedimentos:

a) Os editores avaliarão os manuscritos pelo site Plagiarism detect ou Plagium logo após a submissão;

b) Com os resultados, os editores e conselho editorial decidirão se o manuscrito será enviado para revisão por pares que também realizarão avaliações;

c) Após o aceite e antes da publicação, os artigos poderão ser avaliados novamente.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Todos os manuscritos a serem considerados para publicação na **Revista Interagir** devem ser submetidos por via eletrônica.

Por meio desse portal os autores podem submeter o artigo e acompanhar o status do mesmo durante todo o processo editorial. Essa forma de submissão garante maior rapidez e segurança na submissão do seu manuscrito, agilizando o processo de avaliação.

O autor deve escolher uma categoria para o manuscrito (Artigos Originais, Artigos de Revisão ou Relatos de Caso/Experiência). A responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito é inteiramente do autor e seus co-autores.

Com relação a reenvio e revisões, a revista diferencia entre:

a) Manuscritos que foram rejeitados;

b) Manuscritos que serão reavaliados após a realização das correções que forem solicitadas aos autores.

No caso de reenvio, o autor é informado que seu trabalho foi rejeitado e se desejar que os editores reconsiderem tal decisão, o autor poderá fazer as alterações que julgar necessárias e reenviá-las. Contudo, será uma nova submissão, portanto, será gerado um novo número para o manuscrito no sistema.

Em caso de revisão, o autor deve refazer e/ou alterar seu manuscrito com base nas recomendações e sugestões dos revisores. Em seguida, o autor deve devolver o arquivo para uma segunda análise, não se esquecendo de informar o mesmo número atribuído para o manuscrito, para que assim seja possível informar o parecer final (aceitação ou rejeição).

Os artigos aceitos comporão os números da revista obedecendo ao cronograma em que foram submetidos, revisados e aceitos ou ainda a critério do corpo editorial.

Custos de Publicação

Não haverá custos de publicação.

Idiomas

Os artigos podem ser redigidos em Português e Inglês. A revista, a depender do campo do artigo, pode oferecer o serviço de tradução para língua inglesa, sem custos para os autores. Quando traduzidos para a língua inglesa sugerimos que o texto seja revisado por alguém que tenha o inglês como primeira língua e que, preferencialmente, seja um cientista da área.

Tipos de manuscrito e formatação

- **Artigo Original:** devem relatar pesquisas originais que não tenham sido publicadas ou submetidas para publicação em quaisquer outros periódicos científicos. Devem ser

resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual. No caso de Ensaios Clínicos, o manuscrito deve ser acompanhado pelo número e órgão de registro do ensaio clínico. Estes requisitos estão de acordo com BIREME/OPAS/OMS e o Comitê Internacional dos Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR. O limite de caracteres com espaços é de 9.000 (incluindo referências); resumo entre 100 e 250 palavras. No mínimo três palavras-chaves devem ser fornecidas e no máximo cinco.

- **Artigo de Revisão:** devem ser uma análise crítica de avanços recentes e não apenas revisão da literatura. Devem ter resumo estruturado entre 100 e 250 palavras, máximo de caracteres incluindo espaços é de 9.000, com a mesma formatação do artigo original. No mínimo três palavras-chaves devem ser fornecidas e no máximo cinco.

- **Relato de Caso/Experiência:** devem ser relatos breves com extensão máxima de 9.000 caracteres com espaços, resumo entre 100 e 250 palavras. No mínimo três palavras-chaves devem ser fornecidas e no máximo cinco. Colocar no corpo do manuscrito os tópicos Introdução, Relato do Caso, Discussão e Referências.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com espaçamento simples em todo o documento (incluindo resumo, referências e tabelas), com margens de 2,5 cm. Todas as páginas devem ser numeradas no canto superior direito. Evitar ao máximo as abreviações e siglas. Em determinados casos, sugere-se que na primeira aparição no texto, deve-se colocar por extenso e a abreviatura e/ou sigla entre parênteses. Exemplo: Febre Hemorrágica do Dengue (FHD).

Comunicações pessoais e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas apenas mencionados no texto e em nota de rodapé na página em que é mencionado. Se essenciais, podem ser incorporados em local apropriado no texto, entre parênteses da seguinte forma: (DB Rolim: Comunicação Pessoal, 2011) ou (Oliveira-Lima JW: dados não publicados).

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Para tanto, os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde a pesquisa foi realizada, com seu respectivo número de aprovação.

No ato da submissão o autor correspondente deverá anexar ao sistema **dois arquivos** (Texto do Artigo e Folha de Rosto):

O arquivo do manuscrito deve conter:

- **Título:** deve ser conciso, claro e o mais informativo possível. Não deve conter abreviações e não deve exceder a 200 caracteres, incluindo espaços.
- **Resumo:** deve condensar os resultados obtidos e as principais conclusões de tal forma que um leitor, não familiarizado com o assunto tratado no texto, consiga entender as principais implicações do artigo. O resumo deve ter entre 100 e 250 palavras e abreviações devem ser evitadas.
- **Palavras-chave:** imediatamente abaixo do resumo, de acordo com o tipo de artigo submetido, devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave). Devem ser separados por ponto.
- **Introdução:** deve ser sucinta e destacar os propósitos da investigação, além da relação com outros trabalhos na área. Uma extensa revisão de literatura não é recomendada, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.
- **Métodos:** devem ser suficientemente detalhados para que os leitores e revisores possam compreender precisamente o que foi feito e permitir que seja repetido por outros. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas.
- **Resultados:** devem ser um relato conciso da nova informação. Evitar repetir no texto os dados apresentados em tabelas e ilustrações.
- **Discussão:** deve relacionar-se diretamente com o estudo que está sendo relatado. Não incluir uma revisão geral sobre o assunto, evitando que se torne excessivamente longa.
- **Referências:** As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo seguindo as normas gerais da ABNT. Deve-se apresentar, no mínimo, cinco referências por artigo.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE 1: O Texto do Artigo não deverá conter qualquer identificação do(s) autor(es) no texto e nas propriedades do documento.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE 2: As seções "Introdução", "Métodos", "Resultados", "Discussão" e "Referências" devem totalizar no máximo 9.000 caracteres com espaços.