

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ROSIANE APARECIDA DA SILVA

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DO PAGAMENTO
POR DESEMPENHO NOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

CURITIBA

2024

ROSIANE APARECIDA DA SILVA

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DO PAGAMENTO
POR DESEMPENHO NOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Políticas e Serviços de Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski.

Coorientadora: Profa. Dra. Élide Sbardellotto Mariano da Costa.

CURITIBA

2024

Universidade Federal do Paraná Sistema de Bibliotecas Biblioteca de
Ciências da Saúde

Silva, Rosiane Aparecida da

Financiamento da Atenção Primária à Saúde: análise do pagamento por desempenho nos municípios da Paraná. [recurso eletrônico] / Rosiane Aparecida da Silva. – Curitiba, 2024.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Políticas e Serviços de Saúde. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski

Coorientadora: Profa. Dra. Élide Sbardellotto Mariano da Silva

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso aos cuidados primários. 3. Financiamento dos sistemas de saúde - Paraná. 4. Avaliação de desempenho profissional - Paraná. I. Fidalski, Solena Ziemer Kusma. II. Silva, Élide Sbardellotto Mariano da. III. Programa de Pós- Graduação em Políticas e Serviços de Saúde. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

Mariluci Zanela CRB 9/1233



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ROSIANE APARECIDA DA SILVA** intitulada: **FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO NOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ**, sob orientação da Profa. Dra. SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 20 de Junho de 2024.

Assinatura Eletrônica

24/06/2024 10:17:31.0

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

25/06/2024 11:18:25.0

JOÃO FELIPE MARQUES DA SILVA

Avaliador Externo (DPTO CIÊNCIAS PATOLÓGICAS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)

Assinatura Eletrônica

24/06/2024 13:25:24.0

EDILEUZA DE FÁTIMA ROSINA NARDI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

ATA Nº13/2024

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA EM SAÚDE COLETIVA

No dia vinte de junho de dois mil e vinte e quatro às 09:00 horas, na sala Sala da Pós-Graduação - 3º andar, Setor Ciências da Saúde, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda **ROSIANE APARECIDA DA SILVA**, intitulada: **FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO NOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ**, sob orientação da Profa. Dra. SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), JOÃO FELIPE MARQUES DA SILVA (DPTO CIÊNCIAS PATOLÓGICAS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA), EDILEUZA DE FÁTIMA ROSINA NARDI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestra está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 20 de Junho de 2024.

Assinatura Eletrônica

24/06/2024 10:17:31.0

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

25/06/2024 11:18:25.0

JOÃO FELIPE MARQUES DA SILVA

Avaliador Externo (DPTO CIÊNCIAS PATOLÓGICAS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)

Assinatura Eletrônica

24/06/2024 13:25:24.0

EDILEUZA DE FÁTIMA ROSINA NARDI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

Dedico esse trabalho aos profissionais de saúde que atuam na gestão da Atenção Primária à Saúde e que lutam pela melhoria do seu financiamento, como as equipes de Atenção Primária a Saúde que muito se dedicam para melhorar seus processos de trabalho e seus indicadores em saúde visando possibilitar o acesso e a qualidade da assistência à saúde ofertada à população paranaense.

AGRADECIMENTOS

O mestrado foi de extrema relevância na minha carreira acadêmica e profissional, agradeço a todas as pessoas que colaboraram de alguma forma para a conclusão do mestrado. Assim, agradeço a Secretaria Estadual de Saúde em nome da **Maria Goretti David Lopes** que autorizou e permitiu a conciliação da carga horária de trabalho, minhas colegas de trabalho pela colaboração e parceria por compreenderem meu afastamento e ausência em alguns momentos para atender às necessidades dos estudos.

Quero agradecer meu pai **Raimundo José da Silva** (*in memoriam*) que criou seus 4 filhos e por todas as dificuldades enfrentadas em sua vida conseguiu formar uma filha “eu” no curso superior e que sempre acreditou no meu potencial, agradecer a minha querida mãe **Maria Aparecida da Silva** que me inspira diariamente com seu jeito simples de ver as coisas e que se orgulha muito de mim, agradecer meus irmãos **Rodrigo José da Silva, Ricardo Jandre da Silva e Regiane Jandre da Silva** que me deram suporte e principalmente carinho durante esse desafio na minha vida e aos meus sobrinhos **Ana Beatriz Jandre da Silva, João Lucas Jandre de Oliveira e Pietro Henrique Costa da Silva** que amo de paixão e que são a alegria da minha vida.

Agradeço imensamente à minha orientadora, professora **Dra Solena Ziemer Kusma Fidalski**, por aceitar esse desafio e compartilhar todo o seu conhecimento com muita presteza e atenção, agradeço também a minha coorientadora Dra. Élide Sbardellotto Mariano da Costa que sempre incentivou a melhorar minha formação acadêmica mostrando o potencial que tinha a partir dos conhecimentos adquiridos pelo trabalho desenvolvido na gestão e agradeço a **Luna Rezende Machado de Souza** por toda a contribuição com seu conhecimento sobre financiamento e apoio na dissertação. Aos professores, ao corpo técnico, às alunas de iniciação científica, aos colegas da Universidade Federal do Paraná e aos meus amigos por me apoiarem e incentivarem durante esses dois últimos anos.

... O FRACASSO EM RECONHECER QUE OS RESULTADOS DE OBSERVAÇÕES
ESPECIALIZADAS SÃO, QUANDO MUITO, APENAS VERDADES PARCIAIS, QUE
PRECISAM SER CORRIGIDAS COM FATOS OBTIDOS POR ESTUDO MAIS AMPLO.
...NÃO EXISTE MEMBRO MAIS PERIGOSO DA NOSSA PROFISSÃO DO QUE AQUELES
NELA NASCIDOS, OS ESPECIALISTAS.

OSLER, 1892

RESUMO

O financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e no processo de descentralização político-administrativa da saúde aos municípios. O financiamento da APS iniciou na década de 1990, impulsionado pela Norma Operacional Básica 1/96, que estabeleceu o PAB Fixo e Variável, impulsionando consigo a implementação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios. Em 2019, ocorreu uma mudança na lógica de repasse de recursos federais para a APS, pelo Programa Previne Brasil por quatro componentes (captação ponderada, desempenho, ações estratégicas e critério populacional). O objetivo é analisar os resultados do financiamento APS pelo componente Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil nos municípios do Paraná no ano de 2022; detalhar a evolução e os marcos legais da implantação da APS; apresentar o perfil dos municípios por porte populacional; a evolução da cobertura da APS do Indicador de Condições Sensíveis na APS (ICSAP) no Paraná. Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional, retrospectiva, sobre o Financiamento da APS, em ênfase no componente de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, utilizando como amostra os 399 municípios do Estado do Paraná. Os resultados da pesquisa apontam que no Paraná a cobertura populacional da APS melhorou, passando de 73% em 2012 para 85% em 2022; o ICSAP no mesmo período também apresentou melhora, sendo que os municípios de maior porte populacional tiveram melhores resultados; no financiamento por desempenho houve evolução em todos os estratos populacionais em 2022. No entanto, ainda há um potencial importante para melhoria, uma vez que os municípios alcançaram somente 80% do seu potencial de recebimento neste componente no último quadrimestre de 2022. Compreender quais as dificuldades e necessidades que apresentam os municípios para alcançar bom resultado nos indicadores, sejam estes atrelados ou não ao financiamento, contribui para a tomada de decisão na implantação de programas estratégicos e na melhoria de políticas públicas para o fortalecimento da APS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; financiamento dos sistemas de saúde; avaliação de desempenho profissional.

ABSTRACT

Financing Primary Health Care (APS) has been a challenge since the creation of the Unified Health System (SUS) and the process of political and administrative decentralization of health to municipalities. APS funding began in the 1990s, driven by Basic Operational Standard 1/96, which established the Fixed and Variable PAB, boosting the implementation of the Family Health Strategy in municipalities. In 2019, there was a change in the logic of transferring federal resources to PHC, by the Previne Brazil Programme through four components (weighted uptake, performance, strategic actions and population criteria). The aim is to analyze the results of PHC funding through the Previne Brasil Programme's Payment for Performance component in the municipalities of Paraná in 2022; to detail the evolution and legal frameworks of PHC implementation; to present the profile of municipalities by population size; the evolution of PHC coverage of the Indicator of Sensitive Conditions in PHC (ICSAP) in Paraná. This is a descriptive, observational, retrospective study on PHC financing, with an emphasis on the Payment for Performance component of the Previne Brasil Programme, using the 399 municipalities in the state of Paraná as a sample. The results of the research show that in Paraná the population coverage of APS has improved, from 73% in 2012 to 85% in 2022; the ICSAP in the same period also showed improvement, with the municipalities with the largest populations having the best results; in performance funding there was progress in all population strata in 2022. However, there is still significant potential for improvement, since the municipalities only reached 80% of their potential to receive this component in the last four months of 2022. Understanding the difficulties and needs faced by municipalities in order to achieve good results in the indicators, whether or not they are linked to funding, contributes to decision-making when implementing strategic programmes and improving public policies to strengthen PHC.

Keywords: Primary health care; health system financing; employee performance appraisal.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde	27
FIGURA 2 -	Financiamento da Atenção Primária à Saúde a partir de 2019...	45
FIGURA 3 -	Indicadores por desempenho para o ano de 2022	50
FIGURA 4 -	Programas Estratégicos do Ministério da Saúde	54
FIGURA 5 -	Mapa Político do Paraná	61

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Resumo dos quadrimestres avaliados, pagamento e do escalonamento dos sete indicadores de 2022	59
QUADRO 2 -	Classificação do Porte Populacional dos Municípios no estado do Paraná	62
QUADRO 3 -	Marcos Legais da implantação da Política Nacional da Atenção Básica no Brasil e seu financiamento	66
QUADRO 4 -	Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária ..	72

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	Percentual de cobertura da Atenção Primária à Saúde no estado do Paraná no período de 2012 a 2022	71
GRÁFICO 2 -	Condições Sensíveis da Atenção Primária no Paraná, no período de 2012 à 2022	73
GRÁFICO 3 -	Condições Sensíveis da Atenção Primária no Paraná conforme porte populacional, no período de 2012 à 2022	74

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Evolução do resultado dos Indicadores por desempenho no Paraná em 2022	51
TABELA 2 -	Evolução de cadastro da população no Paraná no ano de 2022	
TABELA 3 -	Número de municípios paranaenses por porte populacional (n= 399)	62
TABELA 4 -	Informações consolidadas da análise do percentual potencial no 1º quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399)	75
TABELA 5 -	Informações consolidadas do cenário hipotético sem escalonamento no 1º quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399)	75
TABELA 6 -	Informações consolidadas da análise do percentual potencial no 2º quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399)	76
TABELA 7 -	Informações consolidadas do cenário hipotético sem escalonamento no 2º quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399)	76
TABELA 8 -	Informações consolidadas da análise do percentual potencial no 3º quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399)	77
TABELA 9 -	Informações consolidadas do cenário hipotético sem escalonamento no 2º quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399)	77

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CID-10 - Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
EAP - Equipes de Atenção Primária
EC - Emenda Constitucional
eMULTI - Equipes Multiprofissionais da APS
eSB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eSF – Equipe de Saúde da Família
e-SUS AB - Estratégia e-SUS Atenção Básica
FEM - Fator de Estímulo à Municipalização
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
ISF – Indicador Sintético Final
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
ODS - Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PAB- Piso da Atenção Básica
PACS – Programa Agentes Comunitários em Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PES – Plano Estadual de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMMB - Programa Mais Médicos para o Brasil

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SCNES - Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SESA - Secretaria de Estado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TCG - Termo de Compromisso de Gestão

VS - Vigilância em Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UHC – Cobertura Universal de Saúde (*universal health coverage*)

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	CONTEXTO E PROBLEMA	15
1.2	OBJETIVOS	19
1.3	JUSTIFICATIVA	20
2	REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	22
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
2.1.1	A Política Nacional de Atenção Básica	30
2.2	FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	34
2.2.1	O Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Previne Brasil	47
3	METODOLOGIA	56
3.1	TIPO E DESENHO DO ESTUDO	56
3.2	PRIMEIRA ETAPA: ANÁLISE DOCUMENTAL	56
3.3	SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO DO BANCO DE DADOS	57
3.4	TERCEIRA ETAPA: ANÁLISE DE DADOS DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELO COMPONENTE DE DESEMPENHO	63
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
4	RESULTADOS	65
4.1	ANÁLISE DOCUMENTAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ...	65
4.2	ANÁLISE DOS DADOS DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELO PAGAMENTO DO COMPONENTE DE DESEMPENHO NO PARANÁ	74
5	DISCUSSÃO	79
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	92

1 INTRODUÇÃO

Sou enfermeira servidora da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Paraná há 13 anos, sendo que em 10 anos venho desenvolvendo minhas atividades na gestão, especificamente na Divisão de Saúde da Família. Esses anos atuando na gestão me propiciaram participar de momentos importantes na elaboração de políticas de saúde, no qual destaco a participação em reunião junto ao Ministério da Saúde e demais representantes das secretarias estaduais de saúde dos outros estados do Brasil, para a elaboração da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que está vigente até o momento. Também pude acompanhar a mudança do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), denominado Programa Previne Brasil, que teve sua implantação iniciada em 2019. As mudanças no financiamento da APS geraram muitas dúvidas, questionamentos por parte de alguns setores relacionados à saúde, no qual criticaram a nova proposição e a forma de repasse dos recursos. Dentre os componentes do novo modelo de financiamento que foram duramente criticados está o “componente de desempenho”, que condiciona o repasse financeiro ao alcance de metas estipuladas para um conjunto de indicadores de processos das equipes da APS. Diante destas críticas e, ao mesmo tempo, percebendo o grande esforço e engajamento das equipes da APS para atingirem melhores resultados, despertei o interesse em estudar este componente de financiamento.

1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

O Sistema Único de Saúde (SUS) que trata a Lei nº 8080/90 constitui-se pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas mantidas pelo poder público, objetivando a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização de ações assistenciais e atividades preventivas (Brasil,1990).

São princípios doutrinários do SUS a universalidade de acesso, integralidade da assistência e a equidade (Brasil,1990). Enquanto princípios organizativos,

preconizou a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Brasil, 1990).

No ano de 1990 de forma complementar a legislação sobre o SUS, foi publicada a Lei 8142 de 1990, que veio a dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta Lei também definiu mecanismos de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos estados e municípios para a cobertura das ações e serviços de saúde (Brasil, 1990).

O SUS foi regulamentado no final de 1990, mas o processo de descentralização da saúde se inicia, de forma mais concreta, a partir de 1991, com a edição da Resolução nº 273 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – a Norma Operacional Básica (NOB) 1/91 (Brasil, 1991) - à qual se seguiram a NOB 1/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (Brasil, 1992), a NOB 1/93 (Brasil, 1993) e a NOB 1/96 (Brasil, 1996), as duas últimas emitidas pelo próprio Ministério da Saúde (MS). A própria identificação dos atores e instâncias responsáveis pela elaboração e edição destas normas davam indicações das distintas conjunturas, concepções e responsabilidades que vão se conformando no processo de construção deste sistema e, mais particularmente, da descentralização (Scatena; Tanaka, 2001).

A partir da publicação da NOB 1/96 se estabeleceu a modalidade de transferências de recursos da esfera federal aos municípios, por meio de duas modalidades: Transferência Regular e Automática na modalidade Fundo a Fundo e

Remuneração por Serviços Produzidos. A Transferência Regular e Automática consiste na transferência de valores diretamente do FNS aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere. Esses recursos podem corresponder, por exemplo, ao Piso da Atenção Básica (PAB), sendo este um recurso financeiro destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal e transferido regular e automaticamente aos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual (Brasil, 1996).

No Brasil, a década de 1990 foi marcada por importantes mudanças na atenção básica e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde. Tais

transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como ao destaque assumido na agenda setorial (Castro; Machado, 2010).

A implementação da proposta da atenção básica, que orienta a reorganização da lógica assistencial do SUS, iniciou em 1994, com a operacionalização do Programa Saúde da Família (PSF), incorporando a experiência anterior do Programa Agentes Comunitário de Saúde (PACS) (Marques; Mendes, 2002). A implementação do PSF trouxe consigo um importante impacto nos mecanismos de gestão de saúde no Brasil, especialmente sob os princípios do SUS de universalidade, descentralização, integralidade e controle social (Andrade; Bezerra; Barreto, 2005).

A decisão governamental do Brasil em implementar o PSF como política de saúde transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, o PSF não foi implantado somente para organizar a atenção básica no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde, a reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e uma consolidação dos princípios do SUS. Neste contexto, estudos já consideravam mais apropriado definir o PSF como estratégia de saúde e não simplesmente como um programa setorial de saúde (Andrade, Bezerra, Barreto, 2005).

Com o passar do tempo, a oferta à população de serviços de atenção básica a partir do PSF tornou-se a estratégia prioritária de saúde, passou a ser chamada de Estratégia de Saúde da Família (ESF), alcançou resultados importantes como a redução da mortalidade infantil e mortes evitáveis em adultos. Apesar dos avanços, constata-se, dificuldade de atingir bons indicadores em ações fundamentais: oferta de cuidado a condições clínicas frequentes; imunização, controle de condições crônicas, como diabetes, hipertensão, dislipidemia e doenças respiratórias; rastreamento do câncer; saúde mental; diminuição de internações por condições sensíveis; e diminuição da busca por serviços de urgências por motivos não caracterizados como urgentes. Soma-se a esse cenário um histórico de fragilidade em garantir acesso e uma limitada capacidade de incorporar tecnologias, além da baixa produtividade representada pelo reduzido número de consultas por médico/ano (Harzheim *et al.*, 2020).

A implementação do SUS, as inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde e o desenho de arranjos organizacionais de serviços de saúde viabilizaram um rápido e consistente crescimento da cobertura de APS. A descentralização de recursos federais para municípios, combinada com a implementação da ESF, foram decisivos para a expansão da APS no país. A ESF ampliou o acesso a serviços básicos de saúde e promoveu melhorias nos resultados em saúde, reduzindo desigualdades sociais e regionais, sendo reconhecida internacionalmente como exemplo de política de saúde pública bem-sucedida (Massuda, 2020).

O modelo de financiamento para a APS até os anos de 2019 até então era baseado em critérios de porte populacional municipal, apresentava uma estrutura e oferta de serviços com pouco direcionamento para o alcance de resultados em saúde, e sem garantia do acompanhamento real das pessoas adscritas à APS. Houve um evidente esforço de vincular o repasse de recursos federais à melhora da qualidade da assistência a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), os resultados observados indicam que o programa auxiliou em melhorias nas instalações físicas das unidades e trouxe discussão sobre planejamento e organização dos serviços, mas não superou as dificuldades no alcance de melhores indicadores de saúde (Harzheim, 2020).

Com a instituição do Programa Previnde Brasil, pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Brasil, 2019), ocorreu uma mudança substancial no mecanismo de financiamento da APS. O novo modelo recebeu fortes críticas, frequentemente associadas às medidas de austeridade fiscal adotadas à época de sua implantação, restrição ou retirada de recursos, na lógica individualizante é impulsionada pela extinção do PAB fixo recuando o papel redistributivo do poder federal, e o horizonte da integralidade (Nunes; Chaoubah, 2016; Massuda, 2020; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

O modelo de financiamento implantado em 2019 propôs o componente de pagamento baseado no desempenho das equipes, substituindo o PMAQ no qual a avaliação por desempenho era realizada por uma equipe externa, a cada dois anos, dependia da adesão voluntária dos gestores, passando para um modelo de avaliação baseado em metas e indicadores pactuados em Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Este novo modelo de avaliação do Previnde Brasil independe da adesão do

gestor, desta forma, espera-se que todas as equipes financiadas pelo MS alcancem minimamente algumas metas de indicadores, prestando um cuidado de qualidade para toda a população adscrita.

O incentivo financeiro, ao ser vinculado ao desempenho por meio de indicadores, e complementar a outros recursos, é fundamental para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS). Essa abordagem incentiva os profissionais das equipes da APS a se engajarem na discussão e proposição de ações para organizar os processos de trabalho de maneira eficaz, promovendo uma visão mais abrangente do território e das características de sua população.

Embora o Programa Previne Brasil tenha sido revogado em 2024, é importante examinar como uma metodologia de repasse de recursos pode influenciar a APS nos municípios e como políticas e programas de saúde devem se alinhar para aprimorar o cuidado oferecido ao usuário, garantindo acesso e qualidade nos serviços prestados pelas equipes de ESF. Assim, torna-se indispensável a análise e o monitoramento do impacto do financiamento federal da APS, fundamentado nos resultados de indicadores de saúde.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar os resultados do financiamento da Atenção Primária à Saúde pelo componente Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil nos municípios do Paraná no ano de 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detalhar a evolução e a sequência dos marcos legais da implantação da Atenção Primária à Saúde e seu modelo de financiamento;

Apresentar o perfil dos municípios paranaenses a partir do número de habitantes (porte populacional);

Descrever a séria histórica da cobertura populacional da APS e o indicador de condições sensíveis na Atenção Primária à Saúde nos municípios paranaenses;

Comparar o resultado potencial e o alcançado pelos municípios paranaenses, estratificados pelo porte populacional, no componente Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil.

1.3. JUSTIFICATIVA

A mudança de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) ocorrida a partir de 2019 com a implementação do Programa Previne Brasil introduziu componentes diferenciados de financiamento entre si. Um desses componentes é o incentivo financeiro vinculado ao desempenho das equipes da APS, baseado na avaliação de indicadores específicos, condicionada ao alcance de metas e resultados estabelecidos pelo programa.

A APS apresenta um papel importante na implantação do SUS, possui um espaço privilegiado na gestão do cuidado das pessoas, sendo a porta de entrada preferencial dos usuários nos serviços de saúde fazendo a comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017).

É sabido que existem diferentes avanços alcançados na APS desde a implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), porém ainda há vários desafios que são inerentes ao financiamento.

Portanto é de suma importância, compreender a forma que uma política de repasse de recursos aos municípios pode afetar o fortalecimento ou não da APS, principalmente a partir da avaliação de indicadores de saúde, visto que é o mecanismo de financiamento que norteia a prática assistencial das equipes. Deste modo é fundamental investigar os impactos de novos formatos de financiamento, assim como é importante acompanhar os resultados dos indicadores avaliados na APS.

Estima-se que, com os resultados observados na pesquisa, seja possível identificar o perfil dos municípios que apresentam maiores dificuldades de atingir as metas dos indicadores de desempenho da APS e o potencial de recursos que poderiam adquirir caso atingissem as metas estabelecidas. Deste modo, a análise

busca contribuir para a reflexão sobre a proposição de políticas voltadas ao financiamento da APS, buscando estratégias de apoio aos municípios mais frágeis com foco em processos de trabalho que possibilitem às equipes melhores resultados, bem como a qualificação do cuidado ofertado à população do território.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para promover a saúde de todos os povos do mundo, onde todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores, sendo necessário agir politicamente e que os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos (Brasil, 1978).

A declaração de Alma Ata afirma a partir de dez pontos que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, particularmente nos países em desenvolvimento (Brasil, 1978).

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) se define:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Brasil, 1978, p. 2-3).

Sobre a definição da APS apresentada na Alma-Ata emergiram os elementos essenciais: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil; incluindo imunização e planejamento familiar; prevenção de endemias; tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; provisão de medicamentos essenciais; promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas

complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano (Mendes, 2012).

Após a apresentação da declaração de Alma-Ata, se iniciou um debate internacional em torno de sua implementação, sendo contraposta para aquilo que havia sido aprovado por iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Desta forma, dois anos depois do encontro, o Banco Mundial e a própria UNICEF, fizeram uma proposta alternativa a Alma-Ata, sob argumentos de que faltaria dinheiro, vontade política e infraestrutura, apresentando então, como alternativa, a “APS seletiva”, com recortes mais restritos centrados na atenção da saúde da mulher e da criança, reidratação oral, aleitamento materno e imunização (Facchini, 2018).

Nos países em desenvolvimento, imperou a implementação de uma APS seletiva. Contudo, a discussão da saúde se ampliou, movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde (Giovanella; Mendonça, 2012).

Conforme Facchini (2018), lembra-se que no Brasil, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), já se tinha uma noção sobre a atenção primária universal e integral sedimentada. O movimento da reforma sanitária propunha a ideia de um sistema universal de saúde com uma APS forte, abrangente e integral que vinha se materializando em experiências em vários lugares no Brasil, como São Paulo, Rio Grande do Sul e no Nordeste.

A APS concebida no SUS foi inspirada na concepção mais abrangente, de saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado. Ela tem como estratégia prioritária para sua organização a “Saúde da Família”, por meio da atuação de equipes multiprofissionais de base territorial como o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, provisionando o cuidado individual e coletivo, considerando a longitudinalidade da atenção e integrada a uma rede de serviços regionalizada. Tem ainda como atributos o foco na família, a coordenação do cuidado e a orientação comunitária (Pereira; Lima; Carvalho *et al.*, 2022).

A construção do SUS avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da APS nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a APS como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes (CONASS, 2011).

Apresentado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2007 o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” em que considera a renovação da APS parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde, e que basear os sistemas de saúde na APS consiste na melhor abordagem para produzir melhorias sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas. Definimos um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, guiado pelos princípios da APS (OPAS, 2007).

A decodificação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta de Rede de Atenção à Saúde (RAS). São várias as razões: é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é abrangente podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público que o SUS apresenta; e é a interpretação que possibilita exercitar as funções da APS como coordenadora das RAS (Mendes, 2012).

Uma importante formulação concebeu a APS a partir da ideia de atributos do cuidado, definido como atributos essenciais: o primeiro contato, a abordagem integral do cuidado, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado; e os atributos derivados: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural, referindo-se ao grau de busca da APS pelas pessoas, ao grau de vinculação e relacionamento entre APS e pessoas sob seus cuidados, à capacidade resolutiva e ao poder para coordenar casos e fluxos assistenciais (Starfield, 2002).

A atenção ao primeiro contato (acesso) onde o sistema de saúde se organiza a partir da APS como ponto de entrada de acesso à população, organizado de tal forma a resolver os problemas das pessoas que buscam o cuidado em saúde, de

forma oportuna e resolutive, de forma eficiente e suficiente a evitar a demanda de serviços especializados sem necessidade (Starfield, 2002).

A longitudinalidade, no contexto da APS, considera que deva existir uma relação de vínculo de longa duração, interpessoal e de cooperação mútua entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde em todos os ciclos de vida do usuário, assim tendo uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, ao mesmo tempo que possibilita a redução da utilização de serviços especializados (Starfield, 2002).

Segundo Portela (2017), considera provável que a longitudinalidade no caso brasileiro seja mais precisamente avaliada se avançarmos o foco para além dos serviços usualmente identificados como provedores de APS. Se existem serviços, fora os módulos de saúde da família e demais unidades primárias tradicionais, que oferecem atenção ao primeiro contato, é presumível que esses serviços potencialmente acompanhem seus usuários ao longo do tempo para necessidades em saúde mais frequentes. Essa compreensão facilitaria a identificação da extensão e da localização dos serviços que fornecem o primeiro contato para os problemas mais comuns e acompanham seu manejo ao longo do tempo.

A coordenação do cuidado se refere à disponibilidade de informações a respeito dos serviços prestados pela APS de forma integrada com os demais pontos de atenção da rede, onde os serviços prestados na APS ocorrem de forma integrada e coordenada com os outros níveis de atenção. Essa coordenação requer mecanismos de informações e reconhecimento dos problemas dos pacientes pelos diversos profissionais envolvidos, assim os serviços se desenvolvem de forma integrada por meio de mecanismos de transferências de informações a respeito do paciente, seus problemas e da atenção recebido (Starfield, 2002).

O papel especial do profissional de APS no contexto do atributo da coordenação do cuidado seria o de moderar a tendência em relação à dominância na tomada de decisões do paciente de forma não orientada, evitar duplicações desnecessárias de exames e procedimentos, bem como minimizar o hiperdimensionamento por outro profissional. Já o papel especial dos especialistas seria o de cuidar de necessidades específicas, mas sem o exceder, ou seja, em conjunto com o paciente, submeter esse cuidado ao julgamento definitivo do médico de APS. Entretanto, há de se considerar a complexidade do processo e a

multiplicidade dos motivos de encaminhamento bem como da capacidade dos serviços de APS de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando partilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema, é um desafio a ser experimentado pelas equipes (Portela, 2017).

A integralidade é um dos atributos mais importantes para as discussões acerca da resolubilidade da APS nos diferentes sistemas de saúde, onde as unidades de APS devem garantir que o cidadão receba os serviços necessários para a resolução e acompanhamento do seu problema. A APS neste contexto tem a responsabilidade também de realizar o cuidado na atenção domiciliar e outros serviços comunitários, para isto é necessária a disponibilidade de tecnologias, recursos humanos e recursos financeiros suficientes para atender a integralidade do cuidado (Starfield, 2002).

O papel conferido pela integralidade à APS, de prestar diretamente todos os serviços para as necessidades mais comuns e agir como agente para as necessidades que devem ser atendidas em outros lugares esbarra na dificuldade de determinação da frequência das necessidades e demandas de serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção. As decisões sobre a prestação de serviços específicos enquanto responsabilidade da APS, ou de outro nível de atenção, variam conforme o lugar e a época, e dependem da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações (Portela, 2017).

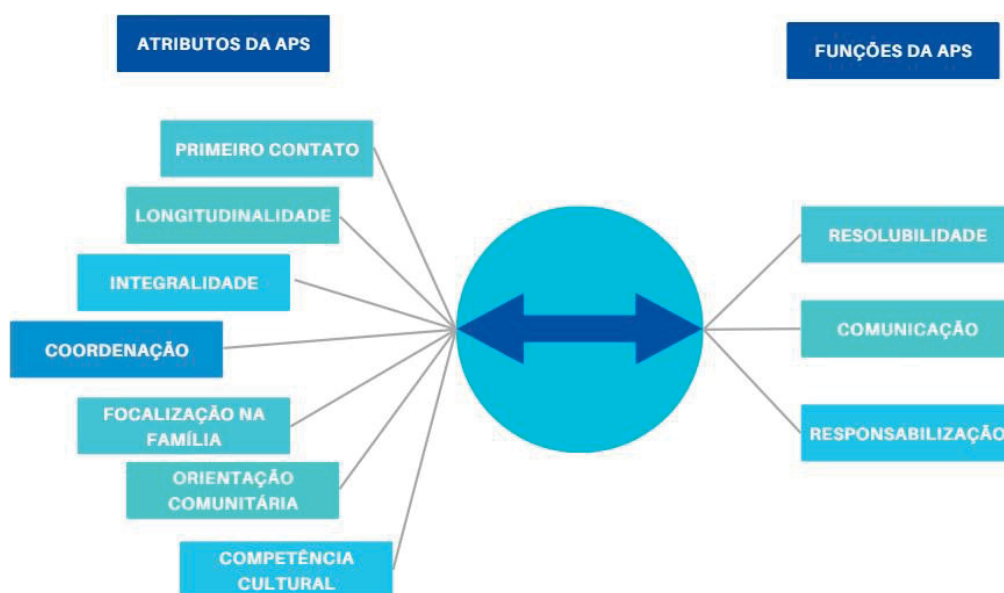
Quanto aos atributos derivados, a focalização na família considera como sujeito da atenção, exigindo uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária reconhece as necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, exigindo uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (Starfield, 2002).

De acordo com Mendes (2012), a APS, na perspectiva da RAS, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde, sendo a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples;

a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes.

Para Mendes (2015) a interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar as três funções essenciais. Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade e só será possível organizar o SUS em RAS se a APS estiver capacitada a desempenhar as três funções essenciais, apresentadas na FIGURA 1.

FIGURA 1 - Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde.



Fonte: A autora (2024) adaptado de Starfield (2002); Mendes (2012).

O serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita. A identificação da presença e extensão dos atributos é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a APS (Brasil, 2010).

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas no Brasil, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos, especialmente na atenção pré-natal, na puericultura, no cuidado domiciliar e na atenção à pessoa idosa (Mendes, 2012).

A APS na experiência brasileira, é o coração do sistema universal de saúde, pelo modelo assistencial da ESF, assiste mais de 130 milhões de pessoas por meio de um sistema público universal fundados na APS integral, como o SUS, integram cuidados individuais e ações coletivas de promoção e prevenção, cura e reabilitação. Garantem a continuidade da atenção coordenada pela APS, proporcionando o acesso à atenção especializada e hospitalar nos níveis secundário e terciário, conforme necessidades (FIOCRUZ, CNS, 2018).

Em 2018, a Declaração de Astana reafirma o compromisso da Declaração de Alma-Ata com a agenda do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS), rumo à universalidade da cobertura de saúde, reforça os Cuidados de Saúde Primários (CSP). O CSP é colocado como base de um sistema de saúde sustentável para a Cobertura Universal de Saúde (*Universal Health Coverage – UHC*) e para o alcance das metas da ODS (WHO, 2018). Para o Brasil a meta 3.8 da ODS visa assegurar a UHC, possibilitando então o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS.

Giovanella; Mendonça; Buss *et al.*, (2019), acrescenta que a afiliação de um sistema de saúde na concepção da UHC se processa por um contrato de seguro, pressupõe a definição de uma cesta explícita e, em geral, restrita de serviços, compondo um pacote mínimo de serviços para grupos populacionais marginalizados que geram “classes” de cidadãos, resultando em “serviços pobres para pessoas pobres”. Nos sistemas universais, como o SUS, não há definição de uma cesta limitada: os serviços de saúde devem ser ofertados de acordo com necessidades populacionais. (Giovanella; Mendoza-Ruiz; Pilar *et al.*, 2018).

A Declaração de Astana, como a base necessária para alcançar UHC, subsume a APS à cobertura universal que deixa de ser estratégia para o direito à saúde. Ao transmutar o direito universal à saúde em direito à cobertura universal em

saúde, ocorre uma transliteração, ou transposição de uma ordem política a outra, do direito para a cobertura, o conceito de direito à saúde que só pode ser garantido pelo Estado, foi transposto para um princípio de cobertura, isenta de dificuldades financeiras, que introduz a noção da cobrança pela prestação de serviços de saúde por agentes do mercado (FIOCRUZ; CNS 2018).

A APS no Brasil é de fato concebida de forma abrangente, sendo a principal porta de entrada da população para o SUS. Ela visa seguir os atributos essenciais e derivados de saúde propostos por Starfield (2002) e desempenhar suas funções na RAS. No entanto, os profissionais de saúde das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em seus municípios e territórios muitas vezes enfrentam dificuldades para implementar os serviços nessa lógica. As políticas públicas de saúde procuram induzir essa abordagem em busca da integralidade da atenção, colocando o usuário como foco central do cuidado qualificado.

Uma premissa essencial é que o financiamento da APS não pode ser desvinculado do financiamento do acesso universal à saúde e, portanto, dos sistemas universais de saúde, sob pena de ruptura de uma visão integrada e da localização, conceitual e política, errônea da APS como uma base alternativa de financiamento da cobertura universal. Uma APS estruturada com equipes multidisciplinares fortalece a atuação e a voz dos sujeitos individuais e, sobretudo coletivos, uma estratégia bem-sucedida de APS, como a experiência brasileira de ESF, pressiona, ao mesmo tempo, o sistema de saúde como um todo para a garantia do cuidado em todos os níveis (FIOCRUZ; CNS 2018).

A APS desempenha de fato um papel fundamental na implantação e implementação do SUS no Brasil. Esse processo foi viabilizado pela descentralização dos serviços de saúde para os municípios, com a atuação dos PACS e das ESF, que constituem o primeiro nível de atenção da RAS. Dada a importância da APS, foi criada uma política nacional voltada para promover serviços de forma mais equitativa em todo o país. Essa política envolve parâmetros para implantação de equipes, definição de atribuições e responsabilidades, além de estabelecer mecanismos de financiamento que englobam todos os entes federativos, ou seja, União, estados e municípios. O objetivo é garantir que a APS seja fortalecida e que os serviços de saúde sejam oferecidos de maneira mais uniforme e abrangente em todo o território nacional.

2.1.1 A Política Nacional de Atenção Básica

O PAC foi implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em 1991, inicialmente nas regiões norte e nordeste do Brasil, em áreas rurais e periurbanas, para atender às demandas de combate e controle da epidemia do cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação. Os profissionais ACS foram recrutados em caráter informal, subordinavam às unidades básicas administradas pela FUNASA e eram supervisionados por enfermeiros (Giovanella; Mendonça, 2012).

O PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família. Essa reunião foi a resposta do MS a uma demanda de secretários municipais de Saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (expansão do PACS para outros tipos de profissionais). Foi um momento importante, por agregar técnicos das regiões Sudeste e Sul do País, e as experiências inovadoras nessas regiões, rompendo com o isolamento do PACS, isto é, com o seu confinamento às regiões norte e nordeste (Viana; Dal Poz, 2005).

O primeiro documento do PSF, data de setembro de 1994, apresenta a concepção do programa, segundo esse documento, é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorrerá, prioritariamente, nas áreas de risco. É utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco (Viana; Dal Poz, 2005).

O PSF, conhecido hoje como ESF, teve sua primeira etapa de implantação em 1991 por meio do PACS e a partir de 1994 começaram a ser formadas as primeiras equipes com a participação dos profissionais na equipe, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e incorporando os ACS na equipe. O objetivo era a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência hospitalar, centrada na atenção à família, numa concepção mais ampliada do processo saúde-doença e de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, 2001).

Mais de uma década da implementação do PSF, em 2006, foi publicada e normatizada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde apresenta o papel

central da APS como política de saúde pública no Brasil, sendo a porta de entrada preferencial do SUS e ordenadora de todo o cuidado na RAS. Dentre as estratégias que induziram o modelo de organização da atenção básica, encontram-se a ESF e o PACS, integrando o financiamento do PAB Variável (Brasil, 2006).

Ainda em 2006 foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que ratificou o compromisso com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, visando o cumprimento de suas atribuições de coordenar e estabelecer políticas públicas para garantir a integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2015).

Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (eSB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apesar disso, nós críticos na APS persistem, tais como a infraestrutura inadequada dos estabelecimentos, o subfinanciamento, o modelo assistencial prestado e a dificuldade de contratação de profissionais médicos (Melo; Mendonça; Oliveira; Andrade, 2018).

A PNAB ao longo do tempo, passou por reformulações, sendo republicada em 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS. Nesta revisão, alterou a concepção de APS e incorporou ações desenvolvidas por novos dispositivos, como o NASF, profissionais de saúde bucal, equipes diferenciadas para atendimento de populações específicas, como de consultório na rua, ribeirinhas, fluviais e o Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2011).

O NASF era uma modalidade de equipe a ser composta por profissionais de diferentes categorias que atuam na ótica da interprofissionalidade, matriciamento, educação permanente, compartilhamento da responsabilidade clínica, para uma maior resolutividade do cuidado, e o financiamento de modalidades diferenciadas de equipes transitórias de Saúde da Família. Na mesma década, destacaram-se políticas como o Requalifica UBS, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) para a provisão de médicos, todos programas históricos para a sustentabilidade e a expansão da APS (Bousquat; Medina; Mendonça *et al.*, 2020).

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) instituído em 2011 assim como o PMMB instituído em 2013 foram iniciativas que

buscaram suprir recursos humanos na área da saúde, em especial na área médica, com o objetivo de levar profissionais para as regiões prioritárias para o SUS e fortalecer a prestação de serviços na APS e as ESF em todo o país (Brasil 2011; Brasil, 2013).

A abertura da agenda para uma nova revisão da PNAB iniciou em 2015, e mesmo com todas as questões políticas da época, se deu de forma participativa, conciliando a demanda apresentada pela gestão tripartite com a necessidade manifesta nas instâncias de controle social. Entretanto, a intensificação da agenda em um momento político instável fragilizou, sobremaneira, a sustentação técnica dos debates, apesar das pouco aparentes, mas significativas, conquistas no campo das disputas entre a fundamentação técnica e os interesses político-corporativos (Almeida; Souza; Brandão *et al.*, 2018).

A nova versão da PNAB publicada em 2017 manteve a ESF como estratégia prioritária para o fortalecimento da APS, alterou a composição da equipe mínima da equipe reduzindo o número de ACS, ao mesmo tempo, trouxe outras possibilidades de arranjos de equipes como as Equipes de Atenção Primária (eAP) com carga horária e composição mínima diferenciada; outra novidade nesta publicação é a figura do gerente da APS no qual prevê uma nova função dentro da UBS como também a possibilidade de recursos financeiros de custeio para estas modalidades (Brasil, 2017).

A PNAB de 2017 incorporou alguns padrões de cuidados denominados como “essenciais” e “ampliados” (Brasil, 2017). Ao analisar a política, Morosini; Fonseca; Lima, (2018) compreendem que estes padrões comprometem, além da universalidade, a integralidade. Isto se dá, principalmente, por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, novamente sob o argumento das condições ou especificidades locais.

A análise dos documentos relacionados à universalidade do acesso, sinalizou a presença de diversas proposições relacionadas ao enfrentamento das dificuldades para a garantia do acesso universal, demonstram, ao mesmo tempo, o afastamento desta garantia ao reorientar o trabalho das equipes de saúde para o modelo de cobertura universal, principalmente nos documentos publicados após 2015. Entre os aspectos que atuam neste sentido, destaca-se a identificação de padrões essenciais

e ampliados como diretriz organizacional do trabalho na APS (Menezes; Verdi; Scherer; Finkler, 2020).

Apesar dos avanços da APS, Lima; Pinheiro; Lima e Cordeiro, (2022) consideram que as mudanças ocorridas com a PNAB de 2017 e as notas técnicas e portarias publicadas posteriormente para a extinção de programas e o novo modelo de financiamento apresenta retrocessos referentes ao modelo de atenção no Brasil.

A última versão de atualização da PNAB em 2017 deu-se em uma conjuntura de crise política e econômica do País, incidindo avassaladoramente sobre políticas sociais, Melo; Mendonça; Oliveira e Andrade, (2018) consideram que se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal, a concentração de poder nos gestores formais do SUS.

As mudanças que ocorreram na PNAB de 2017 flexibilizaram a composição das equipes de ESF e os requisitos mínimos para cálculo da cobertura de profissionais, proporcionalmente à população. As alterações na direcionalidade se intensificaram em 2019, com a instituição de uma nova política de financiamento para a APS por meio do Programa Previne Brasil (PPB), do Ministério da Saúde, processo que coincide com a mudança no comando executivo da Presidência da República naquele ano (Pereira; Lima; Carvalho *et al.*, 2022).

Conforme Almeida; Sousa; Brandão *et al.*, (2018) a implementação da PNAB não dependerá exclusivamente do seu texto, mas sim do desenrolar do emaranhado de interesses corporativos, políticos e econômicos que se fizeram fortemente presentes durante todo o processo de discussão e reformulação da Política. A expectativa é de que esses interesses confluem no sentido da efetivação de uma APS acessível e resolutiva, fortalecendo o SUS na totalidade. A concretização dessa expectativa, contudo, depende substancialmente da participação e do protagonismo da sociedade na luta pelo direito à saúde no Brasil.

A PNAB foi inicialmente publicada em 2006 e passou por duas reformulações, uma em 2011 e outra em 2017, que está em vigor até os dias atuais. No entanto, em meio a mudanças políticas no Brasil, o MS já indica que realizará uma nova revisão desta política.

É fundamental que, independentemente das atualizações que possam ocorrer, a PNAB continue a se basear nos princípios fundamentais do SUS, como a universalidade, integralidade, equidade e participação social. Esses princípios são a base do SUS e garantem que o sistema de saúde brasileiro funcione para atender às necessidades da população, promovendo a saúde e garantindo o acesso a serviços de qualidade para todos. Portanto, qualquer alteração na PNAB deve estar alinhada com esses princípios e também com os sete atributos de saúde para a APS conseguir realizar suas funções na RAS e atender às necessidades da população.

A sociedade, a gestão e os profissionais devem estar ativamente envolvidos nas discussões que envolvem a PNAB, é necessário se discutir os interesses dos usuários do SUS e também da gestão estadual e principalmente a gestão municipal, dentro do processo de descentralização do SUS, que se esforça para manter as equipes de ESF completas e atuando nas UBS, de forma integrada com as equipes multiprofissionais e coordenando a RAS. Pensar em uma política pública de saúde estruturada, também é necessário que se estabeleça métodos de financiamento capaz de suprir com o custo desta atenção seja justo a todos os entes federados, pois os municípios estão sobrecarregados financeiramente, para prover o acesso da população aos serviços de saúde que compõe a RAS.

2.2 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A implementação do SUS se iniciou nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde, e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), como instrumentos de regulamentação do sistema (Viana; Dal Poz, 2005).

Estudos de Vázquez (2011), criticou o modo que o governo federal viabilizou o aumento do repasse de recursos para os municípios, para efetivar a descentralização do SUS, uma vez que a forma de repasse prejudicaria a autonomia decisória dos municípios que passaram a seguir regras para recebimento de incentivos estabelecidos, entendem que estas regras são um modelo de regulação federal por meio do financiamento.

A primeira norma publicada pelo governo federal, foi a NOB 1/91, apresentava o objetivo de fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS, elaborada conforme as Leis nº 8.074/90 e 8.080/90, direcionava à normatização de mecanismos de financiamento do SUS visando a adoção da nova política de financiamento do SUS para o exercício de 1991. Esta norma tratou do instrumento de convênio como forma de transferências de recursos para os estados e municípios (Brasil, 1991).

Segundo Scatena e Tanaka (2001), destacam que a normatização da NOB 1/91 evoluiu no processo de construção do SUS, o fato que esta NOB tenha sido editada sob a chancela do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), revela como são complicados, cheios de avanços e retrocessos, os caminhos de uma mudança para a descentralização da saúde.

O INAMPS foi o mantenedor e indutor de um modelo de saúde médico-assistencial hospitalar no Brasil e continuava a manter o poder (e principalmente os recursos financeiros) para editar uma norma orientadora para o SUS, tanto é que a norma privilegiava o financiamento mais especificamente da assistência hospitalar e ambulatorial (Scatena, Tanaka, 2001).

A NOB publicada em 1992 (NOB 1/92), teve como objetivo normatizar a assistência à saúde, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema, buscando garantir ao cidadão o acesso aos serviços de saúde, devendo os serviços se organizarem e articularem de forma regionalizada e hierarquizada, com gestor único e de execução municipalista em termos operacionais e gerenciais, com obrigatória participação da sociedade organizada no seu planejamento, execução, controle e avaliação (Brasil, 1992).

A NOB 1/92 tratou então sobre o financiamento do SUS por meio do Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), sendo o repasse de recursos de custeio aos municípios efetivamente “municipalizados” dentro do SUS, ou seja, municípios que atendem aos requisitos estabelecidos na Lei nº 8.142/90, que receberiam o repasse regular e automático dos recursos financeiros federais do SUS (Brasil, 1992).

A NOB 1/93 foi aprovada em 1993, regulamentou na época o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, estabeleceu os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial, tratou de diretrizes para os investimentos no setor. Esta

NOB teve como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, com avanços no gerenciamento do processo de descentralização, na prática do planejamento integrado em cada esfera de governo como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde (Brasil, 1993).

Três anos após a NOB 1/93 por meio da Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, aprovou-se a NOB 1/96, buscava-se promover e consolidar o pleno exercício, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios e redefinir as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação do SUS. Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do sistema, o município passou a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território, atribuindo papeis para cada esfera do governo (Brasil, 1996).

A introdução dos PAB Fixo e Variável na década de 1990, operados por meio de repasse financeiro fundo a fundo, iniciado com a NOB 1/96, facilitou a implantação do PSF. Esta forma de repasse de recursos superou a lógica de financiamento por convênio e produção (procedimentos), com caráter relativamente redistributivo e tipo de repasse de recursos federais mais global por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB Variável por adesão a componentes do PSF (Melo; Mendonça; Oliveira; Andrade, 2018).

A partir do PSF, iniciado em 1991 e formalmente implantado em 1994, começaram as discussões para uma mudança nos critérios de distribuição de recursos, rompendo com a exclusividade do pagamento por procedimentos. O PSF evidenciou que determinadas atividades não podem ser remuneradas por procedimentos, adaptando-se melhor a uma remuneração de tipo per capita, assim, o PSF foi peça importante para as mudanças propostas pela NOB 1/96. (Viana; Dal Poz, 2005).

Conforme Marques e Mendes (2002) o estímulo dado pela NOB 1/96 à implantação do PSF aumentou significativamente o número de equipes, contudo ressalta que foi em maio de 1998 que os municípios passaram a receber efetivamente o incentivo financeiro, inaugurando a modalidade de transferência per capita de recursos federais para os municípios.

O PSF neste contexto de financiamento, se colocou como instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, o programa foi, uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, à medida que impôs uma série de pré-requisitos para a assinatura dos convênios, incluindo o funcionamento do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e do Conselho Municipal de Saúde (CMS). O PSF funcionou como mecanismo de pressão no processo de descentralização, através da exigência de enquadramento na NOB 1/93, com vistas ao recebimento dos recursos e teve papel fundamental na mudança dos critérios de pagamento do sistema, resultando na institucionalização, através da NOB 1/96 (Viana; Dal Poz, 2005).

O PSF surge como um programa indutor da política nacional de saúde em 1994, num contexto rico de influências institucionais determinantes de sua incorporação como política prioritária do Estado brasileiro. A evolução do SUS, as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil, o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão institucional internacional por políticas consistentes de atenção básica caracterizaram esse contexto determinante da implementação do PSF (Andrade, Bezerra, Barreto, 2005).

A implantação de mecanismos de financiamento específicos para a saúde favoreceu a expansão e desconcentração de serviços e a adoção do PSF como estratégia para a referência nacional para a organização da APS no SUS. Tais mecanismos também possibilitaram a redistribuição de recursos financeiros para municípios situados em regiões mais carentes, permitindo compensar, ainda que de modo insatisfatório, desigualdades no financiamento em saúde (Pereira; Lima; Carvalho *et al.*, 2022).

A década de 90 foi marcada por grande investimento nas ações e serviços de saúde, especialmente ao nível da atenção básica. Houve um grande investimento do MS na universalização da APS, priorizando este nível para a consolidação do SUS e, paralelamente, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde (Marques, Mendes 2002).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços obtidos e focando nos desafios a serem superados, estabelecendo o processo de regionalização como estratégia para hierarquização dos serviços e busca da equidade. Por meio desta

norma, foi instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização a ser elaborado pelos estados e submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (Brasil, 2001; Brasil 2002).

O PDR é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência à saúde em cada Estado, que passa a assumir maior responsabilidade na gestão do SUS. Baseia-se nos objetivos de definição das prioridades de intervenção conforme a necessidade da população para garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção (Preuss, 2018).

A proposta de regionalização baseia-se na constatação de que, isoladamente, os sistemas dificilmente serão suficientes para garantir a integralidade das ações em saúde. Por isso, é importante os municípios buscarem formas de se tornarem complementares e otimizar os serviços já existentes, respeitando o direito dos cidadãos a terem acesso aos serviços de acordo com suas necessidades, garantindo assim o princípio da integralidade da assistência (Pereira, Quito 2004).

As NOAS-SUS 2001 e 2002 trataram da organização dos sistemas de saúde e do fortalecimento do papel dos estados e municípios como coordenador de um processo articulado de regionalização do SUS, resgatando o que a NOB 1/96 que deixou a desejar no que se refere ao processo de descentralização; visa estabelecer a garantia da integralidade da assistência por meio da APS (Pereira, Quito 2004).

Ao longo da história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar no financiamento do SUS, que exigiu um movimento de mudanças pelas reformas incrementais, mas que não foram suficientes para impor as normas em um país desigual, neste movimento, o Pacto pela Saúde 2006 se baseou nos princípios constitucionais do SUS com ênfase na saúde da população, implicando no exercício simultâneo de definição de prioridades, expressas no Termo de Compromisso de Gestão (TCG) (Brasil, 2006).

O avanço estratégico do Pacto pela Saúde foi expresso em objetivos e metas do termo de compromisso de gestão composto nas diretrizes que inclui três componentes, o pacto pela vida composto por um conjunto de compromissos sanitários que impactam na situação de saúde, incluindo o fortalecimento da atenção básica; o pacto em defesa do SUS que prevê a garantia do financiamento conforme as necessidades do sistema e o pacto de gestão do SUS definindo as competências

concorrentes e tornar mais claro quem tem que fazer, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (Brasil, 2006).

O pacto não trouxe muitas mudanças na estrutura de funcionamento da RAS do SUS, porém apresentou componentes novos como o processo de pactuação entre os gestores, extinguindo o processo de habilitação de estados e municípios. A pactuação se baseia na subsidiariedade onde considera as possibilidades de os gestores assumirem responsabilidades, não transferindo para outras esferas a execução de ação que podem ser resolvidas em seu âmbito; trouxe também mudanças na forma de recebimento dos recursos financeiros que passaram a ser por blocos de financiamento, além de incentivos financeiros para a área de gestão e planejamento (Machado, 2007).

De acordo com Viana; Dal Poz, (2005), desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, dos quais se destacam: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial baseado na doença e em ações curativas individuais a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais.

A PNAB publicada em 2006 estabeleceu o financiamento da APS composto pelo PAB Fixo e Variável, a primeira modalidade destinada a todos os municípios e a segunda modalidade de recursos financeiros destinados à implantação de estratégias de reorganização do modelo de atenção, a exemplo da equipe de ESF e o PACS. Destaca-se que os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios foram efetuados em conta aberta especificamente para a finalidade proposta, visando facilitar o acompanhamento dos CMS (Brasil, 2006).

A Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, buscou assegurar recursos mínimos para o financiamento de ações e serviços de saúde, exigindo a aplicação do mínimo da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento o ensino e nas ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 2000).

O objetivo da EC nº 29 de 2000 era evitar alguns dos problemas que, nos anos 90, comprometeram o financiamento do SUS, dentre os quais se destacam: a inexistência de parâmetro legal que induzisse os Estados, Distrito Federal e

Municípios a destinarem recursos para a área de saúde; a instabilidade (associada a ciclos econômicos e/ou à concorrência com outras políticas públicas) das fontes de financiamento no âmbito da União, responsável pela maior parcela dos recursos destinados ao SUS e a natureza emergencial e provisória de medidas recorrentemente adotadas para fazer frente à falta de recursos para o setor (CONASS, 2003).

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou a EC nº 29 após 12 anos de sua publicação, apresentou como ausência a não vinculação de recursos federais para a saúde, não logrou que a União destine 10% das suas receitas correntes brutas para a saúde, como vinha sendo requerido pelos sanitaristas por meio do “Movimento Saúde +10”, frustrando a grande expectativa de ampliação de recursos para o setor (Brasil, 2012; CONASS, 2013).

A partir de 2011, a revisão da PNAB, determinou valores diferenciados para o cálculo do PAB Fixo e contou com programas para ampliação do acesso e qualificação dos profissionais da APS no SUS, como o PMAQ, o PROVAB e o PMMB este voltado para o enfrentamento do déficit de médicos para os serviços de APS nos municípios. O PMAQ então foi uma forma diferenciada do repasse de recursos do MS, uma vez que dependia de uma avaliação externa das equipes da APS dos municípios aderidos ao programa (Pereira; Lima; Carvalho *et al.*, 2022; Brasil, 2011).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 de 2011, posteriormente revogada pela Portaria nº 1.645 de 2015, este programa tinha o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, visa a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS conforme resultado da avaliação das equipes da APS contratualizadas (Brasil, 2015).

Embora o PMAQ tenha permitido em de alguma forma, os aspectos monitorados pelo programa ajudaram a impulsionar melhorias nas instalações físicas das unidades e trouxeram a discussão sobre planejamento e organização dos serviços, as dificuldades no monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde (resultados apresentados aos gestores apenas no momento da emissão da nota das equipes) e o grande número de variáveis envolvidas no processo avaliativo, tornaram o programa alvo de muitas críticas pelos gestores municipais. Sua metodologia,

considerada por muitos gestores municipais como complexa e ainda pouco compreendida, ocasionou 1.025 recursos administrativos no 2º Ciclo, todos questionando os resultados da avaliação (Sellera; Pedebos; Harzheim *et al.*, 2020).

O cenário de reformulação do modelo de financiamento federal da APS, realizado pelo governo federal em 2019, insere-se em um contexto mais amplo de mudança das regras que orientam as transferências federais e o financiamento do SUS, observado desde 2015. Destaca-se o estabelecimento de emendas impositivas ao Orçamento Federal, por meio da EC nº 86/2015; e o congelamento das despesas primárias da União por duas décadas, a partir de 2017, determinado pela EC 95/2016, que instituiu um novo regime fiscal no país (Brasil, 2016; Pereira; Lima; Carvalho *et al.*, 2022).

Neste contexto, a EC nº 86, de 17 de março de 2015, alterou os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Além de estabelecer o Orçamento Impositivo, ou seja, transformar despesas voluntárias (como as emendas parlamentares) em obrigatórias estabelece o percentual mínimo de 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro obrigatório para a União destinar à Saúde, de forma escalonada, até 2020, quando atinge o percentual mínimo total, ainda retiram a obrigatoriedade de reavaliação do percentual definido como mínimo do orçamento da União a ser destinado à Saúde (Brasil, 2015; Silvia; Silva 2015).

O teto de gastos da União foi instituído pela EC nº 95/2016, aprovada pelo legislativo em dezembro de 2016, inseriu no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias vários dispositivos que implementaram um novo regime fiscal com um limite para os gastos do governo federal, que vigorará pelos próximos 20 (vinte) anos. Para a educação e a saúde, o ano-base será este 2017, com início de aplicação em 2018, qualquer mudança nas regras só poderá ser feita a partir do décimo ano de vigência do regime, e será limitada à alteração do índice de correção anual (Brasil, 2016; Mariano, 2017).

As regras do novo Regime Fiscal dado pela EC n º 29/2016 não permitem, assim, o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem, o que diferencia o caso brasileiro de outras experiências estrangeiras que adotaram o teto de gastos públicos. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em

outras. As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte anos), o que poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira (Mariano, 2017).

Ao analisar as implicações da EC 86/2015, Funcia (2015) conclui que a combinação das novas regras de cálculo para apuração do valor da aplicação mínima constitucional com a da execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais agravará o quadro de subfinanciamento do SUS. Este agravamento será sentido para a União, Distrito Federal, Estados e Municípios em 2015, 2016 e, muito provavelmente, também em 2017, o que representará mais uma perda parcial de direitos sociais duramente conquistados pela sociedade brasileira, se nada for feito para reverter essa situação.

A EC 126/2022, conhecida como “PEC da Transição”, definiu que a regra do teto de gastos federal da EC 95/2016 foi substituída por um novo arcabouço de regras fiscais, com essa revogação, voltam a valer os pisos antigos da saúde e educação, com efeito, será necessário considerar os efeitos fiscais dessa modificação a partir de 2024 (Borges; Resende; Pires, 2023).

A EC 126/2022 estabeleceu que as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 2% (dois por cento) da receita corrente líquida do exercício anterior e a metade desse percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde, até então, segundo o que estabelecia a EC 86/2015, o valor era de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual deveria ser destinada a ações e serviços públicos de saúde (CONASEMS, 2022).

Estudo realizado por Cruz; Barros; Souza (2022) sobre o financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios conclui que os resultados apresentam a permanência de velhos problemas desde a criação do SUS, persiste na insuficiência de dispositivos constitucionais ou legais que garantam a sustentabilidade financeira e a distribuição equitativa de recursos, o subfinanciamento não superado gerou um crescimento real de gastos em saúde pelos municípios, sustentado pelo aumento de receitas.

Ainda como sugerem os resultados da pesquisa realizada por Cruz; Barros; Souza, (2022), as medidas de austeridade fiscal como exemplo a EC nº 95/2016 são deletérias especialmente aos municípios de menor renda domiciliar e de menor porte populacional, pois estes apresentam uma dependência fiscal no financiamento da saúde visto que já eram e/ou se tornaram mais dependente, sendo mais suscetíveis aos impactos negativos de restrições orçamentárias que atentam a transferência de recursos (Cruz; Barros; Souza, 2022).

A Emenda Constitucional nº 126 de 2022, dispõe sobre as emendas individuais de parlamentares ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 2% (dois por cento) da receita corrente líquida do exercício anterior ao do encaminhamento do projeto, observado que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 2022). Até então, segundo o que estabelecia a EC 86/2015, o valor era de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual deveria ser destinada a ações e serviços públicos de saúde (CONASEMS, 2022).

Ulinski; Carvalho; Vieira *et al.*, (2024) e colaboradores, ao fazer uma análise dos efeitos das emendas parlamentares, constataam a existência de um grande desequilíbrio na alocação de recursos do MS, segundo o porte populacional dos municípios, em favor dos que têm menor população. Foram identificadas diferenças de até 16 vezes no valor per capita em emendas parlamentares para APS entre os municípios com até 5 mil habitantes e aqueles com mais de 500 mil, evidenciando as distorções causadas por essa forma de transferência de recursos no período avaliado de 2015 a 2020.

A partir de 2017, temos marcos que alteraram a direcionalidade até então instituída para a política de APS no Brasil. Podemos citar a segunda revisão da PNAB, em 2017, que trouxe como mudanças a flexibilização da cobertura do ACS, o financiamento de outras modalidades de equipe (não apenas a eSF) e a dicotomia das ofertas de serviço em básicos e ampliados. Além disso, em 2019, o novo modelo de financiamento foi regulamentado no país, o Programa Previne Brasil, que extinguiu o PAB fixo e passou a organizar o financiamento da APS nos seguintes eixos: captação ponderada, desempenho e incentivo a ações estratégicas e incentivo por critério populacional (Pereira; Lima; Carvalho *et al.*, 2022).

O propósito da PNAB de 2017, e outras medidas adotadas pelo governo federal, como a PEC 95/2016, evidenciam o descaso e o descompromisso com a saúde pública. A tendência é que estas medidas corroboram com a desconstrução do SUS, através da limitação de recursos e mudança de um modelo assistencial para um modelo de saúde hospitalocêntrico dicotômico ao modelo de atenção vigente (Ferreira; Ladeia, 2018).

O financiamento da APS implementado pelo MS em 2019, o Programa Previner Brasil rompe com o modelo de financiamento que até o momento era baseado na população municipal o PAB fixo e diminui os componentes de pagamento por incentivo a programas específicos repassados a partir da existência dos serviços. Essa reforma do modelo de financiamento objetiva induzir as equipes a trabalhar com maior responsabilização pela população adscrita a partir do cadastramento das pessoas às equipes, aumentando a responsabilização das mesmas com seus pacientes e com melhoria da qualidade do cuidado (Harzheim; D'Avila; Pedebos *et al.*, 2022).

Importante destacar que com o novo modelo de financiamento de custeio da APS, instituído pelo Programa Previner Brasil, alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre os quais os parâmetros e custeio do NASF, dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF, dando mais autonomia ao gestor municipal para compor suas equipes (Brasil, 2020).

Buscando fortalecer a APS, em 2023 foi instituído um novo incentivo para a modalidade de equipes multiprofissionais (eMULTI) da APS, recurso este que depende da adesão dos municípios, prevê modalidades com a composição da equipe por diversas categorias profissionais, de diferentes áreas de conhecimento, buscando ampliar o escopo de ações das equipes de saúde da família favorecendo os atributos da APS, conforme prevê a PNAB (Brasil, 2023).

Em abril de 2024, o MS publicou a Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Este novo modelo de financiamento, o cofinanciamento federal de apoio à manutenção da APS é constituído por seis componentes (Brasil, 2024).

Em 2019, o financiamento tem uma mudança de forma de repasse, pelo programa Previne Brasil, com repasses a partir de 4 (quatro) componentes, em 2024 novas mudanças são instituídas na metodologia de cofinanciamento, este com repasse de recursos financeiros a partir de 6 (seis) componentes, conforme FIGURA 2.

FIGURA 2 – Financiamento da APS a partir de 2019.



Fonte: A autora (2024).

A nova política de financiamento vigente incorporou muitas características do Previne Brasil, alterou a classificação dos municípios que até então considerava a classificação do IBGE. Passou a utilizar a classificação através do Indicador de Equidade e Dimensionamento - IED, que leva em consideração a classificação dos municípios e do Distrito Federal de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), calculado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), e o porte populacional, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o resultado do IED é apresentado em 4 estratos (1 a 4), sendo que o estrato 1 elenca os municípios mais vulneráveis e de menor porte populacional (SAPS; CONASEMS; CONASS, 2024).

O novo modelo de financiamento incorporou um componente muito semelhante ao antigo PAB Variável. O componente fixo para manutenção das equipes de eSF e das eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, eSB e eMulti; com

valores fixos mensais a serem repassados aos municípios, esses valores variam de município para município conforme o IED (Brasil, 2024).

O componente de vínculo e acompanhamento territorial para as equipes de eSF e eAP, se assemelha ao componente da captação ponderada do Previnde Brasil. Considera então o cadastro do cidadão e como diferencial acrescenta o acompanhamento desta população, visa estimular a qualificação do cadastro e reorganização da APS (Brasil, 2024).

O componente de qualidade para as equipes, se assemelha ao componente por desempenho do Previnde Brasil. Visa a estimular o alcance dos indicadores pactuados tripartite, com o objetivo de incentivar a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados na APS, buscando induzir boas práticas e aperfeiçoar os resultados em saúde (Brasil, 2024).

O componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS, se assemelha ao componente de Ações Estratégicas do Previnde Brasil. Este componente contemplará o custeio de equipes e serviços implantados nos municípios, é importante destacar que o Programa Saúde na Hora e Informatiza APS foram revogados neste novo financiamento (Brasil, 2024).

O novo financiamento colocou a Saúde Bucal como um componente, deixando de ser uma ação estratégica como era no Previnde Brasil, com o objetivo de apoiar as ações de saúde bucal nos territórios (Brasil, 2024).

Por fim, o componente per capita de base populacional, se assemelha ao componente de critério populacional do Previnde Brasil. Nesta metodologia o cálculo do componente considerará a estimativa populacional dos municípios divulgada pelo IBGE ou o Censo Demográfico do IBGE, o que for mais recente (Brasil, 2024).

O financiamento da APS é de fato um grande desafio para o processo de descentralização da saúde no âmbito do SUS. Embora tenham ocorrido avanços, como a implementação do PAB fixo e variável em 1996 e a criação de programas como o PMAQ e o componente por desempenho do Previnde Brasil para o repasse de recursos por meio da avaliação de indicadores, ainda existem questões críticas a serem enfrentadas, esperando superar na nova metodologia de financiamento implantada em 2024.

O referencial teórico apresentado sobre o financiamento da APS indica avanços significativos, mas também retrocessos quando programas relevantes deixam de ser financiados pelo MS. Por exemplo: o desfinanciamento do NASF em 2019 e a extinção do programa Saúde na Hora e Informatiza APS em 2024, representam desafios para a manutenção de programas estratégicos necessários ao fortalecimento da APS.

Além disso, a constante publicação de emendas constitucionais relacionadas ao financiamento, que impactam no SUS, cria incertezas e desafios adicionais para os gestores de saúde dos municípios, dificultando o planejamento e a garantia de recursos para a ampliação de serviços básicos de atenção à saúde, podendo comprometer a qualidade e continuidade do cuidado na RAS. Assim, é fundamental buscar soluções que assegurem e garantam um financiamento sustentável e previsível para a APS, a fim de assegurar o acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde primários para todos os cidadãos, como prevê o SUS.

2.2.1 O Modelo de financiamento da Atenção primária à Saúde do Previner Brasil Para

a construção de Previner Brasil, o MS contou com um time de pessoas vinculadas à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e com o apoio técnico de profissionais do Banco Mundial, da Universidade de Harvard, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, realizaram uma revisão de todos os repasses federais para a APS e paralelamente uma revisão da literatura nacional e internacional que apontou para um modelo misto de financiamento (Harzheim, 2020).

Modelos de financiamento por capitação são encontrados em diversos países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Espanha, Suécia, Noruega, Holanda, Nova Zelândia, entre outros. Modelos de pagamento por desempenho são adotados em países como Austrália, Portugal, Turquia, Reino Unido, Nova Zelândia, entre outros, com objetivo de melhoras de indicadores e a produtividade. O Brasil optou pelo modelo misto de financiamento da APS. Assim como Reino Unido, o novo modelo de financiamento do Brasil pactuado tripartite envolve o componente de capitação

ponderada, pagamento por desempenho e pagamento para oferta de serviços específicos (Harzheim, 2020).

Para a realização das mudanças de financiamento o MS realizou estudos sobre os recursos já estabelecidos e o impacto aos municípios após os cálculos dos valores previstos em 2019 e 2020, estes valores foram comparados para avaliação de possíveis perdas e ganhos e na simulação de resultados realizado demonstrou que 1.354 de um total de 5.570 municípios (24%) apresentariam perda de receitas em 2020. Para equilibrar esse cenário, o MS resolveu garantir às 12 competências de 2020 o valor do melhor PAB (fixo + Variável) do ano de 2019. O período de transição definido foi de um ano e, para tanto, considerado o ano de 2020. Por outro lado, há ganho potencial de R\$ 2,3 bilhões para mais de 4.200 municípios (Harzheim; D'Avila; Pedebos *et al.*, 2022).

O Programa Previne Brasil normatizado em 2019 se tornou o modelo de financiamento da APS no SUS, estabeleceu o custeio da APS por meio de três componentes, capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, onde os recursos serão transferidos aos municípios (Brasil, 2019). Em 2020, foi incorporado ao financiamento da APS o quarto componente, denominado como incentivo financeiro com base em critério populacional, no qual o repasse do recurso será com base na estimativa populacional IBGE dos municípios e Distrito Federal (Brasil 2019; Brasil 2021).

O Componente desempenho se dá pelo cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho, efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes de eSF e eAP credenciadas e cadastradas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). O valor do pagamento por desempenho será calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador por equipe e o incentivo financeiro do pagamento por desempenho repassado ao município ou Distrito Federal corresponde ao somatório dos resultados obtidos por equipe (Brasil, 2019).

A metodologia de pagamento por desempenho veio em substituição aoPMAQ. O modelo avaliativo para a APS proposto pelo MS no componente dedesempenho incluiu o monitoramento e a avaliação na base do processo de financiamento. Além disso, a proposta é que fosse mais simples, transparente e contínuo do que o PMAQ, utilizando um conjunto sucinto de indicadores de introdução

para uma crescente e complexidade progressiva, dando aos gestores e profissionais de saúde tempo para adaptação. Para tanto, uma série de mudanças nas bases de dados e sistemas de capitação foram realizadas, gerando maior capacidade de análise de dados em todos os níveis de gestão (Sellera; Pedebos; Harzheim *et al.*, 2020; Pereira; Lima; Carvalho *et al.*, 2022).

Ainda sobre o PMAQ que inovou positivamente a forma de avaliar as equipes, possuía um método avaliativo com inúmeras limitações. Um de seus componentes era baseado em coletas presenciais de baixa periodicidade (2 a 3 anos), sem cronograma transparente pré-estabelecido, com uso de diversos questionários sem qualquer validação nacional estatística e científica, que geravam mais de 1.000 variáveis que compunham a avaliação final de cada equipe de ESF. Além disso, o recurso do PMAQ era repassado apenas para as equipes que aderiam, visto que era uma avaliação opcional, que atingia cerca de 36 mil equipes de ESF, cerca de 80% do total das equipes existentes em 2019 o que significa que para 20% das ESF não havia nenhum tipo de avaliação do cuidado prestado à população brasileira (Harzheim, 2020).

Os indicadores pactuados para o pagamento do incentivo financeiro de desempenho abrangem ações estratégicas de saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança e doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus). Cada indicador apresenta a sua meta individual e um peso, esses valores compõem a nota final do município, denominado então este resultado municipal como Indicador Sintético Final (ISF), avaliado quadrimestralmente. A FIGURA 3 apresenta os Indicadores Previne Brasil para o ano de 2022 (Brasil, 2021).

FIGURA 3 – Indicadores por desempenho para o ano de 2022.

ÁREAS ESTRATÉGICAS	INDICADOR AVALIADO	META	PESO
Pré-natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	45%	1
Pré-natal	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60%	1
Pré-natal	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%	2
Saúde da mulher	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	40%	1
Saúde da criança	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza tipo b e Poliomielite inativada	50%	2
Doenças crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	50%	2
Doenças crônicas	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada	50%	1

Fonte: A autora (2024) adaptado de Brasil (2021).

O modelo de financiamento no componente por desempenho era baseado em experiências internacionais de APS, notadamente Reino Unido e Portugal, observados seus acertos e erros percebidos ao longo de décadas, incorporando a necessidade já bem demonstrada de incentivar financeiramente a manutenção de uma base cadastral de usuários ativa como balizador do sistema, minimizando o risco de efeitos indesejados advindos da seleção de determinados indicadores. Dessa forma, o Brasil passa a incorporar às diretrizes da APS o que há de mais concreto em avaliação da APS no mundo, avançando de maneira segura e devidamente estruturada, sempre com o cidadão no foco do sistema e prezando pela eficiência no gasto público (Sellera; Pedebos; Harzheim *et al.*, 2020).

No estado do Paraná, foi observado que houve algumas melhoras em alguns indicadores ao longo do ano de 2022, enquanto outros mantiveram uma tendência estável, isso sugere que ações e melhorias implementadas pelos gestores podem ter tido impacto positivo em alguns indicadores. A TABELA 1 apresenta como os

indicadores por desempenho evoluíram ao longo dos três quadrimestres do ano de 2022 no Paraná.

TABELA 1 - Evolução do resultado dos indicadores por desempenho no Paraná em 2022.

Período avaliado Ano 2022	% Pré-Natal (6 consultas) Meta 45%	% Pré-Natal (Sífilis e HIV) Meta 60%	% Gestantes Saúde Bucal Meta 60%	% Cobertura Citopatológico Meta 40%	% Cobertura Polio e Penta Meta 95%	% Hipertensão (PA Aferida) Meta 50%	% Diabetes (Hemoglobina Glicada) Meta 50%
1º Quadrimestre	51	58	48	18	76	17	15
2º Quadrimestre	55	68	55	20	78	25	23
3º Quadrimestre	52	64	54	23	75	28	27

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB (2024).

É importante mencionar que durante a pandemia, houve uma decisão tomada em uma reunião da CIT para ajustar a aplicação dos indicadores de desempenho. Inicialmente, a ideia era aplicar os resultados reais de sete indicadores no último quadrimestre de 2022, mas isso não aconteceu conforme planejado. No primeiro quadrimestre, apenas os indicadores I e II relacionados às gestantes foram considerados. No segundo quadrimestre, os indicadores III, VI e V foram introduzidos. E essa mesma configuração foi mantida no último quadrimestre (Brasil, 2022; Brasil, 2023).

Essa flexibilização pode ter sido uma resposta à complexidade da situação durante a pandemia, permitindo uma adaptação gradual, é importante documentar e comunicar essas mudanças para garantir a transparência e compreensão do pagamento por desempenho no ano de 2022.

O Previne Brasil propôs sete indicadores de desempenho para o ano de 2020 e após era previsto o incremento de mais sete indicadores para 2021 e outros sete para 2022, incluindo indicadores globais de qualidade da APS, como net promoter score, os escores do PCATool-Brasil e os escores do PDRQ-9, no entanto, devido à pandemia de covid-19, e o pagamento por desempenho não tem considerado o resultado real obtido, essa situação atrasou o avanço da APS no Brasil (Harzheim; D'Avila; Pedebos *et al.*, 2022).

O Componente captação ponderada considera para fins de pagamento de recursos o quantitativo de usuário cadastrado por equipe de ESF e EA homologada pelo MS. O cadastro do usuário deve ser realizado pelas equipes no prontuário do cidadão, após transmitido as informações via sistema E-SUS APS do MS. Para obter o consolidado dos cadastros realizados pelas equipes, é necessário extrair a

informação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do MS (Brasil, 2019).

Um dos focos do Previnir Brasil é colocar as pessoas no centro do sistema de saúde, incentivando os municípios a identificarem os cidadãos atendidos por meio de cadastros melhor qualificados, dando as condições estruturais para uma maior responsabilização das equipes da ESF pelas pessoas. Isso, aliado a uma estratégia de informatização, permitiu um rápido crescimento da base de cidadãos devidamente identificados e com efetivo atendimento pelas equipes de Saúde da Família (eSF) (Harzheim; D'Avila; Pedebos *et al.*, 2022).

O modelo de capitação visa permitir que as pessoas tenham liberdade para se cadastrar em qualquer equipe, sem a necessidade de vinculação feita exclusivamente por critérios geográficos. Se o cidadão for cadastrado por uma eSF, mas não for efetivamente atendido, a eSF que de fato o atendeu acaba ficando com o cadastro efetivado junto ao governo federal, mesmo nos casos em que essa efetivação envolva eSF de municípios diferentes. Essa abordagem corrige distorções provocadas pelo modelo de pagamento per capita de população total (antigo PAB fixo), já que esse critério não destinava recursos para onde o cidadão era efetivamente atendido (Harzheim; D'Avila; Pedebos *et al.*, 2022).

No estado do Paraná, o componente de capitação ponderada estimulou as equipes de ESF e EAP a cadastrarem a população atendida nas UBS. Os dados de cadastro demonstram a evolução dos cadastros da população atendida nas UBS ao longo do ano de 2022, bem como a cobertura da APS em relação à população total, apresentados na TABELA 2.

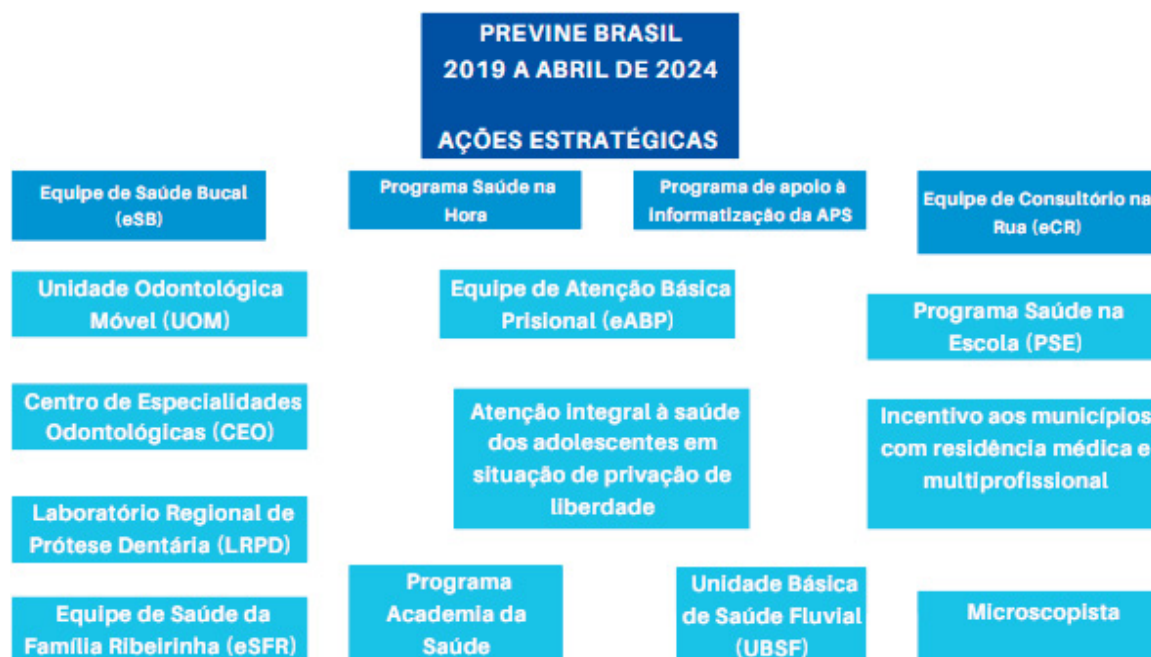
TABELA 2 – Evolução de cadastro da população no Paraná no ano de 2022.

Competência CNES ano 2022	População	Qt. Total de cadastros (limitado pela população IBGE)	Cobertura APS
Janeiro	11.597.484	9.309.173	80.26%
fevereiro	11.597.484	9.363.929	80.74%
março	11.597.484	9.367.568	80.77%
abril	11.597.484	9.429.562	81.3%
maio	11.597.484	9.555.876	82.39%
junho	11.597.484	9.615.326	82.9%
julho	11.597.484	9.673.350	83.4%
agosto	11.597.484	9.712.865	83.74%
setembro	11.597.484	9.725.075	83.85%
outubro	11.597.484	9.810.192	84.58%
novembro	11.597.484	9.861.620	85.03%
dezembro	11.597.484	9.910.775	85.45%

Fonte: A autora (2024) adaptado de SISAB (2024).

O componente de ações estratégicas considera as especificidades e prioridades em saúde, os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde. As transferências financeiras observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e o financiamento das respectivas ações, programas e estratégias. Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas conforme a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam implementar programas, estratégias e ações que refletem a necessidade dos territórios para a melhoria da APS (Brasil, 2019), conforme apresenta a FIGURA 4.

FIGURA 4 – Programas Estratégicos do Ministério da Saúde.



Fonte: A autora (2024) adaptado de Brasil (2019).

A gestão municipal da APS tem se utilizado de um conjunto de programas e ações estratégicas, resultantes de normas técnicas e administrativas propostas pelo MS, para responder às necessidades de saúde em seus municípios. Para a implantação dos programas e ações estratégicas mais adequados à realidade local, faz-se necessário o amplo conhecimento da população e do território sob a responsabilidade dos municípios. Após a análise do território e da identificação de necessidades, o gestor deve atuar visando implantar ações e serviços que deem respostas às necessidades percebidas, e uma das formas de organizar a atenção e realizar o credenciamento de equipes e implantando programas estratégicos (Pereira; Lima; Carvalho *et al*, 2022).

Por fim, o último componente que foi incorporado ao Previne Brasil é o incentivo financeiro com base em critério populacional, o repasse do recurso se dá com base em critério populacional onde considera a estimativa populacional dos municípios e Distrito Federal mais recente divulgada pelo IBGE, (2021); Brasil, (2021).

Segundo Massuda (2020), ao analisar os possíveis impactos do novo financiamento da APS apresenta uma crítica sobre o financiamento do Previne Brasil, considera que numa perspectiva de prolongada restrição orçamentaria, agravará o

sub-financiamento público da saúde no Brasil, podendo contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF, concluindo então que se trata, portanto, de um retrocesso que deve ser enfrentado pelo conjunto da sociedade brasileira.

O modelo de financiamento do Previner Brasil em conjunto com as demais ações desenvolvidas pela SAPS (Saúde na Hora, Informatiza APS, Médicos pelo Brasil, Incentivo a Residência Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional), busca a inclusão de 50 milhões de pessoas que não estão cadastradas junto as ESF, implementa a capitação ponderada corrigindo, dessa forma, distorções de acesso aos mais vulneráveis, possibilita uma reorganização do cuidado pois induz uma identificação mais adequada das pessoas vinculadas a cada equipe de saúde da família, impõe a melhoria de indicadores buscando melhores resultados no cuidado, motiva o uso de prontuários eletrônicos do paciente qualificando as informações do paciente e permitindo um cuidado longitudinal e coordenado mais adequado, todas essas ações com objetivo final de fortalecer os atributos da APS (Harzheim; D'Avila; Pedebos *et al.*, 2022).

O estudo realizado nesta dissertação analisa o componente por desempenho da APS no Estado do Paraná no ano de 2022, por meio do Programa Previner Brasil. Essa análise é fundamental para compreender como o financiamento e como as mudanças nos processos de trabalho das equipes podem resultar em melhores indicadores de saúde para os municípios. Isso sugere uma abordagem abrangente que não apenas examina os aspectos financeiros, mas também os aspectos operacionais e práticos da prestação de serviços de saúde.

Ao compreender como o financiamento e as mudanças nos processos de trabalho podem impactar os indicadores de saúde, os gestores e profissionais de saúde podem tomar decisões mais sensatas e direcionadas para melhorar o sistema de saúde e os resultados para a população atendida.

É importante destacar que em 2024, houve nova mudança na metodologia de financiamento da APS, em que o programa Previner Brasil foi revogado. As mudanças metodológicas do cofinanciamento da APS se assemelham ao Previner Brasil, os municípios terão um período de um ano para se adequar às novas normativas e indicadores que serão implantados.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO E DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional, ecológica de múltiplos grupos, retrospectiva, sobre o componente de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil, como modelo de financiamento da APS, nos 399 municípios do Estado do Paraná.

A pesquisa foi composta por três etapas, sendo elas: 1. análise documental; 2. elaboração do banco de dados; 3. análise do pagamento por desempenho da APS nos municípios do Paraná.

3.2 PRIMEIRA ETAPA: ANÁLISE DOCUMENTAL

Na primeira etapa, foi realizada uma análise documental para explorar os marcos legais da Política Nacional da Atenção Primária à Saúde e a evolução do seu modelo de financiamento. A busca dos documentos foi conduzida por meio de páginas eletrônicas do Ministério da Saúde, onde são publicadas as leis, cadernos, portarias e notas técnicas afetas ao tema.

A partir da base de dados do Ministério da Saúde, elaborou-se uma série histórica da cobertura populacional da APS no Estado do Paraná, no período de 2012 a 2022. Dados gerados em novembro de 2023, na plataforma e-Gestor AB (link: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>).

Apresentado, o Indicador de Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Estado do Paraná no período de 2012 a 2022. Para o cálculo deste indicador, foi gerado um arquivo de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), modalidade Dados, Tipo de Arquivo RD- AIH Reduzida, nos anos de 2012 a 2022), UF Paraná no link: <https://datasus.saude.gov.br/transferecia-de-arquivos/>, com o arquivo gerado, foi realizada a tabulação de dados do Sistema Tabwin.

Além do ICSAP estadual, apresentado na pesquisa o ICSAP dos municípios paranaenses, conforme o porte populacional no período de 2012 a 2022. Para este indicador, foi realizado a tabulação dos dados de conforme descrito acima para os 399 municípios, após gerar a tabulação de dados, os municípios foram agrupados de acordo com o porte populacional, e por fim realizado o cálculo do ICSAP para cada grupo de municípios.

Os municípios foram agrupados de acordo com seu tamanho populacional, baseado nos grupos padronizados pelo IBGE: ≤ 5.000 ; 5.001-10.000; 20.001-50.000; 10.001-20.000; 50.001-100.000; 100.001-500.000; > 500.000 habitantes. Para agrupar os municípios em porte populacional, no período de 2012 a 2021 foi utilizado a população estimada IBGE, link <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/downloads-estatisticas.html>, para o ano de 2022 foi utilizado a população do Censo do IBGE, disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>.

3.3 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO DO BANCO DE DADOS

O financiamento pelo componente por desempenho do Previnde Brasil estudado nesta pesquisa no ano de 2022, se deu, pelo fato de que nos anos anteriores, o recurso deste componente não foi pago pelos resultados reais obtidos pelos municípios, então independente de atingir resultados satisfatórios ou não. Desta forma a elaboração do banco de dados para a pesquisa, utiliza o ano de 2022, no qual é possível analisar este componente de financiamento.

O banco de dados foi elaborado com os seguintes dados dos 399 municípios do Paraná: porte populacional; número de Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP); recurso financeiro recebido pelo Componente Pagamento por Desempenho do Programa Previnde Brasil no ano de 2022, a partir dos resultados de desempenho quadrimestrais; potencial de recebimento de recurso financeiro pelo Componente Pagamento por Desempenho do Programa Previnde Brasil em 2022, considerando o número eSF e eAP.

Para melhor compreensão do valor financeiro repassado a cada município, algumas considerações precisam ser pautadas. No ano de 2019, o MS definiu na Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 que o Pagamento por Desempenho

seria efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Indicadores esses já apresentados no referencial teórico (Brasil, 2019).

Os valores estabelecidos para o pagamento por desempenho para cada modalidade de equipe da APS foram apresentados na Portaria nº 2.713 de 06 de outubro de 2020 (Brasil, 2020):

- R\$ 3.225,00 para a Equipe de Saúde da Família;
- R\$ 2.418,75 para a Equipe de Atenção Primária na modalidade II 30 horas e;
- R\$ 1.612,50 para a Equipe de Atenção Primária na modalidade I de 20 horas.

Esse valor é considerado o valor potencial pelo componente de desempenho. É o valor que cada município poderia receber, para cada uma de suas equipes, caso atingisse 100% das metas estabelecidas nos indicadores de desempenho avaliados no período.

Num segundo momento, é calculado o Indicador Sintético Final (ISF) de cada município, que se constitui em uma nota que varia de 0 a 10. Para a definição desse, foram avaliados cada um dos 7 indicadores previamente expostos no referencial teórico.

Para a definição do valor a ser recebido efetivamente, “cenário real”, pelo município, é calculado o valor financeiro proporcional a ser repassado. Vale ressaltar que no ano de 2022 a definição do pagamento foi realizada por um escalonamento, conforme apresenta o QUADRO 1 (Brasil, 2022; Brasil, 2023).

QUADRO 1 – Resumo dos quadrimestres avaliados, pagamento e do escalonamento dos sete indicadores de 2022

Quadrimestre avaliado dos indicadores por desempenho da APS	Competência financeira de pagamento do componente financeiro de desempenho da APS	Escalonamento dos sete indicadores estabelecidos no ano de 2022
1º Quadrimestre 2022 – Meses de janeiro, fevereiro, março, abril de 2022.	Junho, julho, agosto e setembro de 2022.	Percentual de alcance real para as metas dos indicadores elencados nos incisos I e II e o percentual de alcance de 100% para as metas dos indicadores elencados nos incisos III, IV, V, VI e VII.
2º Quadrimestre 2022 – Meses de maio, junho, julho e agosto de 2022.	Outubro, novembro, dezembro de 2022 e janeiro de 2023. O percentual de alcance real para as metas dos indicadores elencados nos incisos I e II	Percentual de alcance real para as metas dos indicadores I, II, III, IV e V e o percentual de alcance de 100% para as metas dos indicadores elencados nos incisos VI e VII.
3º Quadrimestre 2022 – Meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2022	Fevereiro, março, abril e maio de 2023.	Percentual de alcance real para as metas dos indicadores I, II, III, IV e V e o percentual de alcance de 100% para as metas dos indicadores elencados nos incisos VI e VII.

Fonte: A autora (2024).

Como exemplo: os indicadores avaliados nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril de 2022 foram consolidados pelo MS em maio. Nesse momento, foi gerado o ISF para definição do valor a ser repassado ao município. O valor é repassado em junho, julho, agosto e setembro de 2022.

Para ficar claro, descreveremos a situação de um município do Paraná com população de 7.360 habitantes, com 2 equipes de eSF e 1 equipe de eAP na modalidade I de 20 horas, com valor repassado em junho de 2022. O **valor potencial** seria: $(2 \times R\$ 3.225,00 + R\$ 1.612,50) = \mathbf{R\$ 8.062,50}$. O valor do ISF do primeiro quadrimestre foi de 2,74, como esse índice, o município receberia 27,4% do cenário ideal, ou seja, R\$ 2.209,12. Considerando o escalonamento definido para o período, esse município recebeu de fato **R\$ 5.090,66 (cenário real)**.

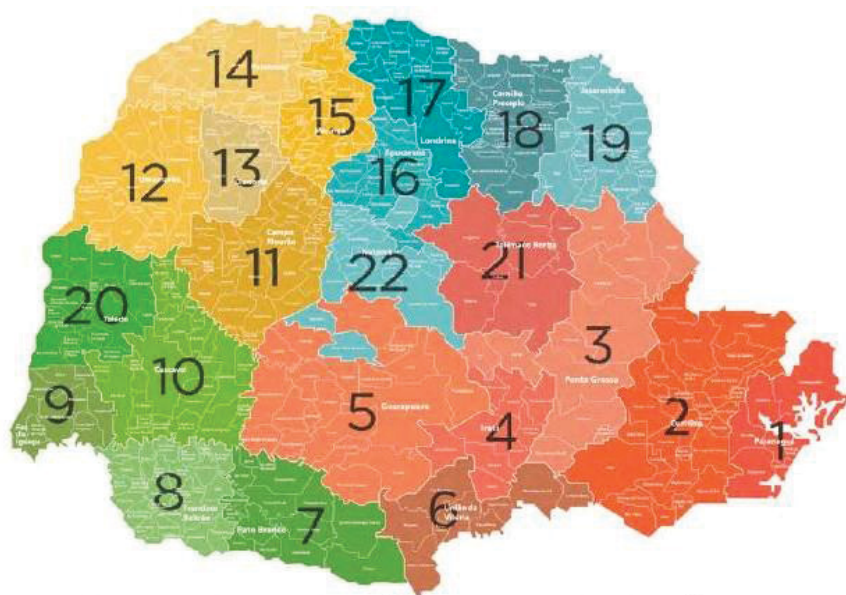
Os valores do incentivo de desempenho são calculados internamente pelo MS e apresentados mensalmente em base de dados públicos no site e-Gestor AB. A plataforma e-Gestor Atenção Básica (AB) - Informação e Gestão da Atenção Básica, disponível pelo link: <https://egestorab.saude.gov.br>, é uma plataforma WEB para centralização dos acessos e perfis dos sistemas da AB, bem como um aglutinador de informações próprias para os gestores estaduais e municipais. O e-Gestor AB conta com um módulo de acesso público, onde estão disponíveis relatórios e demais

informações para os gestores, sem a necessidade de login e senha (Brasil, 2022). O sistema é alimentado de forma contínua e é possível visualizar relatórios públicos, relatórios de pagamento e suspensão das equipes e serviços da APS, cobertura da APS, dentre outros.

Para a presente pesquisa, foram organizados os dados dos valores pagos a cada um dos municípios do estado, por quadrimestre, conforme avaliação final dos indicadores propostos para o ano de 2022, como preconizado pelo Programa Previne Brasil.

O estado do Paraná é composto por 399 municípios, no qual, para a execução das políticas públicas de saúde, o SUS do Paraná conta com uma rede de instituições públicas de 399 secretarias municipais de saúde, onde a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) está presente de forma descentralizada em 22 Regionais de saúde, cujas sedes administrativas estão localizadas em cidades-polo de região, conforme demonstra a FIGURA 5 (Paraná, 2020).

FIGURA 5 – Mapa Político do Paraná



Fonte: Plano Estadual de Saúde 2024-2027.

Para a consolidação dos dados e melhor avaliação dos resultados, os autores, agruparam os municípios de acordo com seu tamanho populacional, baseado nos grupos padronizados pelo IBGE: ≤ 5.000 ; 5.001-10.000; 20.001-50.000; 10.001-20.000; 50.001-100.000; 100.001-500.000; > 500.000 habitantes, padronizados conforme o Plano Estadual de Saúde (Paraná, 2024). Para a distribuição da população por município, utilizou a população apresentada na planilha de financiamento no período de 2022 disponível no sistema e-Gestor AB, acesso no relatório de financiamento APS (relatórios de pagamento e suspensão das equipes e serviços da APS, dentre outros), pelo link: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>.

No estado do Paraná, somente 2 (dois) municípios apresentam população acima de 500.000 habitantes, desta forma os pesquisadores agregaram os municípios com população acima de 100.000 habitantes. Assim, os 399 municípios foram categorizados em 6 grupos padronizados por portes populacionais, conforme apresenta o QUADRO 2.

QUADRO 2 – Classificação do Porte Populacional dos Municípios no estado do Paraná

Classificação do Porte Populacional dos Municípios	
1	Até 5.000 habitantes
2	5.001 a 10.000 habitantes
3	10.001 a 20.000 habitantes
4	20.001 a 50.000 habitantes
5	50.001 a 100.000 habitantes
6	Acima de 100.000 habitantes

Fonte: A autora (2024) ADaptado de IBGE (2024).

A variável porte populacional justifica-se pelo fato de que as dimensões populacionais imprimem diferentes exigências sobre a política local de saúde em termos de complexidade e escala de serviços de saúde, incluindo nos maiores municípios ações não exequíveis na maioria deles (Araújo, Gonçalves, Machado, 2016).

Dos 399 municípios pertencentes ao território estadual, 105 apresentam uma população de até 5.000 habitantes correspondendo a 26%, população entre 5.001 a 10.000 habitantes são 98 municípios corresponde a 25%, com população entre 10.001 a 20.000 habitantes são 104 que corresponde a 26%, com população entre 20.001 a 50.00 habitantes são 56 municípios que corresponde a 14%, com população entre 50.01 a 100.000 habitantes 15 municípios que corresponde a 4%, e com população acima de 100.000 habitantes 21 municípios que corresponde a 5%, conforme apresenta a TABELA 3.

TABELA 3. Número de municípios paranaenses por porte populacional. (n= 399)

Classificação por porte populacional do município	Extrato de porte populacional/habitantes	Quantidade de municípios conforme o extrato de porte populacional	Percentual de municípios conforme o extrato de porte populacional
1	Até 5.000 hab.	105	26,32%
2	5.001 a 10.000 hab.	98	24,56%
3	10.001 a 20.000 hab.	104	26,07%
4	20.001 a 50.000 hab.	56	14,04%
5	50.001 a 100.000 hab.	15	3,76%
6	Acima de 100.000 hab.	21	5,26%

Fonte: A autora (2024) adaptado do Sistema da APS e-Gestor AB (2023).

A base de dados para análise desta pesquisa foi consolidada da seguinte forma:

1. Os valores do **cenário real** de cada município foram consolidados por quadrimestre;
2. Os valores do **cenário real** foram somados e consolidados conforme grupo padronizado por porte populacional;
3. Os valores do **valor potencial** foram calculados para cada município do estado;
4. Os valores do **valor potencial** foram somados e consolidados conforme grupo padronizado por porte populacional.

3.4 TERCEIRA ETAPA; ANÁLISE DE DADOS DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELO COMPONENTE DE DESEMPENHO

Para análise das informações, os pesquisadores realizaram duas formas de comparações: 1. Percentual potencial; 2. Cenário hipotético sem escalonamento.

Para a **análise do percentual potencial**, os pesquisadores realizaram um cálculo de comparação entre o valor potencial e o cenário ideal, apresentando a diferença desses valores. Essa diferença estabeleceu um valor percentual de potencial de recursos que poderiam ser recebidos caso os municípios atingissem 100% do ISF.

Para a análise do **cenário hipotético sem escalonamento**, os pesquisadores inicialmente fizeram um cálculo hipotético do valor do incentivo financeiro de cada município conforme o ISF sem o escalonamento. Esse valor foi comparado ao cenário ideal. Essa diferença estabeleceu um valor percentual de recursos que hipoteticamente poderiam ser recebidos conforme o resultado do ISF sem o escalonamento proposto pelo MS.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa desenvolvida neste estudo se baseou em banco de dados públicos, cujas informações estão agregadas, sem possibilidade de identificação individual das pessoas envolvidas. Assim, não existiu a necessidade de submissão e avaliação pelo sistema CEP/CONEP, conforme estabelece a Resolução nº 738, de 01 de fevereiro de 2024 (Brasil, 2024).

4 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados conforme as etapas definidas nos métodos do estudo.

4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A análise documental se fez necessária para apresentar os marcos legais de implantação da Política Nacional da Atenção Básica, que oficialmente foi normatizada como política de saúde pública no Brasil em 2006, passou por atualizações e está vigente até os dias atuais. O Quadro 3 apresenta a sequência de marcos legais da implantação da Política Nacional da Atenção Básica e seu modelo de financiamento.

QUADRO 3: Marcos legais da implantação da Política Nacional da Atenção Básica no Brasil e seu financiamento.

Ano de publicação	Marcos legais e Publicações Oficiais do Ministério da Saúde	Contribuições
1978	Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários.	Define a Atenção Primária à Saúde e recomenda sua aplicação no mundo e principalmente nos países em desenvolvimento.
1990	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. Criação do Sistema Único de Saúde (SUS).
1990	Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
1996	Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996.	Aprova a NOB 1/96: criação do PAB-Fixo e Variável.
1997	Portaria nº 1.886/GM em 18 de dezembro de 1997.	Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
1997	Programa Saúde da Família – uma estratégia para reorientação do modelo assistencial / Ministério da Saúde.	Aborda os objetivos, diretrizes, reorganização, competências das equipes de saúde da família e apresenta as etapas de implantação do programa.
2001	Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS) / Ministério da Saúde.	Aborda o conceito, funcionamento, atribuições e responsabilidades dos Agentes Comunitários de Saúde e apresenta uma breve avaliação do programa.
2006	Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Ano de publicação	Marcos legais e Publicações Oficiais do Ministério da Saúde	Contribuições
2011	Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
2017	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2019	Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.	Institui o modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
2024	Portaria 3.493, de 10 de abril de 2024.	Institui nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: A autora (2024).

Considerado um dos mais importantes marcos da saúde pública, a Declaração de Alma Ata (1978), que completou 40 anos em 2018, ratificou a importância de cuidados básicos à saúde materno-infantil (OPAS, 2018). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 é um marco histórico para o país, onde a saúde passou a ser efetivamente um dever do estado brasileiro, tornando-se um direito que abrange a todos os cidadãos (Macêdo, 2020).

A NOB 1/96 enfatiza a necessidade de diversificar o financiamento, estabeleceu então um modelo de gestão em busca da eficácia e da eficiência com qualidade. Propõe a reorganização do modelo assistencial, estabelecendo uma direção única no setor de saúde, com instrumentos gerenciais definidos para prestadores de serviços e setores públicos, e transferências fundo a fundo (Brasil, 1996).

A análise de implementação da NOB 1/96 no que diz respeito ao processo de habilitação, pode-se dizer, de forma geral, que este foi mais acentuado entre os municípios do que entre os estados, em dezembro de 2000, 99% dos 5.506 municípios brasileiros já estavam habilitados em uma das condições de gestão da NOB 1/96 sendo a maioria em Gestão Plena da Atenção Básica e 523 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal. Portanto, em três anos de implementação da NOB, a quase totalidade dos municípios passa a receber diretamente em seu fundo municipal de saúde os recursos federais para assumir as responsabilidades sobre a atenção à saúde da população (Levcovitz; Lima; Machado, 2001).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existente desde o início dos anos 90, foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, no processo de consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados em saúde. De 1994 até março de 2001, aumentou de 29.098 profissionais para 118.960, representando um salto quantitativo de atendimento à população (Brasil, 2001).

O Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial, reorganizando a prática assistencial como ponto principal o compromisso e a responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população conforme os princípios do SUS, imprimindo uma dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, financiamento definido na NOB 1/96 (Brasil, 1997).

A Portaria nº GM/648 de 2006, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), foi o marco histórico para a consolidação nacional e expansão do PSF como o modelo de atenção preferencial para a organização da atenção básica no SUS associado ao PACS (Silva, 2019). Conforme Pereira *et al.*, 2022, também consideram como marco importante a PNAB de 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, ao incorporar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e priorizar a saúde da família enquanto estratégia de efetivação de um modelo de atenção.

A PNAB foi revisada em 2011, trazendo consigo mudanças conceituais, passando de um programa para uma “estratégia”, no qual buscava preservar a centralidade das ações desenvolvidas nos territórios pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) junto ao PACS. Buscava consolidar uma APS forte, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Silva, 2019).

A partir de 2011, uma revisão da PNAB determinou valores diferenciados para o cálculo do PAB Fixo e contou com programas para ampliação do acesso e qualificação dos profissionais da APS no SUS, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), este voltado para o enfrentamento do déficit de médicos para os serviços de APS nos municípios (Pereira *et al.*, 2022). Esses programas foram implantados sob uma perspectiva ampliada, observou-se uma convergência entre as ações propostas com os princípios do SUS (Almeida *et al.*, 2018).

Em 2017, ocorre a segunda revisão da PNAB, essa reformulação trouxe algumas mudanças como a flexibilização da cobertura ACS, o PACS deixa de existir como um programa autônomo e os ACS incorporados definitivamente como profissional da equipe mínima da ESF, podendo facultativamente, compor a Equipe de Atenção Primária (EAP). Esta nova PNAB implementou novos formatos de equipes, como a EAP, que apresenta carga horária diferenciada e tem apenas o médico e o enfermeiro na composição mínima, e apresentou a dicotomia das ofertas de serviço em básicos e ampliados (Brasil, 2017).

Desde a criação da PNAB foram percebidos avanços importantes no campo da ampliação do acesso da população a ações de atenção básica, de 2007 a 2017, houve ampliação da cobertura populacional pela ESF, variando de 48% a 64%, houve, ainda, ampliação de 25,3% no número de ACS, com crescimento contínuo, excetuando-se o último biênio, onde houve redução de 0,7% (Almeida *et al.*, 2018).

Após vários anos de implementação do financiamento da APS por meio do PAB Fixo e Variável, em 2019 foi publicado pelo MS a sua alteração, pela Portaria nº 2979 de 2019 que instituiu o Programa Previne Brasil. Este programa trouxe alterações da metodologia de repasse de recursos federais aos municípios, alterou a forma estrutural e a lógica indutiva de organização da política de saúde aportando três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho e programas estratégicos (Brasil 2019; Morosoni, 2020).

Com as mudanças na conjuntura política no Brasil, em abril de 2024, o MS estabeleceu novo método de financiamento da APS, normatizado pela Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024. O objetivo é fortalecer e valorizar a ESF, revogando neste ato o Programa Previne Brasil e dois programas estratégicos, o Informatiza APS e Saúde na Hora (Brasil, 2024).

Para avaliar o aumento do número de equipes de ESF no Brasil e a cobertura populacional, utiliza-se como metodologia o indicador de cobertura populacional para monitorar o acesso aos serviços da APS com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS. É importante destacar que o indicador de cobertura da APS passou por atualizações de metodologias, que impactaram na série histórica, passando nos últimos anos a considerar a população cadastrada pelas equipes financiadas pelo MS, essa mudança metodológica ocorreu devido à necessidade de alinhamento às inovações instituídas pelo Programa Previne Brasil (Brasil, 2020; Brasil, 2021).

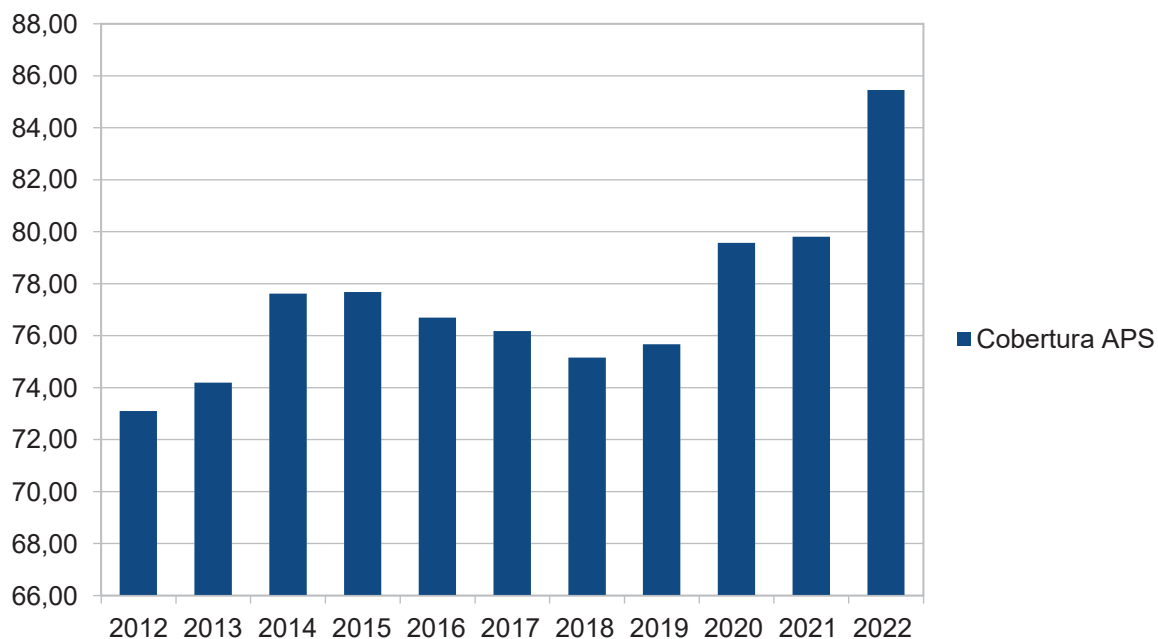
Nos anos de 2021 a 2023 utilizou-se como parâmetro para cálculo da cobertura populacional o número de pessoas por equipe conforme classificação geográfica observado a tipologia do IBGE, sendo para o município urbano o estimado de até 4.000 pessoas, município intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto estimado 2.750 pessoas e para o município rural remoto 2.000

pessoas. No estado do Paraná, dos 399 municípios, 102 são classificados como urbanos, 65 como intermediário adjacente, 232 como rural adjacente, não apresenta nenhum município com classificação intermediário remoto e rural remoto (Brasil, 2021).

A Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Paraná realiza o acompanhamento do indicador de cobertura da atenção básica no Plano Estadual de Saúde (PES), para qualificar e fortalecer a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, utilizando como ação para alcançar esse objetivo o Programa de Qualificação da APS (APSUS) (Paraná, 2013; Paraná, 2020).

A cobertura da APS está disponível no relatório público disponível no sistema e-Gestor AB. Observa-se que o percentual de cobertura da APS no Paraná nos anos de 2012 a 2022 apresenta um aumento gradativo nos anos 2012 até 2015, teve uma redução nos anos subsequentes, voltando a ter crescimento a partir de 2019, com diferença acentuada no ano de 2022, conforme apresenta o GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 – Percentual de cobertura da APS no estado do Paraná no período de 2012 a 2022.



Fonte: Ministério da Saúde. e-Gestor AB (2023).

Além do indicador de cobertura populacional da APS, também é meta pactuada e monitorado no PES do estado do Paraná o Indicador de Condições Sensíveis da Atenção Primária (ICSAP), como uma forma de acompanhar a melhoria e fortalecimento da APS (Paraná, 2013; Paraná, 2020). A institucionalização do uso de indicadores, como as internações por condições sensíveis à atenção primária, faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais (Alfradique *et al.*, 2009).

A Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, define a Lista Brasileira de ICSAP a ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. As condições sensíveis à atenção primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, conforme a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), conforme apresentado no QUADRO 4 (Brasil, 2008).

QUADRO 4 – Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária

Diagnóstico CID 10	Códigos Incluídos (CID-10)
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37, A36, A33 a A35, B26, B06, B05, A95, B16, G00.0, A17.0, A19, A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9, A18, I00 a I02, A51 a A53, B50 a B54, B77.
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	E86, A00 A A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46, E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00, J01, J03, J06, J31
6. Pneumonias bacterianas	J13, J14, J15.3, J15.4, J15.8, J15.9, J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21, J40, J41, J42, J43, J47, J44
9. Hipertensão	I10, I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50, J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes mellitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1, E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8, E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no Rim e Trato Urinário	N10, N11, N12, N30, N34, N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01, L02, L03, L04, L08
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70, N71, N72, N73, N75, N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e Parto	O23, A50, P53.0

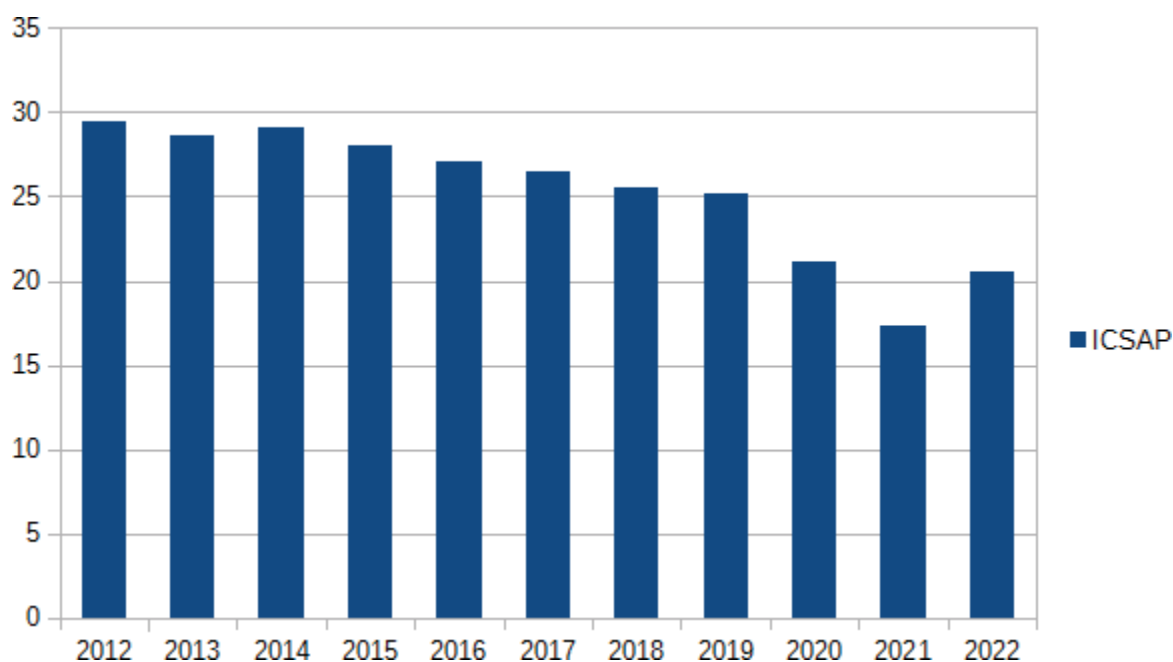
Fonte: A autora (2024) adaptado de Brasil (2008).

As condições sensíveis à atenção primária representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico

e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas (Alfradique *et al.*, 2009).

O GRÁFICO 2 apresenta o ICSAP no estado do Paraná, no período de 2012 a 2022. Observa-se que o percentual de ICSAP mostra tendência de redução gradativa no período considerado, tendo uma queda mais acentuada no ano de 2020 e 2021 (podendo estar relacionado aos reflexos da pandemia da covid-19) com um aumento no ano seguinte. Esse aumento do ICSAP pode indicar uma retomada dos internamentos hospitalares e piora nas condições de saúde, em especial nas condições crônicas, após o período da pandemia.

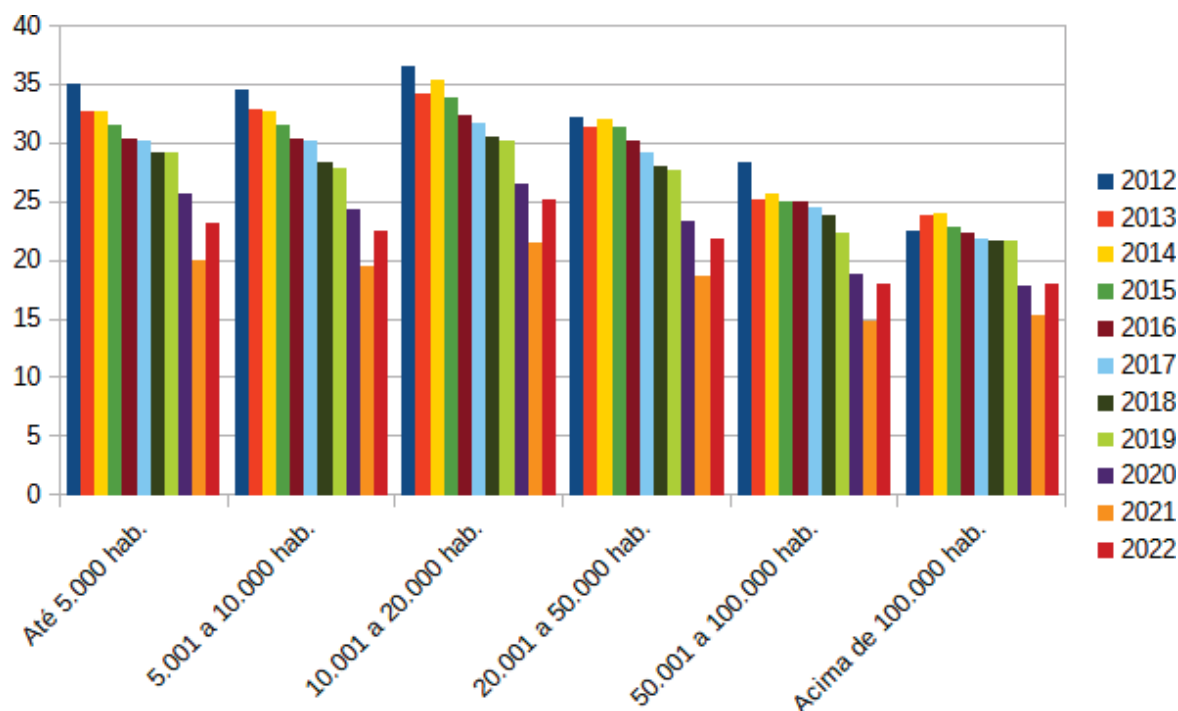
GRÁFICO 2 – Internações Condições Sensíveis da Atenção Primária no Paraná, no período de 2012 a 2022.



Fonte: SIH/SUS dados calculados pelo sistema Tabwin (2023).

No GRÁFICO 3, apresenta o ICSAP no estado do Paraná, considerando o porte populacional dos municípios no período de 2012 a 2022. Os municípios de porte populacional entre 10.001 a 20.000 habitantes apresentam os piores resultados do ICSAP em comparação aos demais portes populacionais. Isso pode indicar desafios específicos enfrentados por esses municípios em termos de acesso a serviços de saúde e recursos disponíveis.

GRÁFICO 3 – Internações por condições Sensíveis da Atenção Primária no Paraná conforme porte populacional, no período de 2012 a 2022.



Fonte: SIH/SUS dados calculados pelo sistema Tabwin (2023).

4.2 ANÁLISE DOS DADOS DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELO PAGAMENTO DO COMPONENTE DE DESEMPENHO NO PARANÁ

Ao avaliar o resultado da diferença entre o valor potencial e o cenário real do pagamento por componente de desempenho no 1º Quadrimestre de 2022, constatou-se que o resultado menos satisfatório foi no perfil de municípios com porte populacional de 20.001 a 50.000 habitantes (classificação 4), o percentual do valor potencial foi de 18,47%, seguido do porte populacional de até 5.000 habitantes (classificação 1) 16,96%, conforme apresenta a TABELA 4.

TABELA 4 – Informações consolidadas da análise do percentual potencial no 1º Quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399).

Classificação por porte populacional nos municípios	Valor potencial	Cenário real	Diferença entre o valor potencial e cenário real	Percentual potencial (%)
1	R\$ 2.073.675,00	R\$ 1.721.926,31	R\$ 351.748,69	16,96
2	R\$ 3.308.850,00	R\$ 2.789.827,99	R\$ 519.022,01	15,69
3	R\$ 6.085.575,00	R\$ 5.075.660,32	R\$ 1.009.914,68	16,60
4	R\$ 5.785.650,00	R\$ 4.716.795,08	R\$ 1.068.854,92	18,47
5	R\$ 3.092.775,00	R\$ 2.767.900,06	R\$ 324.874,94	10,50
6	R\$ 13.722.375,00	R\$ 11.463.070,63	R\$ 2.259.304,37	16,46

Fonte: A autora (2024) adaptado de Ministério da Saúde. e-Gestor AB (2023).

Ainda no 1º quadrimestre de avaliação, ao analisar o resultado da diferença entre o valor potencial e o cenário hipotético sem escalonamento do pagamento por componente de desempenho, constatou-se que o resultado menos satisfatório foi no perfil de municípios com porte populacional de 20.001 a 50.000 habitantes (classificação 4), o percentual hipotético sem escalonamento foi de 37,87%, seguido do porte populacional acima de 100.000 habitantes (classificação 6) 35,05%, conforme apresenta a TABELA 5.

TABELA 5 – Informações consolidadas do cenário hipotético sem escalonamento no 1º Quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399).

Classificação por porte populacional nos municípios	Valor potencial	Cenário hipotético sem escalonamento	Diferença entre o valor potencial e cenário hipotético sem escalonamento	Percentual hipotético sem escalonamento (%)
1	R\$ 2.073.675,00	R\$ 1.382.026,99	R\$ 691.648,01	33,35
2	R\$ 3.308.850,00	R\$ 2.201.989,69	R\$ 1.106.860,31	33,45
3	R\$ 6.085.575,00	R\$ 3.986.135,48	R\$ 2.099.439,53	34,50
4	R\$ 5.785.650,00	R\$ 3.594.502,76	R\$ 2.191.147,24	37,87
5	R\$ 3.092.775,00	R\$ 2.203.178,10	R\$ 889.596,90	28,76
6	R\$ 13.722.375,00	R\$ 8.913.205,01	R\$ 4.809.169,99	35,05

Fonte: A autora (2024) adaptado de Ministério da Saúde. e-Gestor AB (2023).

Ao avaliar o resultado da diferença entre o valor potencial e o cenário real do pagamento por componente de desempenho no 2º Quadrimestre de 2022, constatou-se que o resultado menos satisfatório foi no perfil de municípios com porte populacional de 20.001 a 50.000 habitantes (classificação 4), o percentual do valor potencial foi de 15,25%, seguido do porte populacional acima de 100.000 habitantes (classificação 6) 14,56%, conforme apresenta a TABELA 6.

TABELA 6 – Informações consolidadas da análise do percentual potencial no 2º Quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399).

Classificação por porte populacional nos municípios	Valor potencial	Cenário real	Diferença entre o valor potencial e cenário real	Percentual potencial (%)
1	R\$ 2.089.800,00	R\$ 1.811.497,52	R\$ 278.302,48	13,32
2	R\$ 3.428.175,00	R\$ 2.997.959,44	R\$ 430.215,56	12,55
3	R\$ 6.201.675,00	R\$ 5.469.233,96	R\$ 732.441,04	11,81
4	R\$ 5.956.575,00	R\$ 5.048.389,60	R\$ 908.185,40	15,25
5	R\$ 3.208.875,00	R\$ 2.983.658,68	R\$ 225.216,32	7,02
6	R\$ 14.635.050,00	R\$ 12.503.538,44	R\$ 2.131.511,56	14,56

Fonte: A autora (2024) adaptado de Ministério da Saúde. e-Gestor AB (2023).

Ainda no 2º quadrimestre de avaliação, ao analisar o resultado da diferença entre o valor potencial e o cenário hipotético sem escalonamento do pagamento por componente de desempenho, constatou-se que o resultado menos satisfatório foi no perfil de municípios com porte populacional acima de 100.000 habitantes (classificação 6), o percentual hipotético sem escalonamento foi de 33,06%, seguido do porte populacional de 20.001 a 50.000 habitantes (classificação 4) 32,29%, conforme apresenta a TABELA 7.

TABELA 7 – Informações consolidadas do cenário hipotético sem escalonamento no 2º Quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399).

Classificação por porte populacional nos municípios	Valor potencial	Cenário hipotético sem escalonamento	Diferença entre o valor potencial e cenário hipotético sem escalonamento	Percentual hipotético sem escalonamento (%)
1	R\$ 2.089.800,00	R\$ 1.555.404,60	R\$ 534.395,40	25,57
2	R\$ 3.428.175,00	R\$ 2.563.691,18	R\$ 864.483,83	25,22
3	R\$ 6.201.675,00	R\$ 4.558.198,88	R\$ 1.643.476,13	26,50
4	R\$ 5.956.575,00	R\$ 4.033.365,60	R\$ 1.923.209,40	32,29
5	R\$ 3.208.875,00	R\$ 2.386.183,95	R\$ 822.691,05	25,64
6	R\$ 14.635.050,00	R\$ 9.796.766,33	R\$ 4.838.283,68	33,06

Fonte: A autora (2024) adaptado de Ministério da Saúde. e-Gestor AB (2023).

Ao avaliar o resultado da diferença entre o valor potencial e o cenário real do pagamento por componente de desempenho no 3º Quadrimestre de 2022, constatou-se que o resultado menos satisfatório foi no perfil de municípios com porte populacional acima de 100.000 habitantes (classificação 6), o percentual do valor potencial foi de 16,24%, seguido do porte populacional acima de 20.001 a 50.000 habitantes (classificação 4) 14,98%, conforme apresenta a TABELA 8.

TABELA 8 – Informações consolidadas da análise do percentual potencial no 3º Quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399).

Classificação por porte populacional nos municípios	Valor potencial	Cenário real	Diferença entre o valor potencial e cenário real	Percentual potencial (%)
1	R\$ 2.134.950,00	R\$ 1.901.609,40	R\$ 233.340,60	10,93
2	R\$ 3.441.075,00	R\$ 3.012.134,28	R\$ 428.940,72	12,47
3	R\$ 6.224.250,00	R\$ 5.602.879,32	R\$ 621.370,68	9,98
4	R\$ 5.963.025,00	R\$ 5.069.749,16	R\$ 893.275,84	14,98
5	R\$ 3.266.925,00	R\$ 2.950.777,04	R\$ 316.147,96	9,68
6	R\$ 14.628.600,00	R\$ 12.252.944,88	R\$ 2.375.655,12	16,24

Fonte: A autora (2024) adaptado de Ministério da Saúde. e-Gestor AB (2023).

Ainda no 3º quadrimestre de avaliação, ao analisar o resultado da diferença entre o valor potencial e o cenário hipotético sem escalonamento do pagamento por componente de desempenho, constatou-se que o resultado menos satisfatório foi no perfil de municípios com porte populacional acima de 100.000 habitantes (classificação 6), o percentual hipotético sem escalonamento foi de 23,99%, seguido do porte populacional de 20.001 a 50.000 habitantes (classificação 4) 21,09%, conforme apresenta a TABELA 9.

TABELA 9 – Informações consolidadas do cenário hipotético sem escalonamento no 2º Quadrimestre de 2022 nos municípios paranaenses (n=399).

Classificação por porte populacional nos municípios	Valor potencial	Cenário hipotético sem escalonamento	Diferença entre o valor potencial e cenário hipotético sem escalonamento	Percentual hipotético sem escalonamento (%)
1	R\$ 2.134.950,00	R\$ 1.818.154,22	R\$ 316.795,78	14,84
2	R\$ 3.441.075,00	R\$ 2.856.126,92	R\$ 584.948,08	17,00
3	R\$ 6.224.250,00	R\$ 5.265.829,99	R\$ 958.420,01	15,40
4	R\$ 5.963.025,00	R\$ 4.705.589,44	R\$ 1.257.435,56	21,09
5	R\$ 3.266.925,00	R\$ 2.714.625,21	R\$ 552.299,79	16,91
6	R\$ 14.628.600,00	R\$ 11.119.668,58	R\$ 3.508.931,42	23,99

Fonte: A autora (2024) adaptado de Ministério da Saúde. e-Gestor AB (2023).

Os dados mostram que, ao longo do ano, os municípios melhoraram seu desempenho, alcançando valores mais próximos ao seu potencial de recebimento. Enquanto no primeiro quadrimestre todos os estratos de municípios alcançaram valores inferiores a 70% do potencial, no último quadrimestre a maioria dos municípios ultrapassou a 80% do seu potencial de recebimento do Pagamento por Desempenho.

Ao avaliar o resultado da diferença entre o valor potencial e o cenário real sem o escalonamento realizado pelo MS em 2022, constatou-se que o resultado menos satisfatório foi no perfil de municípios com porte populacional de 20.001 a 50.000 habitantes (classificação 4) e acima de 100.000 habitantes (classificação 6). Para

estes perfis, classificação 4 e 6, o percentual real a que fizeram jus correspondeu a 62% e 65% do valor em potencial no 1º quadrimestre, a 68% para ambos no segundo quadrimestre, e a 79% e 76% no 3º quadrimestre, respectivamente. Os municípios menores, de até 5.000 e até 10.000 habitantes (classificações 1 e 2), apresentaram uma tendência de melhor desempenho, comparado aos demais estratos.

A presente pesquisa apresenta limitações, pois se limita a analisar o financiamento do componente de pagamento por desempenho da APS, com base nos dados de financiamento disponíveis no site do e-Gestor AB, desta forma, não reflete a totalidade dos recursos repassados pelo MS aos municípios para o fortalecimento da APS.

5 DISCUSSÃO

A designação de Atenção Básica (AB), tomada pelo governo brasileiro logo após a implantação do SUS, se deu no sentido de contrapor a proposta político ideológica da APS destinada às populações pobres, visou resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma Ata, porém atualmente se utiliza o conceito de APS e AB como equivalentes. Neste movimento, o PSF foi considerado uma estratégia prioritária de ação, passando a ser uma chamada de ESF, onde esta estratégia é a proposta do MS para a reorganização da APS, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade (Oliveira; Pereira, 2013).

A APS é a base dos maiores sistemas universais de saúde do mundo, responsável por ser a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde, sendo também responsável pela integração e coordenação do cuidado na RAS. Estudos apontam que a APS pode resolver cerca de 85% a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade, para isso se faz necessário utilizar tecnologias adequadas, evitando intervenções hospitalares desnecessárias, garantindo maior segurança ao paciente (Mendes, 2015; Sellera; Pedebos; Harzheim *et al.*, 2020).

A APS, quando organizada sob a lógica de atributos, proporciona um impacto positivo na saúde da população, como, por exemplo, maior e melhor acesso aos serviços; maior qualidade do atendimento; maior enfoque preventivo; diagnóstico e tratamento precoces de problemas de saúde; e redução de cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais (Starfield, 2002; Sellera; Pedebos; Harzheim *et al.*, 2020). Ao considerar a família como objeto de atenção, a ESF está contemplando dois atributos derivados da APS: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural (Oliveira; Pereira, 2013).

A PNAB tem o centro de sua atenção dada pelas ESF, prevê ações à população com base em princípios e diretrizes e de ações focadas na população de base territorial. A mudança da PNAB, em 2017, diferentemente de 2011, deu-se em uma conjuntura de crise política e econômica do País. Para Melo; Mendonça; Oliveira e Andrade (2018), os dispositivos desta PNAB induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição

dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal.

O sistema de saúde brasileiro é descentralizado e embasado em responsabilidades compartilhadas entre níveis de governo. Sob o aspecto do financiamento, o SUS envolve um complexo sistema normativo, que exige integração e coordenação entre as esferas de governo, com espaços de negociação onde as decisões devem ser tomadas, de forma coordenada e coletiva, aspectos que fazem com que a arena de discussão e negociação das políticas de saúde seja uma das mais complexas (Kashiwakura; Gonçalves, 2021).

A última atualização da PNAB em 2017, concentrou-se poder nos gestores formais do SUS, esse processo evidencia também que a gestão governamental tripartite do SUS não tem sido contrabalanceado pela sociedade civil e pelos trabalhadores, produzindo mais uma cisão nas bases de sustentação do SUS, em um cenário em que esta grande política pública tem sua existência ameaçada (Melo; Mendonça; Oliveira; Andrade, 2018).

A PNAB de 2017 teve muitas críticas com relação as suas atualizações, para alguns autores foi um retrocesso a implantação de eAP, após a compreensão da ESF como reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil; a cobertura de ACS na comunidade correlacionada ao estado de vulnerabilidade e as próprias atribuições propostas a estes trabalhadores que dificilmente serão desenvolvidas por serem do exercício de outras profissões (Lima; Pinheiro; Lima; Cordeiro, 2022).

Contudo, ainda que a PNAB de 2017 traga como ‘novidades’ parecem problemáticas, tais como o modo colocado de integração entre Vigilância em Saúde (VS) e AB (ignorando suas especificidades), bem como as noções de padrão essencial e ampliado, que podem ter algum sentido em termos de desempenho (no PMAQ), mas na portaria são apresentados de modo genérico e com risco de apropriações que retornam à APS seletiva (Melo; Mendonça; Oliveira; Andrade, 2018).

A VS tem no princípio de territorialidade sua principal premissa, onde o indivíduo é objeto final de vigilância, mas deve ser considerado parte da família, comunidade, do sistema social e ambiente, onde as ações de saúde devem incidir neste conjunto. O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial, assim consegue-se definir problemas e um conjunto de prioridades, bem como obter os

recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica (Campos, 2003).

A integração da APS com a VS, ainda com ausência ou insuficiência em alguns municípios, dificulta na identificação de elementos que exercem o processo saúde-doença e no efetivo controle de doenças e agravos, o que distancia em prática o princípio da integralidade. Embora normativas tenham sido elaboradas, ainda é um desafio a integração da vigilância, em especial com as equipes que atuam na saúde da família (Brasil, 2018).

O momento de pandemia da covid-19 que vivenciamos, mostrou que o modelo de VS integrada à APS envolve a articulação de práticas de equipe multidisciplinar ou interprofissional, incluindo os prestadores de cuidados primários. As experiências analisadas em diferentes países demonstraram que, embora fortes sistemas de vigilância sejam ferramentas indispensáveis para detecção e monitoramento de surtos e emergências de saúde pública, fortes sistemas de atenção primária formam a base de qualquer resposta a emergências sanitárias (Prado; Biscarde; Pinto Junior *et al.*, 2021).

No Brasil, há cerca de duas décadas, a gestão federal e, por vezes, as estaduais apontam a necessidade de garantir a integração das duas áreas complementares: VS e AB. Contudo, o avanço das diretrizes legais e operacionais não tem sido ancorado na formação de profissionais para a concretização do modelo de atenção e na garantia de condições para o trabalho integrado. Por fim, considerando que as ações de AB e VS são descentralizadas, espera-se maior protagonismo e proatividade dos gestores locais para ocorrer a devida capilaridade da VS na principal porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro (Ivancko; Querino; Silva *et al.*, 2021).

Ainda sobre a PNAB, analisando uma série temporal sobre o crescimento de eSF e sobre a cobertura das equipes, demonstrou que isoladamente pouco influenciou na composição das equipes e no crescimento de equipes diversas de SF no Brasil. Diferente de outros países, no Brasil, até os anos de 2020, essa cobertura da APS era baseada em estimativa de pessoas por equipes. Em 2021 houve uma mudança metodológica para a cobertura da APS, que passou a considerar os cadastros dos cidadãos realizados pelas eSF e eAP (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020; Brasil 2021).

No Paraná, a cobertura da APS, assim como o indicador de condições sensíveis na APS, vem apresentando uma melhora ao longo dos anos. Estudos realizados por Ceccon; Meneghel e Viecili (2014) concluem que, embora possa haver outros determinantes, a ampliação da cobertura da APS no Brasil nos últimos anos contribuiu para a redução das internações por ICSAP, ainda conseguiram observar a associação entre esses dois eventos, mesmo sabendo que a magnitude das desigualdades sociais entre os Estados contribui para aumentar a carga de doenças e interfere na efetivação de políticas públicas de saúde em todos os níveis de atenção.

Estudo realizado por Castro; Oliveira; Andrade *et al.*, (2020) investigou a associação entre a qualidade da atenção primária (PMAQ) nos municípios brasileiros e o número de internações por condições sensíveis, após ajustar as variáveis sociodemográficas e de características do sistema de saúde, a qualidade da atenção básica dos municípios brasileiros, concluiu que há associação significativa com as internações por condições sensíveis à atenção primária. O número de internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios com o menor nível de qualidade foi 21,2% maior que nos municípios com o melhor nível.

Estudo realizado por Barba (2022), permitiram inferir correlação do impacto do aumento da cobertura da ESF sobre a redução das internações sensíveis, indicador do ICSAP no município do Rio de Janeiro, aponta que o investimento na ESF é de extrema importância enquanto política pública, gerando benefícios não somente em relação à melhoria da qualidade de vida da população, mas também na otimização dos recursos do sistema de saúde, evidenciou a necessidade de investimento e aprimoramento do processo de trabalho da APS.

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 ratificam que a ESF é a modalidade predominante da APS no SUS no Brasil, chegando a 62,6% dos brasileiros em 2019. Os percentuais de cobertura observados nas regiões nordeste e sul são maiores, mantendo o padrão da PNS de 2013. No entanto, é no Sudeste, que vive a maioria dos brasileiros cadastrados a uma UBS, espelhando o padrão de distribuição populacional nacional, a cobertura é mais elevada na população mais vulnerável e mais significativa nas áreas rurais, nesse sentido, a ESF alcança uma maior intensidade às populações mais vulneráveis. Evidencia-se aceleração da expansão da cobertura populacional da ESF entre 2013 e 2019, comparando-se com o período 2008 a 2013 (Giovanella; Bousquat; Schenkman *et al.*, 2021).

A expansão da ESF, ocorre principalmente em municípios do interior e das regiões metropolitanas e em áreas onde residem populações com menor nível socioeconômico e a cobertura de plano de saúde continua concentrada nos grandes centros urbanos, nas regiões Sudeste e Sul, entre aqueles com melhor nível socioeconômico e entre aqueles que possuem algum vínculo de trabalho formal, com carteira assinada, como empregadores ou servidores públicos e militares, diminuindo significativamente entre aqueles com rendimento domiciliar per capita de até um quarto do salário mínimo e indivíduos com ensino fundamental completo e médio completo (Souza Junior; Szwarcwald; Damacena *et al.*, 2021).

Diferentemente de outros ambientes de cuidado à saúde com centralidade no uso de tecnologias densas, como a atenção hospitalar e especializada, a APS em decorrência de sua amplitude de atuação e seu foco no diagnóstico clínico costuma apresentar grandes variações na capacidade de intervir nos problemas de saúde da população. Tal fato faz com que os resultados alcançados pela APS em sistemas de cobertura universal de saúde sejam muito variados, levando à necessidade de se criar instrumentos para equalizá-la e, ao mesmo tempo, aumentando os desafios de monitorar e avaliar seus resultados enquanto política pública de saúde (Sellera; Pedebos; Harzheim *et al.*, 2020).

No estudo realizado por Vieira; Machado; Nogueira *et al.*, (2021), sobre a percepção dos usuários a APS concluiu que os fatores de satisfação presentes na perspectiva da avaliação dos usuários estão relacionados aos atributos da APS: acessibilidade, continuidade do cuidado, longitudinalidade, integralidade e resolubilidade, ainda aponta haver uma diferença nessa percepção das pessoas de diferentes regiões geográficas, por exemplo, pessoas residentes nas regiões norte e nordeste teriam maior dificuldade de conseguir atendimento por demanda espontânea, maior demora no acesso à atenção especializada e, por isso, menor satisfação com seu atendimento na APS.

O processo de trabalho organizado das equipes da APS desempenha um papel no fortalecimento desse nível de atenção e na prestação de uma atenção adequada e integral ao cidadão. Algumas maneiras pelas quais esse processo contribui para o fortalecimento da APS incluem então a atenção centrada na pessoa, família e território, ações integradas com a VS para uma abordagem na promoção da

saúde, prevenção de doenças e no controle de agravos, isso tende a aumentar a satisfação do usuário.

Para uma APS forte, é necessário que as equipes de saúde estejam bem estruturadas, com uma distribuição adequada de profissionais, e que haja uma gestão eficaz dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis. Além disso, é importante que as equipes estejam comprometidas com o cumprimento das metas e indicadores estabelecidos, o que requer um planejamento estratégico e a implementação de ações voltadas para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Os principais problemas do SUS são o financiamento inadequado, um modelo de gestão fragmentado, e que tem dificultado o uso intensivo dos recursos existentes, e ainda a inadequada política de pessoal para a saúde, desde a formação até a inexistência de carreira pública. Outro problema é a hegemonia da racionalidade empresarial que tende a invadir o espaço do SUS que deveria funcionar segundo uma racionalidade pública. A perspectiva de avanço do direito à saúde depende da sociedade civil, de nossa capacidade e disposição para defender a existência de políticas públicas e da democracia radical (Campos; Lima; Rizzotto, 2015, p. 339).

A gestão municipal de saúde desempenha um papel importante na captação de recursos para o financiamento da APS, pois muitos dos recursos são distribuídos com base em critérios que incluem a efetivação das equipes e serviços de APS, bem como o cumprimento de metas de indicadores de saúde. Isso requer planejamento estratégico, monitoramento contínuo para garantir que os recursos sejam repassados pelo MS e utilizados de forma eficiente e eficaz na melhoria da saúde da comunidade.

Uma gestão eficaz envolve não apenas a prestação de serviços de saúde, mas também a capacidade de gerenciar os recursos financeiros disponíveis e buscar ativamente oportunidades de financiamento adicional, especialmente aqueles vinculados ao desempenho e cumprimento de metas de indicadores de saúde. Portanto, o processo de trabalho organizado das equipes e a gestão eficiente dos recursos são fundamentais para o atingimento das metas dos indicadores dos programas de financiamento do MS, garantindo que os municípios acessem os recursos financeiros para a APS.

O uso de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) na APS contribui no apoio à gestão, na inovação e nas práticas do fazer saúde. A implementação contínua das TIC's vem contribuindo para melhoria do processo de trabalho, da assistência e da educação em saúde, proporcionando impactos positivos na

horizontalidade e integralidade das ações, ao mesmo tempo, apresenta um cenário desafiador, passa por questões e limitações estruturais e técnicas, reforçando a necessidade de investimentos da gestão (Cardoso; Silva; Santos, 2021).

Desde 2013, o MS vem realizando o processo de informatização da APS pela Estratégia e-SUS AB (e-SUS AB), o qual oferece um sistema de informação de prontuário em saúde, gratuito a todos os municípios. A implantação desta estratégia ocorre distintamente nas regiões do país. A região sul, em 2019, apresentava a melhor situação de posição “implantação”, seguida da região sudeste (Cielo, 2020).

Ainda no contexto da implementação do sistema de informatização, a APS, o estudo realizado por Cielo (2020) reforça a necessidade de investimentos em capacitação dos profissionais que alimentam o sistema de informação e acompanhamento sistemático da produção de informação, da coleta até a crítica e da divulgação dos dados, e também o aprimoramento por parte dos gestores e profissionais no uso de tecnologias para apoiar a gestão do cuidado.

A avaliação por desempenho das equipes da APS utiliza dados secundários extraídos do SISAB, sistema este que permite dados agregados individualizados, diferente do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que era utilizado anteriormente e que apresentava dados quantitativos. Importante destacar que o SIAB podia ser alimentado por sistema de prontuários disponibilizados pela estratégia e-

SUS como também por sistemas próprios e terceirizados que se conectem ao centralizador e transmissor de dados do MS (Sellera; Pedebos; Harzheim *et al.*, 2020).

A partir dos investimentos em TIC, infraestrutura das UBS, qualificação continuada, educação permanente dos profissionais de saúde e melhorias nos processos de trabalho das equipes, podem representar melhoria dos indicadores de saúde nos municípios. Essas medidas podem facilitar o acesso a informações relevantes, aprimorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes e permitir uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde.

O financiamento da APS dado pelo Previn Brasil, ocorre pelo registro de produção de atendimento ao cidadão realizado pelas equipes, devendo estas informações serem transmitidas ao MS, então na concretização do uso do SISAB houve a necessidade de aprimorar o processo de crítica dos dados enviados que possibilitasse a alimentação mais próxima aos diferentes tipos de equipes, e informar aos gestores municipais as inconsistências e erros de registro realizados nos

prontuários utilizados, propiciando a correção dos erros (Sellera; Pedebos; Harzheim *et al.*, 2020).

Ao alinhar essas iniciativas com as metas dos indicadores do Previne Brasil e outros indicadores pactuados nos planos municipais de saúde, os municípios podem aumentar as ações de promoção da saúde da população e na melhoria dos resultados de saúde de forma geral. Essa abordagem integrada e focada em tecnologia, qualificação e melhoria de processos pode ser fundamental para impulsionar o progresso em direção a uma saúde pública mais eficaz e sustentável.

A atenção e o acompanhamento do adequado registro, envio e validação de dados das equipes de Atenção Primária é fundamental para termos indicadores que auxiliem no processo de gestão e, em alguns casos, ampliem a captação de recursos federais e estaduais relacionados à avaliação de desempenho. A APS dispõe de capacidade para responder aos principais problemas de saúde de toda a população a partir de um olhar atento e ativo para o território e condições de vida, associando ações de cuidado, vigilância, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Os municípios e estados devem conduzir as estratégias de monitoramento e avaliação de uma APS abrangente (Pereira; Lima; Carvalho *et al.*, 2022).

O financiamento das equipes da APS perdurou durante anos na modalidade de repasse pelo PAB Fixo e Variável, tendo uma mudança significativa em 2019 com o programa Previne Brasil, programa este revogado em abril de 2024. No Previne Brasil o modelo avaliativo para a APS pelo componente de desempenho buscava incluir o monitoramento e avaliação das equipes com base nos resultados alcançados num conjunto sucinto de indicadores e previa a introdução crescente de complexidade progressiva possibilitando aos gestores de saúde tempo para a adaptação (Sellera; Pedebos; Harzheim *et al.*, 2020).

No campo da avaliação da política de saúde, o município deve estar vigilante para o seu padrão de financiamento e gasto da saúde, sendo essencial esse tipo de avaliação do gestor municipal, a fim de poder se responsabilizar por todas as ações e serviços públicos de saúde no âmbito de seu território, especialmente a política de atenção primária. Nesse sentido, seria importante os gestores municipais se apoderarem dessa dimensão para assegurarem uma avaliação do SUS municipal com objetivos de melhoria de seus resultados (Nunes; Chaoubah, 2016).

Diante do contexto de subfinanciamento do setor saúde, a combinação entre objetivos finalísticos, como a universalidade e a igualdade de acesso, e a descentralização dos meios necessários à sua realização, tem sido desafiadora para a gestão compartilhada entre as três esferas de governo. Entretanto, os municípios apresentam condições concretas bastante distintas para cumprir o seu papel no SUS (Araújo; Gonçalves; Machado, 2016).

Os resultados da avaliação do Componente de Desempenho dos municípios paranaenses mostraram uma melhora progressiva em todos os estratos de porte populacional no ano de 2022. No entanto, ainda há um potencial importante para melhoria, uma vez que os municípios alcançaram somente 80% do seu potencial de recebimento neste componente no último quadrimestre de 2022. Percebeu-se melhor desempenho dentre os municípios com até 10.000 habitantes, os quais são também os que apresentam maiores percentuais de cobertura da APS no Estado, uma vez que a implantação de poucas equipes já reflete em 100% de cobertura. O número reduzido de habitantes e a alta cobertura da APS parecem favorecer o alcance do potencial de recursos financeiros do Componente Pagamento por Desempenho.

Os municípios que apresentaram maior dificuldade de alcançar um bom desempenho no financiamento por desempenho foram identificados no perfil de municípios com porte populacional de 20.001 a 50.000 habitantes (classificação 4) e acima de 100.000 habitantes (classificação 6). Quando observamos o ICSAP destes municípios classificados em porte populacional, os mesmos apresentam melhores resultados se comparados com os de menor porte.

Estudo realizado por Cruz; Barros e Souza (2022), ao analisarem o financiamento de saúde e a dependência fiscal dos municípios no período de 2004 a 2019, constatou que a receita tributária per capita do conjunto dos municípios aumentou, com notável crescimento aos municípios de menor porte, já analisando as despesas, ao considerar o porte populacional dos municípios, demonstrou que, em relação ao grupo de referência (≤ 5.000 habitantes), os demais grupos tiveram menor variação anual da despesa per capita financiada com recursos próprios no período, ou seja, os municípios de menor porte foram os que mais aumentaram os gastos em saúde com recursos próprios.

Ulinski; Carvalho; Vieira *et al.*, (2024), ao analisar as despesas com saúde, com foco no porte populacional, observa-se que quanto maior o porte dos municípios,

maior o percentual de recursos próprios alocados às ações e serviços públicos de saúde durante todo o período. No entanto, as despesas com recursos próprios em APS apresentaram um comportamento invertido, no qual municípios menores foram os que mais gastaram. Tiveram destaque aqueles com até 5 mil habitantes, com gasto per capita médio em APS até 4,4 vezes superior ao dos municípios com mais de 500 mil habitantes.

Neste estudo, observamos que os municípios que apresentaram maior dificuldade de alcançar um desempenho satisfatório no componente de desempenho do Previnde Brasil foram os de maior porte populacional em comparação aos demais extratos. Embora os municípios de pequeno porte foram os que obtiveram um melhor desempenho do componente por desempenho em 2022 e consequentemente maior captação de recursos considerando o seu potencial, são estes os municípios que apresentam maior dificuldade arrecadatória de recursos para a assistência à saúde, dependendo muito mais de seus recursos próprios para financiar os serviços.

O desempenho das políticas de saúde depende de recursos orçamentários e financeiros, resultantes de negociações em reuniões para tomada de decisão onde os interesses são, por vezes, divergentes e contrapostos, em que usuários possuem níveis de entendimento e acesso diferenciado às informações (Kashiwakura; Gonçalves 2021). Como instâncias de decisão, as comissões intergestores exercem um importante papel ao atuar como fórum de negociação e pactuação entre os entes das três esferas de governo.

O processo de mudança do financiamento estabelecido em 2019 é fruto de muitas críticas e questionamentos, porém se faz necessário olhar os avanços conquistados desde sua implementação, principalmente no resultado pelo componente de pagamento de desempenho. Em abril de 2024, o financiamento da APS do Programa Previnde Brasil foi revogado pelo MS, então substituído por outra metodologia de alocação de recursos que prevê o componente de qualidade para as equipes, que serão incorporados gradativamente conforme pactuação da CIT (Brasil, 2024).

Essas mudanças no financiamento da APS reforçam que o processo de consolidação do SUS e fortalecimento da APS é uma constante. Mudanças e melhorias se fazem necessárias para evoluir para um modelo mais eficaz que seja possível trazer melhores resultados em seus indicadores de saúde avaliados, bem

como de melhoria do acesso e cuidado na atenção à saúde da população. Além disso, entender quais são os municípios que apresentam maiores dificuldades de arrecadação de recursos para a saúde é importante para a discussão no processo de repasse de recursos, tanto do MS quanto dos estados, para compor o financiamento de responsabilidade tripartite da APS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é um componente fundamental do SUS e tem um papel crucial na promoção da saúde da população brasileira. No Brasil, o estado do Paraná é o quinto em quantidade de municípios, bem como número de habitantes. Compreender este cenário é importante mecanismo para a gestão estadual e federal reconhecer as diferenças regionais e direcionar as propostas de financiamento que atendam à APS.

No Paraná a cobertura populacional da APS vem tendo aumento com o passar dos anos, passando de 73% em 2012 para 85% em 2022, isso demonstra que a descentralização das ações de saúde vem ocorrendo nos municípios, sendo estes os responsáveis por todo o cuidado em saúde no território.

O ICSAP no mesmo período também apresenta melhoria contínua, os municípios de maiores porte populacionais, apresentam melhores resultados quando comparado aos demais. Compreender quais as principais causas de internamento da população são fundamentais na discussão e proposição de ações de promoção e prevenção de agravos, principalmente os que geram um maior número de atendimento e consequentemente um maior custo ao sistema de saúde.

Os gestores devem compreender a importância de ter uma cobertura populacional adequada, que políticas de promoção da saúde e prevenção das doenças, quando implantadas, e de fato implementadas, apresentam um potencial para prover melhores condições de saúde à população, consequentemente alcançando melhores resultados nos indicadores de saúde, inclusive o ICSAP.

Os resultados da avaliação dos municípios pelo pagamento do componente de desempenho da APS foi melhorando ao longo dos quadrimestres de 2022. Ao analisar o financiamento deste componente com a realidade apresentada por todos os municípios do Paraná, observa-se um potencial expressivo a melhorar. Portanto, neste cenário, é primordial o envolvimento e apoio da gestão municipal, quanto maior o engajamento das equipes e organização do processo de trabalho, investimentos em infraestrutura e TIC e educação permanente.

Os municípios que não alcançam resultados satisfatórios nos indicadores por desempenho, acabam sendo prejudicados, pois esta perda pode implicar no orçamento destes municípios, que por vezes tem uma arrecadação baixa de impostos,

gerando uma cadeia de prejuízos, dificultado o processo de descentralização da saúde e no cumprimento das diretrizes do SUS.

Neste contexto, o Previne Brasil que apesar de ter sido substituído por um novo cofinanciamento, contribuiu para reforçar a necessidade de reorganização do processo de trabalho e da responsabilização sanitária compartilhada do território, o que serve para qualquer modalidade de financiamento.

O financiamento da APS no Brasil é um tema complexo, em constante debate e preocupação, com avanços, retrocessos e desafios ao longo dos anos, mas com implicações direta na qualidade da saúde da população. Dentre um dos desafios de preocupação pode-se apontar a instabilidade das regras de financiamento, com mudanças frequentes nas regras geram incerteza e dificultam o planejamento a longo prazo, a partir da descentralização dos serviços de saúde, os gestores têm uma responsabilidade muito grande na condução, oferta de serviços e resolubilidade na gestão da saúde.

O MS, estados, sociedade civil e profissionais de saúde, cabem realizar um olhar diferenciado às características dos municípios, seus portes populacionais, suas coberturas de APS, para proposição de estratégias para fortalecer a APS no Brasil.

Compreender as dificuldades e necessidades das equipes, para alcançar um resultado melhor nos indicadores, sejam estes associados ao pagamento de recursos atrelados ao financiamento, contribui na tomada de decisão na implantação de programas estratégicos e mudanças nas políticas públicas de saúde, inclusive para a próxima atualização da PNAB.

Estudos investigando se houve melhora de indicadores de resultado atrelado à melhora dos indicadores de processo instituídos pelo pagamento por desempenho, e pelos novos indicadores que serão instituídos, poderão elucidar se este processo teve sucesso na melhoria da qualidade da assistência prestada, ao invés, de uma “maquiagem” de processos de trabalho. Outro ponto importante seria a investigação da percepção dos trabalhadores acerca das mudanças na prática, de cuidado induzidas pelos indicadores adotados pelo componente de desempenho e também pelos novos indicadores que serão implementados pelo do componente de qualidade das equipes da APS.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. D. F.; DOURADO, I. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016> Acesso em: 26 out. 2023.
- ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C. C. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180> Acesso em: 16 out. 2023.
- ANDRADE, L. O. M. D.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. D. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **RAP**, v. 39, p. 327-350, 2005. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6572> Acesso em 16 out. 2023.
- ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: Algumas associações. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 953-963, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016> Acesso em: 14 fev. 2024.
- BARBA, M. L. Impacto da estratégia saúde da família nas internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.8, n.10, p. 66141-66151, Out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-088> Acesso em: 20 jul. 2024.
- BRASIL. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.
- BRASIL. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**, Alma-Ata, USSR, 12 de set. de 1978. p. 1-3, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 18 out. 2023.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 126 de 21 de dezembro de 2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 11, 2012. Seção 1, p.1.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 182, 20 set.1990. Seção 1, p.1.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 249, 28 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 206, 23 out. 2013, Seção 1, p. 1

BRASIL. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool** – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf Acesso em: 21 Out. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. p. 1-2. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/@download/file Acesso em 25 out. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211119_O_notacoberturaapspns_4413967205649403244.pdf Acesso em: 17 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001, Edição: 20-E. Seção: 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 102 de 20 de janeiro de 2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2022, Edição: 15. Seção: 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102_21_01_2022.html. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Portaria nº 234 de 7 de fevereiro de 1992. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, DF, 7 fev. 1992.

BRASIL. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002, Edição: 40-E. Seção: 1. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html

Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006, Edição: Seção 1. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, 1993.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 610 de 17 de maio de 2023. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2023, Edição: 94. Seção: 1. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0610_18_05_2023.html#:~:text=Altera%20a%20Portaria%20GM%2FMS,quadrimestres%20do%20ano%20de%202023 Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2023, Edição: 96-B. Seção: 1 – extra B. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria nº 1.645 de 2 de outubro de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Portaria nº 1886/GM em 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011, Seção 1. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011_rep.html

Acesso em: 04 nov. 2023.

BRASIL. Portaria n.º 2203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica - NOB 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.254 de 3 de setembro de 2021. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021, Edição: 169. n. 70 Seção: 1, p. 1. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/07_2022/aps/dpaps/previne-brasil/pagamentos-desempenho/legislacao/PORTARIA%20GM_MS%20N%C2%BA%202.254%20DE%203%20DE%20SETEMBRO%20DE%202021.pdf Acesso em 23 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Acesso em 17 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.713, de 6 de outubro de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020, Edição: 193, Seção 1, p. 43. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.713-de-6-de-outubro-de-2020-281542903> Acesso em 23 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019, Edição: 220. Seção: 1. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html Acesso em 23 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019, Edição: 239, Seção 1, p. 172. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481> Acesso em 23 out. 2023.

BRASIL. Portaria Nº 3.493, de 10 de abril de 2024. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2024, Edição: 70, Seção 1, p. 100. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811> Acesso em: 25 abr. 2024.

BRASIL. Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica 01/91. Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, DF, 1991.

BRASIL. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 17 out. 2023.

BRASIL. Resolução nº 738, de 01 de fevereiro de 2024. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 de fevereiro de 2024. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2024/Reso738_-_Dispe_sobre_uso_de_bancos_de_dados_com_finalidade_de_pesquisa_cientifica_e_nvolvendo_seres_humanos.pdf . Acesso em: 07 jul. 2024.

BRASIL. **Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, DF, p. 1-37. 1997. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf Acesso em: 19 out. 2023.

BORGES, B.; RESENDE, C.; PIRES, M. **Arcabouço Constitucional**: modificações recentes e como isso condiciona a nova regra fiscal em preparação pelo Governo Federal. FGV IBRE, 2023. Disponível em: <https://observatorio-politica->

fiscal.ibre.fgv.br/politica-economica/outros/arcabouco-constitucional-modificacoes-recentes-e-como-isso-condiciona-nova . Acesso em 16 jul. 2024.

BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G.; MENDONÇA, M. H. M. D. *et al.* Atenção primária à saúde nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4745-4756, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.23342020> Acesso em: 02 set. 2023.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018> Acesso em: 28 maio. 2024.

CAMPOS, G. W. S.; LIMA, L. D.; RIZZOTTO, M. L. R.; *et. al.* Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 338-339, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QqBgZnzWy9qLRgvLdqlR9Gc/?format=pdf> Acesso em: 20 jun. 2024.

CARDOSO, R. N.; SILVA, R. D. S.; SANTOS, D. M. S. Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária a saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n.1, p.2691-2706, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/24488/19557> Acesso em 23 abr. 2024.

CASTRO, A. L. B. D.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400012> Acesso em: 16 out. 2023.

CASTRO, D M.; OLIVEIRA, V. B.; ANDRADE, A. C. S. *et, al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 11, p. 1-12. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5tqLFcwZ6qCthTMGwFBswzM/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 jun. 2024.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 968-977, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040014> Acesso em: 16 abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf . Acesso em: 16 abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília, n. 23, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf . Acesso em: 16 abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Sistemas de Saúde I**: a Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde. Brasília, n. 26, 2013. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/conassdocumenta_26.pdf . Acesso em: 16 abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Nota**: Emenda Constitucional (EC) nº 126/2022. 2022. Disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-tecnica-ec-126-2022-1672151217.pdf> . Acesso em: 20 nov. 2023.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 7-27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002> Acesso em: 16 de out, 2023.

CRUZ, W. G. N.; BARROS, R. D. D.; SOUZA, L. E. P. F. D. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2459-2469, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021> Acesso em: 25 ago. 2022.

FACCHINI, L. A. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos**. Portal EPSJV/Fiocruz – EPSJV/Fiocruz, Rio de Janeiro, Set, 2018. Entrevista.

FERREIRA, J. S.; LADEIA, L. E. G. As Implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na dinâmica dos Serviços de Saúde. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.12, n. 42, p. 681-695, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v12i42.1358> Acesso em: 20 out. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.434-451, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130> Acesso em 20 out, 2023.

FUNCIA, F. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Consensus**, Brasília, v. 15, n. 15, p. 36-40, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_15.pdf Acesso em: 7 maio 2024.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 493-545. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494> Acesso em: 19 out. 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. D. C. A. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?format=pdf> Acesso em: 3 nov. 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; BUSS, P. M. *et al.* De Alma-Ata a Astana: atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219> Acesso em: 16 out. 2023.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; SCHENKMAN, S. *et al.* Cobertura da estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 1, p. 2543-2556, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2021.v26suppl1/2543-2556/pt> Acesso em: 3 nov. 2023.

GOMES, C. B. E. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019> Acesso em: 31 maio. 2024.

HARZHEIM, E. Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?format=pdf> Acesso em: 5 out. 2023.

HARZHEIM, E.; D'AVILA, O. P.; RIBEIRO, D. D. C.; RAMOS, L. G. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. Acesso em 18 de Out. 2023.

HARZHEIM, E.; D'AVILA, O. P.; PEDEBOS, L. A. *et al.* Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27, n. 2, p. 609-617, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021> Acesso em: 18 out. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativa de População Residente. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=downloads> Acesso em: 22 maio 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades e Estados. 2023 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html> . Acesso em: 22 maio 2024.

IVANCKO, G. M.; QUERINO, R. A.; SILVA, G. C. S. *et al.* Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n.

43, p. 1-14, jan./fev. 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2733>
Acesso em: 23 abr 2024.

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. O. A Governança dos Recursos Públicos da Saúde no Brasil. **cadernos De Finanças Públicas**, v. 21, n. 02, p. 1-50, 2021. Disponível em: <https://publicacoes.tesouro.gov.br/index.php/cadernos/article/view/142>
Acesso em 16 abr. 2024.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.269-291, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002> Acesso em: 20 nov. 2023.

LIMA, S. S.; PINHEIRO, L. X. S.; LIMA, A. A. C.; CORDEIRO, T. M. S. C. Atenção Primária à Saúde: implicações das mudanças atuais nos seus atributos. **Revista Saúde UNIFAN**, v. 2, n. 2, p. 35-49, 2022. Disponível em: <https://saudeunifan.com.br/wp-content/uploads/2023/02/ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE-IMPLICACOES-DAS-MUDANCAS-ATUAIS-NOS-SEUS-ATRIBUTOS.pdf>
Acesso em 28 out. 2023.

MACÊDO, D. F. D. Importância do Sistema Único de Saúde Brasileiro para o Enfrentamento de Emergências de Saúde Pública. **RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 13-21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v17i2.6202> Acesso em: 25 out. 2023.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900019> Acesso em: 16 out. 2023.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289> Acesso em: 7 maio 2024.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suppl, p.163-171, 2002. Acesso em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700016> Acesso em 20 out. 2023.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020> Acesso em 20 out. 2023.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. D.; OLIVEIRA, J. R. D.; ANDRADE, G. C. L. D. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103> Acesso em: 19 out. 2023.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em: 21 out. 2023.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf> Acesso em: 21 out. 2023.

MENEZES, E. L. C. D.; VERDI, M. I. M.; SCHERER, M. D. D. A.; FINKLER, M. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso: análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p.1751-1763, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33462019> Acesso em: 23 abr. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601> Acesso em: 4 out. 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220> Acesso em: 26 out. 2023.

NUNES, R. P.; CHAOUBAH, A. Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS: mudanças institucionais em curso no cenário pós - 2016. **Revista de APS**. v. 4, n. 24, p. 681-697, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.35279> . Acesso em: 4 out. 2023.

OLIVEIRA, M. A. D. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p.158-164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020> Acesso em: 20 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS). Washington, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf Acesso em: 20 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663> Acesso em: 20 out. 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba, 2013. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/Plano_Estadual_de_Saude/plano_estadual_de_saude_versao_final_2012_2015.pdf . Acesso em: 20 out. 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba, 2016. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/Plano_Estadual_de_Saude/planoestadualsaude_2016_2019.pdf . Acesso em: 20 out. 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2020. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/Plano_Estadual_de_Saude/PLANO_ESTADUAL_SAUDE_2020_2023.pdf . Acesso em: 20 out. 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2024-2027**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2024. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@66a2f2de-71e1-4ab7-95f1-afadcb19c414&emPg=true> . Acesso em: 22 jul. 2024.

PEREIRA, S. S. S.; QUITO, M. V. NOAS: houve impacto no SUS? **Revista de Direito Sanitário**. v. 5, n. 1, p. 40-54, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-418640> . Acesso em: 20 abr. 2024.

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L.D.; CARVALHO, B. G. *et al.* (Orgs). **Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil**: mudanças e tendências nas regras federais do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ENSP, 2022. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/adelyne_maria_mendes_pereira_livros_2022.pdf Acesso em: 9 jan. 2023.

PORTELA, G. Z. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005> Acesso em 28 out. 2023.

PRADO, N. M. D. B. L.; BISCARDE, D. G. D. S.; PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n. 7, p. 2843-2857, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021> Acesso em: 28 maio 2024.

PREUSS. L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. Florianópolis: **Rev. katálýsis**, v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324> . Acesso em: 15 abr. 2024.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Nota técnica conjunta tripartite para orientação de aplicação dos recursos do financiamento da Atenção Primária**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-tecnica-conjunta-saps-conasems-conass-novo-financiamento-aps-versao-final-saps-03072024-1720464797.pdf> Acesso em: 14 jul. 2024.

SCATENA, J. H. G; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (nob) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v.2, n. 10, p. 47-74, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xbT9QBLhKC6TyKwKRng7KfL/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 25 ago. 2022.

SELLERA, P. E. G.; PEDEBOS, L. A.; HARZHEIM, E. *et al*. Monitoramento e avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401-1411, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019> Acesso em: 24 out. 2023.

SILVA, E. R. M.; SILVA, A. T. A emenda constitucional 86 e o impacto no orçamento da saúde. **Revista Interface**, Natal, v.12, n. 2, p. 46-68, 2015.

SILVA, I. B. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 110-117, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p110> Acesso em: 23 out. 2023.

SILVA, M. M. D. Estratégia Saúde Da Família: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, v. 6, n. 2, p. 51-62, 2019. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20210618114028.pdf> Acesso em: 26 out. 2023.

SOUZA JUNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. *et al*. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 1, p. 2529-2541, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl1/2529-2541/pt/> . Acesso em: 14 jul. 2024.

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

ULINSKI, K. G. B.; CARVALHO, B. G.; VIEIRA, F. S.; *et al*. Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 40, n. 3. p. 1-14, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/9ZCwyxLFP6pCVz4krScFcmB/>. Acesso em: 18 maio 2024.

VAZQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600017> Acesso em: 16 out. 2023.

VIANA, A. L. D. Á.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 225-264, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nTcQ6D5BjBMjFVZKvcm7phd/?format=pdf> Acesso em: 23 out. 2023.

VIEIRA, N. F. C.; MACHADO, M. D. F. A. S.; NOGUEIRA, P. S. F. *et al.* Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Butucatu**, v. 25, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200516> Acesso em: 23 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global conference on primary health care**, 26-28 oct., 2018. Astana, Kazakhstan. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference> Acesso em: 20 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Astana Declaration on Primary Health Care**. Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.