

Texto 01

Linha Editorial "Políticas de financiamento da Atenção Primária e o Programa Previnde Brasil", uma parceria entre o Centro de Estudos e Promoção de Políticas de Saúde (CEPPS-Einstein) e a organização sem fins lucrativos ImpulsoGov.

A necessária reafirmação da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os possíveis impactos do Programa Previnde Brasil como mecanismo de financiamento



Ficha técnica:

Elaboração:

*Centro de Estudos e Promoção
de Políticas de Saúde (CEEPS)*

Marina Martins Siqueira
Lucas Hernandes Corrêa

Colaboração:

Equipe ImpulsoGov

Camila Coelho
Fernanda Lemos Soares
João Abreu
Juliana Ramalho
Kleverson Gomes de Miranda
Leda Antunes



Sumário

- 04** Introdução
- 07** Atenção Primária à Saúde
- 10** Atenção Primária à Saúde no Brasil
- 16** Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil
- 21** Potencialidades e ressalvas ao Previde Brasil
- 27** Reflexões finais
- 29** Referências consultadas



Introdução

Este é primeiro de uma série de três artigos escritos no contexto da parceria entre o Centro de Estudos e Promoção de Políticas de Saúde (CEPPS) e a organização sem fins lucrativos ImpulsoGov, com o objetivo de discutir as mudanças introduzidas na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do Programa Previne Brasil (Portaria 2.979/2019).

A conjuntura atual, com a pandemia e suas consequências, o envelhecimento populacional, a tripla carga de doenças, o impacto das mudanças climáticas, o custo crescente da incorporação de tecnologias e as persistentes iniquidades no acesso à saúde e na qualidade dos serviços prestados, torna urgente a busca por um sistema de saúde que gere maior valor público para a sociedade.

O fortalecimento da APS, como modelo de atenção e como pilar dos sistemas de saúde, tem sido visto como caminho para responder aos desafios apontados acima, dado os benefícios de uma APS resolutiva. As vertentes da prevenção e da promoção de saúde reduzem a necessidade de cuidados complexos nos níveis assistenciais subsequentes, garantindo bem-estar, qualidade de vida e produtividade aos indivíduos. Por estar orientado ao paciente, dentro de uma comunidade definida, promove equidade e permite intervenções no nível populacional.

Para potencializar os resultados da APS, esforços vêm se multiplicando no sentido de induzi-los por meio de mecanismos de financiamento. No Brasil, o Previne Brasil surge como evolução da tentativa de utilizar indicadores de qualidade na APS. O acompanhamento sistemático de indicadores mais simples por parte dos gestores teria o potencial de sinalizar gargalos e embasar ações corretivas, na medida em que se refletem no repasse de verbas para os municípios.

O Programa estabelece, por meio de quatro componentes, como se dá o repasse federal aos municípios para o financiamento da APS:

- 1 incentivo com base populacional, no valor anual de R\$ 5,95 por habitante;
- 2 capitação ponderada, com valor capitado pelo número de pessoas vinculadas às equipes de APS e cadastradas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, ajustado pelo perfil demográfico e socioeconômico dos municípios;
- 3 pagamento por desempenho, vinculado aos resultados de um conjunto de indicadores de qualidade e efetividade da APS, em áreas como pré-natal, saúde materna, saúde infantil e acompanhamento de doenças crônicas; e
- 4 incentivos atrelados à adesão a ações e programas prioritários.

O pagamento por desempenho é inédito nas práticas de financiamento de ações e serviços públicos de saúde (APS) adotadas pelo Ministério da Saúde. Parte dos especialistas em saúde pública o vê com ressalvas, por não acreditar que seja capaz de incentivar o uso eficiente de recursos e a adoção de práticas assistenciais desejáveis; eles enfatizam a falta de instrumental e capacidade técnica dos municípios para contornar obstáculos estruturais e mobilizar os profissionais da ponta para alcançar as metas estabelecidas e melhorar os resultados dos indicadores incentivados. Além disso, acreditam que os municípios podem focar nos indicadores do Programa para fins de mero atingimento de metas, em detrimento de outras áreas e da busca por resultados positivos de saúde para a população em geral. Atualmente, os sete indicadores contemplados parecem não traduzir o que a APS faz e produz na prática.

O fato de incentivar o cadastro da população nas unidades de saúde tem a intenção de fazer com que os repasses reflitam o número de pessoas de atendidas, inclusive para que se tenha clareza dos custos envolvidos na prestação do cuidado e o desempenho da unidade; estimativas indicam a existência de pelo menos 50 milhões de usuários não cadastrados. O mero cadastro, entretanto, não significa que o indivíduo cadastrado receba de fato cuidados daquela unidade.

Há o risco de efeitos adversos, como o de se criar barreiras ao cadastramento do usuário que, dadas as condições de saúde, tenha o potencial de piorar os indicadores mensurados pelo Programa,

tenha o potencial de piorar os indicadores mensurados pelo Programa, sem mencionar os desafios operacionais, como unidades sem acesso à internet, com internet instável, ou não informatizadas. A falta de profissionais para acompanhar os indicadores, fazer a coleta e análise sistematizada dos dados, também é capaz de afetar negativamente os municípios que necessitam de mais recursos para a APS.

Incentivos financeiros atrelados a prioridades definidas pelo Ministério da Saúde são importantes para induzir mudanças de forma homogênea no país. Por outro lado, é importante considerar as realidades locais nos municípios. Em não havendo tal compatibilização, corre-se o risco de que os municípios, com orçamentos restritos e demandas crescentes em saúde, deixem de lado as necessidades de saúde de suas populações pelo fato de elas não constarem na política de financiamento.

Alguns desses desafios vão além das possibilidades da atuação municipal e de aspectos teóricos que embasaram o desenho do Programa, demandando esforços coordenados entre os três níveis de governo, inclusive com outras áreas do poder público. Para que incentivos atrelados a desempenho gerem resultados positivos, é importante que as condições para que tais incentivos se convertam em melhorias na saúde da população estejam postas de forma equitativa para todos os municípios. O Programa representa um esforço complexo, com mecanismos, ressalvas e potencialidades que merecem ser discutidas e entendidas por gestores, profissionais de saúde e pela população em geral, assunto que será tratado em maior profundidade nos próximos textos desta linha editorial.

A APS vem sendo reafirmada como pilar central desses que estão sendo chamados sistemas de saúde de alta performance, dado o seu potencial de, ao trazer o indivíduo para o centro do cuidado, responder às suas necessidades de saúde em perspectiva populacional, com qualidade e de maneira custo-efetiva, assumindo de fato a coordenação do cuidado e a ordenação do sistema. [1-10] No Brasil, a centralidade da APS está estabelecida na Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 196 e 198. [11]

Por isso, antes de entrar no mérito das mudanças feitas na política de financiamento da APS no Brasil, vale um entendimento sobre o seu conceito e escopo, e como eles são operacionalizados nas políticas públicas brasileiras.

Atenção Primária à Saúde

Quando se fala em APS, remete-se, idealmente, a um modelo de cuidado essencialmente centrado no paciente que, em contraponto àquele pautado no tratamento de condições agudas e centrado no médico especialista, parte da combinação de uma abordagem individual, considerando a pessoa nas suas dimensões biopsicossociais, e de uma abordagem populacional, que insere os indivíduos nos contextos onde vivem. Essas abordagens combinadas orientam a implementação de ações de prevenção de doenças e agravos, de promoção, recuperação e manutenção da saúde. Portanto, o modelo pressupõe um trabalho multidisciplinar, integrado e coordenado. [12-14]

Um marco importante relativo à proposta de um primeiro conceito global de APS foi a I Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde (OMS/UNICEF), em 1978. Nela, a APS foi reconhecida como peça-chave para promover a melhoria dos níveis de saúde dos povos; e a Declaração de Alma Ata, dela originada, constitui um pacto de metas assinado por 134 países-membros propugnando a adoção da APS, por meio da articulação de um conceito de cuidados primários em saúde ambicioso, porém factível face a diversidade de realidades dos países e sistemas de saúde. [12]

Em 2018, a Declaração de Astana afirmou a centralidade da APS como forma de alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) relativos à Saúde e Bem-estar, compreendendo estratégias para lidar com estilos de vida e comportamentos não saudáveis, para reduzir a mortalidade materna e neonatal, controlar as doenças transmissíveis e as doenças tropicais negligenciadas, e alertar, de forma precoce, sobre eventuais riscos à saúde e sobre formas de gerenciá-los, tanto no nível nacional quanto no nível global, reduzindo assim os seus impactos. [13] Hoje, quarenta anos após a Declaração de Alma Ata, a APS, enquanto modelo assistencial, permanece ainda mais oportuna e relevante, com evidências de que é um modelo sustentável, capaz de responder adequadamente aos desafios dos sistemas de saúde. [1, 15]

Nesse contexto, sabe-se que as ações relacionadas ao diagnóstico, ao tratamento precoce, ao acompanhamento e ao monitoramento dos fatores de risco que levam às Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs estão relacionadas a impactos

positivos e sistêmicos de natureza social e econômica: uma pesquisa da Victoria University estimou, por exemplo, que para cada US\$ 1 (um dólar) investido na prevenção e no cuidado de doenças cardiovasculares e diabetes é gerado um retorno estimado de US\$ 20 (vinte dólares) em ganhos de produtividade, menores custos relacionados às doenças, e vidas salvas. [16] Por isso, investimentos no fortalecimento da APS são considerados custo efetivos – quando comparados ao alcance e ao custo dos investimentos nos demais níveis de atenção à saúde – e se traduzem em melhorias no nível de saúde e de qualidade de vida da população. [6-7, 16]

Um modelo conceitual proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), a partir de uma revisão de escopo das evidências científicas disponíveis, tangibiliza os benefícios atrelados ao fortalecimento da APS como modelo de atenção à saúde, tanto do ponto de vista das populações quanto dos sistemas de saúde: [6]

1 Investimentos em APS contribuem para uma maior eficiência do sistema de saúde, uma vez que o foco na prevenção de doenças e agravos e na promoção da saúde coletiva levam a uma menor necessidade de utilização de serviços nos outros níveis assistenciais. Isto inclui menos internações e atendimentos de urgência/emergência e, assim, menos gastos com saúde.

2 Também estão vinculados à produção de melhores resultados em saúde para a população, com aumento da expectativa de vida, melhoria de indicadores de saúde mental, redução na mortalidade por todas as causas, materna, infantil e neonatal.

3 Por ser um modelo centrado no paciente e na acessibilidade dos serviços, a APS está ligada a maior equidade, no acesso e desfechos de saúde, entre diferentes grupos populacionais.

4 Estas melhorias se convertem em benefícios econômicos: maior produtividade e participação da força de trabalho, menor absenteísmo e empobrecimento relacionado a doenças, gerando menores custos de seguridade social. Em um ciclo virtuoso, os benefícios econômicos tendem a impactar positivamente os investimentos em saúde e bem-estar da população.

A concretização destes benefícios depende não apenas da provisão de serviços multidisciplinares resolutivos na APS, mas também da sua coordenação com os demais níveis assistenciais; de ações e políticas intersectoriais – a exemplo de iniciativas conjuntas com o setor de educação, voltadas à promoção de saúde nas escolas, ou iniciativas com atores públicos e privados nas áreas de saneamento e moradia, capazes de endereçar parte dos diversos determinantes sociais da saúde; do maior engajamento e empoderamento do cidadão para o entendimento e cuidado com sua própria saúde. [6, 17-18]

Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, apesar da existência de alguns serviços de atenção primária desde a década de 1940, é a partir do final da década de 1960 e do início da de 1970 que as ideias norteadoras da APS são incorporadas pelo Movimento Sanitarista, cujas propostas e articulações culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Desde então a APS vem acompanhando o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, buscando, em maior ou menor medida, contribuir para a concretização do direito à saúde. [19-21]

A partir de 2006, a oferta de ações e serviços de APS passou a ser articulada e incentivada por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com diretrizes operacionais específicas: [22-24]

Acesso de primeiro contato e coordenação do cuidado:

Atuar como porta de entrada dos cidadãos no sistema de saúde e ponto de comunicação com os demais níveis de atenção, com fluxos e contrafluxos estabelecidos – referência e contrarreferência reguladas;

Universalidade:

Garantir a cobertura dos serviços em todo o território, com planejamento e organização da oferta nos municípios, unidades da federação e regiões de saúde;

Acessibilidade:

Ofertar serviços acessíveis quanto à localização geográfica e horários de atendimento e pertinentes quanto às necessidades locais, por profissionais e tipos de atendimentos;

Integralidade, abordagem familiar e enfoque comunitário:

Resolver a grande maioria, ou cerca de 80%, dos problemas de saúde da população e encaminhar os casos de maior complexidade ou gravidade para os serviços especializados. Para tanto, cada unidade de APS oferta uma carteira de serviços que envolve diferentes tecnologias e um número mínimo de equipes multiprofissionais de saúde responsável pelo atendimento de uma faixa populacional que é ajustada por critérios demográficos e de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios;

Longitudinalidade e responsabilização:

Estabelecer relações contínuas entre usuários e profissionais de saúde, com entendimento, acompanhamento e responsabilização pelas necessidades de saúde da localidade na qual está inserida.

Além disso, a PNAB se articula com uma diversidade de políticas públicas e estratégias focalizadas e intersetoriais promovidas pelo Ministério da Saúde como: (a) Estratégia Saúde da Família – ESF, para expansão, qualificação e consolidação da APS no país; (b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, com a execução de atividades de educação, promoção, vigilância e prevenção de doenças e agravos nos domicílios e na comunidade; (c) Programa Saúde na Hora, para ampliação do horário de atendimento nas unidades de saúde; (d) Programa Médicos pelo Brasil, que prevê contratos, convênios e outras ferramentas para estruturar a carreira médica em locais de alta vulnerabilidade e dificuldade de provimento de médicos; (e) Incentivos à qualificação de profissionais da APS por meio de programas de residência médica e multiprofissional em saúde da família; (f) Programa Academia da Saúde, com polos dotados de equipamentos para a promoção e realização de atividade física; (g) Programa Saúde na Escola, para promoção de hábitos de vida saudáveis entre crianças e adolescentes; (h) Estratégia Consultório na Rua, com atuação itinerante para ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde; e (i) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP. [22-23]

O fortalecimento da APS no país pode contribuir para avanços como redução de mortes e internações por condições sensíveis à atenção primária, e melhorias em indicadores relacionados à saúde bucal, à imunização, cuidado pré-natal, entre outros. [19, 25] A APS também viabiliza a operacionalização do Programa Nacional de Imunização (PNI) e tem papel importante no enfrentamento de epidemias como as de dengue, febre amarela, zika e Chikungunya, por meio de sua capilaridade, conhecimento sobre o território, dos vínculos estabelecidos entre usuários e equipes de saúde, e da capacidade de coordenação com os outros níveis assistenciais. Nesse sentido, APS e vigilância em saúde guardam íntima relação. [26-27]

No aspecto prevenção e promoção, a relevância da APS ganha força no cenário das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) – hipertensão, diabetes, obesidade, câncer, doenças respiratórias crônicas e depressão. [28, 29] Cerca de 52% da população brasileira adulta têm pelo menos uma DCNT, que está entre as principais causas de morte. A última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) indicou mais de 38 milhões de brasileiros adultos com hipertensão, 12,3 milhões com diabetes e 4,1 milhões com câncer – cuja prevalência aumentou de 1.8% para 2.6% da população adulta entre 2013 e 2019. [30] Estimativas internacionais indicam que o Brasil é o 6º país em incidência de diabetes. [31] Além disso, dados dos últimos inquéritos telefônicos sobre os fatores de risco e de proteção para doenças crônicas – VIGITEL 2019 e 2020 – indicam um aumento da obesidade, da inatividade física e do consumo exagerado de álcool, todos fatores de risco para as DCNT. [32-34]

Como se não bastasse, a redução do número de consultas e de procedimentos relacionados à prevenção e ao controle de DCNTs, observada no primeiro ano da pandemia de Covid-19, não apenas contribuiu para aumentar a sua prevalência, como contribuiu para a sua agudização, sem falar no elevado risco de morte associado à Covid-19 por conta das comorbidades. [35]

Além disso, evidências recentes sugerem que a infecção por Covid-19 aumenta as chances de desenvolvimento de DCNTs como doenças cardiovasculares e diabetes, mesmo entre pacientes anteriormente saudáveis ou com manifestações moderadas da doença. O cenário enfatiza a relevância da prevenção e do tratamento das DCNTs tanto para o enfrentamento da pandemia e de suas consequências de longo prazo quanto para uma maior resiliência dos sistemas de saúde na eventualidade de crises futuras. [36-38]

Nas últimas décadas, a APS no Brasil apresentou avanços em relação à oferta de ações e serviços, infraestrutura física e recursos humanos. [39-40] Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicam que, em 2019, cerca de 60% dos domicílios estavam cadastrados em

¹ De modo geral, a Unidade Básica de Saúde (UBS) possui um médico clínico, médico pediatra e médico ginecologista, e atende a um bairro inteiro; a Unidade de Saúde da Família (USF) possui um médico generalista, médico do Programa Saúde da Família, e atende até 3,5 mil habitantes em uma área definida. Ambas contam com equipe multiprofissional para atendimento composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, e assistente social.

unidades de Saúde da Família (USF) e a cobertura de usuários era de 62,6%, com um aumento de cobertura de 11,6 pontos percentuais entre 2013 e 2019. [30] Por outro lado, como se verá no Quadro 2 abaixo, esses avanços não foram seguidos de mais investimentos. [41-43]

Dessa forma, continuam a existir obstáculos relevantes às potencialidades da APS, como as disparidades regionais no cuidado em saúde e nos indicadores relacionados a ela (APS); a qualificação, distribuição e fixação de profissionais de saúde de maneira não equitativa no território; as áreas de vazio assistencial; a não adesão a protocolos clínicos e assistenciais pelos provedores do cuidado; a fragmentação dos sistemas de informação, a insuficiente avaliação do impacto socioeconômico de ações e programas de APS nos três níveis da gestão pública (federal, estadual e municipal); a baixa resolutividade e qualidade dos serviços; a indisponibilidade e o uso ineficiente de recursos. [19, 44-46]

Por fim, um desafio vital da APS se refere a sua interface com a população: a capacidade de colocar o indivíduo no centro do cuidado e de ampliar seu conhecimento (literacia) em saúde, para que seja capaz de acessar, entender e utilizar as informações disponíveis em prol de sua própria saúde e bem-estar, ampliando, por exemplo, a adesão a tratamentos e à hábitos de vida saudáveis, potencializando as ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças². Contudo, dar protagonismo ao usuário requer mudanças estruturais no sistema de saúde, e culturais, por parte dos profissionais de saúde e da própria população. [29, 47] A noção do cuidado centrado no paciente, um dos domínios da qualidade assistencial e pilar básico do conceito de APS, pode ser discutida através de atributos como: [14]

- Acesso ao cuidado, que inclui a disponibilidade e a comodidade para utilização dos serviços e a coordenação entre especialidades e níveis assistenciais;

² Segundo a OMS (1998), a literacia em saúde requer adequado acesso das pessoas às informações de saúde, tanto individuais quanto de saúde pública, e auxiliá-las na obtenção competências e habilidades cognitivas e sociais que as habilitem para tomar decisões informadas em prol de sua saúde e da saúde da comunidade.

- Envolvimento do paciente, onde provedores fornecem as informações necessárias e engajam o paciente na definição da sua estratégia de cuidado;
- Informações publicamente disponíveis sobre a qualidade e a eficácia da assistência prestada por profissionais e unidades de saúde;
- Utilização de questionários ou outras ferramentas para melhor entender, na visão do cidadão, o valor dos serviços prestados e recebidos.

Ao incorporar tais atributos na realidade do sistema de saúde, evidencia-se para a população que o sistema e seus profissionais estão a serviço dela e não o contrário.

A centralidade do usuário é o principal aspecto da APS e deve ser largamente discutido e melhorado no país. Tal cenário vai ao encontro da piora dos números relacionados aos fatores de risco e à prevalência das DCNTs no país, [32-34] para citar apenas um exemplo.

Nesse contexto, e dadas as características do sistema de saúde brasileiro, parece relevante o esforço de se buscar respostas aos desafios relacionados ao necessário aperfeiçoamento e implementação da APS no país. Nesse sentido, um dos mais sérios periódicos científicos na área de saúde formou uma Comissão, a The Lancet Global Health Commission, em 2020, com o intuito de coletar informações de diferentes países do mundo, incluindo o Brasil, sobre práticas e experiências com modelos de financiamento da APS e seus respectivos resultados. Por um lado, a iniciativa revela o reconhecimento da APS como um “componente essencial de sistemas de saúde de alta performance”, capaz de entregar valor público para a sociedade, com a prestação de serviços efetivos, de qualidade e a custos adequados; por outro, reconhece a importância dos mecanismos de financiamento como mola propulsora dos sistemas de saúde, com o potencial de promover uma APS de fato centrada nas pessoas. [49]

Assim, olhar de forma organizada para o impacto dos modelos de financiamento a partir da APS parece consistente com o seu efeito sistêmico na rede de atenção à saúde e, potencialmente, a sua capacidade de direcionar o uso dos recursos públicos vis-à-vis as

necessidades de saúde dos cidadãos, onde o principal objetivo é, em última análise, cuidar melhor das pessoas. A partir daí, ganha espaço a avaliação de performance ou de eficiência na APS [50-54], que é um dos pilares do Programa Previne Brasil. Ou seja, o programa seria um instrumento de fomento a esse tipo de avaliação. [54-55]

Quadro 1. APS na Saúde Suplementar

Mesmo reconhecida há décadas como central para a organização do sistema de saúde no Brasil, a APS ainda não é amplamente adotada na saúde suplementar, como apontado em relatório técnico do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), elaborado em parceria com a FGV Saúde. Contudo, o modelo preconizado começa a ser visto como alternativa para lacunas assistenciais, o que tem levado a maiores investimentos e oferta de serviços de APS. A efetividade dos investimentos em um modelo de cuidado que busca ser longitudinal e multidisciplinar, com o estabelecimento de vínculos entre paciente e profissionais de saúde, pode ser ameaçada pela rotatividade dos usuários entre planos de saúde, e pela fragmentação intrínseca ao setor privado, onde o cuidado ainda está muito centrado na figura do médico especialista e na do hospital. Tais aspectos, no entanto, são encarados pelos beneficiários de planos e seguros de saúde como diferenciais de qualidade. [48]

Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Desde a criação do SUS, diferentes mecanismos de financiamento para a APS têm sido adotados, com diferentes resultados. A Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-93) buscou concretizar a descentralização do SUS por meio do estabelecimento das Comissões Intergestores, dos Conselhos Municipais de Saúde e de categorias de gestão conforme as capacidades de prestação dos serviços de saúde pelos municípios e estados. Quanto ao financiamento, ela manteve a lógica de repasses de recursos com base no número de procedimentos realizados, favorecendo os entes governamentais com maior infraestrutura de saúde. A NOB-96 instituiu o Piso da Atenção Básica – PAB, com um mecanismo de transferência regular e automática de recursos do governo federal para os municípios do país. O PAB era composto por uma parte Fixa, com valor per capita preestabelecido para todos os municípios; e uma parte Variável, vinculada ao número, tipo e composição das equipes de APS, de modo a estimular a ampliação da cobertura da população dos municípios por estas equipes. [56-58]

Em 2006, a PNAB adicionou recursos federais ao PAB Variável com o objetivo de estimular a formação de equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) nos municípios. Em 2011, uma revisão da PNAB levou à adição de critérios de ajuste ao PAB Fixo, segundo características socioeconômicas dos municípios. Ainda em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB introduziu incentivos atrelados ao desempenho, elevando o repasse para os municípios que alcançassem melhorias em indicadores relacionados à abrangência e à resolutividade dos serviços e ao acesso, continuidade e coordenação do cuidado. [55]

Em 2019, o programa Previnde Brasil substituiu o PMAQ-AB e os critérios até então utilizados pelos PAB Fixo e Variável, instituindo um novo modelo de financiamento da APS no âmbito do SUS, com quatro componentes: [55]

- O incentivo com base em **critério populacional**, realizado multiplicando-se o valor per capita anual, de R\$ 5,95, pela estimativa mais recente da população dos municípios e Distrito Federal divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vigente na data do cálculo, dividido por 12.
- A **capitação ponderada**, que considera o número de pessoas vinculadas às equipes de APS e cadastradas pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. O “valor capitado” é ajustado segundo o perfil demográfico, a vulnerabilidade socioeconômica da população e a classificação rural-urbana do município. O incentivo ao cadastramento de usuários busca dar maior visibilidade sobre a quantidade e o perfil epidemiológico e sociodemográfico da população atendida, para direcionar o planejamento da oferta de ações e serviços e canalizar incentivos para a ampliação para a população coberta.
- O **pagamento por desempenho**, que vincula incentivos financeiros a resultados alcançados em um conjunto de indicadores e metas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, incluindo em ações estratégicas de pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas. O seu objetivo é melhorar a qualidade e a efetividade dos serviços prestados pelas equipes.
- Os incentivos atrelados à adoção e execução das **ações e programas prioritários** do Ministério, como os programas Saúde na Hora, Saúde na Escola e as ações de informatização da APS e de residência médica e multiprofissional em saúde da família, mencionados acima.

A utilização de incentivos financeiros na atenção primária não é nova no país; a NOB-96, por exemplo, utilizou incentivos financeiros para induzir a adesão dos municípios a políticas e programas do governo federal. Ainda que isso tenha reduzido a autonomia dos municípios na alocação dos recursos recebidos, esse tipo de incentivo permitiu ao Ministério da Saúde ter políticas públicas implementadas de forma coordenada e praticamente uniforme em todo o país, eventualmente desconsiderando as reais necessidades locais. [59-60]

Apesar da diminuição da participação relativa da União no financiamento da saúde pública na última década, com o conseqüente aumento dos gastos dos estados e, especialmente, dos municípios, o governo federal continua sendo a maior fonte de recursos do sistema público de saúde; e as transferências vindas da União continuam sendo decisivas para o trabalho da APS nos municípios. [59-60] No entanto, transferências com valores fixos tendem a acentuar disparidades nos níveis de investimento, infraestrutura, profissionais e ações implementadas, considerando que os 5.570 municípios têm realidades muito distintas entre si, inclusive em relação à capacidade técnica para converter esses recursos em resultados positivos de saúde para os cidadãos. Assim, a coordenação nacional continua importante para reduzir iniquidades.

E, nesse sentido, poderia haver mecanismos mais contundentes voltados ao aprimoramento da capacidade de gestão dos municípios, inclusive com a propositura de arranjos institucionais, de caráter regional, mais sólidos e funcionais do ponto de vista da articulação e da tomada de decisão dentro da rede de atenção à saúde. [61]

Escolhas deliberadas e crises de natureza política e econômica têm limitado o aumento do investimento público com saúde, impactando ainda mais a parcela da população que está na informalidade e que é impactada de forma mais direta pelos determinantes sociais de saúde e, obviamente, não podem recorrer a planos e seguros privados de saúde. A Emenda Constitucional EC 95/2016, por exemplo, limitou a expansão dos gastos primários da União até 2036. [43]

Quadro 2.

Dados relacionados aos gastos com saúde no Brasil

O gasto público com Ações e Serviços Públicos de Saúde, no Brasil, foi de R\$ 289,6 bilhões em 2019, divididos entre União (42,2%), estados (26,2%) e municípios (31,6%), tendo se mantido estável, em torno de 4% do PIB, entre 2017-2019³. Dados da OCDE sobre o gasto público per capita com saúde posicionam o Brasil entre os países com menor gasto (46º de 49 países)⁴. Segundo levantamento do Conselho Federal de Medicina - CFM, o gasto público com saúde, nos três níveis de governo, em 2019, foi de R\$ 3,83/por dia/por habitante, aumento modesto em comparação a 2009 (R\$ 3,18), com valores corrigidos pelo IPCA⁵.

Apesar do aumento das despesas públicas executadas na área da saúde nas subáreas de APS e de Vigilância Epidemiológica entre 2017-2021, especialmente a partir de 2020 com gastos relacionados à pandemia, em 2021 tais despesas representaram cerca de 30% do total executado na saúde, abaixo dos 43,6% executados com despesas relacionadas à Assistência Hospitalar e Ambulatorial⁶. Os dados indicam ainda redução de ações de prevenção e promoção de saúde no âmbito da produção ambulatorial. A tendência de queda, que já era observada antes da pandemia, se intensificou, e tende a impactar negativamente outras questões de saúde, como o enfrentamento das DCNTs⁷.

O orçamento previsto para o Ministério da Saúde na Lei Orçamentária Anual – LOA 2022 foi de R\$ 147,4 bilhões. Análises do IEPS – Instituto de Estudos em Políticas de Saúde apontam que, não considerando valores destinados ao combate à pandemia de Covid-19, o orçamento previsto é o menor desde 2012, e há relativa estagnação no orçamento para a APS entre 2019-2022 (de R\$ 25,9 para R\$ 25,4 milhões)⁸.

³ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boletim_economia_saude_jun2021.pdf

⁴ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

⁵ <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2/>

⁶ <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>

⁷ https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_22.pdf

⁸ https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS_NT23.pdf

Nesse cenário, torna-se ainda mais relevante estimular e monitorar a alocação eficiente dos recursos públicos, com a adoção de critérios que permitam o cálculo da relação custo-benefício dos investimentos feitos, considerando o retorno desses investimentos (ROI) em termos de valor público e de saúde. Nesse sentido, é importante compatibilizar o nível e os mecanismos de financiamento às pretensões existentes para a APS: porta de entrada no sistema de saúde pelos cidadãos, ponto de coordenação com os demais níveis assistenciais e elevado grau de resolutividade para a grande maioria dos problemas de saúde da população. Esforços para fortalecer a APS por meio do financiamento podem trazer impacto significativo nas questões relacionadas à equidade em saúde.

Potencialidades e Ressalvas ao Previne Brasil

Diante dos custos crescentes dos sistemas de saúde e do desafio que isso representa face aos elementos que impactam esses custos, o pagamento por desempenho é visto pelos especialistas em saúde pública como potencialmente capaz de incentivar o uso eficiente de recursos e a adoção de práticas de prevenção e de melhor gestão de pacientes e populações. Evidências sugerem que incentivos vinculados a determinados comportamentos por parte de gestores, estabelecimentos e profissionais de saúde exercem efeito positivo nos resultados de saúde do paciente, na utilização dos serviços e em processos de cuidado⁹.

Exemplos incluem a redução de falhas assistenciais e de internações nas condições contempladas, melhorias no registro de usuários em sistemas de informação e no rastreamento e controle de doenças. [51-53] Contudo, sua eficácia depende de aspectos relacionados ao contexto socioeconômico, político e cultural em que são implementados e, claro, da adesão de gestores e profissionais envolvidos. [62-63] Desta forma, as potencialidades do novo modelo de financiamento introduzido pelo Programa Previne Brasil podem ser afetadas pela falta de instrumental e respaldo técnico e conhecimento para lidar com os novos aspectos introduzidos por ele e, não se pode desconsiderar, pelas limitações dos mecanismos que mobiliza para alcançar os resultados almejados e mesmo de uma visão mais ampla e estratégica da APS.

Assim, a infraestrutura dos municípios pode ser uma barreira à implementação do Programa, como exemplo a disponibilidade de internet de qualidade, de computadores em número adequado e da experiência e disponibilidade de profissionais para fazer o cadastramento dos usuários no e-SUS (estratégia de registro de informações das ações realizadas na Atenção Primária) ou em prontuários terceirizados, quando for o caso, e monitorar de forma propositiva os indicadores estabelecidos.

⁹ Portaria 4.279/2010, Anexo, Conceitos:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Isto pode acentuar disparidades existentes, com o incremento imediato do financiamento para uma parte dos municípios e perda de recursos naqueles com maiores necessidades.

O Programa, ao utilizar – nas fórmulas do cálculo do valor a ser repassado aos municípios – informações e dados relativos às características do território e da população coberta pelas equipes de APS, busca, por um lado, equilibrar as desigualdades ligadas a vulnerabilidades socioeconômicas e epidemiológicas do local onde o serviço está inserido e da população que o habita. Por outro lado, ao considerar os serviços prestados pelas unidades de saúde, desconsidera as vulnerabilidades do próprio serviço (estrutura e equipe), impactando negativamente o acesso a recursos, inclusive, para que busquem melhorias.

O fato de incentivar o cadastro da população junto às unidades de saúde, ainda que se reconheçam as fragilidades desse movimento, busca fazer com que os repasses reflitam o número de pessoas atendidas pela unidade, tornando-as, de certa forma, responsáveis pelo direcionamento dos recursos recebidos, inclusive para que se tenha mais clareza dos custos envolvidos na prestação do cuidado e do desempenho da unidade em relação às atividades dela esperadas.

Assim, a ideia do recebimento de recursos pelo atingimento de metas parece condizente com as noções de transparência e responsabilização da unidade por aquilo que é ofertado e entregue para a população. No entanto, não se pode negar que o Previnete tem apenas 7 indicadores, até o momento, e isso não reflete o que de fato a APS produz e entrega para a população; esses indicadores não necessariamente geram transparência, já que, muitas vezes, os próprios municípios não conseguem entender e fazer uso dos dados; e a insuficiência dos indicadores pode, em vez de aumentar a responsabilidade dos municípios, favorecer apenas os grupos alvos contemplados.

Segundo o Ministério da Saúde, sete meses após o seu lançamento, o Programa Previnete Brasil alcançou 70% da meta de cobertura na APS, um feito considerável para tão pouco tempo, com 105 milhões de brasileiros cadastrados¹⁰. [64]

¹⁰ <https://aps.saude.gov.br/noticia/8997>

Mas, considerando uma população de aproximadamente 213 milhões de habitantes e o fato de que cerca de 75% não consegue recorrer a planos de saúde, esse número indica a existência de pelo menos 50 milhões de usuários não cadastrados. [57] Além disso, o fato de as pessoas terem sido cadastradas significa apenas que elas registraram seus nomes, CPF ou CNS junto à unidade de saúde, mesmo na ausência de qualquer vínculo com ela e sem que informações domiciliares e de condições crônicas tenham sido reportadas; muitos dos cadastros estão incompletos e poderiam ser melhorados para apoiar o trabalho da APS.

Ao mesmo tempo, ainda que essas informações sejam prestadas, podem ser impostas barreiras ao cadastramento do usuário que tenha o potencial de piorar os indicadores de desempenho mensurados pelo Programa. [57] Por fim, é importante considerar o expressivo crescimento da população em situação de rua nos últimos anos. [65]

Ainda que a Lei nº 13.714/2018 garanta o atendimento a pessoas em situação de vulnerabilidade ou risco social nos serviços públicos de saúde, mesmo que elas não tenham documentos de identificação ou inscrição no SUS,[66] é possível que haja dificuldades de cadastramento dessas pessoas no âmbito da APS e sua vinculação a uma equipe e unidade de saúde.

Assim, para que os benefícios do Previner sejam alcançados de forma equitativa em todo o território, é necessário que se invista na superação de obstáculos estruturais e disparidades regionais. Sem mecanismos para monitorar e controlar os efeitos das mudanças implementadas, é possível que municípios passem a dar mais atenção aos indicadores e às ações contempladas no Programa para fins de mero atingimento de metas, em detrimento das demais áreas. [57]

Adicionalmente, incentivos financeiros atrelados a prioridades definidas de cima para baixo – isto é, do Ministério da Saúde para os municípios – são importantes para garantir avanços minimamente homogêneos em todo o país. Por outro lado, os municípios representam a divisão administrativa com maior capacidade de entender e atender as necessidades de saúde locais em um país tão heterogêneo e vasto – um desbalanceamento intrínseco ao federalismo fiscal brasileiro. [59-60]

Apenas para citar um exemplo: de acordo com dados do TABNET/DATASUS, em 2021, foram notificados 16.262 casos de hanseníase no país. Destes, 44.5% no Nordeste e apenas 3.4% na região Sul. [67]O caso ilustra a importância de, ainda que com padrões mínimos definidos pela esfera federal, considerar as realidades epidemiológicas locais para se definir o nível de prioridade, as ações e as metas de melhoria para doenças e agravos, embasadas por análises de saúde populacional.

Em não havendo tal compatibilização, corre-se o risco de que os municípios, com orçamentos restritos e demandas crescentes em saúde, deixem de lado os problemas locais que não constem nos incentivos e indicadores da política de financiamento.

Quadro 3.

Perspectiva de gestores sobre desafios à implementação do Previner Brasil*

Infraestrutura tecnológica e conectividade:

- Unidades de saúde com internet instável ou não informatizadas

Processos de trabalho, disponibilidade e treinamento de recursos humanos:

- Registro inadequado de dados e falta de profissionais para acompanhar ativamente o desempenho dos indicadores organizar processos de trabalho pertinentes;
- Dificuldades da equipe no gerenciamento e parametrização da agenda para suprir a demanda de atendimento em todas as linhas de cuidado;
- Adoecimento de profissionais da ponta relacionado ao Covid-19 e ao cenário pandêmico, agravando problemas já existentes de recursos humanos;
- Dificuldades de retornar ao formato planejado das equipes de ESF após as reestruturações impostas pela pandemia.

Quadro 3.

Perspectiva de gestores sobre desafios à implementação do Previne Brasil*

Acesso e fluxo de informações sobre o Programa:

- Mudanças frequentes nos prazos e qualificadores dos indicadores;
- Fluxo lento de informações entre gestores municipais e estaduais sobre atualizações do programa;
- Dificuldades para encontrar informações sobre o Previne Brasil em sites oficiais do Ministério da Saúde.

Alguns desses desafios vão além das possibilidades da atuação municipal e de aspectos teóricos que embasaram o desenho do Programa, demandando esforços coordenados entre os três níveis de governo, inclusive com outras áreas do setor público. Ainda que incentivos financeiros atrelados a desempenho e metas tenham potencial de gerar resultados positivos, é importante que as condições para que tais incentivos se convertam de fato nas mudanças esperadas, principalmente, em melhorias na saúde da população, estejam postas de forma equitativa para todos os participantes.

*Informações obtidas a partir de conversas com mais de 50 gestores municipais, de cidades de pequeno e médio porte, e que atuam junto à Impulso.Gov para Apoio à Gestão Pública.

Neste cenário, é preciso refletir acerca das metodologias que vêm sendo utilizadas para a elaboração e a implementação de políticas públicas e, principalmente, para uma proposta ambiciosa como a do Previde Brasil. Foram realizados projetos-pilotos? Quais foram os efeitos observados, desejados e indesejados, em diferentes localidades do país? Há condições de lidar com os efeitos indesejados, em diferentes localidades do país? Há condições de lidar com os efeitos indesejados, dentro do próprio Programa ou de forma coordenada com alguma outra política pública, de outro Ministério do governo? Houve uma discussão mais ampla com a sociedade? Esses elementos precisam começar a ser considerados e cobrados pela população no país.

Reflexões Finais

Pela concepção discutida na Declaração de Alma-Ata, a APS tem papel na garantia de bem-estar à toda população, e isto envolve não somente a prestação de ações e serviços de saúde, mas também a articulação intersetorial para o endereçamento de um amplo conjunto de determinantes sociais que impactam o bem-estar, como a moradia, a alimentação, o saneamento básico, a escolaridade, e a renda.[1] Argumenta-se que vem acontecendo no Brasil um distanciamento do conceito de cuidados primários propugnado em Alma Ata, sob quatro aspectos sobre os quais a sociedade precisa refletir e discutir: [68]

- O primeiro guarda relação com uma versão “medicalizada” do conceito de promoção da saúde, focado demasiadamente no corpo, no indivíduo, de forma apartada do ambiente;
- O segundo, a adaptação do conceito de prevenção de doenças, que teria um sentido macro, demandando, portanto, ações estruturais, para um conceito restrito, focado nos riscos de uma doença específica e que passa a dar origem a políticas públicas individualizadas e fragmentadas;
- O terceiro, uma sobrevalorização dos determinantes de saúde em detrimento do social, que, por exemplo, acaba fazendo com que os critérios de repasse de recursos não considerem as necessidades de saúde existentes; e
- O quarto, uma explícita substituição do conceito amplo de cobertura universal de saúde, pautado na integralidade do cuidado, por um conceito restrito a uma “cesta” ou uma relação determinada de procedimentos ofertados para a população.

Discutir o financiamento da APS requer uma reflexão prévia e concomitante sobre o seu conceito e os problemas de saúde que o modelo de atenção pretende dar conta, de modo que mecanismos de alocação de recursos e níveis de financiamento sejam compatíveis com o escopo de atuação almejado.

Operacionalizar uma política de financiamento que fomente comportamentos esperados por parte de gestores municipais e profissionais de saúde e que reflita os princípios norteadores e as áreas sob responsabilidade da APS é uma tarefa complexa e com implicações transversais, impactando aspectos como a disponibilidade de recursos humanos, a efetivação do modelo assistencial proposto, a organização da rede de atenção à saúde, monitoramento e avaliação de resultados.

Nos próximos textos desta série serão discutidos estes outros aspectos pertinentes ao novo modelo de financiamento da APS no país, como o funcionamento dos indicadores do programa Previnir Brasil, o desempenho dos municípios brasileiros e os respectivos desafios regionais e estaduais, e o possível impacto financeiro da nova política de financiamento.

Referências consultadas

- [1] Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: What is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*, 392(10156), 1461–1472. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4)
- [2] Harzheim, E., Martins, C., Wollmann, L., Pedebos, L. A., Faller, L. de A., Marques, M. das C., Minei, T. S. S., Cunha, C. R. H. da, Telles, L. F., Moura, L. J. N. de, Leal, M. H., Rodrigues, A. S., Rech, M. R. A., & D’Avila, O. P. (2020). Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: A Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(suppl 1), 2493–2497. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>
- [3] World Health Organization. (2021). Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond. Geneva, Switzerland: WHO Position Paper. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01>
- [4] Sarti, T. D., Lazarini, W. S., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29, e2020166. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
- [5] World Bank. 2021. *Walking the Talk: Reimagining Primary Health Care After COVID-19*. World Bank, Washington, DC.
- [6] World Health Organization. (2018). Technical series on Primary Health Care. Building the economic case for primary health care: a scoping review. Geneva, Switzerland. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48>
ciamento sejam compatíveis com o escopo de atuação almejado.
- [7] World Health Organization. (2018). Saving lives, spending less A strategic response to noncommunicable diseases. Geneva, Switzerland. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf#:~:text=Saving%20lives%2C%20spending%20less%3A%20a%20strategic%20response%20to,calculated%20and%20translated%20into%20health%20and%20economic%20returns.>
- [8] van Weel, C., & Kidd, M. R. (2018). Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 190(15), E463–E466. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170784>
- [9] Sawicki, O. A., Mueller, A., Klaaßen-Mielke, R., Glushan, A., Gerlach, F.M., Beyer, M., Wensing, M., & Karimova, K. (2021). Strong and sustainable primary healthcare is associated with a lower risk of hospitalization in high risk patients. *Scientific Reports*, 11(1), 4349. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83962-y>

[10] Ballard, T. (2013). What sustainability means for primary care: Primary care leads to better overall resource use and higher quality outcomes. *The British Journal of General Practice*, 63(614), 457–458. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X671489>

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

[12] Declaration of ALMA-ATA. (2015). *American Journal of Public Health*, 105(6), 1094–1095. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.10561094>

[13] World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). UNICEF declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals, Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Geneva and New York. Disponível em: <https://www.who.int/docs/defaultsource/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

[14] Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A.-M. (2005). A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 953–957. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x>

[15] Roland, M. (2019). 40 years on. Has the vision of Alma-Ata been realized? *Cadernos de Saúde Pública*, 35. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00212218>

[16] Rasmussen, B., Sweeny K., Welsh, A., Kumnick, M., Reeve, M., Dayal, P. Increasing Social and Economic Benefits Globally: Rates of Return on Health Investments. Victoria University, September 2020. <https://www.vu.edu.au/sites/default/files/increasing-social-economic-benefits-globally.pdf>

[17] Adeleye, O. A., & Ofili, A. N. (2010). Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries : Can the Health Sector Play Broader Roles? *Journal of Environmental and Public Health*, 2010, 272896. <https://doi.org/10.1155/2010/272896>

[18] World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). 2020. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_3

[19] Facchini, L. A., Tomasi, E., & Dilélio, A. S. (2018). Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: Avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 208–223. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>

[20] FAUSTO, Márcia Cris tina Rodrigues ; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas . In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171>

[21] Coelho, G. C., Antunes, V. H., & Oliveira, A. (2019). A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Contexto e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, 35. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>

[22] BRASIL. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, v. 183, p. 68. 22 set. 2017. Seção 1.

[23] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Biblioteca. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>

[24] Brasil. Ministério da Saúde (2020). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCA Tool /Brasil 2020. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Brasília – DF. 237 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrumento_avaliacao_atencao_primaria_saude.pdf

[25] Cavaletti, A. C. L., & Caldas, C. P. (2021). Condições sensíveis à Atenção Primária: O protagonismo da Estratégia Saúde da Família na prevenção de internações de pessoas idosas. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, 13, e010–e010. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1030>

[26] Harzheim, E., Martins, C., Wollmann, L., Pedebos, L. A., Faller, L. de A., Marques, M. das C., Minei, T. S. S., Cunha, C. R. H. da, Telles, L. F., Moura, L. J. N. de, Leal, M. H., Rodrigues, A. S., Rech, M. R. A., & D'Avila, O. P. (2020). Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: A Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. Ciência & Saúde Coletiva, 25 (suppl 1), 2493–2497. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.111492020>

[27] Brasil. Ministério da Saúde (2018). Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF. 69 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/30_JUN_versao_preliminar_PCA_TOOL_2020.pdf

[28] Hansen, J., Groenewegen, P. P., Boerma, W. G. W., & Kringos, D. S. (2015). Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. Health Affairs (Project Hope), 34(9), 1531–1537. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0582>

[29] Medeiros, L. S. P. de, Pacheco, R. F., Medeiros, M. A. de, & Silva, R. M. da. (2021). O papel do cuidado com as Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária em Saúde: Um olhar da Antropologia da Saúde. *Research, Society and Development*, 10(12), e267101220250–e267101220250. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20250>

[30] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020. 85 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>

[31] International Diabetes Federation (2021). IDF Diabetes Atlas - 10th edition. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/resources/>

[32] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da saúde. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2021. 124 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/elatorio-vigitel-2020-original.pdf/view>

[33] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da saúde. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2020. 137 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

[34] Rache, B., Aguillar, A., Rocha, R., Cabrera, P., Tao, L., Rezenda, L. F. M. (2022). Doenças Crônicas e Seus Fatores de Risco e Proteção: Tendências Recentes no Vigitel. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) - Nota Técnica n. 25. 8 p. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/IEPS_NT25.pdf

[35] Mendes, E. V. (2020). O lado oculto de uma pandemia: A terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>

[36] Nikoloski, Z., Alqunaibet, A. M., Al fawaz, R. A., Almudarra, S. S., Herbst, C. H., El -Saharty, S., Alsukai t, R., & Algwizani, A. (2021). Covid-19 and non-communicable diseases: Evidence from a systematic literature review. *BMC Public Health*, 21(1), 1068. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11116-w>

[37] Xie, Y., Xu, E., Bowe, B., & Al-Aly, Z. (2022). Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. *Nature Medicine*, 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>

- [38] Barrett, C. E. (2022). Risk for Newly Diagnosed Diabetes 30 Days After SARS-CoV-2 Infection Among Persons Aged 18 Years—United States, March 1, 2020–June 28, 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 71. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7102e2>
- [39] Fausto, M. C. R., Rizzoto, M. L. F., Giovanella, L., Seidl, H., Bousquat, A., Almeida, P. F. de, & Tomasi, E. (2018). O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 12–14. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s101>
- [40] Giovanella, L., Bousquat, A., Schenkman, S., Almeida, P. F. de, Sardinha, L. M. V., & Vieira, M. L. F. P. (2021). Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: O que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2543–2556. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
- [41] Faria, M., Nobre, V., Tasca, R., Aguillar, A. (2021). A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Nota Técnica n. 23, 7 p. Disponível em: https://ieps.org.br/wpcontent/uploads/2021/11/IEPS_NT23.pdf
- [42] Rocha, R., Furtado, I., & Spinola, P. (2019). Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Estudo Técnico No. 1, 48 p. Disponível em: <https://ieps.org.br/wpcontent/uploads/2019/11/Garantindo-o-Futuro-da-Sau%CC%81de-no-Brasil.pdf>
- [43] Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., de Castro, M. C., & Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, 3(4), e000829. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>
- [44] Bousquat, A., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Medina, M. G., Martins, C. L., Almeida, P. F., Campos, E. M. S., & Mota, P. H. dos S. (2019). A atenção primária em regiões de saúde: Política, estrutura e organização. *Cadernos de Saúde Pública*, 35. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>
- [45] Geremia, D. S. (2020). Atenção Primária à Saúde em alerta: Desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis:Revista deSaúde Coletiva*,30. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300100>
- [46] Furtado, J. H. L., Queiroz C. R., Andres, S. C. (2021). Atenção Primária à Saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. Campina Grande – PB – Brasil. Editora Ampla. 356 p. Disponível em: <https://ampllaeditora.com.br/books/2021/04/eBook-Atencao-Primaria.pdf>

[47] Parnell, T. A. (2014). *Health Literacy in Nursing: Providing Person-Centered Care* (1o ed, p. 978-0-8261-6173-6174). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826161734>

[48] Fundação Getúlio Vargas. 2021. Relatório Técnico: Gestão da atenção primária na saúde suplementar brasileira Estudo qualitativo sobre aspectos relacionados a escala e processos administrativos. Escola de Administração de São Paulo. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/ES37-GEST%C3%83O%20DA%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20NA%20SA%C3%9ADE%20SUPLEMENTAR%20BRASILEIRA.pdf>

[49] Hanson, K. (2022). Introducing The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: Putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10(1), e20–e21. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00510-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00510-6)

[50] Sellera, P. E. G., Pedebos, L. A., Harzheim, E., Medeiros, O. L. de, Ramos, L. G., Martins, C., & D'Avila, O. P. (2020). Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: Novos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1401–1412. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>

[51] Gupta, N., & Ayles, H. M. (2019). Effects of pay-for-performance for primary care physicians on diabetes outcomes in single-payer health systems: A systematic review. *The European Journal of Health Economics*, 20(9), 1303–1315. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01097-4>

[52] Bangalore Sathyananda, R., de Rijk, A., Manjunath, U., Krumeich, A., & van Schayck, C. P. (2018). Primary health Centres' performance assessment measures in developing countries: Review of the empirical literature. *BMC Health Services Research*, 18(1), 627. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3423-0>

[53] Mendelson, A., Kondo, K., Damberg, C., Low, A., Motúapuaka, M., Freeman, M., O'Neil, M., Relevo, R., & Kansagara, D. (2017). The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 166(5), 341–353. <https://doi.org/10.7326/M16-1881>

[54] Harzheim, E., D'Avila, O. P., Ribeiro, D. de C., Ramos, L. G., Silva, L. E. da, Santos, C. M. J. dos, Costa, L. G. M., Cunha, C. R. H. da, & Pedebos, L. A. (2020). Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1361–1374. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>

[55] BRASIL. Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, v. 220, p. 97, 13 nov. 2019. Seção 1.

[56] Confederação Nacional de Municípios – CNM (2018). Mudanças no Financiamento da Saúde – Brasília, DF. 40 p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>

[57] Massuda, A. (2020). Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: Avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1181–1188. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>

[58] Mendes, Á., Carnut, L., & Guerra, L. D. da S. (2018). Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 224–243. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s115>

[60] Piola, S. F. (2017). Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Texto para Discussão 2298. Rio de Janeiro. 50 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2399.pdf

[61] Pinafo, E., Nunes, E. de F. P. de A., Carvalho, B. G., Mendonça, F. de F., Domingos, C. M., & Silva, C. R. (2020). Problemas e estratégias de gestão do SUS: A vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1619–1628. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>

[62] Bertone, M. P., Falisse, J.-B., Russo, G., & Witter, S. (2018). Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance-based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PLOS ONE*, 13(4), e0195301. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195301>

[63] Thumé, E., & Oliveira, C. M. de. (2021). The challenges of payment for performance under Brazil's PMAQ. *The Lancet Global Health*, 9(3), e233–e234. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00038-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00038-3)

[64] Lopes, S. P. A., Moreira, M. B. A., Almeida, M. A. de, Araújo, J. de S., Figueiredo, L. G. M., Araújo, B. L. S., & Cangussu, M. C. T. (2021). Evolução dos cadastros individuais no SISAB a partir do novo financiamento da Atenção Básica: Um estudo descritivo. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2135>

Texto 01

Linha Editorial: 'Políticas de financiamento da Atenção Primária e o Programa Previne Brasil', parceria entre o Centro de Estudos e Promoção de Políticas de Saúde – CEPPS-Einstein e a Impulso Gov

A necessária reafirmação da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os possíveis impactos do Programa Previne Brasil como mecanismo de financiamento

