



**FACULDADE AGES
CAMPUS LAGARTO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

VICTÓRIA CAROLINE PASSOS MENEZES

**PROGRAMA PREVINE BRASIL: Mudanças no financiamento
da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro**

**Lagarto
2022**

VICTÓRIA CAROLLINE PASSOS MENEZES

PROGRAMA PREVINE BRASIL: Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro

Monografia apresentada no curso de graduação da Faculdade AGES, Campus Lagarto como um dos pré-requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Wellington Pereira Rodrigues.

Lagarto
2022

VICTÓRIA CAROLLINE PASSOS MENEZES

PROGRAMA PREVINE BRASIL: Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem à Comissão Julgadora designada pelo colegiado do curso de graduação da Faculdade AGES, Campus Lagarto.

Lagarto, ____ de _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Wellington Pereira Rodrigues
Faculdade AGES

Prof.
Faculdade AGES

Dedico este trabalho aos meus pais e demais membros da minha família, ao meu namorado Leandro por todo o apoio e incentivo e as minhas amigas que estiveram comigo durante essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Foram anos de luta, os obstáculos me fizeram mais forte, a minha fé e persistência me trouxeram até aqui. Hoje digo, com certeza: valeu a pena! Deus me capacitou para que esse sonho se tornasse realidade, toda gratidão a Ele.

Aos meus pais Paulo Roberto e Roselange agradeço por serem meus exemplos e minha base, por todo amor, apoio incondicional e acima de tudo por não pouparem esforços para que o sorriso que hoje trago em meu rosto se concretizasse.

Agradeço ao meu namorado Leandro, por compreender as minhas ausências durante a minha jornada, por ter sido exemplo de resiliência, por todo o seu amor e por acreditar que o meu sonho se tornaria realidade.

Aos meus anjos da guarda Janete Cleia e Isa Maria (*in memoriam*) que a todo o momento sinto-me protegida, vocês permanecem vivas para sempre em meu coração.

A minha família em especial aos meus queridos tios Nice e Zé por cuidarem, pelo apoio, pelo zelo durante a minha vida e principalmente pela disposição em me ajudar a todo o momento. A minha vizinha Leonor, aos meus tios e primos por torcerem incansavelmente e por nunca medirem esforços para me ajudar.

A minha família do Núcleo de Atenção Primária a Saúde do município de Lagarto/SE em especial a Daniela, Sara, Ana, Alane, Camila e Nivea que muito me apoiaram e me incentivaram, aos meus queridos amigos da SMS em especial a Riviane Correia, Daniela Pereira, Rogério Costa e Andreza Maria por todo o carinho e cuidado durante a jornada de trabalho.

As amigas que descobri em sala, todos os dias estavam ali segurando a minha mão e incentivando a incansável jornada.

Aos meus professores do GEPP e da AGES que contribuíram grandemente para o meu crescimento profissional, transmitindo a mim não somente teorias, mas também a ética, a dedicação e o amor no que se faz: muito obrigada!

Conviver com cada um de vocês tornou essa experiência mais leve, alegre, gratificante e encantadora.

RESUMO

A porta de entrada para o sistema de saúde é a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), que engloba o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. O financiamento da Atenção Básica é tripartite, isto é, de responsabilidade da União, estados, municípios e Distrito Federal. Em 2019, foi lançado o Programa Previne Brasil que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica no âmbito do SUS, referente aos recursos financeiros transferidos pela União aos municípios a partir de 2020. O objetivo do programa, segundo seus idealizadores, é ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para APS no país, baseado nas melhores experiências de qualidade da AB no mundo, dentro de sistemas universais de saúde. Este estudo tem como objetivo geral avaliar se a formulação do Programa Previne Brasil, que instituiu o novo modelo de financiamento da Atenção Primária, foi baseado em evidências e adotou as melhores práticas de formulação e governança de políticas públicas em âmbito nacional e internacional já os objetivos específicos são: avaliar se o problema a qual o programa Previne Brasil se destina a resolver foi adequadamente caracterizado com base em evidências, avaliar se foram levantadas e analisadas alternativas viáveis para solucionar o problema detectado e se o sistema de monitoramento e avaliação está adequadamente estruturado para produzir informações com vistas a retroalimentar os processos decisórios de forma a favorecer o aprendizado e o aperfeiçoamento das ações para o alcance de resultados. O Previne Brasil é a estratégia mais potente da Reforma da APS do Brasil proposta pela atual gestão do MS, uma APS forte se faz com princípios e atributos sólidos e coerentes, com financiamento potente que prioriza a equidade, com transparência por isso, nota-se que esse modelo de financiamento é coerente com os princípios da APS e do SUS, assim como com as evidências científicas sólidas produzidas no Brasil e no mundo e com a defesa intransigente da busca pela equidade em um país muito desigual.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde. Sistema Único de Saúde. Financiamento Público.

ABSTRACT

The gateway to the health system is Primary Care (AB) or Primary Health Care (PHC), which encompasses the set of individual, family and collective health actions that involve promotion, prevention, protection, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction, palliative care and health surveillance. The financing of Primary Care is tripartite, that is, the responsibility of the Union, states, municipalities and the Federal District. In 2019, the Previne Brasil Program was launched, which establishes a new financing model for the cost of Primary Care within the scope of the SUS, referring to the financial resources transferred by the Union to the municipalities from 2020. The objective of the program, according to its creators, is expand access, improve quality and bring more equity to PHC in the country, based on the best PHC quality experiences in the world, within universal health systems. The general objective of this study is to assess whether the formulation of the Previne Brasil Program, which established the new financing model for Primary Care, was based on evidence and adopted the best practices in the formulation and governance of public policies at the national and international levels, already the objectives specific are: to assess whether the problem that the Previne Brasil program is intended to solve has been adequately characterized based on evidence, to assess whether viable alternatives have been raised and analyzed to resolve the problem detected, and whether the monitoring and evaluation system is adequately structured to produce information with a view to feeding back the decision-making processes in order to favor learning and the improvement of actions to achieve results. Previne Brasil is the most powerful strategy of the Brazilian PHC Reform proposed by the current MS administration, a strong PHC is made with solid and coherent principles and attributes, with powerful funding that prioritizes equity, with transparency, therefore, it is noted that this financing model is consistent with the principles of PHC and SUS, as well as with solid scientific evidence produced in Brazil and worldwide, and with the uncompromising defense of the search for equity in a very unequal country.

KEY WORDS: Primary Health Care. Health Unic System. Public Financing.

LISTAS

LISTA DE FIGURAS

1: Organização hierárquica da RAS. Lagarto (SE), 2022.....	25
2: Atributos e funções da APS. Lagarto (SE), 2022.....	26
3: Período da medição para apuração dos indicadores. Lagarto (SE), 2022.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

1: Expectativa de orçamento da Atenção Primária a Saúde até 2022. Lagarto (SE), 2022.....	47
2: Distribuição da quantidade total de artigos em porcentagem de acordo com cada plataforma. Lagarto (SE), 2022.....	53
3: Distribuição da quantidade cadastros ponderados de abril de 2018 até o segundo quadrimestre de agosto de 2021. Lagarto (SE), 2022.....	53
4: Potencial de cadastro alcançado. Lagarto (SE), 2022.....	54

LISTA DE QUADROS

1: Dimensões do Pacto em Defesa do SUS. Lagarto (SE), 2022.....	22
2: Dimensões do Pacto pela vida. Lagarto (SE), 2022.....	22

3: Pactos pela Gestão. Lagarto (SE), 2022.	23
---	----

LISTA DE TABELAS

1: Metas de cadastro por equipe e município. Lagarto (SE), 2022.	28
2: Capacitação: Valor per capita/ ano. Lagarto (SE), 2022.	29
3:Parâmetro, meta, peso dos indicadores de desempenho. Lagarto (SE), 2022.	30
4:Ficha de qualificação dos indicadores de desempenho. Lagarto (SE), 2022.	40
5:Número de cadastros de janeiro de 2018 a abril de 2022. Lagarto (SE), 2022.	51
6: Matriz de risco. Lagarto (SE), 2022.	59
7: Diferença do pagamento através do PAB fixo e variável e Previde Brasil. Riachão do Dantas (SE), 2022.	55
8: Diferença do pagamento através do PAB fixo e variável e Previde Brasil. Lagarto (SE), 2022.	56
9: Detalhamento de valores do Programa Previde Brasil do ano de 2020 do município. Lagarto (SE), 2022.	56

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
EAP	Estratégia de Atenção Primária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
SISAB	Sistema de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.2 Metodologia.....	14
1.2.1 Tipo de pesquisa.....	14
1.2.2 Amostragem.....	14
1.2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	15
1.2.4 Categorização dos Estudos	15
1.2.5 Análise dos Dados	15
2 DESENVOLVIMENTO	17
2.1 O Surgimento do SUS e a Reforma Sanitária	17
2.2 O Pacto pela Saúde	21
2.3 Bases conceituais e históricas da Atenção Primária à Saúde.....	23
2.4 O Novo Financiamento do SUS e da Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	27
2.5 Implantação do Programa Previne Brasil	45
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXOS	67

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988, conhecida como Constituição Cidadã ou até mesmo Constituição Brasileira, é a que rege todo o ordenamento jurídico do Brasil até os dias de hoje. A mesma estabeleceu bases para o modelo atual de atenção à saúde pública desse país instituindo assim os princípios básicos como: universalidade, descentralização dos serviços ofertados a municipalidade, integralidade, regionalização e hierarquização além de definir a Atenção Básica (AB) como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

O SUS foi oficialmente concretizado por meio da Lei nº8.080 publicada em 1990, a referida lei engloba um conjunto de serviços e ações de saúde que podem ser prestados por órgãos e instituições federais sejam elas públicas, estaduais ou municipais que correspondem a Administração Direta ou Indireta além das fundações que são mantidas pelo Poder Público além da inserção da responsabilidade compartilhada entre os gestores públicos das esferas federais, estaduais e municipais para com as ações preventivas e curativas (BRASIL, 1990).

A porta de entrada para do SUS é a AB ou Atenção Primária à Saúde (APS), que engloba o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas abrangendo os princípios do SUS como a prevenção, a promoção e a proteção, o diagnóstico e o tratamento além da reabilitação e a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde praticas essas que foram criadas para contemplar a qualificação das gestão de saúde, gerir o cuidado integrado para a população do território sobre a responsabilidade da equipe atuante na área descrita (PNAB, Brasil, 2017).

O financiamento da AB é tripartite, isto é, de responsabilidade da União, estados, municípios e Distrito Federal, a união faz o repasse de maneira integral ao municípios e estados, esses recursos financeiros são para custear os serviços e as ações desenvolvidas pela AB visto que, fica a cargo dos municípios a gestão e execução dos serviços e das ações da AB (BRASIL, 2019).

No final do ano de 2019, foi lançado o Programa Previne Brasil através de publicação no Diário Oficial da União onde designou esse novo modelo de financiamento de custeio da APS, custeio esse, referente aos recursos financeiros transferidos pela União aos municípios com início no ano de 2020. O objetivo principal do programa, é promover a melhoria da qualidade e a ampliação do acesso aos serviços para a população cadastradas no território levando mais equidade com base nas exitosas experiências dos sistemas universais de saúde (BRASIL, 2019).

Essa estratégia de pagamento foi denominado pela equipe técnica do MS de financiamento misto, em virtude de equilibrar os valores financeiros por meio do pagamento per capita que faz referência a população cadastrada nas equipes da ESF e da EAP, foi instituído também, a captação ponderada, o pagamento por grau de desempenho e o incentivo as ações estratégicas que correspondem as adesões feitas pelos municípios a exemplo de: atendimento em horário estendido (Programa Saúde na Hora), informatização das equipes (Informatiza - APS) e formação de especialistas em APS (Residência Médica e Multiprofissional) (Harzheim *et al.*, 2020).

É válido questionar sobre, de que maneira o Programa Previne Brasil contribuirá para a Atenção Primária à Saúde? Diante disso destaco que, o objetivo geral desse trabalho consiste em avaliar como o Programa Previne Brasil foi formulado além de, avaliar como cunho exploratório se o sistema de monitoramento e de avaliação está hoje constituído para fornecer as informações em tempo hábil para as equipes de saúde como forma de aperfeiçoar as ações para o alcance de resultados (Harzheim *et al.*, 2020).

Saliento que, no início do ano de 2019, no Brasil existia um total de 43 mil equipes da ESF com teto de atendimento para 140 milhões de pessoas, o acompanhamento a esses usuários deve ser feito através da oferta de serviços na Rede de Atenção Primária à Saúde que promovem saúde conforme os problemas mais frequentes dos brasileiros, a citar: a hipertensão, a diabetes além de, exames, vacinação. Entretanto destaco que, essa cobertura faz referência com a realidade das ESF (Ministério da Saúde, 2019). Os dados citados foram extraídos dos sistemas e-GESTOR/SISAB no ano de 2022.

Com base nessas informações, nota-se através dos indicativos obtidos nas fontes de informações do SUS cerca de 90 milhões de pessoas estão cadastradas e vinculadas a uma estratégia seja ela ESF ou a EAP (BRASIL, 2019).

1.2 Metodologia

1.2.1 Tipo de pesquisa

Essa pesquisa se trata de uma revisão de literatura e de portarias do Ministério da Saúde (MS) sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e ao novo modelo de financiamento usado no Brasil e em outros países que utilizam de métodos de pagamento como exemplo a captação ponderada como: a Dinamarca, o Reino Unido, o México, Portugal e a Espanha (BRASIL, 2019). Para atingir o objetivo desejado do estudo de avaliação foi realizado extração dos dados de municípios do estado de Sergipe diretamente do Sistema e-GESTOR AB, do IBGE e de dados indiretamente compilados através dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)

Para complementar foi adotado a revisão bibliográfica dos conceitos da Atenção Básica e o seu financiamento como também a análise crítica dos normativos que regem o novo modelo proposto e adotado.

1.2.2 Amostragem

Será realizado coleta indireta de dados abrangendo artigos acadêmicos, normas legais e infralegais, relatórios públicos disponíveis na base do e-GESTOR, notas técnicas e portarias produzidas pelo Ministério da Saúde, Conselhos e demais entidades nacionais

e internacionais referentes à Saúde Pública. Essa coleta foi realizada no intervalo de fevereiro a junho de 2022, para a triagem das bibliografias fundamentais para alcançar a compreensão da temática e dos objetivos propostos.

1.2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critério de inclusão foi utilizado portarias, notas técnicas e normas vigentes do MS, artigos originais sendo eles nos idiomas de português, inglês e espanhol, e que estejam disponíveis nas plataformas digitais como o Google Acadêmico: PubMed, Scielo, BVS e que pudessem responder ao questionamento norteador no período de 1979 até os dias atuais. Já como exclusão foi adotado o critério de: artigos duplicados, relatos de casos e artigos que antecederam o tempo estipulado para inclusão, além de estarem fora das plataformas científicas citadas (BRASIL, 2019).

1.2.4 Categorização dos Estudos

De acordo com os objetivos já definidos e os critérios de inclusão e exclusão foi realizada uma tabela como demonstrativo a fim de conhecer e mensurar os riscos do Ministério da Saúde na implementação do financiamento do Previner Brasil na APS além de realizar a qualificação das referências (BRASIL, 2019).

1.2.5 Análise dos Dados

Após a coleta dos dados, foi feita a leitura de todo material, as principais informações foram compiladas, posteriormente foi realizada uma análise descritiva das

mesmas buscando estabelecer uma compreensão e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado e elaborar o referencial teórico (BRASIL, 2019).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 O Surgimento do SUS e a Reforma Sanitária

No início do século XX, o Rio de Janeiro, a então capital do Brasil, apresentou um quadro sanitário caótico em decorrência da presença de doenças graves que se propagaram a citar: varíola, malária, febre amarela e a peste. O então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, departamento esse que se colocou à disposição para erradicar a epidemia na cidade (POLIGNANO, 2021).

A Diretoria Geral de Saúde Pública criou um espaço demográfico onde foi instituído o laboratório bacteriológico que contava com o serviço sanitário, o sistema de atendimento para a profilaxia da endêmica febre-amarela, foi criado também no mesmo período a inspetoria para os serviços de isolamento, desinfecção e o instituto soroterápico federal que posteriormente foi transformado no Instituto Oswaldo Cruz, atualmente chamado por Fundação (POLIGNANO, 2021).

Oswaldo também foi responsável pelas campanhas sanitárias, onde eram destinadas a diminuir de forma efetiva as endemias rurais e as epidemias urbanas, havia uma organização administrativa em saúde pública que funcionava de forma centralizada com objetivo de ser corporativista e tecnoburocrática com uma ligação direta a estrutura médica do corpo geral (LUZ, 2021).

A revolta da vacina, que aconteceu em 1904, foi marcada pela resistência a campanha de vacinação que foi imposta como obrigatória para combater a varíola, essa revolta foi ocasionada devido ao aumento da intervenção medicalista nos territórios urbanos (POLIGNANO, 2021).

Durante 1920, Carlos Chagas, realizou o processo de organizar o Departamento Nacional de Saúde que ficou vinculado ao Ministério da Justiça, introduzindo a propaganda e a educação sanitária, Carlos, foi responsável pela criação dos

departamentos que preveniam e tratava a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas que atingiram a época (POLIGNANO, 2021).

No início do século XX, o desenvolvimento das políticas sociais foi constituído de maneira a atingir e atuar como incorporação de segmentos de classe média e com os trabalhadores urbanos para organizar o projeto de industrialização e modernização do Brasil (CARVALHO; BARBOSA, 2020). Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Elói Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Esses fundos serviam para os serviços médicos, funerários e também para a compra de medicamentos obtidos por valores mais baixos para os contribuintes (POLIGNANO, 2021).

Em meados de 1930, surgia o Instituto de Aposentadoria e Pensões criado por Getúlio Vargas, onde recebia financiamento do Poder Executivo de forma parcial, além de constituírem as principais organizações de política social. Destaco que os institutos favoreciam os trabalhadores urbanos mais preparados em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia da época, a agroexportadora (LUZ, 2021).

Já em 1960 através da Lei Orgânica da Previdência Social o cardápio de serviços de saúde foi padronizado a todos os segurados/contribuintes dando direito independentemente do instituto a qual estivesse filiado (CARVALHO; BARBOSA, 2020). A Lei Orgânica buscou unificar o regime geral da Previdência Social, com o objetivo de abranger todos os trabalhadores que trabalham em regime de CLT, entretanto, os trabalhadores domésticos, rurais e os servidores públicos e de autarquias da previdência foram excluídos (CARVALHO; BARBOSA, 2020).

Já em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social, foi criado pelos membros do Governo Militar a consolidar as referidas instituições brasileiras da previdência, esse processo, demonstrou uma estratégia de expansão da oferta de serviços de saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2020).

Segundo Carvalho; Barbosa (2020), as consequências dessa política logo apareceram, corroendo a capacidade gestora do sistema e reforçando a sua irracionalidade em virtude de:

[...] de um lado, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, já que cada paciente era considerado como um “cheque em branco”, tendo a Previdência Social de pagar as faturas enviadas após a prestação dos serviços; e de outro, era quase impossível um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos, e sim a exigências políticas (CARVALHO; BARBOSA, 2020).

O Plano de Pronta Ação em 1974 foi declarado com tentativa de organizar de forma disciplinar os serviços de saúde existentes tendo como principal objetivo a universalização do atendimento médico sobre tudo principalmente como o atendimento de emergência. Vale destacar que ficou a sob responsabilidade da previdência para realizar o pagamento dos atendimentos aos prestadores de serviços sejam eles públicos ou privados (CARVALHO; BARBOSA, 2020).

Em 1977, foi criado o Instituto de Assistência Médica (INAMPS), onde o mesmo representou para a sociedade de forma positiva por dispor de uma assistência racional e modernizante. Destaco que o INAMPS promoveu ações políticas de proteção social (CARVALHO; BARBOSA, 2020).

Destaco que, para Polignano (2021), essa tentativa foi um tanto quanto frustrada, o modelo de saúde previdenciário entra em crise pelos seguintes motivos:

priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas; Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema; Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; O não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para sistema previdenciário visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união) (POLIGNANO, 2021).

O Conselho Consultivo de Administração da Saúde foi criado em 1981 com o objetivo de tentar conter os gastos e principalmente a fraude. Ainda em 1981 também foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária que estava vinculado ao INAMPS esse conselho propôs a reversão gradual do modelo médico-

assistencial através do aumento da produtividade do sistema incluindo também a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a padronização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais (POLIGNANO, 2021).

Em março de 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional da Saúde onde teve uma representatividade positiva além de influenciar politicamente um projeto democrático da Reforma Sanitária que buscava a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema além da descentralização, hierarquização e regionalização de serviços a participação da comunidade (CARVALHO; BARBOSA, 2020).

Conforme Mendes (1993), em 1987 foi criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), as principais mudanças apresentadas pelo SUDS foram:

[...] houve uma desconcentração para os Estados, e destes para os Municípios; a restrição dos poderes do INAMPS (instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista), com a sua retirada gradual da prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados aos Municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; priorização dos serviços por Estados pelas entidades filantrópicas e maiores investimentos na alta tecnologia (MENDES, 1993).

Determina através do artigo nº 196 que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (C.F, 1998).

Em 1990 começou a implementação do SUS, onde foi aprovada a Lei e a regulamentação do SUS através da Lei nº 8.080 que especificava as atribuições e a organização do SUS e da Lei nº 8.142. A Lei 8.080 definiu os papéis institucionais das esferas governamentais que pertenciam ao Plano de Gestão da Saúde bem como a estrutura de financiamento e as regras da transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo através do Fundo a Fundo de Saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2020).

Ainda em 1990, a Lei nº 8.142 foi aprovada por dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais, além de instituir os Conselhos de Saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2020).

O SUS é como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas das três esferas governamentais: federal, estadual e municipal, além da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (POLIGNANO, 2021). É válido afirmar também que, as instituições privadas poderão participar do SUS em caráter complementar como prestador de serviço.

Destaco que, durante a implementação do SUS, o seu maior destaque foi a forma avançada que o processo político foi fomentado para com a administração pública visando o processo de descentralização para com as transferências de responsabilidades tripartites (SOUZA, 2021).

2.2 O Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde foi estabelecido para responder aos questionamentos e os desafios atuais da gestão que organiza o Sistema de Saúde para ofertar respostas concretas às necessidades de saúde da população e também tornar a saúde uma política de estado efetiva. Essa pactuação tem como objetivo a qualificação da gestão pública do sistema, além de buscar eficiência e efetividade na qualidade das respostas (CONASS, 2016).

Diante disso, foram criados e definidos três tipos de dimensões no Pacto pela Saúde durante o ano de 2006 sendo elas, a defesa do SUS, o Pacto pela Vida e por fim o Pacto pela Gestão. Nos quadros abaixo são apresentadas as principais prioridades de cada Pacto: (CONASS, 2016).

Pacto em Defesa do SUS
Discussão da organização do SUS com envolvimento da sociedade;

Organização do financiamento do Sistema de Saúde de acordo com a necessidade de saúde das três esferas: federal, estadual e municipal sendo regulamentado pela EC nº 29;

Divulgação da carta de direitos dos usuários do SUS;

Discussão no Conselho Municipal e Estadual sobre a implantação do papel do estado e da federação.

Quadro 1: Dimensões do Pacto em Defesa do SUS. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de CONASS, 2016.

Pacto pela Vida

Definição das prioridades em assistência à saúde para: o controle do câncer de colo de útero e de mama, a saúde do idoso, redução da mortalidade materna e infantil;

Discussão acerca do compromisso entre os gestores sobre as prioridades de saúde;

Criação de documento único compartilhado com as metas pactuadas tendo como objetivo a revisão anual além da análise das metas nacionais, estaduais e municipais;

Educação em saúde com prioridade a capacitação sobre as doenças emergentes e endêmicas da época como: dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, além da intensificação da promoção e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Quadro 2: Dimensões do Pacto pela vida. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de CONASS, 2016.

Pacto pela Gestão

Criação das responsabilidades de gestores para o fortalecimento da gestão;

Criação do plano efetivo de regionalização e descentralização do SUS conforme as diretrizes de diversidade e singularidade regional;

Divulgação das diretrizes de financiamento público tripartite;

Educação em saúde para gestores através dos colegiados de gestão regional para organização dos sistemas para avanço na territorialização.

Quadro 3: Pactos pela Gestão. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de CONASS, 2016.

É válido salientar que, o Pacto pela Saúde de 2006, demonstrou mudanças importantes que reformulam a execução do Sistema Único de Saúde, a citar: a substituição do atual processo de habilitação com base na inscrição solidária através dos termos de compromisso de gestão, a regionalização solidária e a cooperativa como forma estruturante do processo para efetivar a descentralização além de realizar uma integração das diversas formas de repasse dos recursos federais assim como a unificação pactos hoje existentes no sistema (CONASS, 2006).

Com o objetivo de oferta atenção descentralizada e regionalizada conforme prevê os Pactos é preciso que haja um financiamento sendo esse tripartite (união, estados e municípios) tendo como base para os cálculos financeiros a criação de blocos de recursos como: Bloco de Custeio - Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, tendo como autonomia dos estados e municípios (BRASIL, 2006).

2.3 Bases conceituais e históricas da Atenção Primária à Saúde

Em 1991, foi criado o programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS), com o objetivo de atender as regiões mais pobres do Nordeste. Em 1994 foi criado o programa de Saúde da Família que regulamentou através de normas os padrões para reorganizar os serviços de atenção à saúde pública sendo composta por profissionais: um clínico

geral, um profissional de enfermagem, um auxiliar de enfermagem além dos ACS com o objetivo de prevenção, promoção, tratamento de doenças sejam elas crônicas ou agudas além de desenvolverem assistência voltada à saúde materno-infantil (UNICEF, 1979).

“A conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (UNICEF, p. 6. 1979). “

Em 2007, o programa de Saúde da Família foi renomeado para Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a proposta de ampliar a referência da sua nomenclatura em virtude da criação de novos mecanismos de assistência como as equipes multiprofissionais que atuam como apoio às equipes de saúde da família. Destaco que, as evidências científicas mostram que a ESF recebeu um impacto positivo na saúde pública além de obter reduções na morbimortalidade (UNICEF, 1979).

Todos os indivíduos de todo o território brasileiro devem possuir o cadastro do cidadão na APS, a partir deste cadastramento que em sua grande maioria é realizado pelos ACS, as três esferas governamentais: união, estado e municípios obtêm o reconhecimento da população adstrita à equipe e ao seu Estabelecimento de Saúde de referência assim como subsídios para planejamento da oferta de serviços e acompanhamento dos indivíduos (UNICEF, 1979).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006. Em 2017 foi aprovada a PNAB através da Portaria GM/MS nº 2.436, de 21/09/2017 que estabelecia revisão de diretrizes para a organização da APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), onde insere e reconhece outros formatos de equipes que não são a ESF para fins de financiamento como também foi realizada mudanças de integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde com o objetivo de alcance de resultados para as necessidades da população, foi inserido também a obrigatoriedade da carga horária (40 horas semanais) para todos os profissionais da ESF além da inclusão do Gerente de Atenção Básica para aprimorar e qualificar o processo dos Estabelecimentos de Saúde na APS (UNICEF, 1979).

É notório que a ESF, aumentou a sua cobertura significativamente nas regiões/municípios de pequeno porte populacional, diante das análises feitas notou-se que a cobertura estimada de equipes alcançou o percentual de 64% em 2019 abrangendo cerca de 140 milhões de brasileiros. Sendo assim, a cobertura populacional estimada é verificada a partir do cálculo do quantitativo de equipes credenciadas, implantadas e cadastradas no Brasil multiplicando por 3.450 pessoas (BRASIL, 2019).

De acordo com a normativa vigente do SUS, observa-se através da figura 1 abaixo que o sistema de saúde foi preparado de maneira hierárquica, sendo classificado como piramidal, onde foi classificado também segundo os nível de atenção seja ela: em atenção básica, atenção em média ou alta complexidade, a concepção de maneira hierárquica/piramidal deverá ser substituída além disso, destaco que, a RAS possui uma importância extrema dentro do serviço de saúde por ser o centro de comunicação (BRASIL, 2019).

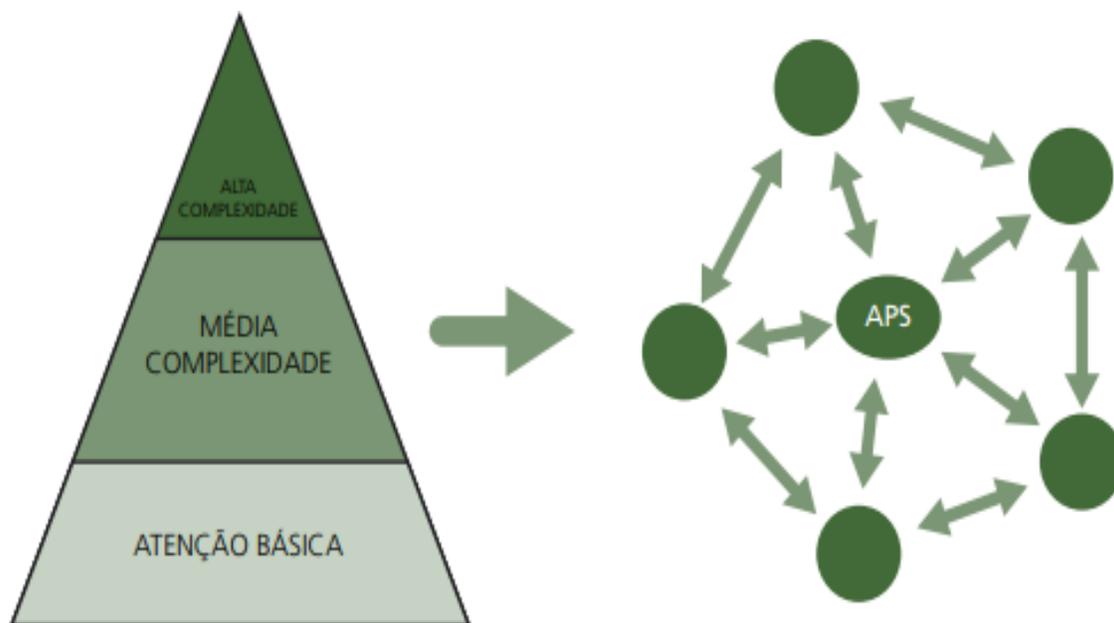


Figura 1: Organização hierárquica da RAS. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: MENDES, 2011.

Destaco que, a atuação da Rede deve agregar um valor para a comunidade do território adstrito, valor esse que corresponde a atenção à saúde e além disso se por se expressar entre os valores econômicos, clínicos e humanísticos como também seguindo da propositura dos demais tipos de recursos disponíveis e utilizados no cuidado da saúde pública no Brasil (PORTER; TEISBERG, 2017).

Existem sete atributos da APS que são extremamente importantes para a garantia da qualidade da assistência e dos resultados preconizados, há evidências, produzidas no Brasil, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais dos atributos abaixo e das funções da APS (PORTER; TEISBERG, 2017).

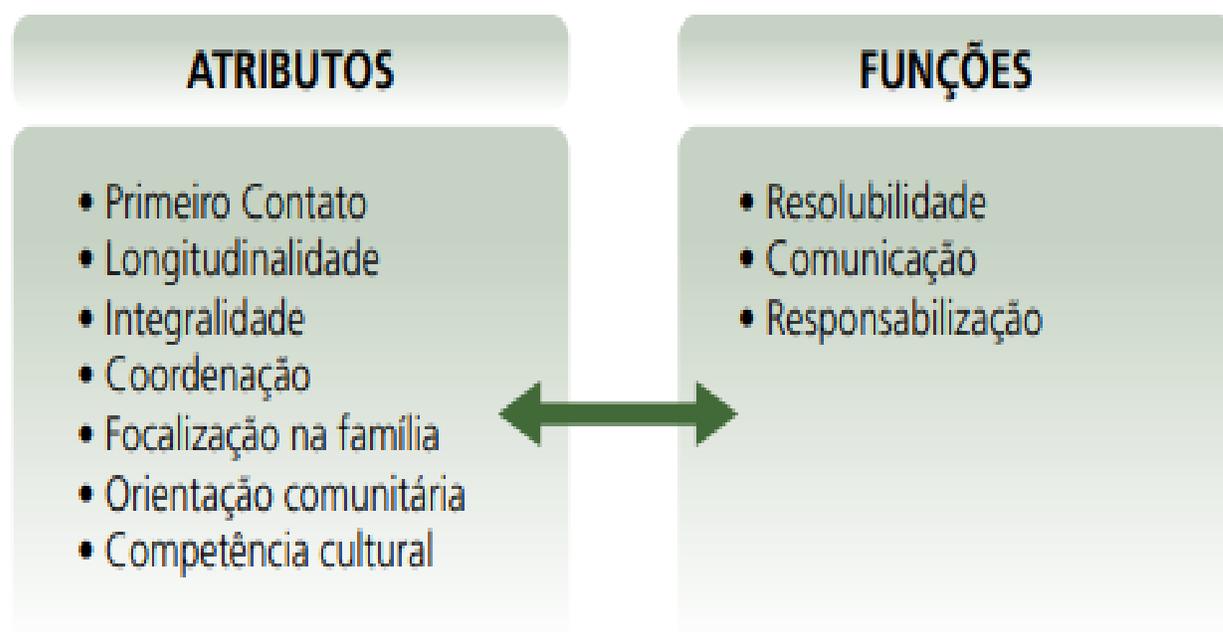


Figura 2: Atributos e funções da APS. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: STARFIELD, 2011; MENDES, 2012.

2.4 O Novo Financiamento do SUS e da Atenção Primária à Saúde no Brasil

O financiamento do Sistema de Saúde vem passando por diversas alterações desde a Constituição Federal de 1988, em 2017 através da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.992 foi estabelecido que o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações de saúde incluindo também os serviços que eram transferidos para os entes federados na modalidade de fundo a fundo seriam organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento a citar: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde para complementar foram estabelecidos cinco grupos de gastos relacionados ao custeio das ações e serviços como: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS (PORTER; TEISBERG, 2017).

O financiamento de custeio da Atenção Básica era composto por PAB Fixo e PAB Variável até 31 de dezembro de 2019, onde no PAB Fixo era multiplicado o quantitativo de população residente no município pelo valor per capita que variava entre R\$23,00 e R\$28,00, utilizava-se como base de cálculo a estimativa da população do IBGE censo 2016 além disso, existia a distribuição dos municípios em quatro quadrantes sendo eles segundo (PORTER; TEISEBERG, 2017):

[...] PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. Já o PAB variável era o credenciamento e implantação de programas como: equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipes de Saúde Bucal (ESB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Academia da Saúde, entre outros (PORTER; TEISEBERG, 2017).

Atualmente o financiamento de custeio da APS é composto por um modelo misto de pagamento focado em alcançar os resultados dos seguintes componentes: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

O primeiro componente que é a captação ponderada é calculado de acordo com o número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou da equipe de Atenção Primária (EAP), considerando fatores como vulnerabilidade socioeconômica, idade considerando também a tipologia da classificação rural-urbana do município de acordo com os critérios estabelecidos pelo IBGE conforme segue:

TIPOLOGIA IBGE	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	NÚMERO DE ESF	META DE CADASTRO POR ESF	NÚMERO POTENCIAL DE CADASTROS
Urbano	1.457	26.568	4.000	106.272.000
Intermediário adjacente	686	4.068	2.750	11.187.000
Rural adjacente	3.043	10.953	2.750	30.120.750
Intermediário Remoto	61	388	2.000	776.000
Rural Remoto	323	1.216	2.000	2.432.000
TOTAL	5.570	43.193	–	150.787.750

Tabela 1: Metas de cadastro por equipe e município. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do SAPS.

A portaria nº 169, de 31 de janeiro de 2020 definiu o valor per capita para o efeito do cálculo do incentivo financeiro da captação ponderada do Programa Previne Brasil, é válido salientar que segue abaixo na tabela 02, o valor do per capita ano por cadastro conforme aplicação de pesos da captação ponderada, incluindo a classificação IBGE e o valor base instituído na portaria (BRASIL, 2020).

AJUSTE DE DISTÂNCIA – (TIPOLOGIA IBGE)	VALOR POR PESSOA CADASTRADA
--	-----------------------------

	Sem socioeconômico e demográfico critério	Com socioeconômico e demográfico (x 1,3) critério
1 – Urbano	R\$ 50,50	R\$ 65,65
2 – Intermediário Adjacente	R\$ 73,23	R\$ 95,19
3 – Rural Adjacente	R\$ 73,23	R\$ 95,19
4 – Intermediário Remoto	R\$ 101,00	R\$ 131,00
5 – Rural Remoto	R\$ 101,00	R\$ 131,00

Tabela 2: Capacitação: Valor per capita/ ano. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do SAPS.

Os indicadores do pagamento por desempenho foram instituídos através da portaria GM/MS nº 3.222 de 2019, a nota técnica nº 5 de 2020 - DESF/SAPS/MS detalhou os parâmetros, metas e os pesos a serem atingidos pelas equipes, conforme demonstrados na tabela 03.

INDICADOR	PARÂMETRO	META	PESO
Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%	1

Promoção de gestantes com atendimento odontológico realizado	$\geq 90\%$	60%	2
Cobertura de exames citopatológicos	$\geq 80\%$	40%	1
Cobertura vacinal de poliomielite inativada de pentavalente	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	2
Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	$\geq 90\%$	50%	2
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	$\geq 90\%$	50%	1

Tabela 3: Parâmetro, meta, peso dos indicadores de desempenho. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria. Nota técnica nº 5/2020 – DESF/SAPS/MS.

Nota-se que o parâmetro é o valor de referência utilizado para mostrar o desempenho considerado ideal para o atingir os indicadores ou seja, é o ponto, a partir do zero que possui como mensuração o total de 100% caso atinja o seu valor de referência, as metas são representações de valores seguindo a pactuação da CIT onde, esses valores são considerados como dados de ouro para a determinar da qualidade da atuação da APS além disso, foi instituído os pesos significam os fatores de multiplicação com valores de 1 ou 2 que totalizam a soma de 10 para cada 1 dos 7 indicadores, esses pesos considera a clínica das condições de saúde/epidemiológica, já o indicador sintético final (ISF): variará de 0 a 10, sendo conquistado a partir da avaliação individual de cada indicador, de acordo com os parâmetros, incluindo a ponderação dos pesos de cada indicador (Brasil, 2020).

Destaco ainda que, as pontuações recebidas dos resultados de cada indicador devem ser inseridas de forma linear e respeitando a variação de 0 a 10 considerando o resultado entre o menor valor sendo, 0, e a meta atribuída para aquele indicador. Ainda

é válido salientar que, caso o valor atribuído seja maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será correspondente a 10 (Brasil, 2020).

Segundo com a portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 que se tornou público os indicadores e as ações estratégicas a serem feitas pelos municípios e o distrito federal para os anos de 2020, 2021 e 2022, saliento que:

[...] para os anos de 2021 e 2022 os indicadores do pagamento por desempenho seriam definidos após o monitoramento, avaliação e pactuação tripartite durante o ano de 2020 sendo contemplado as seguintes ações estratégicas:

I - Ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde;

II - Ações no cuidado puerperal;

III - Ações de puericultura (crianças até 12 meses);

IV - Ações relacionadas ao HIV;

V - Ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose;

VI - Ações odontológicas;

VII - Ações relacionadas às hepatites;

VIII - Ações em saúde mental;

IX - Ações relacionadas ao câncer de mama; e

X - Indicadores Globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional, como o Primary Care Assessment Tool (PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária), o Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9 - Questionário de Avaliação da Relação Médico-Paciente) e o Net Promoter Score (NPS - Escala de Satisfação do Usuário) (BRASIL, 2019).

Foi disponibilizado pelo MS um instrumento denominado de ficha de qualificação dos indicadores de desempenho conforme segue abaixo para nortear os profissionais atingirem os indicadores (BRASIL, 2019):

INDICADOR 1	
Título:	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação
Tipo:	Pagamento
Classificação do indicador:	Processo
Interpretação (o que mede?):	Mede a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde, 6 atendimentos sendo que a primeira consulta deve ter sido

	realizada até a 20 ^a semana gestacional, em relação ao total de gestantes esmadas do município. O objeto desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento correto em relação a quantidade de gestantes esmadas que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma esmava utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município.
Uso (para que fim?):	Avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; Incentivar a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.
Fonte:	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC
Periodicidade de mensuração:	Quadrimestral
Índice de referência:	2020
Parâmetro:	>=80%
Meta:	60%
Fórmula de cálculo:	$\frac{N^{\circ} \text{gestantes com 6 consultas pré - natal, com 1}^{\circ} \text{ até 20 semanas de gestação}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$ <p style="text-align: center;">¹O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
Método de cálculo:	Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente

	<p>nesta equipe com pelo menos 6 atendimentos onde o problema condição avaliada no atendimento foi o pré-natal (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP correspondente), sendo que a primeira consulta realizada possui uma diferença de no máximo 20 semanas da data da DUM registrada no atendimento.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado: 1- Esmado: O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na pologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou 2- Informado : Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.</p>
INDICADOR 2	
Título:	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
Tipo:	Pagamento
Classificação do indicador:	Processo
Interpretação (o que mede?):	Mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada e teste rápido realizado. Em relação ao total de gestantes esmadas do município. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam esse exame, em relação a quantidade esmada de gestantes que o município possui, no intuito de

	incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma esmava utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município.
Uso (para que fim?):	Avalia o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivar a realização dos exames de sífilis e HIV visando triar gestantes com essas patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto.
Fonte:	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
Periodicidade de mensuração:	Quadrimestral
Índice de referência:	2020
Parâmetro:	>=95%
Meta:	60%
Fórmula de cálculo:	$\frac{N^{\circ} \text{gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e SIFILIS}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas}\right)^1}$ <p style="text-align: center;"><small>¹O denominador será o que apresentar o maior valor</small></p>
Método de cálculo:	Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe que viram um atendimento individual Exame avaliado com exame avaliado de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizou o procedimento de teste rápido para Sífilis e avaliou o exame de Sorologia de HIV ou realizou o procedimento de teste

	<p>rápido para HIV (é aceito a marcação do campo rápido ou o SIGTAP correspondente em ambos os casos).</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado: 1- Esmado : O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na pologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou 2- Informado : Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.</p>
INDICADOR 3	
Título:	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
Tipo:	Pagamento
Classificação do indicador:	Processo
Interpretação (o que mede?):	<p>Mede a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no curso do pré-natal na APS. Compreende o registro de consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante. O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento odontológico, em relação a quantidade esmada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a</p>

	responsabilização de cada equipe, calcula-se uma esmava utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação.
Uso (para que fim?):	Avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal.
Fonte:	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
Periodicidade de mensuração:	Quadrimestral
Índice de referência:	2020
Parâmetro:	>=90%
Meta:	60%
Fórmula de cálculo:	$\frac{N^{\circ} \text{gestantes com pré - natal na APS e atendimento odontológico}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC} \text{ ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$ <p style="text-align: center;"><small>*O denominador será o que apresentar o maior valor</small></p>
Método de cálculo:	Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, CÁLCULO identificadas e que realizaram uma consulta de pré-natal e um atendimento odontológico individual, ambos na APS. Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado: 1-Esmado : O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET),

	com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na pologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou 2-Informado : Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período.
INDICADOR 4	
Título:	Cobertura de exame citopatológico
Tipo:	Pagamento
Classificação do indicador:	Processo
Interpretação (o que mede?):	Mede a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram 1 exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária esmadas do município. Para a mensuração correta da quantidade de mulheres e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma esmava utilizando a projeção da população sendo corrigido pelo potencial de atendidos por cada equipe ou pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.
Uso (para que fim?):	Avaliar a adequação do acesso ao exame preventivo para câncer do colo do útero. Expressa a realização de um exame a cada três anos, segundo as Diretrizes Nacionais. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a prevenção do câncer do colo do útero. Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher.

Fonte:	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Projeção populacional 2020 – IBGE
Periodicidade de mensuração:	Quadrimestral
Índice de referência:	2020
Parâmetro:	>=80%
Meta:	40%
Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{Projeção de mulheres de 25 a 64 anos ou N}^{\circ} \text{ mulheres de 25 a 64 anos cadastradas} \right)^2}$ <p style="text-align: right;"><i>*O denominador será o que apresentar o maior valor</i></p>
Método de cálculo:	<p>Numerador: Número de mulheres cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe com idade entre 25 a 64 anos no quadrimestre analisado, que realizaram um procedimento de Coleta de citopatológico de colo uterino em até 3 anos (podendo ser marcação de campo rápido ou SIGTAP correspondente).</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado: 1- Esmado: A projeção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos do município esmada pelo IBGE para o ano corrente, corrigido pela população coberta pelas equipes APS do município dividido pela população IBGE, ou 2- Informado: Quantidade de mulheres com idade entre 25 a 64 anos cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período analisado.</p>
INDICADOR 5	
Título:	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente
Tipo:	Pagamento
Classificação do indicador:	Processo

Interpretação (o que mede?):	O objetivo desse indicador é mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreveníveis selecionadas, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação, em relação a quantidade de crianças que o município possui. Para a mensuração correta da quantidade de crianças e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma esmava utilizando o SINASC sendo corrigido pelo potencial de atendidos pelo município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. O número de doses necessárias e os intervalos recomendados entre as doses, para cada de vacina, constam de normas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Para as vacinas de poliomielite (VIP) e pentavalente a faixa etária utilizada para o cálculo do indicador será menor de 1 ano.
Uso (para que fim?):	Avaliar o acesso às ações de imunização; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de imunização. Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização das ações de imunização na APS.
Fonte:	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.
Periodicidade de mensuração:	Quadrimestral
Índice de referência:	2020
Parâmetro:	≥95%
Meta:	≥95%
Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de } 3^{\text{a}} \text{ doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou N}^{\circ} \text{ crianças cadastradas} \right)^{\frac{1}{2}}}$ <p style="text-align: right;"><small>*O denominador será o que apresentar o maior valor</small></p>

Método de cálculo:	<p>Numerador: Considera-se o menor número de doses aplicadas entre a 3ª doses de pólio ou 3ª dose de pentavalente em menores de 1 ano Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado: 1- Esmado: O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos do município no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na pologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população IBGE do município, ou 2- Informado: Quantidade de crianças menores de 1 ano cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período.</p>
INDICADOR 6	
Título:	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre
Tipo:	Pagamento
Classificação do indicador:	Processo
Interpretação (o que mede?):	Mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quandade esmada de hipertensos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.
Uso (para que fim?):	Avaliar se a aferição de PA em pessoas com hipertensão, pelo menos uma vez no semestre, está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas ao controle da PA desses usuários; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas hipertensas na APS; Subsidiar o

	processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
Fonte:	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.
Periodicidade de mensuração:	Quadrimestral
Índice de referência:	2020
Parâmetro:	>=90%
Meta:	50%
Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ hipertensos com a PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ hipertensos PNS ou N}^{\circ} \text{ hipertensos identificados})^1}$ <p style="text-align: center;"><i>¹O denominador será o que apresentar o maior valor</i></p>
Método de cálculo:	<p>Numerador: Número de cadastrados identificados e vinculados corretamente nesta equipe com atendimento onde o problema condição avaliada foi a hipertensão (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP correspondente) e teve a realização do procedimento de Pressão Arterial (pelo SIGTAP correspondente) uma vez a cada 6 meses dentro de 1 ano.</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado: 1- Esmado: A porcentagem de hipertensos diagnosticados do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na pologia do município, levando em consideração a população IBGE), ou 2- Informado: Quantidade de hipertensos cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe no período.</p>
INDICADOR 7	
Título:	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada
Tipo:	Pagamento

Classificação do indicador:	Processo
Interpretação (o que mede?):	Mede a proporção de pessoas com Diabetes que são consultadas pelas equipes de APS e possuem exame de hemoglobina glicada solicitado pelo menos uma vez no ano, em relação a quantidade esmada de diabéticos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. A medição da hemoglobina glicada pela equipe de APS pressupõe uma avaliação sobre o resultado do tratamento para cada pessoa.
Uso (para que fim?):	Avaliar se a solicitação do exame de hemoglobina glicada, pelo menos uma vez ao ano, em pessoas com diabetes está incorporada na rotina de atendimento das equipes; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas com Diabetes na APS; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas.
Fonte:	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013
Periodicidade de mensuração:	Quadrimestral
Índice de referência:	2020
Parâmetro:	$\geq 90\%$
Meta:	50%
Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ diabéticos PNS ou N}^{\circ} \text{ diabéticos identificados})^{\frac{1}{2}}}$ <p style="text-align: center;">¹O denominador será o que apresentar o maior valor</p>
Método de cálculo:	Numerador: Número de cadastrados identificados e vinculados corretamente nesta equipe com atendimento onde o problema

	<p>condição avaliada foi a diabetes com a solicitação de Hemoglobina Glicada no intervalo de 12 meses (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/SIGTAP correspondente).</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado: 1- Esmado: A porcentagem de diabéticos diagnosticados do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE), ou 2- Informado: Quantidade de diabéticos cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe no período.</p>
--	--

Tabela 4: Ficha de qualificação dos indicadores de desempenho. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria, 2022. Adaptado CONASEMS, 2019.

Até o presente momento dos estudos realizados para elaboração deste trabalho o MS não realizou nenhuma publicação que instituisse os indicadores que seriam cobrados no ano de 2021 e conseqüentemente no ano de 2022.

Foi publicada em 20 de janeiro de 2022 a portaria de nº 102 onde alterava a portaria de nº 3.222 em virtude de uma revisão tripartite dos indicadores, suas metas e seus resultados esperados para o pagamento de desempenho (BRASIL, 2022) sendo:

I - Indicador referente às consultas de pré-natal: Fica mantido a preconização das 6ª consultas de pré-natal, a primeira consulta deve obrigatoriamente ser realizada até a 12ª semana gestacional, essa mudança teve como objetivo intensificar a oferta de informações de qualidade, cuidado continuado e apoio nos primeiros meses da gravidez (BRASIL, 2022).

II – Diante das dificuldades dos municípios e do DF em atingirem os indicadores durante e pós a pandemia do COVID-19, foi realizada uma pactuação tripartite através de reunião da CIT onde ficou estabelecido que os municípios e o DF devem alcançar as

metas dos dois primeiros indicadores no 1Q/2022, dos três indicadores seguintes durante o 2Q/2022 totalizando no 3Q/2022 o alcance dos 7 indicadores (BRASIL, 2022).

Além disso, essas mudanças pactuadas serão realizadas exclusivamente na avaliação do 1Q/2022, portanto, para realizar os efeitos do cálculo de pagamento, entre janeiro e abril de 2022, o MS deverá considerar o resultado do 3Q/2021 com as regras de indicadores anteriores à estas mudanças (BRASIL, 2022).

Dito isso, de forma paulatinamente os pagamentos de desempenho do financiamento da Atenção Primária à Saúde, o Previne Brasil, para o ano de 2022 será de acordo com as informações abaixo:

I – Para o 1Q/2022 o financiamento será considerando o percentual do alcance real para as metas pactuadas dois primeiros indicadores, somando-se à meta de 100% dos demais indicadores que servirão para a apuração do ISF do município e do DF, resultado esse obtido no 3Q/2021 com a metodologia de cálculo anterior aos indicadores revisados (BRASIL, 2022);

II – Para o 2Q/2022, será considerado o percentual do alcance real para as metas pactuadas cinco primeiros indicadores, somando-se à meta de 100% dos demais indicadores para a apuração do ISF do município e do DF, resultado esse obtido no 1Q/2022 (BRASIL, 2022);

III – Já o 3Q/2022, será considerado o percentual do alcance real para as metas pactuadas dos sete indicadores pactuados. Para que a apuração do ISF do município e DF seja realizada deverá ser considerado o resultado do 2Q/2022 (BRASIL, 2022).

De acordo com a portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o incentivo para as ações estratégicas considera para o cálculo as base e as especificidades além das, prioridades dos municípios são observadas diversos aspectos desde os estruturais das equipes até a produção das ações estratégicas em saúde como exemplo o Ministério da Saúde disponibiliza de programas e estratégias para credenciamento e custeio (BRASIL, 2019) como:

I - Programa Saúde na Hora; II - Equipe de Saúde Bucal (eSB); III - Unidade Odontológica Móvel (UOM); IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR); VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); IX - Microscopista;

X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade; XII - Programa Saúde na Escola (PSE); XIII - Programa Academia da Saúde; XIV - Programas de apoio à informatização da APS; XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional; XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (BRASIL, 2022).

Em 10 de julho de 2020 foi publicado a portaria de nº 1.740 onde considerava a necessidade de aumentar o período para cortes dos repasses financeiros, diante do atual cenário epidemiológico do país, a referida portaria instituiu também que os municípios e o DF deveriam organizar os processos de trabalho da ESF e EAP para que as metas e os parâmetros pactuados no Programa Previne Brasil fossem cumprindo, em razão da declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) considerando a portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020).

Diante disso, as equipes do Distrito Federal e municípios constantes na Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, passariam a receber o pagamento por desempenho considerando o resultado potencial de 100% dos alcances dos indicadores até a competência financeira de dezembro do ano de 2020 (BRASIL, 2020).

2.5 Implantação do Programa Previne Brasil

Para que o programa Previne Brasil atinja os resultados e impactos esperados em suas normativas precisou existir um alinhamento entre as ações realizadas em âmbito federal e municipal principalmente em relação ao incentivo financeiro baseado nos resultados da organização da APS e aos procedimentos necessários ao monitoramento, controle e avaliação.

Deve haver uma coordenação lógica e real entre as ações da gestão local e as regras nacionais do programa em virtude das dificuldades de mecanismos de avaliação

do desempenho das equipes, sendo que cabe aos municípios realizar busca ativa das pessoas a serem cadastradas e acompanhadas pelas APS.

O programa Previne Brasil, possui um modelo lógico de integração com diversos programas, esta integração é necessária, em especial, com outras ações e programas que integram a PNAB.

Ainda pode-se inferir a interdependência do Previne Brasil com as ações e programas indicados como prioritários: o Programa saúde na hora, Informatização, formação e residência médica e multiprofissional, conforme demonstrado na matriz do modelo lógico.

Na fase de formulação do programa, o Ministério da Saúde realizou simulações para avaliar o impacto financeiro e orçamentário, considerando o modelo vigente à época e o novo modelo proposto. Também foram estimados os valores que cada município receberá a mais ou a menos em razão da implantação dos novos critérios para o custo da APS, que podem gerar eventuais custos adicionais para os estados e municípios, em especial aqueles que terão a participação do financiamento da união reduzido, segue abaixo, a estimativa de custeio do novo modelo de financiamento da APS (CONASEMS, 2019).

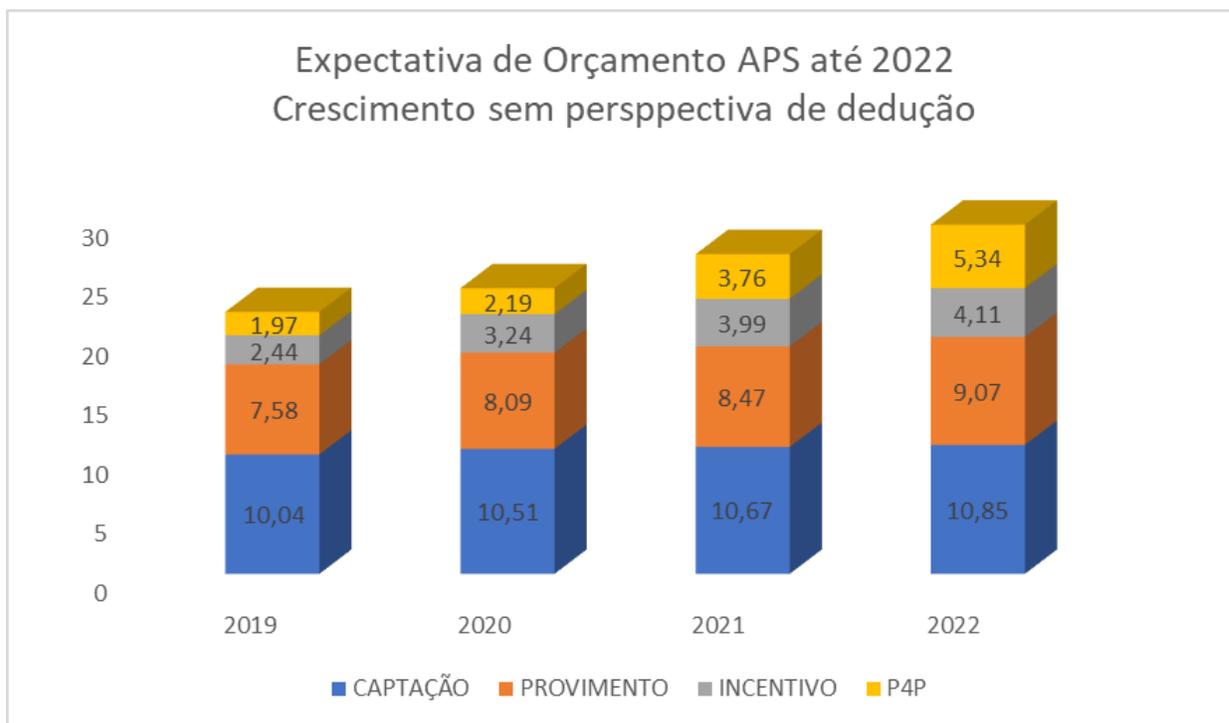


Gráfico 1: Expectativa de orçamento de APS até 2022. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria, 2022. Adaptado CONASEMS, 2019.

O normativo do programa prevê que nos casos de irregularidades como fraudes ou informações irregulares de cumprimento de metas e indicadores haverá suspensão de 100% da transferência de pagamento, também cita a obrigatoriedade da prestação de contas sobre a aplicação dos recursos por meio do Relatório de Gestão (RAS), conforme disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e as demais normas aplicáveis. O impacto esperado, é que ocorra melhoria no desempenho da APS, aumentando consequentemente os recursos a serem transferidos aos municípios (CONASEMS, 2019).

O monitoramento, a avaliação e o controle das metas e dos parâmetros foram elaborados e planejados antes da implementação da política pública, com a definição de quais indicadores e ações serão necessários, quem serão os responsáveis e quando e como essas ações serão desenvolvidas e seus resultados comunicados (CONASEMS, 2019).

Para que os municípios realizem o acompanhamento das metas e dos parâmetros, foi disponibilizado pela MS um painel de monitoramento (e-GESTOR/AB SISAB) além de manuais de orientação para o preenchimento das informações que atingem os indicadores sendo disponibilizados de acordo com as opções do MS para implantação do serviço, para ter acesso a estas informações a gestão municipal deve ter um cadastro no portal do e-Gestor AB do Ministério da Saúde.

Aos indicadores de desempenho serão atribuídas notas na comparação com a situação atual do município, acompanhada quadrimestralmente, e comparada com a meta estipulada pactuada entre os entes federados, mas sempre acima dos valores observados com vistas a melhorar os resultados. Os indicadores relacionados de monitoramento não gerarão repasse aos municípios, mas auxiliarão o entendimento dos resultados obtidos nos indicadores de desempenho, ou por serem causas ou consequências destes, ou por estarem intimamente relacionados. A seleção de indicadores considerou o modelo de base de dados atual do SISAB de tal modo que a maioria pode ser calculada em uma série histórica recente até o nível de equipe o mais desagregado possível.

É válido salientar que, o monitoramento dos resultados dos indicadores alcançados por equipes credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) são aglutinados em um Indicador Sintético Final (ISF), que definirá o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por município e pelo Distrito Federal.

A apuração dos indicadores será realizada quadrimestralmente (janeiro-abril, maio-agosto, setembro-dezembro) e os resultados serão disponibilizados no quadrimestre subsequente no endereço eletrônico do Ministério da Saúde conforme demonstra a figura 03.

Dito isso, conforme a nota técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS temos como definição de monitoramento e avaliação as seguintes informações:

o monitoramento e a avaliação se transformam em ferramentas de transparência a fim de prestar contas à população sobre o investimento na área da saúde, esse processo auxilia também na análise do acesso e na qualidade dos serviços prestados pelos municípios, viabilizando, assim, a implementação de medidas de aprimoramento das ações e serviços ofertados no âmbito da APS (BRASIL, 2022).

o monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações buscam: I - Definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por Município e Distrito Federal; II - Subsidiar a definição de prioridades e o planejamento de ações para melhoria da qualidade da APS; III - Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção; IV - Orientar o processo de pagamento por desempenho no âmbito da gestão municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS; V - Promover a democratização e transparência da gestão da APS e o fortalecimento da participação das pessoas, por meio da publicização de metas e resultados alcançados (BRASIL, 2022).

Sendo assim, destaco que, o processo de avaliação deve ser sempre conduzido em 3 etapas sendo elas, antes, durante e depois da implementação da política seja ela pública ou não, onde deve buscar efetuar seu valor ou mérito sob: a relevância dos objetivos e das estratégias de ação assim como, a eficácia do alcance dos objetivos e das metas pactuadas além da eficiência no uso de recursos e a sustentabilidade da intervenção (BUNIVISCH, 1999).

A complexa metodologia de cálculo dos indicadores representa um risco ao adequado monitoramento do Previner Brasil, principalmente em relação aos municípios que não dispõe de robusta estrutura administrativa. No entanto, este risco foi parcialmente mitigado em razão da disponibilização de painel na página do e-Gestor dentro do SISAB, onde é possível acompanhar a quantidade de cadastros válidos com dados da quantidade por município, por unidade de saúde e por equipe, assim como os resultados alcançados dos indicadores de desempenho incluindo também a disponibilidade dos valores obtidos por ações estratégicas, é possível aferir o parâmetro de acordo com a tipologia do município e a quantidade de cadastros por mês ou quadrimestre.

Os sete indicadores, definidos para monitoramento e cálculo dos incentivos por desempenho, medem essencialmente a entrega de produtos. Desta forma, há o risco de demora na identificação de falhas no modelo lógico, retardando a adoção de medidas corretivas evitando que os municípios não sejam surpreendidos com glosa de recursos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a elaboração dos resultados e discussões foram buscados e coletados cerca de 304 artigos científicos e de 53 normativas e portarias do Ministério da Saúde, sendo esse o valor correspondente ao total de buscas realizadas durante a elaboração do trabalho.

Foram utilizados durante as pesquisas os seguintes descritores: “Previne Brasil”, “Indicadores de Saúde”, “Financiamento do SUS”, “Financiamento da APS”, “Captação Ponderada”, “Pagamento por Desempenho” e “Ações Estratégicas”. As bases de dados que foram utilizadas foram: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

A plataforma que mais se obteve resultados foi a SciELO, tendo sua representação em porcentagem de 76%, seguido da BVS tendo uma porcentagem de 13,5%, e a PubMed com o menor número de resultados tendo porcentagem de 11,5%. Destaco que o gráfico abaixo, mostra de forma evidenciada a porcentagem dos artigos encontrados, e divididos por suas respectivas plataformas.

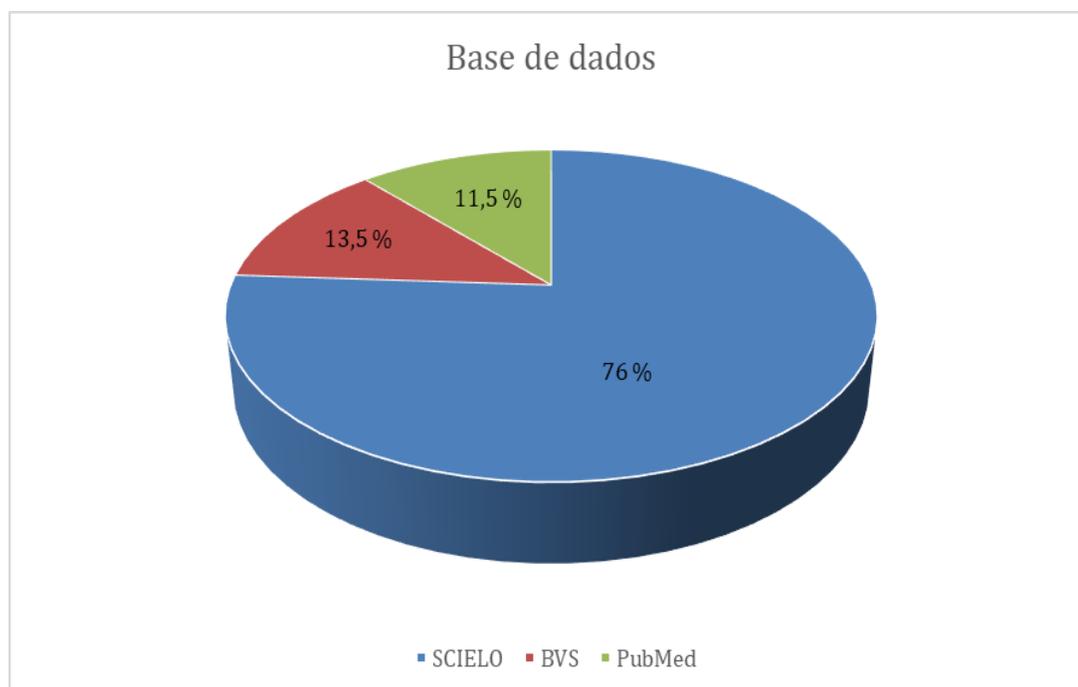


Gráfico 2: Distribuição da quantidade total de artigos em porcentagem de acordo com cada plataforma. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Foi realizado uma análise de abril de 2018 até o segundo quadrimestre de agosto de 2021 para avaliar a proporção de quantitativo de cadastros ponderados, nota-se conforme o gráfico 03 abaixo que houve um crescente aumento quanto ao quantitativo de cadastros ponderados representando assim uma eficiente melhora na qualificação dos cadastros.



Gráfico 3: Distribuição da quantidade de cadastros ponderados de abril de 2018 até o segundo quadrimestre de agosto de 2021. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: SISAB, elaboração própria, 2022.

Observou-se que até setembro de 2021, 3.276 municípios do Brasil onde representa 59% com potencial de cadastro alcançado, 1.082 municípios com cadastros entre 90% e 99%, 616 municípios representando 11% com cadastro entre 80% e 89%,

326 municípios brasileiros com cadastro entre 70% e 79% e 270 municípios com cadastro abaixo de 70% onde representa apenas 5%.

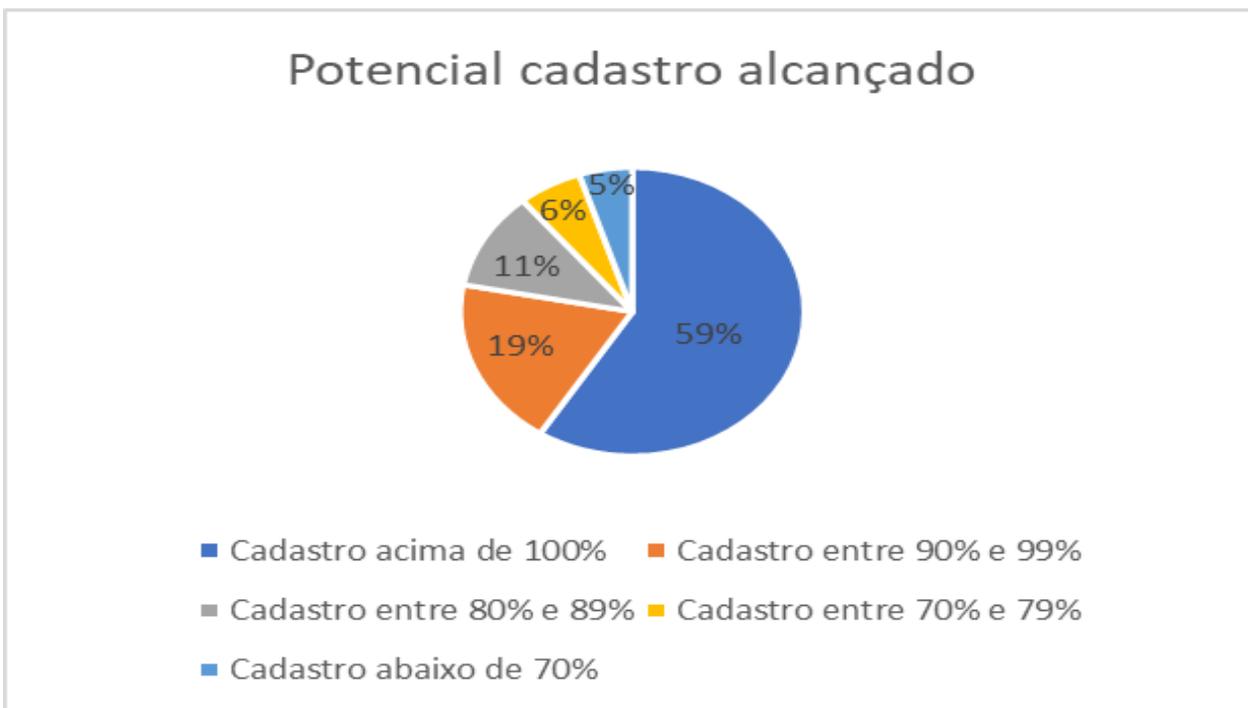


Gráfico 4: Potencial de cadastro alcançado. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: SISAB - elaboração própria, 2022.

No município de Lagarto, observou-se através do relatório consolidado da situação do território um expressivo aumento relacionado ao cadastro individual dos municípios, demonstrando assim um comprometimento da gestão municipal e dos profissionais de saúde para atingir as metas e indicadores pactuados conforme segue na tabela 05 abaixo onde apresenta os números de janeiro de 2018 a abril de 2022:

	JAN	FEV	MA R	ABR	MAI	JUN	JUL	AG O	SET	OUT	NOV	DEZ	TOT AL
20 18	194 08	201 77	207 44	209 99	210 09	210 26	212 30	215 65	217 08	220 18	222 53	223 26	2544 63

2019	22833	22949	23047	23116	23194	23255	23314	23392	23453	23729	24673	25332	282287
2020	26159	29192	48314	54774	59064	65803	70521	74734	92958	98802	101226	102378	823925
2021	102541	102977	103772	104274	104742	105342	106174	106889	107503	108018	108743	109188	1270163
2022	109683	110255	111136	111656	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****

Tabela 5: Número de cadastros de janeiro de 2018 a abril de 2022. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: e-SUS - Relatório consolidado da situação do território - série histórica - elaboração própria, 2022.

Conforme os critérios de inclusão e exclusão foi construída uma tabela como demonstrativo a fim de identificar e avaliar os principais riscos para a concretização dos objetivos do programa Previne Brasil com o objetivo de demonstrar as oportunidades de melhorias tendo como referência as melhores práticas de formulação e governança de políticas públicas em âmbito nacional e internacional.

Nomenclatura do processo	Objetivos	Causas	Evento de risco	Consequência
Diagnóstico do problema	Realizar estudos para diagnosticar possíveis problemas na realização de serviços na prestação de	Durante o estudo as causas do problema não foram diagnosticadas	Escolha errônea na intervenção do problema	Avaliação do programa comprometida, pois o problema não foi corretamente diagnosticado

	assistência a Atenção Primária à Saúde, suas causas e consequências			inviabilizando o problema que não seria combatido diretamente
		Insuficiência de estudos que suportem o diagnóstico	Intervenções visando solucionar o problema	Desperdício de recursos públicos.
Alternativas de intervenção	Analisar as alternativas viáveis	Mapeamento com efeito não intencional	O programa Previne Brasil não ser a melhor opção possível para combater o problema detectado	Relação negativa entre os custos do programa e os benefícios gerados
		Durante o estudo as causas do problema não foram diagnosticadas		Continuidade do problema detectado
		Não foi analisada alternativas de intervenção além da alteração no modelo de financiamento		Escolha da alternativa com menor custo benefício para os profissionais, gestão municipal e

		para solucionar o problema		estadual além da União.
				Deficiência na definição de objetivos, metas e resultados esperados no programa Previne Brasil.
Desenho do programa	Caracterizar o programa com objetivos, público alvo, profissionais envolvidos, metas, indicadores, forma de monitoramento e avaliação	Diagnóstico incorreto do problema	Objetivos que não atuam sobre as causas do problema da eficiência da APS	Falta de comprometimento
				Incremento do desequilíbrio federativo nas ações de saúde.
		Ausência de ações, metas de assistência de indicadores para todos os objetivos do programa	Ausência de clareza sobre os resultados previstos da ação	Dificuldade de controle e avaliação.
				Indefinição dos resultados que serão alcançados.

Estratégia de implementação da política	Nomear as ações, os meios e instrumentos necessários para que o programa atinja seus objetivos	Desorganização dos municípios em relação a APS	Não criação de benefícios adequados aos envolvidos	Desmotivação dos servidores da Estratégia de Saúde da Família
		Ausência de coordenação entre o programa da União, estado e municípios	Planejamento da implementação não considerou os principais riscos para o alcance dos objetivos	Não alcance das metas traçadas.
Monitoramento e avaliação	Estabelecer a forma como os resultados da intervenção será acompanhado, de forma a identificar e corrigir falhas para o alcance dos objetivos	Indicadores inadequados ou inexistentes para avaliar se as ações planejadas estão gerando os resultados e impactos almejados	Gestores utilizam de dados/informações incompletos para tomada de decisão	Demora na transparência quanto aos resultados alcançados.
		Falha no desenvolvimento lógico do programa		Registro incorreto em relação ao real estado de saúde do cidadão.

		Ausência de mecanismos de controle para identificação e correção de erros de registros em tempo hábil		

Tabela 6: Matriz de risco. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Feito a tabela demonstrativa, nota-se que em sua grande maioria os indicadores do programa Previne Brasil vieram para melhorar o trabalho do desenvolvimento da assistência e principalmente das políticas públicas, sendo que é através dos resultados que o MS consegue ter uma visão de como estão as condicionalidades de saúde daquele determinado local, porém, ainda existe muitas lacunas que prejudicam o bom funcionamento do programa conforme destacado na causa, evento de risco e consequências (FRANCO, 2012).

Os indicadores de saúde são usados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar as ações e subsidiar as decisões do gestor, com base para efetivar o processo de reestruturação de políticas públicas visando melhorias das condições socioeconômicas e sanitárias da população (FRANCO, 2012).

Para comprovar que o Previne Brasil está contribuindo para a APS foi realizado uma análise no site do e-GESTOR onde dos 75 municípios de Sergipe apenas a cidade

de Riachão do Dantas houve uma queda de resultados no Q3/2021 comparado ao resultado do quadrimestre anterior - Q2/2021, esses bons resultados mostra que a atuação dos profissionais da ESF está eficaz para a melhoria da assistência ofertada (e-GESTOR AB/SISAB, 2022).

Ainda foi possível analisar através de consulta no Fundo Nacional de Saúde que o financiamento através do Previde Brasil em 2020 neste município contribuiu com um aumento de R \$101.193 se comparado com o ano de 2019 com o financiamento através do PAB Fixo e Variável conforme a tabela 07 abaixo (Fundo Nacional de Saúde, 2022).

Janeiro a dezembro de 2019	Janeiro a dezembro de 2020
2.370.647	2.471.839

Tabela 7: Diferença do pagamento através do PAB fixo e variável e Previde Brasil. Riachão do Dantas (SE), 2022.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde - autoria própria, 2022.

Já no município de Lagarto, também do estado de Sergipe que atualmente possui 30 equipes da ESF, houve entre os anos de 2019 e o ano de 2020 um aumento de repasse financeiro com a diferença de um montante de R \$1.471.979,08, conforme demonstrado na tabela 08 abaixo (Fundo Nacional de Saúde, 2022).

Financiamento em 2019	Financiamento em 2020
14.439.453,24	15.911.432,32

Tabela 8: Diferença do pagamento através do PAB fixo e variável e Previde Brasil- Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde - elaboração própria, 2022.

Diante das informações acima foi construído um detalhamento de valores do Programa Previne Brasil do ano de 2020 do município de Lagarto conforme segue:

Captação ponderada	Fator compensatório de transição	Per capita de transição	Desempenho	Ações estratégicas	ACS
R\$ 125.149.837	R\$ 21.938.124	R\$ 12.467.678	R\$ 23.660.994	R\$ 27.773.743	R\$ 74.697.000

Tabela 9: Detalhamento de valores do Programa Previne Brasil do ano de 2020 do município. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde - elaboração própria, 2022.

4 CONCLUSÃO

O estudo realizado para a criação deste trabalho possibilitou avaliar as principais etapas de formulação do Programa Previne Brasil onde foi identificado boas práticas adotadas pelo Governo Federal através do MS, além disso, existe ainda um expressivo número de brasileiros que não são assistidos pelas ESF, apesar da existência de capacidade de atendimento na Rede de Atenção Primária à Saúde.

Os relatórios e as justificativas apresentados pelo MS demonstram a existência de problema público baseado em evidências qualitativas, proveniente de fonte de dados confiáveis e apresentadas de forma objetiva que demonstram que a intervenção do governo federal é necessária para aumento da eficiência da APS no Brasil, visto que a formulação desse novo projeto teve como exemplo a experiência exitosa nos países como a Dinamarca, o Reino Unido, o México, Portugal e a Espanha.

É sabido que, desde o processo de implantação do novo financiamento em 2020, os municípios enfrentam o desafio enorme devido a diversos fatores entre eles a melhoria da qualidade e a ampliação do acesso aos serviços da APS oferecendo mais qualidade e equidade a população além de buscar equilíbrio financeiro como também devido as inconstantes falhas do sistema de monitoramento dos resultados da captação ponderada e dos indicadores de desempenho.

Dito isso, é valido salientar também que, quando foi realizado o lançamento do programa o mesmo foi instituído como uma peça importante para a reestruturação do financiamento com o objetivo de centralizar o cuidado a população dos territórios além de incentivar aos gestores suas coparticipações nos serviços públicos como exemplo: melhoria da estrutura física para um atendimento com eficiência e efetividade.

O Ministério da Saúde aposta que o Previne Brasil é a estratégia mais eficaz para a estão “reforma da APS” uma vez que, o referido órgão definiu por meio dos seus atos normativos altos valores para financiamento do setor contribuindo assim para uma APS fortalecida de novos princípios e atributos coerentes que correspondem aos princípios do SUS como equidade, universalidade, descentralização e integralidade além de promover

de uma forma mais efetiva a participação dos profissionais de saúde através do alcance das metas e dos parâmetros preconizados.

Diante das informações de relevância usadas nesse trabalho, destaco que o Sistema Único de Saúde brasileiro, construirá o tão esperado equilíbrio entre a saúde coletiva e as densidades clínicas que os cidadãos necessitam para o seu bem-estar físico, mental e social conforme definiu a OMS além de sobretudo empoderar a APS como a real e efetiva coordenadora do cuidado e da resolutividade.

Por fim, saliento que com base nas experiências internacionais colocadas em pratica aqui no Brasil, o novo modelo de financiamento sobretudo o eixo do pagamento por desempenho apresente positividade nos resultados devido as melhoras significativas de: registros de usuários no SUS, controle efetivo de rastreamento das doenças crônicas, prevenção do câncer de colo de útero e resolutividade nas falhas de tratamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: ministério da saúde; 2006. 144p. (Série Pactos pela Saúde; vol.02).

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

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 16 jan, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Nota Técnica nº 3/2022-DESF/SAPS/MS**. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS 1.740 de 10/07/2020**. 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, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS 102 de 20/01/2022**. Alterou a portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS 169 de 31/01/2020**. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da captação ponderada do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS 172 de 31 de janeiro de 2020**. Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa. Diário Oficial da União. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS 188 de 03/02/2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS 2.436 de 21/09/2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS 3.992 de 28/12/2017**. Altera a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 2.97 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, 13 nov, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS 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. Brasília, 2019.

BUVINICH, Manuel Juan Rojas Ferramentas para o desenho e implementação de monitoramento e avaliação de projetos e programas sociais. **Cadernos de Políticas Sociais**, Brasília - DF: UNICEF, n. 10, 1999.

CARVALHO, A. I. de; BARBOSA, P. R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 82p, 2020.

CONASEMS. **Apresentação da proposta do novo modelo de financiamento da Atenção primária no SUS**, 2019.

e-GESTOR AB/SISAB in:
<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. Acesso em 15 jun.2022.

FRANCO J. L. F. **Indicadores demográficos e de saúde**: a importância dos sistemas de informação - Módulo Político Gestor. Especialização Saúde da Família, 2012.

Fundo Nacional de Saúde in: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acesso em 15 jun. 2022.

HARZHEIM E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. No prelo 2020.

HELIODORO, R. J.; **INDICADORES SOCIAIS: DEFINIÇÃO E IMPORTANCIA**. 01 DE SETEMBRO DE 2013.

JANNUZZI, P. de M. **Indicadores socioeconômicos na gestão pública** / Paulo de Martino Jannuzzi. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012. 110p.: il.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**. Vol 1. Número 1, 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. IN: Mendes, Eugênio Vilaça. (org.) **Distrito Sanitário**: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC/ ABRASCO. p. 19-91. 1993.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil**: Uma Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, 2021.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Bookman Editora, 2017.

SOUZA, R. R. de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 6(2): 451-455, 2021.

UNICEF et al. Cuidados primários de saúde. In: **Cuidados primários de saúde**. 2019. p. 64-64. 1974.



Centro Universitário
Lagarto (SE)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

RESERVADO AO TRADUTOR DE LÍNGUA ESTRANGEIRA: INGLÊS, ESPANHOL OU FRANCÊS.
Anexar documento comprobatório de habilidade do tradutor, oriundo de IES ou instituto de línguas.

Eu, JOSÉ GONÇALVES SOBRINHO, declaro inteira responsabilidade pela tradução do Resumo (Abstract/Resumen/Résumé) referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), intitulado: **PROGRAMA PREVINE BRASIL: mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro**, a ser entregue por VICTÓRIA CAROLLINE PASSOS MENEZES, acadêmico (a) do curso de **ENFERMAGEM**.

Em testemunho da verdade, assino a presente declaração, ciente da minha responsabilidade no que se refere à revisão do texto escrito no trabalho.

Lagarto, 20 de junho de 2022.

Assinatura do revisor



Centro Universitário
Lagarto (SE)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

RESERVADO AO REVISOR DE LÍNGUA PORTUGUESA

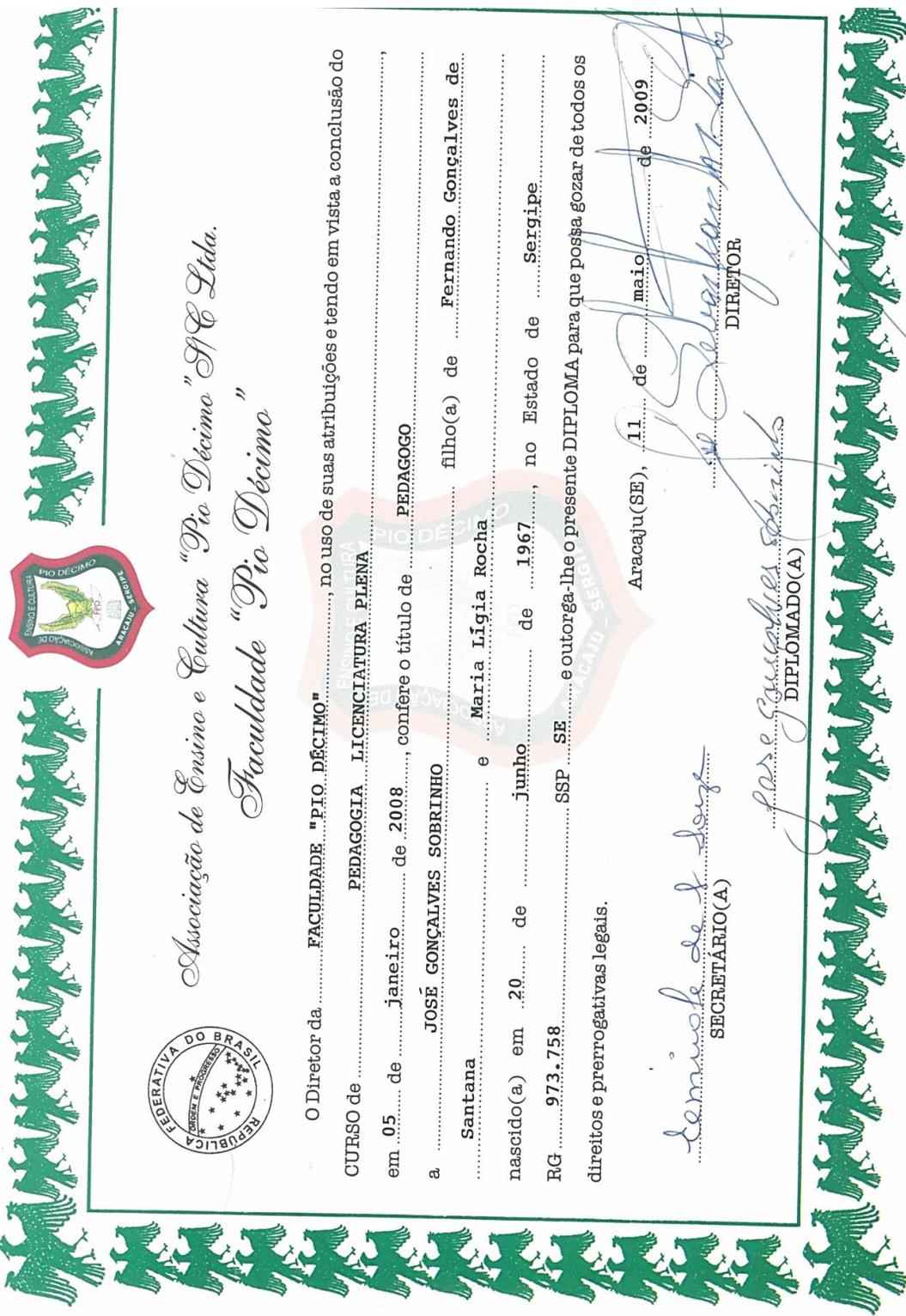
Anexar documento comprobatório de habilidade com a língua, exceto quando revisado pelo orientador.

Eu, JOSÉ GONÇALVES SOBRINHO, declaro inteira responsabilidade pela revisão da Língua Portuguesa referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), intitulado: **PROGRAMA PREVINE BRASIL: mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro**, a ser entregue por VICTÓRIA CAROLLINE PASSOS MENEZES, acadêmico (a) do curso de **ENFERMAGEM**.

Em testemunho da verdade, assino a presente declaração, ciente da minha responsabilidade no que se refere à revisão do texto escrito no trabalho.

Lagarto, 20 de junho de 2022.

Assinatura do revisor



Associação de Ensino e Cultura "Pio Décimo" AEC Ltda.
Faculdade "Pio Décimo"

O Diretor da FACULDADE "PIO DÉCIMO", no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do
CURSO de PEDAGOGIA LICENCIATURA PLENA
em 05 de janeiro de 2008 , confere o título de PEDAGOGO
a JOSÉ GONÇALVES SOBRINHO filho(a) de Fernando Gonçalves de
Santana e Maria Lígia Rocha
nascido(a) em 20 de junho de 1967 , no Estado de Sergipe
RG 973.758 SSP SE e outorga-lhe o presente DIPLOMA para que possa gozar de todos os
direitos e prerrogativas legais.

Leirivale de F. Souza
SECRETÁRIO(A)

F. S. Gonçalves Sobrinho
DIRETOR

F. S. Gonçalves Sobrinho
DIPLOMADO(A)

